

George Rosen
Gift of Dr. George Rosen
Yale Medical Library

TRATTATO DELLE MALATTIE MENTALI

EUGENIO TANZI
Professore ordinario nel R. Istituto di Studi Superiori di Firenze

TRATTATO

DELLE

MALATTIE MENTALI

Con 139 figure nel testo

1905

SOCIETÀ EDITRICE LIBRARIA

MILANO - Via Kramer, 4 A - Galleria De Cristoforis, 54

Med Lib
RC454
.T25
1905



Milano, 1904 Tip. Indipendenza di A. Berni e C.i - Corso Indipendenza, 23

PREFAZIONE

Lo studio delle malattie mentali è un obbligo scolastico, in Italia, per chi vuol conseguire la laurea di medico: è un'ovvia necessità per quei medici che si prefiggono la carriera dei manicomî; è un'arma d'offesa, nei tribunali, pei difensori; è un'arma di difesa per gli accusatori. Tutta questa gente, che milita nelle file degli alienisti o fa scorribande professionali al loro fianco senza l'impulso d'una vocazione speciale, ha bisogno di conoscere il vero stato della psichiatria, e non di più: le applicazioni utili, le nozioni accertate, i criterî pratici, spogli di ridondanze e di millanteria. Sono professionisti e dilettanti professionali di psichiatria ai quali si deve esporre non un'enciclopedia slegata di perturbazioni mentali, di rarità patologiche, di elenchi bibliografici, di notizie storiche, di curiosità psicologiche, di preziosità anatomiche, ma un insieme organico, semplice e veritiero di quadri clinici che siano ben distinti l'uno dall'altro, che abbiano la loro ragion d'essere in una distinzione superiore alle parvenze sintomatiche, e che perciò conducano chi ne è istruito a regolarsi scientificamente nel governo e nel trattamento dei pazzi.

Ma vi è un'altra classe di studiosi pei quali la psichiatria è un punto di vista speculativo, talvolta il solo accessibile, per giudicare più alte cose. Questi alienisti d'elezione, e ve n'è anche fra i professionisti dei manicomi, dei tribunali, della stampa letteraria e politica, non domandano i procedimenti empirici da seguire di fronte agli alienati di mente, ma la soluzione dei problemi più ardui che affannino lo spirito umano: problemi biologici, antro-

pogenici, psicologici, etici, filosofici. La psichiatria che, come specialità pratica, è così modesta, diventa una scienza delle più aristocratiche, malgrado le sue deficienze attuali, per la posizione che occupa come branca della biologia. Sentinella avanzata della biologia nel campo della speculazione, essa ha le braccia corte, ma vede lontano; e se non vede molte cose, sono vastissimi gli orizzonti che abbraccia, gli ideali a cui mira e i suoi contatti con le scienze affini. Le nozioni d'anatomia, di citologia, di fisiologia, di psicologia, di patologia, di sociologia, che la scienza delle malattie mentali è costretta ad evocare, ad analizzare, ad agitare nei territori contigui dello scibile per rischiarare il proprio, sono molte e tra le più svariate e tra le più importanti; e forse verrà il giorno che la psichiatria proietterà sulle scienze sorelle, moltiplicata, la luce che ne riceve.

Il libro che presento al pubblico si propone di rispecchiare con sobrietà, nelle debite proporzioni e senza intimi antagonismi le due tendenze che si nascondono nella psichiatria, la Marta e la Maria in cui essa si sdoppia, e che l'animano da una parte verso la pratica, dall'altra verso l'ideale. Ai pratici importa di sapere che cosa la psichiatria è; agli idealisti preme d'indagare che cosa diverrà. Agli uni occorrono i fatti, e tra i fatti soltanto i più sicuri, i più coordinabili, i più fertili d'utilità materiale. Agli altri interessano le ipotesi, la traiettoria della scienza che si forma, il suo passato, il suo avvenire. Ma, come dice Carlo Richet, i censori moderni sono indulgenti verso chi raccoglie senza critica i fatti e inconsapevolmente li altera, li esagera o li inventa; mentre sono implacabili verso chi lancia e naturalmente lascia indimostrate le proprie ipotesi, per quanto ragionevoli, utili e verosimili. Semplicisti della critica, prendendo il positivismo alla lettera, molti aristarchi delle Università sono trascinati, senza saperlo, a creder veri tutti i fatti e false tutte le ipotesi. Eppure, esistono fatti illusori e ipotesi che si avverano. Sarebbe assai meglio se si fosse più severi nell'ammettere i fatti e meno precipitosi nello sprezzare le ipotesi.

Nei capitoli di psicopatologia generale non sono rifuggito da particolarità nuove ed antiche d'anatomia e di fisiologia, da ri-

chiami di psicologia, da induzioni d'anatomia patologica e dall'esposizione di congetture già note, ma tuttora discusse sul meccanismo del pensiero, che mettono capo ai principî fondamentali della biologia: da questo lato bisogna largheggiare. Nei capitoli, invece, che trattano di psicopatologia speciale, ho prescelto un indirizzo empirico e schivo da ogni sistematismo dottrinale: l'eredità, la degenerazione, i fattori biologici della pazzia, l'associazionismo non vengono a sopraffare la clinica, che poggia sopratutto sull'osservazione diretta dei fatti più comuni e più evidenti. La psichiatria deve spiegare audacemente le ali quando vola nei dominî delle scienze generali col patrimonio dei suoi principî e delle sue speranze; ma deve evitare ogni dispersione di forze ed usare ogni cautela quando percorre pedestramente il campo della clinica applicata.

Prof. Eugenio Tanzi.

INDICE DELLE MATERIE

CAPITOLO I. — **La sede dei processi psichici** 1
Preliminari storici ivi
I limiti presenti del problema 7
I dati della fisiologia e dell'anatomia sperimentale . . 8
I dati dell'embriologia 13
I dati della patologia umana 19
I dati dell'anatomia normale 20
Gli indizi positivi in favore dei centri psichici 28

CAPITOLO II. — **Le cause delle malattie mentali** . . . 32
Cause esterne 33
Cause somatiche ivi
Cause psichiche 36
Cause sociali 45
Cause interne 47
Diatesi ivi
Degenerazioni psichiche 49
Eredità (psichica) 52

CAPITOLO III. — **Il substrato anatomo-patologico delle malattie mentali** 57
I. Quadri macroscopici delle lesioni cortico-cerebrali . . . 60
A) Reperti terminali dei processi precoci 61
B) Reperti a focolaio e reperti diffusi degli adulti . . 69
II. Lesioni elementari della corteccia cerebrale e delle sue dipendenze 74
A) Lesioni delle cellule nervose ivi
1.° Processi acuti 75
2.° Processi subacuti 81
3.° Processi cronici 82
B) Lesioni delle fibre nervose 84
C) Lesioni della nevroglia 86
D) Lesioni dei vasi e delle meningi 87
III. Alterazioni extracorticali ed extracerebrali 90

Capitolo IV. — **La sensibilità** 97
Fisiologia generale dei processi sensoriali e sensitivi . ivi
Patologia della sensibilità 101
Cenestesi 102
Sensibilità tattile, termosensibilità, sensibilità dolorosa . 104
Senso genetico . 106
Gusto ed olfatto . . . ivi
Udito e vista 107
Allucinazioni ed illusioni ivi
Meccanismo dell'allucinazione 110
Applicazione della teoria 116
Allucinazioni da stimoli irritanti che agiscono direttamente sul cervello ivi
Allucinazioni ad occhi chiusi . 118
Ripetizione del pensiero ivi
Allucinazioni configurate 120
Allucinazioni combinate 121
Allucinazioni che si presentano nei sogni 122
Allucinazioni d'origine periferica 123
Allucinazioni unilaterali dell'udito 124
Illusioni 125
Conclusione ivi
Pseudo-allucinazioni od allucinazioni psichiche . . 127

Capitolo V. — **L'ideazione** 129
Psicologia dell'ideazione ivi
Patologia dell'ideazione . 132
Rapidità del pensiero 133
Idee prevalenti 135
Idee ossessive ivi
Convinzioni deliranti e dubbî deliranti 143
Quantità delle idee 148
Alterazioni nell'ordinamento delle idee . . 152
Stati di semicoscienza . . 155

Capitolo VI. — **La memoria** . . . 157
Fisiologia della memoria . ivi
Patologia della memoria 163
Agenesia delle traccie mnemoniche ivi
Cancellazione delle traccie mnemoniche . . 164
Disordini dell'evocazione mnemonica 169
Irregolarità nell'atto del riconoscimento mnemonico . . 174

Capitolo VII. — **I sentimenti** . . 177
Fisiologia dei sentimenti ivi
Patologia dei sentimenti . . . 182
1.° Variazioni patologiche dell'umore . . ivi
Depressione sentimentale . . . 184
Esaltamento sentimentale 185

2.° Variazioni patologiche nel dominio delle emozioni 188
3.° Variazioni patologiche dell'affettività e del carattere abituale 190

CAPITOLO VIII. — **I movimenti e le altre reazioni esterne** . . 197
Psicologia dei movimenti ivi
Patologia dell'innervazione centrifuga . 201
1.° La condotta . . ivi
Anomalie della volontà 202
Anomalie degli istinti 210
A) Conservazione individuale ivi
B) Conservazione della specie 214
2.° Mimica, favella e scrittura 218
Anomalie dell'espressione mimica . . . 219
Anomalie della favella 226
Difetti d'articolazione acquisiti . ivi
Difetti d'articolazione congeniti . 227
Forme di disfrasia . . . 229
Anomalie della scrittura . . . 231
3.° Reflessi volgari . . 235
Reflessi viscerali ivi
Reflessi tendinei . . . 236
Reflesso delle pupille . . 237

CAPITOLO IX. — **Classificazione delle malattie mentali** . 239
Classificazione di E. MORSELLI . . . 247
Ultima classificazione di E. KRAEPELIN . . . 250
Classificazione adottata dall'Autore . 257

CAPITOLO X. — **La pellagra** 261
Etiologia . ivi
Caratteri morfologici e venefici del mais ammuffito . . 263
Patogenesi 264
Sintomi 267
Anatomia patologica 273
Asse cerebro-spinale 274
Lesioni viscerali 276
Dati demografici . . . ivi
Profilassi e cura . . 279

CAPITOLO XI. — **L'alcoolismo** . . 282
Cause ivi
Diffusione e distribuzione 285
Forme 286
Ubbriachezza fisiologica 287
Ubbriachezza patologica 288
Sintomi dell'alcoolismo cronico . . 289
Delirio allucinatorio 292
Pseudo-paralisi alcoolica 293
Delirium tremens 295

Patogenesi 297
Anatomia patologica 299
Cura 301
Profilassi sociale 303
Il morfinismo 304
Patogenesi 305
Sintomi 306
Cause 308
Cura 309
Cocainismo 312

Capitolo VII. — **L'amenza** 313
Sintomi 314
Anatomia patologica 322
Etiologia e patogenesi 324
Cura 327
Psicopatie uremiche 328

Capitolo XIII. — **Le psicosi tiroidee** 330
Il mixedema degli adulti 333
Il cretinismo endemico 337
Sintomi ivi
Anatomia patologica 339
Etiologia 340
Patogenesi 342
Cura e profilassi 343
Il cretinismo sporadico 344
Patogenesi 348
Anatomia patologica 349
Cura 350
Il morbo di Basedow 354

Capitolo XIV. — **La paralisi progressiva** 357
Sintomatologia ivi
Segni e andamenti del processo demenziale ivi
Stati d'animo e delirî 361
Crisi ed accessi 364
Sintomi motorî 367
Disturbi della sensibilità 376
Disturbi viscerali e trofici 377
Varietà cliniche della paralisi progressiva 379
Decorso 381
Etiologia 384
Patogenesi 386
Anatomia patologica 389
Lesioni microscopiche del cervello 391
Lesioni microscopiche del sistema nervoso 392
Cellule nervose ivi
Fibre nervose 394

Nevroglia ivi
Vasi sanguigni 396
Alterazioni del midollo spinale e dei nervi periferici . 397
Alterazioni estranee al sistema nervoso . . . 398
Diagnosi differenziale . . 399
Cura . . 400

Capitolo XV. — **Le cerebropatie infantili (idiozia acquisita)** . . 404
Etiologia 407
Anatomia patologica . . 409
Sintomi e forme cliniche . 413
Alterazioni psichiche ivi
Alterazioni motorie . 420
Emiplegia . . 421
Diplegie 422
Complicazioni cerebrali comuni alle forme emiplegiche e diplegiche 424
Alterazioni sensoriali . . . 426
Cura 427

Capitolo XVI. — **Le cerebropatie degli adulti** . . . 429
La demenza senile . . . 430
Sintomi demenziali 432
Sintomi amenziali . . . 434
Sintomi a focolaio 435
Varietà cliniche della demenza senile . ivi
Decorso . . 436
Diagnosi differenziale . . . 437
Anatomia patologica . . . 438
Patogenesi . 441
Cura . . . 442
Emorragia, Embolia, Trombosi cerebrale ivi
La sifilide cerebrale. . 444
Tumori cerebrali . . 448
La sclerosi a placche . . . 449
I traumi al capo . . 450

Capitolo XVII. — **Le psicosi affettive** . . 452
Melancolia 458
Sintomi 459
Dolorabilità psichica . . . ivi
Delirî 463
Abulia e disbulia 465
Altri sintomi . . 467
Decorso e varietà cliniche . . 470
Diagnosi differenziale . . . 471
Cura 472
Mania 474
Sintomi . . . 475

Decorso e varietà 480
Diagnosi differenziale 483
Melancolia periodica 486
Mania periodica 487
Pazzia circolare 489

Capitolo XVIII. — **La nevrastenia** 497
Sintomi 498
Stanchezza ivi
Parestesie 499
Algesie localizzate ivi
Sintomi obiettivi 500
Stato generale ivi
Sintomi psichici 501
Agorafobia 504
Misofobia (Hammond) o rupofobia (Verga) . . . 505
Patofobia 506
Dismorfofobia 508
Fobia della responsabilità ivi
Eretofobia 509
Ossessione del come e del perchè 510
Idee ossessive d'azione 511
Diagnosi differenziale 513
Etiologia e patogenesi 517
Cura 519

Capitolo XIX. — **L'isterismo** 522
Sintomi 524
Etiologia e decorso 544
Cura 548

Capitolo XX. — **L'epilessia** 551
Sintomi 552
Accesso epilettico ivi
Accessi parziali 555
Equivalenti epilettici 556
Stati pre-epilettici e post-epilettici 560
Stati psicopatici permanenti 561
Caratteri e sintomi somatici 562
Diagnosi differenziale 564
Etiologia e patogenesi 566
Forme cliniche e decorso 574
Anatomia patologica 575
Cura 579

Capitolo XXI. — **La demenza precoce** 583
Sintomi 586
Decorso e varietà cliniche 603
Cause e natura della demenza precoce 613
Cura 616

Capitolo XXII. — **I pervertimenti sessuali** . . . 618
Inversione sessuale (Uranismo) . . . 621
Uranismo femminile 625
Uranismo femminile ed immoralità costituzionale . 626
Omosessualità femminile associata a delinquenza . . 627
Uranismo maschile 628
Cura e legislazione 636
Feticismo 637

Capitolo XXIII. — **L'immoralità costituzionale** 461
Il criterio etico nella diagnosi 643
Evoluzione del concetto nosologico . 648
Manifestazioni cliniche . 653
Trattamento degli immorali . . 661

Capitolo XXIV. — **La paranoia** 668
Manifestazioni cliniche della paranoia . . 681
Delirio di persecuzione 682
Delirio ambizioso 685
Delirio religioso 687
Delirio di querela 693
Delirî impersonali . 694
Neologismi 697
Allucinazioni 698
Condotta dei paranoici 699
Trattamento della paranoia . 700

Capitolo XXV. — **L'imbecillità** . . 701
Manifestazioni cliniche . . . 702
Aspetto degl'imbecilli . ivi
Stigme anatomiche di degenerazione . . 703
Percezione 704
Sensibilità . ivi
Affettività 705
Intelligenza 709
Movimenti 713
Pronuncia, intonazione della voce, linguaggio e scrittura . 714
Varietà cliniche 715
Imbecillità semplice di lieve grado, irrequietezza, prodigalità . 716
Imbecillità semplice 719
Imbecillità con talento parziale ed episodi di melancolia . ivi
Imbecillità intellettuale o morale con accessi di mania e di violenza ivi
Imbecillità intellettuale e morale con costituzione paranoica 720

Capitolo XXVI. — **I manicomî** . . . 723
Evoluzione dei manicomi . . . 726
Ostacoli alla regolare spedalizzazione delle malattie mentali 729
Restrizioni legali . . ivi

Falsa interpretazione delle statistiche 731
Surrogati insidiosi 734
Assestamento pratico 735
Istituti d'osservazione ivi
Separazione dei vecchi e degli anomali 737
Colonie agricole 739
Amministrazione dei manicomi . . . 740

INDICE ALFABETICO 747
INDICE DEGLI AUTORI 759

CAPITOLO I.

La sede dei processi psichici

PRELIMINARI STORICI.

La psichiatria è ancora, più che altro, un'esposizione di sintomi. Sotto un'apparente ricchezza di quadri clinici, essa nasconde lacune ed incertezze che lasciano insoluti i suoi problemi più essenziali.

Non bisogna dimenticare che lo studio delle malattie mentali cominciò ad acquistare qualche continuità solo verso la fine del secolo XVIII. Fino a quell'epoca, i pregiudizi religiosi e filosofici, se permettevano di cercare, del resto con poca fortuna, la sede dell'anima nel corpo, comprimevano ogni altra tendenza che fosse contraria allo spiritualismo; e la vita della psichiatria, salvo i lucidi intervalli della civiltà greca e latina, fu un letargo prolungato, senza acquisti nuovi e senza nemmeno la memoria degli acquisti precedenti.

La stesso risveglio del secolo XVIII non provenne che in minima parte da cause scientifiche. Più che la maturità della medicina, fu una maggior sensibilità sociale che, imponendo la creazione dei manicomî, creò anche gli alienisti. Li creò, prima che fosse rinata la psichiatria, appunto con l'ardua missione di farla rinascere. Ma il risultato dei loro studi prematuri fu quello che doveva essere: una psichiatria puramente descrittiva. Tutta l'attenzione di questi osservatori volonterosi e impreparati fu assorbita dalle manifestazioni esterne di pazzia, che sovrabbondano nei discorsi e nella condotta degli alienati e che, essendo estremamente facili a cogliersi anche senza il sussidio d'alcun tecnicismo, potevano generare l'illusione d'una dottrina coordinata e florida dove non era che un'enumerazione prolissa di fenomeni superficiali.

I medici dei manicomî, abbandonati a sè stessi e non potendo contare sui mezzi d'orientazione odierni, furono spinti ad abusare di questa facilità

d'osservazione, moltiplicando le varietà nosografiche. Si ebbe un caleidoscopio di psicosi e di denominazioni ammesse dagli uni, negate e discusse dagli altri, destinate a sorgere, a sparire, a mutar di posto nel vano succedersi delle classificazioni e delle scuole.

Ma la conoscenza dei sintomi, per quanto larga, è sterile senza lo studio della loro patogenesi. Che un trauma o un avvelenamento o una tossi-infezione o un'emozione violenta possano cagionare malattie mentali, anzi talune di queste malattie e non altre, è ammesso in psichiatria come anche nell'esperienza volgare; ma il vero problema non consiste nell'identificare le cause, bensì nell'analizzare il modo con cui le cause operano sulla trama cerebrale.

Quando ad un dolore morale che dovrebb'essere momentaneo tien dietro uno stato di tristezza cronica col decorso tipico della *melancolia*, si delinea un rapporto causale che a prima vista sembra assai semplice, perchè riguarda due fenomeni d'ordine psichico e non dissimili che per la loro durata. Eppure, fra questi due termini subiettivi, il dolore morale (fisiologico) e la depressione melancolica, s'interpone un terzo termine d'ordine diverso, cioè un processo fisio-patologico del cervello, da cui non si può prescindere. Come avviene che, sotto la pressione d'un avvenimento morale, possa materializzarsi un'alterazione organica, sia pure semplicemente funzionale? E come mai questa reazione materiale ad uno stimolo morale rigenera a sua volta manifestazioni subiettive, ossia tutta la serie dolorosa delle immagini melancoliche? Noi abbiamo un bel conoscere i sintomi delle malattie mentali e le loro cause remote, ma ci sfuggono quasi sempre i processi intermedi che sono in pari tempo l'effetto immediato delle cause morbigene e la condizione immediata dei sintomi psicopatici. È vero che in certe psicosi ci è nota l'esistenza di un nesso costante fra un agente morboso e un reperto anatomo-patologico determinato, ma anche in questi casi noi ignoriamo come dalle condizioni anatomiche si risalga al quadro sintomatico. Per capire la concatenazione di questi fenomeni eterogenei, bisognerebbe sapere come si svolgono normalmente, almeno a un dipresso, le operazioni mentali nei vari territori o nei vari elementi del cervello.

Una simile oscurità non si verifica nella patologia d'altri organi. Spesso il rapporto fra la funzione e l'organo è anzi così chiaro, che dal perturbamento anche minimo della funzione (mettiamo da un soffio cardiaco) si può argomentare direttamente la lesione materiale che l'ha provocato. Così avviene di sovente non solo nelle malattie di cuore, ma per esempio anche in quelle dei reni e degli occhi, appunto perchè la funzione di questi organi è relativamente semplice, tanto semplice che, senza soverchia inesattezza, si può paragonare il cuore ad una pompa, il rene ad un filtro, l'occhio ad un sistema di lenti. Ma il significato biologico del cervello

non può essere contenuto per intero in formule così sbrigative. Il cervello discerne, guarda, ascolta, fiuta, assapora, tocca, pesa, spinge, innerva, inibisce, parla, scrive, ricorda, pensa, fantastica e giudica; esita e vuole; soffre e tripudia. Se si volesse compendiare la sua attività con una o più espressioni metaforiche, si dovrebbe dire che è insieme un osservatorio, un archivio, un tribunale, un governo; e con tutto ciò residuerebbero sempre altri uffici essenziali che si sottraggono a qualunque similitudine. Fra ciò che è quest'organo e ciò che pare, fra la complessità indiscutibile delle sue funzioni e l'omogeneità ingannatrice della sua struttura, vi è un abisso che difficilmente può essere superato.

Per questi motivi, non solo le lacune presenti della fisiologia cerebrale, ma anche le aberrazioni delle epoche passate, che noi ricordiamo qualche volta per obbligo d'erudizione non senza una sfumatura d'ironia derisoria, meritano, a pensarci bene, la più profonda indulgenza.

Rintracciare la sede dell'anima o in un viscere qualunque del corpo o nella sua totalità o in una singola parte dell'encefalo fu il primo obiettivo, direi quasi l'ossessione storica di quanti coltivarono la psicologia dall'antichità fino a ieri; ma la certezza che quest'organo è l'intera corteccia cerebrale non fu raggiunta che negli ultimi quarant'anni. La gloria della scoperta non va attribuita agli alienisti (Broca era un antropologo e Hitzig iniziò i suoi studi come fisiologo); ma neppure si può imputare ad essi il demerito dell'indugio. Il problema eccede i limiti della psichiatria ed appartiene alla biologia generale.

Finchè le arterie apparirono come canali aerei e i nervi restarono indistinti dai tendini, non era irragionevole che la sorgente dell'attività intellettuale si cercasse di preferenza nel cuore. Il cuore, centro anatomico delle arterie, congiunto coi polmoni e con gli organi periferici dei sensi, soggetto visibilmente al tumulto delle passioni, poteva ben credersi, fra i visceri del corpo, il più designato allo scambio di quei *fluidi imponderabili*, suoni, luce, calore, sensazioni, pensieri ed affetti, che per trasmettersi, formarsi e trasformarsi sembravano aver bisogno d'un veicolo aereo, se non addirittura immateriale.

Quando poi gli antichi parlavano dell'anima e tentavano di fissarne la residenza fuori del cervello, essi non miravano, come i localizzatori moderni, al nido particolare del pensiero, ma assai più spesso al focolaio centrale della vita in genere. Solo in questo senso anche i naturalisti meno inclinati alla metafisica osarono assegnare un'anima alle piante, e l'anima ebbe localizzazioni anatomiche così svariate. Le teorie immaginate in proposito appartengono alla storia e si possono raggruppare in categorie più o meno nettamente separate per epoche, scuole e tendenze.

1.° *Localizzazioni extracerebrali*, senz'alcuna partecipazione del cervello.

Sono le più antiche. I filosofi primitivi della Grecia erano ilozoisti: perdendo di vista l'aspetto subiettivo del pensiero, confondevano non solo il pensiero con la vita, ma anche la vita col movimento, e finivano per cre-

dere che l'intelligenza, come il movimento, fosse una proprietà universale della materia. D'altra parte, posti di fronte ad un problema preciso di fisiologia umana, ebbero, almeno sulle prime, il buon senso di dimenticare l'ilozoismo, e non cercarono la propria intelligenza altrove che in sè stessi. Disgraziatamente, si lasciarono suggestionare dal preconcetto che all'intelligenza occorresse un organo molto attivo, e scartarono il cervello, restando perplessi fra il cuore, il sangue, i polmoni, il fegato, la milza. Infatti ognuno di questi organi, o per la sua centralità o per la sua larga diffusione o per la clamorosità delle sue variazioni funzionali o per la sua mole o per la sua temperatura apparente, doveva sembrare teatro di metamorfosi fisiche e chimiche assai più importanti di quelle che si potevano presumere nella massa fredda ed immobile del cervello, ossia d'una glandula destinata, secondo le credenze d'allora, alla secrezione della pituita nasale.

2.° *Localizzazioni miste* in vari visceri, compreso il cervello.

Fiorirono col fiorire della filosofia greca. L'anima umana era considerata sotto vari aspetti, secondo che presiedeva alle sensazioni, alle passioni, ai giudizi od all'accrescimento somatico; ed a ciascuna di queste anime era attribuita una residenza diversa. La classificazione più comune era tripartita, e al cuore toccava quasi sempre l'ufficio più elevato.

Quanto al cervello, sebbene non fosse escluso dalla spartizione, il suo ufficio era piuttosto secondario: Aristotele lo faceva consistere nella refrigerazione del sangue ed in una specie d'antagonismo col cuore. Quando prevaleva il cuore, si aveva il massimo della vitalità e del pensiero; quando prevaleva il cervello, la vitalità s'assopiva, il corpo si raffreddava, il pensiero languiva. È sotto questo aspetto negativo che Aristotele, dopo averne accertato *sperimentalmente* l'insensibilità alle irritazioni meccaniche, ravvisava nel cervello l'*organo* del sonno.

Al principio del secolo XIX Bichat poteva credere ancora, come Platone, che il cuore, non il cervello, fosse la sede degli affetti. Il trasloco definitivo di *tutte* le funzioni psichiche nel cervello, anche delle affettive, è recente; e fu un'impresa meritoria di Gall che, in mezzo alle stravaganze della sua frenologia, seppe evitare un altro errore, cioè quello di attribuire agli affetti (sia pure nei limiti della corteccia cerebrale) una localizzazione diversa da quella delle sensazioni e delle rappresentazioni.

3.° *Localizzazione nella totalità del corpo.*

Questa forma di localizzazione diffusa ed omogenea, con cui si passa dalla pluralità dei centri psichici al decentramento assoluto, ha una doppia origine e un doppio aspetto: antico e moderno.

I più tra gli scolastici, convinti che non si poteva nè concentrare in un solo organo, nè dividere fra pochi organi privilegiati e designati arbitrariamente una funzione invisibile e forse indecomponibile, come quella del pensiero, adottarono la massima d'Agostino: *anima in toto corpore tota et in omnibus eius partibus tota*. Questo polipsichismo degli scolastici è un primo passo di ritorno verso l'ilozoismo greco, ossia verso il panpsichismo che, applicato rigorosamente, esclude qualunque serio tentativo di localizzazione anatomica.

Non pochi fra i trasformisti darwiniani dell'epoca attuale arrivano per altra via ad un panpsichismo più deciso e senza alcuna riserva. Indietreggiando dal cervello al sistema nervoso, dal sistema nervoso agli elementi primordiali dell'ontogenesi, e dal mondo organico, per le ramificazioni della filogenesi, al mondo inorganico, questi trasformisti ad oltranza non s'accorgono di sofisticare la legge di continuità, e finiscono per trovare l'intelligenza umana nell'atomo chimico. Secondo la loro maniera di vedere, esistono barlumi di funzione psichica in qualunque parte dell'organismo

vivente; e perchè non anche fuori? Infatti H.ECKEL, nella *Perigenesi delle plastidule*, senza negare al cervello il suo primato come organo evoluto dell'intelligenza, interpreta persino l'affinità chimica come un'espressione di volontà, ossia come un fenomeno psichico. Se ciò fosse vero, bisognerebbe, *a fortiori*, riconoscere un'intelligenza rudimentale in tutti gli esseri organizzati, anche negli organismi unicellulari. Così l'antico νοῦς di PLATONE e di ARISTOTELE risorge sotto veste moderna come l'anima e il motore dell'universo. Ma un intelletto fuori dagli organismi viventi e conosciuti perde ogni chiaro significato: da questa forza ipotetica, inverosimile e che prende (troppo evidente) il marchio d'origine dall'*animismo* dei selvaggi e dei primitivi, non esce alcun lume che serva a spiegare quell'intelligenza che sentiamo in noi e che opera negli organismi simili al nostro.

Le ricerche recenti sul *chemotropismo* rinvigorirono per un momento la tendenza panpsichistica. Siccome i movimenti chemotattici sono utili all'essere che li compie, e siccome tutti gli esseri viventi sembrano dotati di proprietà chemotattiche, si concluse che l'intelligenza, o per lo meno la coscienza, rappresenta un attributo universale della materia organizzata e che preesiste al cervello.

Per buona sorte, VERWORN e tutti gli osservatori più autorevoli dei movimenti chemotropici arrivarono ben presto alla soluzione contraria. Questi movimenti non sono la primordiale espressione dell'intelligenza, ma una proprietà fisiologica ed *apsichica* degli elementi vivi, che si ritroverà inclusa anche nel meccanismo, più complesso, degli atti psichici. A questo modo, invece di servirci dell'intelligenza per chiarire il chemotropismo, noi possiamo servirci del chemotropismo per chiarire molti fenomeni fisiologici, e fra essi, almeno in parte e nel loro aspetto obiettivo, anche quelli d'intelligenza, che sono (mi si permetta la frase) una specie di chemotropismo a grande orchestra, favorito da condizioni anatomiche del tutto eccezionali. Queste condizioni anatomiche non si verificano interamente che nel cervello: gli automatismi gangliari degli invertebrati, come il chemotropismo degli esseri unicellulari, rassomigliano e preludono all'intelligenza, ma non sono l'intelligenza.

Il ricordo storico delle localizzazioni diffuse persiste ancora, ma limitato alla totalità del nevrasse, fra biologi come PFLÜGER, che ammise la coscienza spinale, osservando i movimenti utili e complicati della rana decapitata, come pure fra tutti coloro (e sono moltissimi) che riconoscono un'intelligenza agli invertebrati. Secondo FOREL e BECHTEREW, tutto il sistema nervoso, compreso il simpatico, possiederebbe in origine proprietà psichiche: ma l'accentramento graduale (onto- e filogenetico) di questa proprietà nella corteccia del cervello ne spoglia sempre più gli organi nervosi sottostanti, che si perfezionano invece nel senso dell'automatismo.

4.° *Localizzazioni intracerebrali a tipo concentrato.*

L'accentramento delle funzioni mentali in un organo ristretto, preciso ed unico dell'encefalo o *sensorium commune*, dove dovrebbero confluire tutti i nervi e mescolarsi tutte le forze mentali, fu il sogno in cui si smarrirono gli anatomici più illustri e gli intelletti più positivi tra il secolo XVIII e il XIX. Quest'organo di cui erano già riconosciute a priori l'esistenza e la dignità, e che doveva realizzare nella sua unità anatomica la pretesa unità dell'anima, veniva cercato dappertutto fuorchè nel campo aperto della corteccia: nella glandula pineale (DESCARTES), nei nuclei caudati (VIEUSSENS), nel corpo calloso (WILLIS), nel bulbo (ROLANDO), nel liquido cefalo-rachideo (SÖMMERING), in un punto geometrico (KANT).

Per riuscire all'intento di rinchiudere l'intelligenza in un organo, DESCARTES si era fatto anatomico, compiendo un gran numero di autopsie e

portando, anche all'infuori della sua tesi, un contributo di nozioni positive all'anatomia del cervello; Willis si fondava sull'anatomia di cui aveva promosso il progresso; Rolando si era spinto più lontano, eseguendo vivisezioni; Sömmering invocava la disposizione dei nervi encefalici e ne inferiva che le loro attività cominciassero o finissero sempre alle pareti dei ventricoli, influenzandosi reciprocamente per mezzo del liquido endocranico; finalmente lo stesso Kant non arrivava alla sua conclusione per pura deduzione metafisica, ma prendendo in esame e confutando i varî tentativi di localizzazione anatomica con argomenti poderosi.

5.° *Localizzazioni corticali.*

Che l'intelligenza non si cercasse subito nella corteccia del cervello era ben naturale. La distinzione macroscopica della corteccia dal resto dell'encefalo non è assai evidente. Quanto alla sua struttura microscopica, basti ricordare che le cellule nervose furono scoperte, per merito di Purkinje, non prima del 1840. Nulla poteva far presagire che la corteccia cerebrale ne fosse così ricca. Tuttavia Gall, con intuizione lucida e geniale, studiando il decorso dei nervi cerebrali (1799-1820), aveva notato l'omologia della corteccia coi gangli nervosi e come essa fosse, fra le varie parti del cervello, quella che raggiunge le massime proporzioni nell'uomo e nei vertebrati più intelligenti. La funzione intellettuale della corteccia fu confermata sperimentalmente quando Flourens (1842) insegnò che per mezzo di demolizioni parziali o totali del cervello gli animali subivano sempre una perdita più o meno grande dell'intelligenza.

Le argomentazioni ingegnose di Gall e gli abili esperimenti di Flourens, mentre concordano fra loro e con la verità nella localizzazione complessiva dell'attività psichica, assegnandole come unico organo il cervello, contengono il germe d'un dissidio estremamente importante, che non tardò a scoppiare fra i due precursori e che, riacceso in tempi più recenti, non è ancora definito. L'attività mentale, secondo Gall, è una somma di processi e di funzioni particolari che si svolgono separatamente nelle varie circonvoluzioni della corteccia: teoria dell'*eterogeneità funzionale*. Questa teoria, che muove da considerazioni giustissime, doveva per l'intemperanza del suo propugnatore fallire miseramente nelle applicazioni. Valente dialettico ed infelice psicologo, il celebre anatomico di Vienna pensava che ogni inclinazione o istinto o qualità empiricamente isolabile dell'intelligenza si potesse elevare al grado d'una vera funzione fisiologica o fisio-patologica e che dovesse quindi possedere il suo *organo* nella corteccia cerebrale, ben circoscritto e distinto dagli organi vicini. Alla funzione, alla tendenza, all'istinto, al talento predominante (o creduto predominante sulla guida di osservazioni e racconti estremamente superficiali) doveva andar parallela l'ipertrofia dell'organo corrispondente, ossia, in termini più precisi, d'una circonvoluzione. E poichè il cranio nel suo progressivo accrescimento non fa che seguire passivamente lo sviluppo del cervello, le prominenze esterne del cranio, che si avvertono così bene nel vivente, dovevano interpretarsi appunto come le impronte e i documenti degli organi e quindi delle funzioni predominanti. Parimente, le depressioni del cranio indicavano le deficienze. Non restava che raccogliere e mettere d'accordo un gran numero di questi facilissimi esami individuali, per riportare dal cranio alla mappa corticale e dagli individui alla specie le posizioni supposte invariabili dei vari organi mentali. In breve, ad ogni circonvoluzione della corteccia cerebrale venne assegnata la sua funzione fissa. Così nacque, si diffuse e suscitò grandissimo rumore la *frenologia* od *organologia cerebrale*, ed ebbe apostoli, maestri e contradittori fra i più illustri scienziati del tempo.

Diametralmente contraria e trionfatrice sorse nel 1842 la teoria di Flourens, che pareva solidamente fondata sopra gli esperimenti di vivisezione: la corteccia cerebrale non ha che un'unica funzione, un lobo non è che la ripetizione dell'altro, ed una lesione isolata non determina la scomparsa d'una singola attitudine, ma una sottrazione quantitativa dell'intelligenza e nulla più. Con simili negazioni la psichiatria perdeva ogni speranza di poter contare, per la spiegazione dei sintomi psicopatici, anche sulle lesioni a focolaio: le afasie, le amnesie, le allucinazioni, le catatonie si sottraevano all'interpretazione anatomica, per lo meno in senso macroscopico. Tuttavia l'*omogeneità macroscopica* delle funzioni cerebrali, com'era intesa da Flourens, non precludeva necessariamente la possibilità d'un loro differenziamento microscopico nei diversi elementi o nei diversi strati della corteccia, che ancora non si conoscevano. Coi suoi esperimenti, Flourens aveva diviso il cervello a brani, ma non a fette: e le disparità funzionali che non si scorgevano tra lobo e lobo o tra circonvoluzione e circonvoluzione avrebbero ancora potuto annidarsi benissimo fra strato e strato o fra cellule e cellule, indipendentemente dalla topografia macroscopica. È per altro evidente che, stando ai dati di Flourens, nessuna localizzazione psichica avrebbe mai potuto verificarsi con la vivisezione o con la sola scorta della patologia macroscopica.

E qui finisce il prologo storico delle discussioni sulla sede dell'anima, care ai teologi non meno che ai medici, per dar luogo alla fase contemporanea delle ricerche sperimentali che hanno fissato una volta per sempre la localizzazione dei processi psichici nella corteccia del cervello.

I LIMITI PRESENTI DEL PROBLEMA.

Nel 1862, sanzionando in modo irrefutabile le osservazioni cliniche di Marco Dax, Broca riesciva a dimostrare che una funzione squisitamente psichica come la loquela era rincantucciata fra confini poco appariscenti in un territorio abbastanza ristretto della corteccia cerebrale e da un lato solo. Si sarebbe dovuto inferirne che anche altre funzioni dell'intelligenza potessero localizzarsi analogamente in aree distinte dello stesso vastissimo organo e che la teoria di Flourens fosse erronea. Ma la singolarità dell'eccezione, che riguarda una funzione privilegiata della specie umana, non incoraggiò il ritorno alle idee di Gall e non fu mai invocata a carico della regola generale.

Pochi anni dopo venne la volta delle localizzazioni sperimentali: Fritsch e Hitzig scopersero intorno al solco crociato dei cani i centri motori (1870) e Hitzig localizzò nella corteccia occipitale i centri visivi (1874). Queste localizzazioni, sfuggite a Flourens, quantunque avesse operato sullo stesso animale da esperimento, il cane, costituirono il fatto nuovo, che doveva provocare la revisione della teoria di Flourens.

Allo stato attuale degli studi clinici, anatomici e sperimentali, le questioni controverse sono specialmente due.

1.° Esistono, nella corteccia del cervello, *funzioni puramente psichiche*,

cioè distinte per natura e per sede dai processi sensoriali e motori? In altre parole: si pensa per riproduzione *in situ* delle immagini dirette, o si pensa per simboli che si formano altrove?

2.° Altro problema: data quest'ultima ipotesi, *come si ripartiscono* nella mappa corticale le varie categorie di simboli? Sono *unilaterali* come la favella o *bilaterali* come le sensazioni ordinarie?

La fisiologia contemporanea è sempre in debito verso sè stessa d'una risposta a queste domande, che l'esperimento non basta a risolvere, e che la psichiatria pratica non ha ancora preso in considerazione neppure sotto forma di curiosità insoddisfatte. Ma bisogna riconoscere a Flechsig ed a Ramon y Cajal il merito d'aver formulato ed agitato il quesito con grandissimo impegno, facendolo uscire dal campo non abbastanza fertile dell'esperimento macroscopico. La discussione sull'esistenza dei *centri psichici* è ormai aperta, e la loro localizzazione approssimativa, per via indiretta, ha cessato di parere assolutamente impossibile.

L'impresa certamente ancora audacissima e quasi temeraria di localizzare le funzioni psichiche si può riguardare da varî punti di vista. Gli *esperimenti* dei fisiologi ci insegnano la topografia dei centri sensitivi e motorî, ma solo fin dove lo consente la divisibilità macroscopica della corteccia e la possibilità di osservazioni psicologiche o cliniche sopra semplici animali. I metodi sperimentali di ricerca anatomica, provocando *atrofie* o *degenerazioni* di fibre nervose, ci indicano i limiti dei singoli fasci in lunghezza e densità, la direzione della corrente funzionale, e il rapporto coi centri cellulari d'origine o di terminazione. L'embriologia, facendoci conoscere la data della *mielogenesi* nei varî sistemi di fibre e partendo dal presupposto d'una cronologia rigorosa, ci fornisce un criterio nuovo e delicatissimo per arguirne il valore funzionale nell'*uomo*, cioè per determinare se un sistema è sensitivo, motorio od associativo. La patologia delle lesioni a *focolaio* ci rivela nell'uomo la sede di squisitissime attività intellettuali, a cui la psicologia, per quanto sottile nelle sue analisi introspettive, era ben lontana dal sospettare un meccanismo funzionale così differenziato e complesso in organi appositi della corteccia. Finalmente l'istologia normale, riscontrando le *differenze di struttura* tra i varî territori corticali per ciò che riguarda la disposizione degli strati, la qualità degli elementi nervosi e la proporzione con cui sono mescolati, suggerisce le linee generali d'una psicologia anatomica.

I DATI DELLA FISIOLOGIA E DELL'ANATOMIA SPERIMENTALE.

La *fisiologia sperimentale* ha localizzato in varie zone della corteccia i così detti *centri* motori e sensitivi. Però essa non ha piantato la sua bandiera su tutta l'estensione della corteccia: vi è una porzione ch'è rimasta

inesplorata, ed altre parti vennero bensì esplorate, ma restarono inoccupate o soggette a contestazione perchè gli esperimenti non diedero sempre risultati precisi e concordi.

Non vi sono dubbi di sorta sulla *posizione* dei centri principali, che è benissimo precisata; ma ne rimangono ancora sui loro *confini*. L'indeterminatezza dei confini lascia adito ad apprezzamenti disparati sull'estensione totale dei centri finora riconosciuti. Quanto ad alcuni centri secondari, di moto e di senso, non è incerta la loro estensione, ma anche la loro posizione.

Per conseguenza, se si dovesse fare il catasto della corteccia cerebrale e stabilire la divisione esatta del dominio fra il senso, il moto e l'attività psichica, rimarrebbero intanto aperte due grosse questioni: 1.° se all'attività psichica tocchi in proprio qualche cosa; 2.° quanta estensione di corteccia le possa toccare. Riguardo alla terza questione, se cioè esistano centri specifici per le varie forme d'attività psichica, e quali siano e dove risiedano, essa trascende la potenzialità della fisiologia sperimentale. Gli esperimenti dei fisiologi non vanno più in su delle scimmie.

Le risposte alle altre due questioni oscillarono secondo le vicende della dottrina localizzatrice, che dal 1870 ad oggi non furono indifferenti. Pei primi esperimentatori la corteccia cerebrale era come un mosaico di focolai a limiti netti: teoria della *giustapposizione*. Per gli esperimentatori più recenti ciascuno di questi focolai va sfumando in una zona marginale di funzionalità meno densa, dove si perdono anche i focolai contigui: per cui la corteccia è un insieme di focolai o centri a confini intersecati o sovrapposti: teoria degli *ingranaggi* (Luciani, Exner). Altri fisiologi, come Wundt e Munk, senza negare gli ingranaggi, sostengono che i centri corticali sono distribuiti secondo gli organi del corpo e le regioni periferiche ch'essi hanno l'ufficio d'innervare; e in questi centri i gruppi cellulari di senso sono mescolati coi gruppi cellulari di moto: teoria della *promiscuità*, che non è in antitesi con la precedente. Per esempio: se nel lobo occipitale abbiamo la visione, ivi dobbiamo cercare anche i centri motori degli occhi; se dalla zona rolandica partono i movimenti volontari degli arti, ivi sono contenuti anche i centri della loro sensibilità tattile e muscolare.

Coloro che sostengono l'esistenza degli *ingranaggi* e delle *zone miste* (e ormai sono tutti) non fissano con precisione dove termini qualunque traccia di una determinata funzionalità; e perciò lasciano dal più al meno impregiudicata le questione se si debba ammettere una funzionalità specifica (o più funzionalità specifiche) di natura prettamente psichica nelle zone che, non risultando decisamente nè motorie, nè sensitive, si possono considerare come area disponibile, terreno vergine, *res nullius*.

Queste aree sono molto considerevoli: una comprende quasi tutto il lobo prefrontale, esclusi i piedi dei tre primi giri frontali; l'altra (discussa) abbraccerebbe gran parte dei lobi occipitali, se, come dimostrerebbero le ultime ricerche anatomo-patologiche, si deve ritenere che i centri visivi occupino uno spazio assai minore di quello precedentemente presunto. E questo gran dominio d'ignota funzione (psichico?) può facilmente arrotondarsi, ritoccando qua e là il catasto, ossia rettificando i confini di altri centri cortico-sensori e cortico-motori.

La probabilità che i centri di senso e di moto non si estendano a tutta la corteccia cerebrale è assai vicina alla certezza. Tuttavia la maggior parte dei fisiologi, forse compiacendosi di poter signoreggiare coi proprî esperimenti tutta la corteccia cerebrale e tutte le forme della sua attività, era inclinata fino a pochi anni fa a ritenere che non esistesse nè una serie di centri psichici disseminati, nè un'unica zona d'attività psichica indistinta; e che l'intelligenza potesse spiegarsi come un prodotto delle rappresentazioni sensitive e motorie, ossia come una rievocazione mnemonica con sede negli stessi centri dove si erano compiute le sensazioni e le determinazioni di moto originarie. Anche il *pensiero astratto*, essi dicevano, si forma per mezzo di rappresentazioni diverse, principalmente verbali, che in ultima analisi sono poi riducibili a suoni, a segni grafici, ad immagini muscolari, secondo che l'individuo è un *uditivo*, un *visivo* od un *motorio*, un tipo d'ascoltatore, di lettore o d'oratore. E Charcot diceva: quando si pensa a Dio, si vede l'immagine d'un vecchio. Ed altri indicavano ad esempio il concetto della *bontà*, che è un'astrazione, ma prende corpo nell'immagine d'una statua, d'una persona buona, d'un atto caritatevole, d'una parola, a seconda dei casi, sempre però in una immagine.

Tra i fisiologi sperimentatori, il primo a riconoscere teoricamente un *al di là* dei centri motori e sensitivi, ossia una zona psichica, fu Hitzig, che nel 1874 assegnava i lobi frontali al *pensiero astratto*, invocando giustamente il loro sviluppo crescente nella scala dei mammiferi, l'abbondanza di fibre mieliniche ai poli anteriori del cervello, e la rovina che la paralisi progressiva, distruttrice implacabile dell'intelligenza, porta elettivamente nella corteccia di questa regione.

La localizzazione in massa del *pensiero astratto* esclude ogni altra localizzazione specifica di funzioni intellettuali e lascia credere che le forme più concrete e più umili di pensiero si svolgano, per semplice reiterazione mnemonica di immagini sensoriali e muscolari, nei centri sensoriali e motori. Un centro cumulativo del pensiero propriamente detto rappresenta un primo grado di localizzazione psichica; ma, condensando così le espressioni più elevate del pensiero in un solo organo, si condanna

ogni ripartizione ulteriore in centri minori. Tuttavia anche questo tentativo di primo grado parve superfluo, minuzioso e contrario alle scoperte, che si venivano facendo ogni giorno, di nuovi centri motori e sensitivi in territori estesi e piuttosto lontani dalla sede delle prime conquiste sperimentali. Si cominciò dall'interpretare i movimenti volontari come rappresentazioni attive di sforzi ed atteggiamenti muscolari, parificando la zona motrice ad un organo di sensibilità muscolare (Munk, Schiff); e si finì per ridurre tutti i fenomeni psichici ad immagini, ravvisando nel mantello corticale una pura serie di centri sensitivi: teoria, si potrebbe chiamarla, della *panestesia corticale*. Insomma, quanto più estesa e frazionata diventava la localizzazione dei centri sensitivi e motori (o muscolari che fossero), tanto meno si poteva largheggiare all'innanzi del solco prerolandico in favore delle funzioni intellettuali. E perciò, tra la loro localizzazione, per quanto timida e generica, nei lobi frontali (secondo il concetto di Hitzig) e la loro esclusione da qualunque sede propria (secondo il concetto di Munk, Schiff e Wundt) prevaleva piuttosto la tendenza anti-localizzatrice. Di fronte al quesito delle localizzazioni psichiche, si contrapponeva, se non una negazione pregiudiziale, un silenzio ostile, raramente interrotto dalle espressioni di un dubbio vago e fugace.

Nel 1884 riprese vigore la tendenza localizzatrice: Goltz, che aveva criticato con l'autorità d'una grande esperienza personale la concezione in senso troppo gretto e letterale dei centri sensitivi e motori, volle dedicare un cenno breve ma apposito ed assai efficace allo scopo di far sapere che i cani da lui mutilati nel cervello frontale cambiavano di *carattere*, diventando bisbetici e mordaci; ma aggiungeva che i cani scemati del cervello occipitale, conservandosi placidi ed affettuosi, cadevano in uno stato di demenza anche più profonda. Questa osservazione, non del tutto nuova, perchè già in parte espressa da Boyer, fu confermata nell'uomo, con una casuistica assai accurata di tumori encefalici, da Leonora Welt; e nel cane, con nuovi esperimenti, da Grosglick, come pure da Bechterew, che estese l'influenza sul carattere anche ai lobi parietali e temporali.

La preminenza delle funzioni psichiche nei lobi prefrontali fu consacrata sperimentalmente, oltrepassando la fisiologia del cane, quando Ferrier nel 1892 e Bianchi nel 1894 ebbero modo di riscontrarla sulle scimmie, dal solco prerolandico in avanti. Le scimmie operate da Ferrier perdevano la *concentrazione psichica*, ossia l'attenzione. Secondo Bianchi, esse perdono ben più: il potere d'inibire i movimenti che partono da altre regioni del nevrasse (e ciò in armonia con Goltz), quello di rievocare le immagini delle sensazioni precedenti sotto forma commemorativa, e finalmente l'attitudine d'associare queste immagini in sintesi astratte. La

stessa sintomatologia si osserva nell'uomo per tumori cerebrali con sede anteriore.

Lo studio delle localizzazioni sperimentali, avendo raggiunto tutto lo svolgimento possibile, non permette più di riservare altre regioni della corteccia cerebrale a centri sensitivi o motori da scoprirsi in futuro, nè di attribuire un'estensione illimitata a quelli già scoperti. Perciò i fisiologi, d'accordo coi clinici e con quanti si occupano del quesito da altri punti di vista, non hanno più alcuna ragione di ricusare spazio (col pretesto che manca) ad una zona psichica, la cui esistenza s'impone, anche prescindendo dalle ricerche sperimentali. Basta un semplice sguardo all'anatomia comparata per convincersi dell'enorme vastità che la corteccia cerebrale raggiunge nell'uomo in confronto agli altri vertebrati, comprese le scimmie. Credere che tutto questo *soprasviluppo* corticale corrisponda ad un maggior raffinamento della sensibilità o dei movimenti umani e quindi ad una moltiplicazione di centri sensitivi e motori, è fuori d'ogni verosimiglianza: l'uomo è, per molti riguardi, meno vigile e meno agile degli altri mammiferi e degli uccelli. Invece è legittimo e quasi ovvio attribuire la vastità, assoluta e relativa, della corteccia umana, alla superiorità intellettuale dell'uomo, che è davvero immensa ed indiscutibile, sebbene un'esagerazione di zelo darwinistico tenda (inutilmente per la tesi) ad impiccolirla. Come una modificazione strutturale della mano serve, nel pipistrello, a produrre l'attitudine al volo, così una non lieve aggiunta di elementi nervosi e di connessioni anatomiche deve interpretarsi, nella corteccia cerebrale dell'uomo, non già come causa di lievi differenze fisiologiche, ma come ragione del perfezionamento a cui arrivano nella specie umana il pensiero astratto, la memoria, la favella ed altre funzioni ignote agli altri mammiferi.

Gli esperimenti di Ferrier e quelli di Bianchi sulle scimmie, in quanto lumeggiano la funzionalità prettamente psichica dei lobi prefrontali, confermano dunque un modo di vedere che è ormai divenuto generale. Ma questa localizzazione acquista un interesse d'attualità, in quanto contiene, esplicita o sottintesa, una negazione più importante dell'affermazione. E infatti, Hitzig, Bianchi e Ferrier, mentre propugnano il carattere psichico dei lobi prefontali, ricusano di riconoscerlo alle altre regioni della corteccia, particolarmente ai lobi occipitali; o, per lo meno, non ne parlano. Così la scuola della localizzazione prefrontale si erige ad oppositrice non tanto degli anti-localizzatori, quanto di coloro che, con Flechsig, ammettono, come vedremo, vaste e specifiche localizzazioni delle attività intellettuali in centri multipli e disseminati.

Lo studio delle *atrofie* e delle *degenerazioni* provocate sperimentalmente negli animali ha dato alle localizzazioni fisiologiche la sanzione dell'a-

natomia, dissipando incertezze generiche ed aumentando la precisione dei confini fra centro e centro. Ricerche analoghe su cervelli umani che avevano sofferto mutilazioni per traumi od operazioni chirurgiche hanno dimostrato, per opera di Lloyd e Deaver, Bartholow, Sciamanna, Nancrede e, più specialmente, di Horsley, che le localizzazioni stabilite nelle scimmie sono esattamente applicabili all'uomo.

In complesso, l'anatomia sperimentale tende a restringere i limiti dei centri sensitivi e più ancora (Monakow) dei motorî, indicando da un lato delle località assai circoscritte di condensazione funzionale, dall'altro (per esclusione) delle larghe zone che non risentono alcun effetto nè dalla soppressione di organi sensoriali, nè dall'amputazione di membra o di organi motorî. I centri motorî, presentandosi come radici di proiezione centrifuga, non possono più considerarsi come semplici organi di sensibilità muscolare; e con questo cade la dottrina che abbiamo chiamato, per brevità, della *panestesia corticale*.

Di più, il riscontro dei rapporti fra cellule e fibre ribadisce e rende incrollabile il concetto, già intuito dalla fisiologia, delle *zone miste*, ossia dell' intima vicinanza fra i gruppi cellulari che presiedono al movimento d'un dato organo periferico e quelli che ne ricevono gli stimoli sensibili.

I dati dell' embriologia.

L'*embriologia umana*, interrogata col metodo di Flechsig, ha fatto conoscere che le funzioni di senso cominciano ad organizzarsi gradualmente e avanti a quelle di moto; dopo di entrambe si organizza una terza serie di organi corticali che si rendono maturi ad una funzione x, la quale non è certamente sensoria, nè motoria, e che si suppone *associativa*, ossia *psichica*.

Il metodo di Flechsig, suggerito per la prima volta da Meynert circa trent'anni fa, venne applicato con molto frutto nella clinica psichiatrica di Lipsia dal 1880 al 1884; e successivamente, con altrettanto frutto e raddoppiato interesse, dal 1890 in poi. Questo metodo consiste nel ricercare le prime traccie di *mielinizzazione*, che risaltano qua e là con la reazione di Weigert, e nel registrarne esattamente le date iniziali. Il processo di mielinizzazione, che coincide con la maturità funzionale delle vie di trasmissione, si compie ad epoche diverse per ogni fascio: nel cervello emisferico comincia al 5.° mese della vita fetale, continua nel primo anno dopo la nascita, ed obbedisce ad una cronologia rigorosa, sia riguardo all'ordine con cui si mielinizzano i varî fasci, sia riguardo all'epoca assoluta che segna per ciascuno di essi il raggiungimento della maturità.

Prime fra tutte sono le fibre delle vie olfattive, del lemnisco, delle vie ottiche e delle acustiche, ossia dei fasci *cortico-sensorî*, che decorrono in senso ascendente e si proiettano nei centri sensitivi; in seguito, anch'esse a varie riprese, le fibre piramidali, ossia i fasci *cortico-motori*, che decorrono in senso discendente, proiettandosi dai centri motori; ultime le fibre che diremo *cortico-corticali* e che, non lasciandosi scorgere nè alla

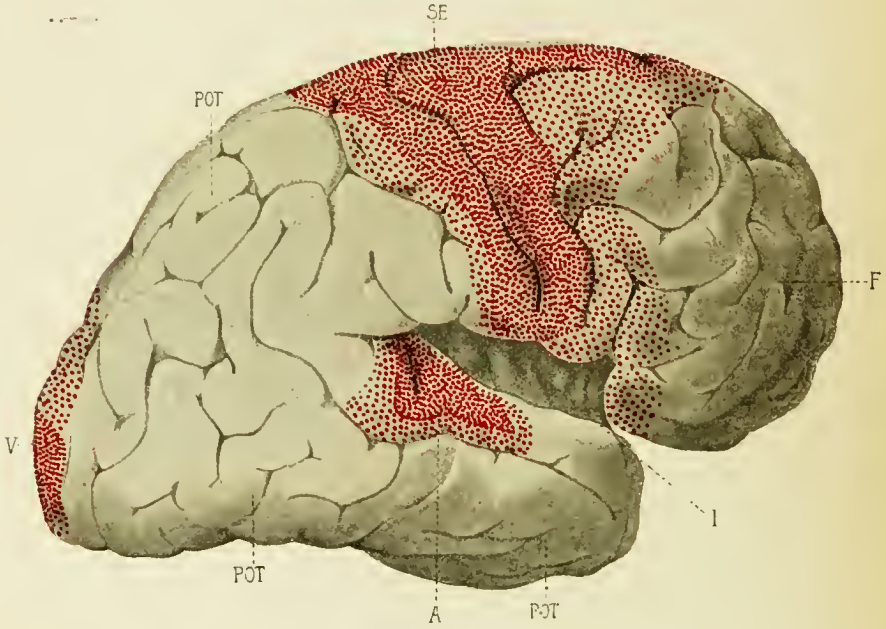


Fig. 1. — Schema dei centri di proiezione e di associazione secondo P. FLECHSIG.

Faccia esterna dell'emisfero cerebrale.

SE, zona somestetica; *V*, zona visiva; *A*, zona uditiva; *F*, centro associativo frontale; *I*, centro associativo dell'insula; *POT*, centro associativo parieto-occipito-temporale.

porta d'entrata, nè alla porta d'uscita del cervello, si giudicano estranee al sistema di proiezione: nè ascendenti, nè discendenti.

Queste fibre, che nascono e terminano nel cervello, sono di gran lunga più numerose delle altre, e costituiscono il sistema d'associazione. Appartengono al *sistema d'associazione*: 1.° tutte le fibre che partono da un centro di proiezione ed arrivano a centri associativi; 2.° tutte quelle che partono da centri associativi ed arrivano a centri di proiezione; 3.° tutte quelle che partono da centri associativi ed arrivano ad altri centri associativi. Ed hanno di comune questo, che collegano centri con centri, corteccia con corteccia.

La delimitazione topografica dei centri sensorî e motorî è la seguente:

1.° la circonvoluzione dell'ippocampo e le sue adiacenze, o *regione olfattiva*; 2.° la parte posteriore della 1.ª circonvoluzione temporale e i suoi dintorni, o *regione uditiva*; 3.° il cuneo e le vicinanze del cuneo, o *regione visiva*; 4.° le circonvoluzioni centrali (frontale ascendente e parietale ascendente), la circonvoluzione para-centrale, i piedi della 1.ª e della 2.ª frontale, ossia la *regione somestetica*, sede dell'attività senso-motoria per ciò che si riferisce agli arti ed al tronco (fig. 1 e 2).

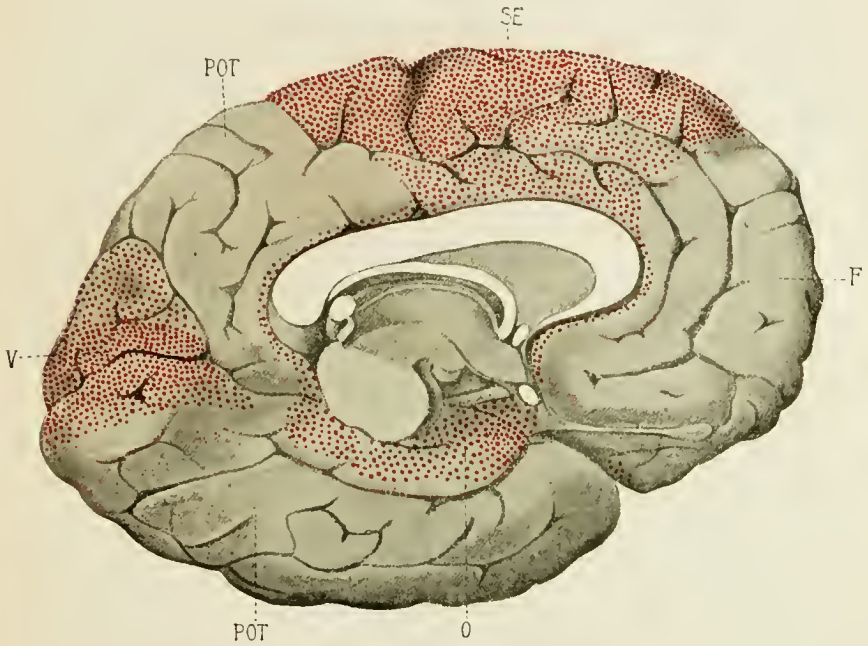


Fig. 2. — Schema dei centri di proiezione e di associazione secondo P. Flechsig.

Faccia interna dell'emisfero cerebrale.

SE, zona somestetica; *V*, zona visiva; *O*, zona olfattiva; *F*, centro associativo frontale; *POT*, centro associativo parieto-occipito-temporale.

Tutto il resto, vale a dire circa due terzi della corteccia, è *regione psichica*, e si divide ulteriormente così:

1.° Zona *prefrontale*
2.° » *insulare*
3.° » *temporo-parieto-occipitale*.

I centri della parola sono compresi nella zona psichica, perchè si mielinizzano tardi; e infatti le loro funzioni hanno un carattere prettamente psichico.

Lo schema di Flechsig (fig. 1, 2, 3 e 4) non è confermato in tutti i

suoi particolari. Di ciò trassero partito, per impugnarne il concetto fondamentale, tutti coloro (e non furono pochi) a cui incute timore o ripugnanza ogni tentativo di vincolare il pensiero allo spazio, e forse, peggio ancora, di allogarlo in casellari corticali secondo le varie forme della sua attività. Ad uno schema così denso di conseguenze non furono risparmiate nè le critiche minuziose, nè gli attacchi violenti; ma l'opera di Flechsig non è rimasta scossa dalle sue solide basi.

I centri, che per la data della mielogenesi dovrebbero innalzarsi alla dignità di associativi e figurare come autonomi, sono già assai numerosi (fig. 3 e 4); e potrebbero, col progredir delle indagini, raggiungere un numero maggiore. Di qui il sospetto che, col salvacondotto dell'analisi embriologica, si voglia far passare il contrabbando d'una nuova frenologia. Ma il sospetto è ingiusto. Nell'indicare il posto e l'estensione delle stazioni associative, Flechsig non pretende di distribuire fra di esse le varie funzioni della coscienza, come sono classificate dalla psicologia introspettiva, nè d'indovinare l'aspetto subiettivo del processo mentale che si svolge in un punto del cervello. Egli non dice, come Gall: qui ha sede la previdenza, il senso morale, la forza dialettica, l'immaginazione, ma si limita ad accennare: qui si svolge una funzione embriologicamente tardiva, presumibilmente psichica. Ed aggiunge: se la località in questione comunica, per esempio, col centro specifico della visione, dei fonemi verbali o dei movimenti manuali, è probabile che la sua funzione sia appunto quella di sovrastare alle immagini od agli impulsi corrispondenti, elaborando la stessa merce del centro subordinato.

Ben di raro le induzioni di Flechsig si spingono fino a segnalare la precisa forma con cui si esplica l'attività superiore, e ciò non avviene in ogni caso che a favore d'una sola specificazione, la più semplice possibile, quella della *memoria*. Donde si può ricavare la legge generale che ad ogni centro specifico di sensazioni corrisponda, in una zona vicina o comunicante della corteccia, un deposito mnemonico. Localizzando la memoria di date immagini o, meglio, la loro elaborazione psichica (qualunque sia) in una zona corticale che abbia i requisiti embriologici ed anatomici di cui abbiamo parlato, non si pecca d'audacia. In fondo, non si fa che enunciare e risolvere un'equazione ad una sola incognita: la funzione cercata ha sede in un centro corticale già differenziato e classificato embriologicamente; essa si disegna in anticipazione sotto la forma d'una solidarietà tra il centro discusso e un centro anatomicamente collegato; e la funzione specifica di questo secondo centro è già nota sperimentalmente. Non è illegittimo argomentare un rapporto tra due termini, di cui uno è interamente noto (dal lato embriologico e fisiologico) e l'altro parzialmente (dal lato embriologico).



Fig. 3.

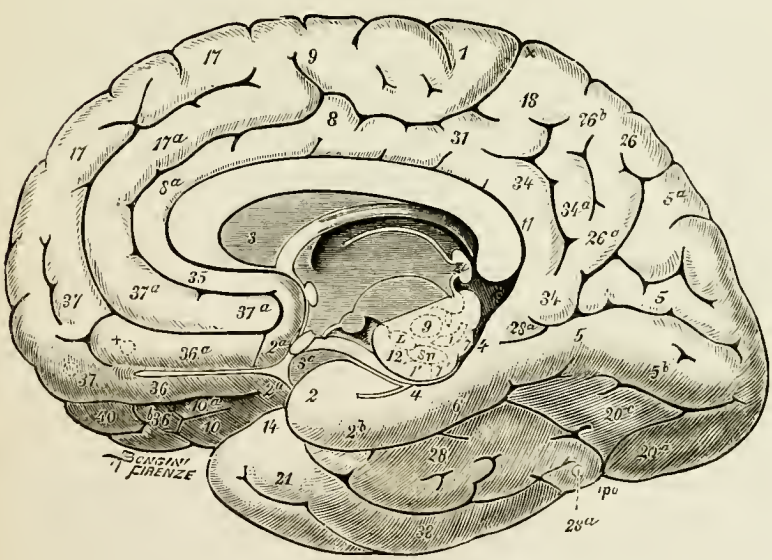


Fig. 4.

Fig. 3 e 4. — Schemi di P. Flechsig secondo le ultime determinazioni di questo autore.

Fig. 3. — Cervello umano visto di profilo.
Fig. 4. — Cervello umano visto nella superficie mediale ed inferiore.

numeri indicano l'ordine con cui si mielinizzano le fibre nei vari territori corticali. Le lettere segnano parti distinte d'un medesimo territorio.
Da 1 ad 8, territori *primordiali*, che sono già mielinizzati prima della nascita.
Da 9 a 32, territori *intermediari*, che cominciano a mielinizzarsi dopo la nascita dentro i limiti del 1° mese.
Da 33 a 40, territori *terminali*, che si mielinizzano dopo il 1.° mese dalla nascita.

Per quanto si voglia mettere in dubbio che esistano centri specifici di memorie sensoriali (pare che lo stesso Flechsig non vi presti gran fede), non ne viene la necessità di distruggere la parte sostanziale della dottrina. Rimane sempre indiscutibile da un canto l'esistenza di stazioni associative, dall'altro la natura specifica dei rapporti anatomici che le collegano a centri conosciuti di proiezione; e dalla natura specifica dei rapporti anatomici è lecito indurre che nella sfera di quei rapporti si svolgano funzioni differenziate dell'intelligenza.

Si era mossa a Flechsig un'altra obiezione: che i centri associativi non sono totalmente privi di fibre proiettive. Ma Flechsig non tardò a convenirne, riconoscendo ch'essi sono poveri di queste fibre, non privi. Parimente è da notare che i centri sensitivi e motori sono, a loro volta, tutt'altro che sprovvisti di fibre associative; ed anzi contano più fibre associative che proiettive (Monakow). L'associazione è l'adattamento fondamentale per cui s'è sviluppato il cervello: tuttavia vi è sempre un netto distacco fra i centri di proiezione e quelli d'associazione, che ci preserva dalla possibilità di confonderli insieme.

Un'obiezione più grave è quella che si riferisce, in linea di fatto, all'ordine cronologico della mielogenesi. Certi fasci d'associazione sono assai precoci nel loro sviluppo embriologico e precedono i più tardivi tra i fasci di proiezione. Si può rispondere: questo fatto è un indizio dell'alto valore fisiologico che i fasci in parola, quantunque d'acquisto recente, hanno già raggiunto nella specie umana. È dimostrato che gli organi meno antichi nell'evoluzione filogenetica, quand'abbiano acquistato mole anatomica ed importanza fisiologica, anticipano sempre più la loro comparsa embrionale nell'individuo: e così si turba il parallelismo dell'ordine cronologico tra l'ontogenesi e la filogenesi. Un esempio di questa legge non abbastanza ricordata è appunto il cervello dell'uomo, che è già circonvoluto ed ha aspetto umano o quasi umano, quando l'interno della corteccia presenta ancora una struttura embrionale. Un altro esempio è quello delle vescicole encefaliche, che, ultime arrivate nella filogenesi, raggiungono una massa imponente quando il nevrasse è appena abbozzato.

In ogni modo, per evitare gli equivoci, Flechsig precisò felicemente il criterio della propria classificazione; e mantenendosi negli stretti limiti dell'embriologia, divise le isole maturanti della corteccia in *primordiali*, *terminali* e *intermediarie* (fig. 3 e 4). Fra le primordiali non si trovano che centri di proiezione; fra le terminali non figurano che centri di associazione; ma fra le intermediarie sono rappresentati gli uni e gli altri, promiscuamente. In altre parole, solo nella categoria delle zone intermediarie la legge di corrispondenza tra la filogenesi e l'ontogenesi è leggermente alterata da un'altra legge: quella dell'affrettamento a beneficio dei centri preminenti.

I DATI DELLA PATOLOGIA UMANA.

La *patologia umana* ci porge, per lo studio delle localizzazioni mentali, i dati più preziosi e sorprendenti. Essa ci indica, negli stessi centri motori e sensitivi, una *gerarchia* che predispone all'ammissione di centri psichichi. Sembra che una parte della corteccia *veda* gli oggetti (il cuneo e specialmente il fondo della scissura calcarina); ma che sia una parte differente quella che li *riconosce* dopo che furono veduti (la volta o faccia esterna del lobo parieto-occipitale). La psicologia aveva già intravveduto l'importanza della distinzione fra gli atti di pura sensazione e gli atti mentali di rappresentazione simbolica. Ora, la clinica ha rintracciato la conferma di questa distinzione nello sdoppiamento di due quadri sintomatici affatto diversi, quello della cecità psichica e quello della cecità corticale (perdita della visione semplice); e l'anatomia patologica ha ribadito a sua volta lo sdoppiamento clinico e fisiologico delle due funzioni mostrando che esse vanno divise fra due centri diversi della corteccia.

I centri della parola (parlata, udita, scritta e letta), che la patologia ha messo in tanto rilievo, e che sarebbero rimasti ignorati senza di essa, costituiscono non solo un inizio sicuro di localizzazione psichica, ma anche la rivelazione d'un fatto di somma importanza, che la fisiologia cerebrale non aveva mai sospettato. Questi centri, eminentemente psichici, a differenza dai sensitivi e dai motori, sono situati nell'emisfero sinistro, salvo i casi di mancinismo, e non sono punto rappresentati nell'emisfero destro. Accanto alla legge della *gerarchia* tra i vari centri corticali sorge dunque, al primo rivelarsi dei centri psichici, la legge dell'*unilateralità*.

Le funzioni psichiche, salendo di grado, si unilateralizzano in centri propri, che vengono ad accrescere la massa del cervello. Questa unilateralizzazione non è che un adattamento, di cui è evidente l'utilità e quindi la causa. Gli organi periferici della sensibilità e del movimento sono tutti doppi, perchè il corpo umano è diviso in due metà laterali e perfettamente simmetriche: di qui la duplicità dei loro centri che ci permette di avvertire esattamente la posizione e la direzione dei fenomeni esterni, come pure l'obiettivo e la direzione dei nostri movimenti di reazione. Ma le rappresentazioni simboliche od astratte, non avendo un posto preciso nello spazio esteriore, non hanno bisogno d'un riscontro topografico nel nostro corpo, e perciò sfuggono alla distinzione tra il lato destro e il sinistro. Probabilmente, esse si avvantaggiano ed acquistano maggior forza di generalità o d'astrazione, se rompono il loro legame con le vie di proiezione, che hanno il torto di mirare ad un obiettivo materiale del mondo esterno o di provenirne. Perciò anche i centri psichici si eman-

cipano come la loro funzione dalla legge di simmetria che regge la sensibilità e il movimento: essi si rendono asimmetrici, unilaterali (Ramon y Cajal). Questo adattamento presenta il vantaggio dell'*economia anatomica*, perchè risparmia alle funzioni psichiche un raddoppiamento ingombrante di organi nei due emisferi cerebrali; ed all'economia anatomica corrisponde l'*economia fisiologica*, perchè in una massa eguale di cervello possono, grazie alla legge d'unilateralità, specializzarsi più centri psichici, purchè si ammetta ch'essi siano in grado di formarsi anche nell'emisfero destro, come appunto si tende oggi a credere non senza validi indizî.

I DATI DELL'ANATOMIA NORMALE.

L'*anatomia normale*, che nella sua lunga fase macroscopica era rimasta impenetrabile alle curiosità della psicologia, e non vi aveva risposto che una volta sola, per mezzo di Gall, ma con oracoli fallaci e forieri di disillusioni, è diventata un terreno propizio allo studio delle localizzazioni psichiche da quando si sono moltiplicati i metodi e i punti di vista dell'analisi microscopica. Il rapporto tra il cervello e l'intelligenza, che pareva inafferrabile, comincia a delinearsi sulla tela dei dati anatomici. Da dieci anni in qua furono colmate molte lacune, e le nozioni accumulate in tanta copia furono spesso riunite in lucide sintesi, specialmente per merito di Ramon y Cajal.

Le varie regioni corticali hanno una struttura caratteristica, che permette fino ad un certo punto d'identificarne il nome e la funzione sui buoni preparati al cromato d'argento, anche astraendo da qualunque dato topografico. Per esempio, la corteccia limbica od *olfattiva* si distingue allo spessore del suo strato molecolare, all'assenza delle piccole piramidi, all'aspetto di pennacchio rovesciato (discendente) che offrono i dendriti delle sue piramidi medie e giganti. La corteccia *acustica* si riconosce alle grandi cellule fusiformi e triangolari disseminate orizzontalmente negli strati medî, all'abbondanza e delicatezza dei corpuscoli con doppio pennacchio, *bipenachados*, alla sottigliezza del plesso sensoriale che si stende nello strato dei granuli o delle piccole cellule. La corteccia *visiva* è caratterizzata dalla stria di Gennari, dalla stipatezza dei granuli, dalla regolarità della loro disposizione, dalla presenza in mezzo ad essi di speciali cellule stellate con axone lungo e discendente, dal grande numero di elementi piccoli con axone ascendente, e dalla scarsezza di piramidi medie e giganti. La corteccia *motrice* ha per connotati: il più grande spessore totale, la quantità straordinaria di piramidi medie e giganti e l'espansione in questo strato d'un plesso sensoriale con rami robusti, obliqui e soggetti a numerose dicotomie.

Quanto alla corteccia *associativa*, essa presenta una maggior folla di cellule giganti non solo nello strato classico che prende il nome dalle grandi piramidi, ma anche in quello delle medie piramidi, che altrove non ne è molto ricco; e questa insolita ricchezza di cellule giganti in uno strato immediatamente sottoposto a quello così detto dei granuli, che è appunto il convegno principale delle fibre provenienti da altri centri, conferma ed accentua assai bene l'ufficio intensamente associativo della regione.

Le differenze anatomiche fra le varie regioni sensoriali non costituiscono una particolarità dei mammiferi superiori, anzi esse sono così evidenti

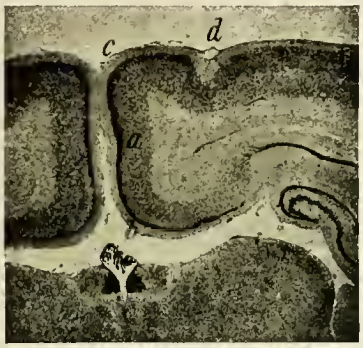


Fig. 5. — Corteccia mediale di coniglio: sezione frontale, un po' dietro al limite posteriore del corpo calloso. In *b* la corteccia ha caratteri differenti da quelli che presenta in *c*; il passaggio avviene rapidamente in *a*. All'esterno di *d* la corteccia assume un tipo ancora più differente e la trasformazione avviene nettamente in *e*. (Metodo di Nissl, ingrandimento diametri 4.75).

anche negli inferiori, che il passaggio da una zona all'altra si scorge con sicurezza a colpo d'occhio (fig. 5 e 6). A questo modo ogni grande regione corticale possiede, fino ad un certo punto, un'*individualità di struttura*. Se poi si considera la singolarità delle comunicazioni che uniscono anche i più minuti riparti della corteccia piuttosto con l'una che con l'altra di queste grandi regioni istologicamente differenziate, si vede spuntare, oltre all'individualità di struttura, una *individualità di posizione*, che non manca a nessuna delle circoscrizioni corticali finora designate come *centri*, e che basta, anche da sola, a consacrare la specificità delle loro funzioni. L'anatomia normale parla dunque assai chiaramente per la *pluralità dei centri psichici*: dove la distinzione tra centro e centro non risulta da particolarità di disposizioni interne, essa nasce, per lo meno, dalla particolarità dei rapporti esterni.

Se le regioni psichiche presentano nel loro insieme un'individualità di

struttura, che permette di distinguerle dalle zone di proiezione, non si conosce ancora alcuna caratteristica istologica per distinguere i centri psichici l'uno dall'altro. La presunzione della loro specificità funzionale non ha dunque altra base che la differenza dei rapporti topografici, ossia ciò che abbiamo definito per individualità di posizione. Stando alla suggestione di queste differenze, affatto relative, la serie dei centri psichici, più che ad uno schema astratto e completo di funzioni differenziate subiettivamente, sembra dover corrispondere alle diverse categorie di ma-

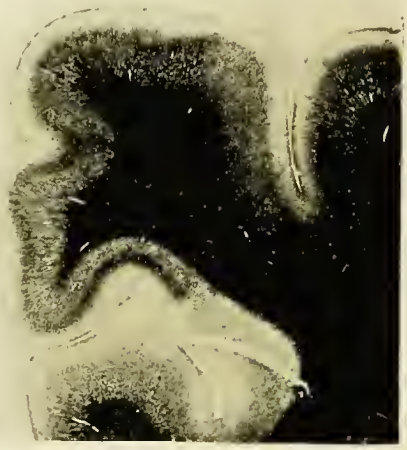


Fig. 6. — Sezione frontale attraverso il *gyrus suprasplenialis* d'un cane, 15 mm. all'innanzi della punta del lobo occipitale. Questa circonvoluzione appartiene alla sfera visiva e presenta la caratteristica stria di GENNARI, che, si vede, cessa bruscamente in basso. (Metodo di WEIGERT, ingrandimento diametri 4 75).

teriali su cui si esercita il processo associativo, ossia ai rapporti anatomici coi vari focolai sensoriali e motori. In altre parole, l'anatomia indica genericamente l'esistenza di centri soprasensoriali e sopramotori, la cui suddivisione rispecchia quella delle sensazioni e dei movimenti, ma non mostra di soggiacere per conto proprio a specificazioni più profonde.

L'istologia cerebrale introduce nel concetto di *centro funzionale* altre nozioni ed altre restrizioni, di cui convien tenere il massimo conto. Essa ci insegna che le vie sensitive, esigue alla periferia e nel loro primo tragitto, sono ampie nel loro sbocco terminale ai centri della corteccia, perchè il processo nervoso, proiettandosi nella corteccia, ne impegna una superficie assai più larga di quella da cui proviene originariamente. Ciò si può accertare ad esempio nelle vie ottiche: un bastoncino della retina, eccitato da un filo di luce microscopicamente sottile, trasmette l'eccita-

mento per varî ordini di neuroni, il cui numero cresce rapidamente di mano in mano che si procede dalla periferia verso il centro; sicchè la corrente nervosa invade a valanga una specie di cono ideale, il cui apice si trova nel bastoncino e la cui base corrisponde alla proiezione corticale: *legge della valanga*. E questo per un eccitamento retinico di un'esiguità immaginaria che è certo al disotto della minima sensazione possibile: figurarsi per una sensazione ordinaria. Un'immagine visiva impegna nella corteccia un numero di cellule sterminato.

La proiezione corticale d'una immagine retinica, per piccola che sia, è infatti la somma di molte proiezioni parziali, e precisamente di altrettante quanti sono i bastoncini (e i coni) eccitati. Ma poichè gli elementi della retina sono assai ravvicinati, così le proiezioni che corrispondono a ciascuno di essi nella corteccia visiva riescono parzialmente sovrapposte, come i cerchi che si allargano sullo specchio limpido dell' acqua sotto l'azione della pioggia; ogni filo di pioggia disegna nell'acqua il suo cerchio, ed ogni cerchio si confonde in gran parte coi vicini, senza possedere un sol punto che non sia comune con altri cerchî (fatta eccezione dei cerchî estremi); eppure non vi è cerchio che non abbia la sua individualità precisa e matematica, nè si avrebbe alcun diritto di scambiarne uno con gli altri.

Un esempio ancor più meraviglioso della maniera con cui gli eccitamenti funzionali si sparpagliano lungo le vie di proiezione centripeta, ma non senza un ordine rigoroso e forse un certo ritmo prestabilito, è quello che ci si offre ad un diligente esame istologico dell' organo olfattivo (fig. 7). Lo stimolo odoroso che è stato raccolto da un elemento periferico della mucosa schneideriana (non rappresentato nella figura) incontra, fin dalla sua prima tappa nel bulbo olfattorio, una serie di elementi svariati che lo inoltrano verso il centro corticale o lo respingono parzialmente verso stazioni già passate o lo rimbalzano lateralmente ad altri elementi intermediarî, rompendo ad ogni passo il suo cammino quasi per allargarne e per protrarne gli effetti.

Ogni cellula olfattiva della mucosa nasale manda al bulbo una fibra *a* che termina ramificandosi in un glomerulo *b*. Nei glomeruli e intorno ad essi abitano i granuli esterni di Kölliker, *c*, che coi loro dendriti ricevono eccitamenti dalle fibre glomerulari in cui si trovano avvolti, e li trasmettono a due o più glomeruli contigui per mezzo d'un axone a decorso orizzontale. Ma ad ogni glomerulo attingono stimoli due altri ordini di cellule: le *grandi cellule mitrali* e le *piccole cellule a pennacchio*.

Le cellule mitrali *d* pescano nel glomerulo per mezzo d' un grosso dendrite *d'*, il *dendrite primordiale*, così chiamato perchè filogeneticamente più antico, e che rappresenta l'organo diretto della trasmissione olfattiva, mentre altri dendriti, *d''*, delle stesse cellule mitrali si sbandano orizzontalmente e lungamente nella zona plessiforme esterna (fig. 7, *3*), dove ricevono varie specie di stimoli indiretti che verremo enumerando. L'axone delle cellule mitrali costituisce la vera via maestra dell'olfatto; ma prima di addentrarsi nella radice esterna del bulbo, emette parecchie collaterali ricorrenti *d'''*, che portano stimoli indiretti ai dendriti accessorî di innume-

revoli cellule mitrali. Vi sono dunque associazioni precorticali che determinano scambi dinamici fra cellule mitrali, come anche fra glomeruli olfattivi, ancorchè i dinamismi scambiati non siano ancora diventati materia di coscienza.

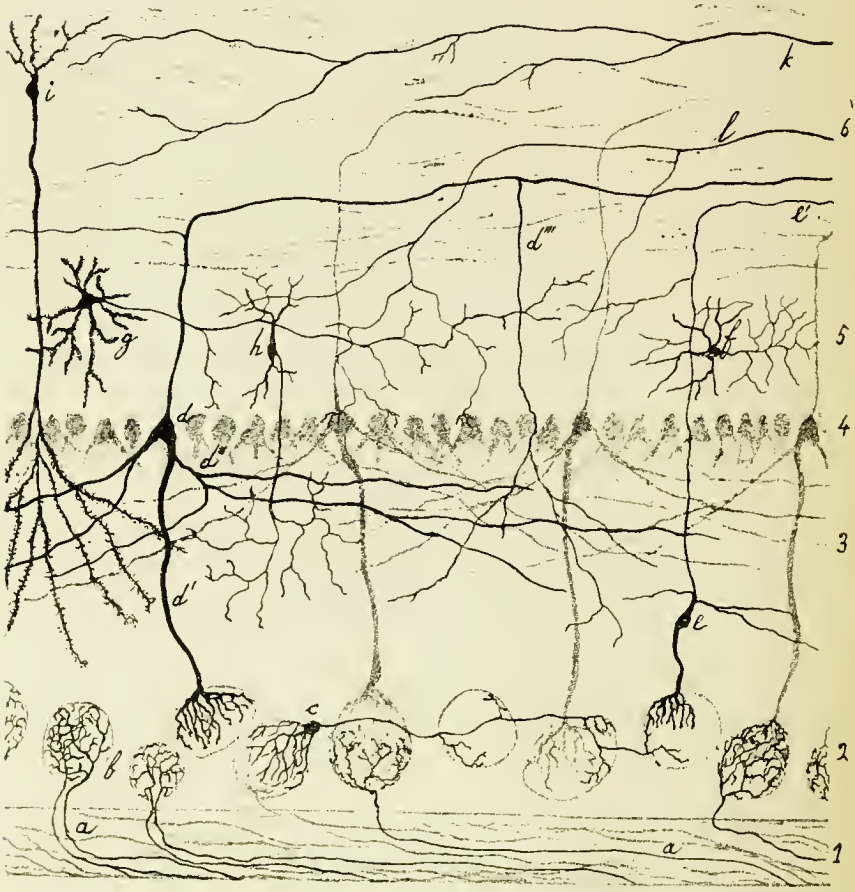


Fig. 7. — *Schema del bulbo olfattivo.* — 1, strato delle fibre olfattive; 2, strato dei glomeruli; 3, zona plessiforme esterna; 4, ordine delle cellule mitrali; 5, strato plessiforme interno; 6, strato dei granuli e delle fibre centrali.

a, fibre olfattive; *b*, glomeruli; *c*, cellula d'associazione fra i glomeruli, o *granulo esterno* di Köl-liker; *d*, cellula mitrale; *d'*, dendrite primordiale della medesima; *d''*, dendriti accessori; *d'''*, collaterale retrograda; *e*, cellula a pennacchio; *e'*, cilindrasse della stessa; *f*, cellula di Golgi; *g*, cellula di Blanes; *h*, cellula di Cajal; *i*, granulo; *k*, fibra centrifuga proveniente dai centri; *l*, fibra centrifuga proveniente dal bulbo del lato opposto (e precisamente da una cellula a pennacchio) attraverso la commessura anteriore.

Le cellule a pennacchio *e* posseggono dendriti primordiali ed accessori analoghi a quelli delle cellule mitrali; ma la destinazione del loro nevrite non è corticale. Il nevrite attraversa la zona plessiforme interna (fig. 7, 5) che sta al di sopra delle cellule mitrali, emette numerose collaterali che

vi si perdono, poi procede verso i centri, ma passa per la commissura anteriore al bulbo olfattivo del lato opposto. Ivi distribuisce collaterali lungo la zona plessiforme interna e termina abbracciando i corpi delle cellule mitrali. Perciò questi nevriti, più sottili degli altri, si presentano in ciascun bulbo olfattivo sotto due aspetti differenti: ve ne sono in partenza, *e*, e ve ne sono in arrivo, *l*, che provengono anch'essi da cellule a pennacchio e precisamente dalle loro simili dell'altro bulbo.

Con questo non è finita la diffusione dello stimolo olfattivo. Nella zona plessiforme interna dimorano tre tipi di cellule ad axone corto e ramificato. Alcune, cellule di Golgi, *f*, sono dotate di un axone piccolo che si ramifica a breve distanza nello stesso strato plessiforme. Altre, più grosse, cellule di Blanes, *g*, possiedono un nevrite che si ramifica similmente a breve distanza e tra i limiti della zona in cui è nato, ma per un'estensione assai maggiore. Altre infine, cellule di Cajal, *h*, espandono il loro nevrite nella zona plessiforme esterna, dove portano ancora un supplemento di stimoli ai dendriti accessorî delle cellule mitrali. Questi tre tipi di cellule ricevono l'onda nervosa dalle collaterali ramificate nella loro zona, ossia residui e derivativi della corrente principale, riportandoli alle cellule mitrali.

E non è ancora finito. La zona interna dove scorrono i fascetti delle fibre centripete e centrifughe, *G*, è popolata di singolari elementi, i granuli, *i*, privi, come le cellule amacrine della retina, di un vero axone differenziato. Essi possiedono un piccolo ciuffo di dendriti centrali e un lungo, robusto prolungamento periferico che attraversa perpendicolarmente la zona plessiforme interna e la schiera delle cellule mitrali per espandersi nella zona plessiforme esterna sotto forma d'un pennacchio a fini dendriti spinosi. È verosimile che questi elementi amacrini ricevano stimoli sul loro corpo e sui loro dendriti centrali da certe fibre che partono in senso centrifugo dalla corteccia olfattiva, *k*; che ricevano altri stimoli sul loro tronco mentre attraversa la zona plessiforme interna, per opera delle innumerevoli collaterali ivi radunate; e che tutti questi stimoli siano scaricati per mezzo del pennacchio terminale sui dendriti accessori delle cellule mitrali.

Tralasciamo tutte le deviazioni, le giravolte e le arborizzazioni progressive che si svolgono, anche per il più insignificante degli stimoli olfattivi, nel labirinto della corteccia cerebrale. Ci basta d'aver dimostrato che da una sola cellula della mucosa schneideriana può svilupparsi una corrente nervosa capace di diffondersi enormemente e che, prima ancora d'aver lasciato il bulbo olfattivo, ha già subito diffusioni e peripezie di grandissima portata. È probabile che, procedendo di quel passo e da più cellule periferiche, lo stimolo fisiologico finisca con l'invadere sempre, qualunque sia la sua forza e la sua natura, la totalità della corteccia olfattiva. Sicchè la valanga olfattiva si può immaginare come un cono che, avendo l'apice in una cellula periferica, occupa con la base tutto il dominio corticale dell'olfatto.

Ne viene di conseguenza che, mentre una singola sensazione olfattoria è opera collettiva d'innumerevoli, forse di tutte le cellule della corteccia olfattiva, a ciò stimolate da un lavorio incosciente e nondimeno assai complicato di cellule precorticali, ogni cellula della corteccia olfattiva deve prendere parte alla sensazione di ogni possibile stimolo odoroso, contrapponendo risposte diverse ad ogni stimolo diversamente sentito.

Da questi fatti scaturiscono alcuni principî di straordinaria importanza.

1.° I processi sensoriali (siano pure elementari, come la percezione,

se fosse praticamente possibile, d'un eccitamento isolato sopra un bastoncino della retina) e per ragioni analoghe, se non più forti, i processi psichici, sono sempre un *fenomeno pluricellulare*. Insomma la coscienza ha per condizione necessaria l'attività di molti neuroni sinergici; e l'attività isolata d'una singola cellula (o di poche) non costituisce che la *frazione* d'un fenomeno cosciente. Ora, la frazione d'un fenomeno cosciente è qualche cosa di non rappresentabile, vale a dire un fenomeno di pura meccanica fisiologica; ciò vale quanto dire che un singolo elemento corticale non è mai capace d'albergare o di produrre per conto proprio una *immagine concreta*, nemmeno quella di un punto luminoso che avesse colpito isolatamente un bastoncino od un cono della retina.

2.° D'altra parte, come ogni cellula della proiezione visiva corrisponde a molti coni e bastoncini della retina, non già ad uno solo, così è da ritenere che ogni elemento centrale (e più che mai quelli dei centri associativi) si trovi in rapporti multipli con altri elementi, periferici e centrali, e sia per ciò in grado di risentire una gamma d'impressioni diverse per origine e, fino ad un certo punto, anche per natura. La cellula corticale è *polidinamica*. La sua funzione è dunque ben lontana dal restringersi ad un'unica forma d'attività stereotipata; ma non consiste nemmeno nell'accessibilità indefinita a qualunque stimolo: è semplicemente l'*impressionabilità ad un certo numero di stimoli minimi, subcoscienti e fra loro diversi*, ma probabilmente poco dissimili, che arrivano da varie parti per vie anatomicamente prestabilite, ora di conserva, ora in piccolo corteo, a seconda dei casi. Così si producono frammenti di sensazioni o d'immagini simboliche che, integrandosi coi tributi funzionali d'altre cellule centrali in grandissimo numero, danno luogo al *fatto psichico* nelle sue infinite varietà, cioè alle sensazioni ed alle immagini capaci, perchè più o meno complete, di affermarsi come fatti coscienti.

3.° Ogni cellula corticale è insieme un organo di ricezione ed un organo di scarico, in quanto può rovesciare su altre cellule lo stimolo che ha ricevuto. Se come organo di ricezione l'elemento della corteccia ha la capacità di ricevere vari stimoli, non già uno solo, esso gode d'una certa versatilità anche come organo di distribuzione, perchè, una volta impressionato passivamente, può mettersi in sinergia funzionale ora con l'una, ora con l'altra delle costellazioni cellulari, prossime o lontane, a cui è unito anatomicamente. Questi rapporti anatomici rappresentano altrettante *possibilità funzionali*, che si attueranno o no, secondo le circostanze del momento.

Il corso del pensiero è dunque assai precario. Le sue variazioni dipendono non solo dagli avvenimenti esteriori, ma anche dalle vicende intime delle innumerevoli cellule che, facendo parte del sistema accessibile ad

una determinata corrente nervosa, sono in grado, ciascuna dal canto proprio, di attirarla o di respingerla. A questo modo le grandi comunicazioni fra centro e centro, e più ancora le comunicazioni microscopiche fra cellule vicine, non diventano *obbligatorie* che parzialmente, momentaneamente e col favore di certe condizioni fisiologiche. In teoria, il processo psichico potrebbe espandersi senza limiti dovunque trova una continuità anatomica; ma in pratica esso incontra resistenze ed agevolezze, talvolta di natura transitoria, che non gli permettono nè di esorbitare da una data percorrenza, nè di sottrarsene. E per questa variabilità dinamica le correnti nervose possono assumere, movendo da uno stesso punto di partenza, un numero quasi infinito di figure materiali nello spazio corticale e di figure subiettive nella coscienza.

Nel polidinamismo delle cellule corticali si deve cercare la causa principale delle varie direzioni che possono assumere le correnti nervose del cervello. A sua volta, il polidinamismo degli elementi corticali è spiegabile come un effetto della loro posizione. A contatto con tante altre cellule diverse ed esposta a tante forme d'eccitazione, la cellula della corteccia cerebrale acquista la proprietà di reagire in varie maniere; e a poco a poco, per adattamento, anche quella di non reagire o di esercitare addirittura un'influenza inibitoria. E non è inverosimile ch'essa si comporti di fronte all'onda incidente del processo funzionale come un organismo elementare di fronte ad un agente esterno, cioè esercitando, secondo le occorrenze, atti di *chemotassi* positiva e negativa.

Secondo la teoria del neurone, la chemotassi sarebbe favorita dalla discontinuità fra l'espansione terminale dell'axone e il corpo della cellula successiva, ma è seriamente impugnato che tale discontinuità, per quanto certa in fase di sviluppo, persista nell'età adulta. In ogni modo, il potere della chemotassi si può esplicare anche fra neuroni continui ed all'infuori dalle loro saldature reciproche, per mezzo delle spine che coprono i prolungamenti protoplasmatici come una fitta pelurie e che sembrano capaci di espandersi e di accasciarsi in rapporto col lavoro funzionale.

Con le attenuazioni che abbiamo enumerato, il concetto dei centri psichici perde quel sapore di frenologia che gli venne rimproverato un po' troppo sommariamente. Si era detto che il numero e l'estensione dei centri corticali, come pure la loro disposizione topografica, essendo vincolati allo schematismo dello sviluppo embriologico, non possono presentare grandi differenze da un individuo all'altro, e tanto meno da un istante all'altro nell'istesso individuo; e che ciò rendeva inesplicabili le infinite maniere con cui si seguono le immagini, le idee e gli affetti anche a parità d'ambiente esterno. Ma l'obbiezione non ha alcun valore, perchè l'invariabilità anatomica della trama cerebrale è compensata dalla gran-

dissima facilità con cui, grazie all'immenso numero ed alle molteplici proprietà delle cellule corticali, possono variare i processi dinamici del cervello. Poichè una reazione psichica, per quanto apparisca semplice, si sminuzza sempre, come abbiamo veduto, in *molte* cellule nervose, e poichè a ciascuna di queste cellule non può competere che un *moltesimo* di partecipazione all'atto funzionale, anche se lo immaginiamo minimo e psichicamente indecomponibile, basterà che una sola cellula del sistema sinergico o, per usare l'espressione di Cajal, della *pleiade isodinamica*, modifichi, esageri o sospenda il suo concorso attivo, perchè si determini una minima e delicatissima sfumatura differenziale nel complesso della reazione psichica: e la differenza, per piccola che sia, d'un singolo pensiero non sarà senz'effetto sullo sviluppo delle immagini, delle idee e degli affetti successivi.

GLI INDIZI POSITIVI IN FAVORE DEI CENTRI PSICHICI.

Se ora noi tentiamo di riepilogare in poche parole quello che ci dicono, d'accordo, la fisiologia delle vivisezioni cerebrali, l'anatomia delle atrofie e delle degenerazioni sperimentali, la cronologia della mielogenesi, la patologia delle lesioni a focolaio e l'istologia normale del cervello, dobbiamo anzitutto riconoscere che la ricerca delle localizzazioni mentali è ormai uscita dall'arida cerchia delle questioni accademiche. L'atteggiamento di rinunzia rassegnata e quasi sdegnosa, che si ostentava fino a qualche anno fa di fronte a questa ricerca, è completamente abbandonato. Non solo si comincia ed ammettere la concentrazione delle funzioni mentali in zone diverse da quelle di sensibilità e di movimento; ma nella vasta superficie di queste zone si ricerca di scoprire se il lavoro psichico non si suddivida ulteriormente fra centri specifici con funzioni distinte.

In che modo si effettui la distribuzione è senza dubbio oscurissimo. Sembra tuttavia che i centri psichici siano i depositari delle *rappresentazioni*. Divise per gruppi corrisponenti a quelli delle sensazioni e composte dei loro residui accumulati, le rappresentazioni danno materia alla memoria, alla fantasia, al pensiero logico e costituiscono un elemento superiore dell'attività intellettuale. Se non che, mentre le sensazioni e i movimenti volontari si svolgono doppiamente in centri simmetrici e bilaterali, le rappresentazioni, non avendo alcun rapporto diretto col mondo esterno, si polarizzano in un emisfero solo: nel destro o nel sinistro, secondo il genere a cui appartengono.

I centri sensoriali e motori non sarebbero dunque destinati che a rea-

zioni immediate e sempre nuove, di cui non sanno serbare alcuna traccia. Le traccie durature, ma incomplete degli avvenimenti che interessano i centri di proiezione sarebbero conservate in altri centri: e di là, verificandosi certe condizioni fisiologiche, darebbero luogo quando che sia ad un *facsimile* dell'avvenimento originario ovvero alla riproduzione d'una sua singola particolarità che, assunta come *simbolo*, basta a farne le veci nella coscienza. Il passaggio delle traccie rammemorabili dai centri doppî di sensibilità al centro unico di rappresentazione si compirebbe attraverso a fibre omolaterali e controlaterali che muovono dai due emisferi del cervello e convergono separatamente tanto all'uno come all'altro di essi.

Questo meccanismo, per quanto possa sembrare farraginoso, lascia comprendere anche anatomicamente la ragione del profondo distacco che nell'ontogenesi e nella filogenesi separa gli altissimi gradi dell'intelligenza dalle sue forme rudimentali. Le rappresentazioni, appunto perchè segnano il progresso dell'intelligenza da una fase di coscienza puramente proiettiva ad una fase di coscienza associativa, che richiede organi proprî, sono il fattore necessario e sufficiente dello sviluppo a cui arriva il cervello negli uomini adulti, oltre alla sfera delle funzioni sensitive e motorie, e che gli fa oltrepassare ad immensa distanza i più ampî cervelli di neonati umani e di mammiferi adulti, non escluse le scimmie.

Le idee che abbiamo esposto non sono ancora salite agli onori d'una discussione generale, ma hanno inspirato un certo numero di congetture e di osservazioni particolari, su cui si è stabilito un discreto se non unanime accordo. L'unilateralità dei centri rappresentativi è stata ammessa da parecchi nevrologi per l'espressione mimica e per l'esecuzione di musica strumentale. Pare che la cecità psichica sia più profonda e che abbracci una maggior quantità d'immagini visive quando la lesione è a sinistra. Persino il centro, che oggi si pretende doppio, del linguaggio parlato si dividerebbe, è vero, fra i due emisferi, ma in modo che al sinistro toccherebbe la funzione della parola meditata ed all'omologo di destra quella soltanto della parola automatica (Hughlings-Jackson, Bastian, Byrom-Bramwell).

La psichiatria non può rimanere indifferente dinanzi ad un indirizzo clinico che si afferma con localizzazioni così ardite e che è così prossimo a varcare le sue ultime frontiere. È necessario conoscere i motivi, formulati o latenti, che spingono la clinica contemporanea a separare i centri di rappresentazione da quelli di sensazione, malgrado l'assioma fisiologico che li identificava. Questi motivi non poggiano sopra reperti isolati di autopsie, ma sopra un insieme d'argomenti clinici e psicologici che non meritano d'esser passati in silenzio.

1.° Nella cecità acquisita per lesione corticale (*cecità corticale*) non si perdono i ricordi visivi. Com'ebbe ad osservare Nothnagel fin dal 1882, il potere d'evocare le immagini della vista rimane inalterato; è dunque più che probabile ch'esso risieda in un'area della corteccia distinta da quella della sensibilità visiva.

2.° Quando è distrutta la corteccia occipitale da una sola parte, si ha l'*emianopsia*, ossia il dimezzamento delle immagini ottiche, ma non il dimezzamento delle rappresentazioni. Quest'ultimo fenomeno è del tutto ignoto nella patologia delle funzioni mentali. Il meccanismo che dà origine alle rappresentazioni deve dunque differire non solo topograficamente, ma anche intrinsecamente da quello delle sensazioni. E la loro disparità apparisce più nettamente se si ammette che le impressioni visive si localizzino nei due lobi occipitali, ma che le loro rappresentazioni, potendo spogliarsi degli attributi spaziali, si unilateralizzino o nel solo emisfero sinistro o (con una legge di selezione ignota) alcune nell'emisfero sinistro ed altre nell'emisfero destro.

3.° Tra sensazione e rappresentazione esiste un vero contrasto psicologico, che Ramon y Cajal ha messo assai bene in rilievo. La rappresentazione è una sintesi incompleta, scialba e vacillante d'immagini congeneri che si sono introdotte e mescolate nel cervello ad epoche differenti: essa non ha un posto assegnabile nel modo reale e può rinnovarsi per effetto di stimoli interni. Invece la sensazione è la fotografia immediata e precisa, ma effimera e non rinnovabile, d'un dato fenomeno esterno, a cui si può sovrapporre tale e quale, senza lacune, nè esuberanze, nè incertezze.

4.° Finalmente, ammettendo che le immagini delle cose siano percepite in un luogo e pensate in un altro, si fa rientrare la patogenesi delle allucinazioni, che sono tanta parte della psichiatria, nei quadri della fisiopatologia corticale, come cercheremo di dimostrare al capitolo IV. Stando invece al punto di vista classico, cioè d'un unico centro che serva promiscuamente alle sensazioni ed alle rappresentazioni, si va incontro ad una serie di oscurità e di contraddizioni, che rendono impossibile una teoria soddisfacente e completa del fenomeno allucinatorio.

Ciò posto, non si deve ravvisare nei centri psichici altrettanti magazzini d'idee fatte e pronte ad uscire dalla cellula in cui stanno rinchiuse una per una, come se fossero embrioni maturi nel guscio dell'uovo, ma una semplice *localizzazione di tendenze elementari* che, per passare allo stato attuale e diventare idee, richiedono uno sforzo dinamico di sintesi. Questa sintesi è in balìa delle vicende fisiologiche, e si compie non già nei limiti d'una singola cellula, ma a grandi distanze e fra migliaia di cellule più o meno indipendenti, che possono lasciarsi requisire a seconda dei casi per usi diversi ed associarsi in attività sinergica anche se appartengono a

centri diversi. Insomma, i centri psichici non contengono idee, ma ingredienti d'idee; o, meglio ancora, essi hanno la capacità di produrre gli ingredienti che servono ad integrare le idee od a simboleggiarle; e la divisione fisiologica tra centro e centro non procede per categorie d'idee, ma per categorie d'ingredienti o di simboli.

I centri sensoriali della vista sono uno specchio, quelli dell'udito un risonatore, quelli della sensibilità cutanea uno strumento di segnalazione momentanea: e nulla più. Le rappresentazioni mnemoniche della realtà esterna e del nostro corpo si formano in altri centri (unilaterali?) allo stato di simboli, e sono *simboli diretti*. Dai centri di rappresentazione i simboli diretti salgono, forse, e convergono a centri superiori per formarvi concetti più generali e più astratti: *simboli di simboli*. Ma anche per questi centri superiori vale la legge che i loro processi funzionali sono sempre pluricellulari; che ogni cellula ha la proprietà di resistere o di cedere agli eccitamenti, reagendo in varie maniere, benchè tutte d'un genere; e che l'attività d'una singola cellula non corrisponde mai ad una figura pensabile, neppure tra le più elementari o tra le più vagamente simboliche, se non è integrata con quella di moltissime altre cellule, forse a migliaia, sparse qua e là nel cervello. Perciò il contenuto preciso del tesoro psichico, come pure il grado della capacità intellettuale, sarà sempre un enigma agli occhi dell'anatomico. Solo il tipo generico dell'intelligenza, la categoria delle funzioni che spettano ai varî centri corticali e l'invalidità o lo straordinario sviluppo d'una funzione psichica sono problemi suscettibili di soluzione per l'anatomia e di corollari futuri per la clinica delle malattie mentali. In questo senso un anatomico come G. Retzius ha potuto, sfuggendo felicemente alla taccia di frenologo, descrivere cervelli di matematici con grandissimo talento d'astrazione e cercarne l'equivalente nell'anatomia. In questo senso sarebbe altrettanto legittimo ed opportuno studiare cervelli di oratori o di musicisti dotati in grado eminente del singolarissimo dono naturale che è richiesto per l'esercizio dell'eloquenza e della composizione musicale. E se dalla psicologia individuale passiamo alla psichiatria, non ci sarà forse impossibile trovare un giorno nel cervello d'idioti e di dementi parziali la ragione delle loro anomalie e lacune per quantità e qualità. Quel giorno cominceranno a disegnarsi i contorni di un'anatomia psicopatologica a grandi linee, e la psichiatria avrà sorpassato il breve abisso che la rende inferiore alle altre cliniche.

CAPITOLO II.

Le cause delle malattie mentali.

Le cause di pazzia si dividono in *esogene* ed *endogene*. Le cause esogene sono dovute all'ambiente, non all'individualità del malato o solo in minima parte, e si suddividono in *somatiche*, *psichiche* e *sociali*, a seconda che emanano dall'ambiente fisico, psichico o sociale. Le cause endogene, essendo legate alla costituzione individuale, riescono attive in qualunque ambiente, e si suddividono in *diatesiche*, *ereditarie* e *degenerative*; ma se si va a rivangare la loro prima origine negli antenati, si finisce per riconoscere che vengono anch'esse dal di fuori sotto forme non diverse e con processi eguali a quelli delle cause esogene.

Spesso le malattie mentali derivano da una catena di cause, tra cui l'osservatore empirico non coglie che la più visibile. Gli alienisti non sogliono cadere in questo errore; ma se concorrono parecchie cause, è difficile per chi si sia di discernere la misura con cui hanno agito. Tuttavia anche ignorando lo svolgimento particolare d'un singolo processo morboso, si può dai sintomi che presenta risalire per analogia alla causa che l'ha prodotto. Infatti vi è un certo numero di psicopatie clinicamente simili che dipendono sopratutto dalle accidentalità più o meno mutevoli dell'ambiente; l'ambiente costituisce una condizione, se non sufficiente, per lo meno necessaria della malattia. E vi sono altre psicosi, parimente ravvicinabili nei loro sintomi, che non sorgono senza l'impulso d'una disposizione interna. Infine tra questi due estremi vi è una serie graduale, a limiti non ben distinti, di malattie mentali, in cui operano cause miste; ed operano così variamente da un individuo all'altro, malgrado la somiglianza dei quadri morbosi, che senza una buona anamnesi non si può mai precisare se il malato sia piuttosto vittima dell'ambiente o della propria costituzione o delle due influenze riunite e cospiranti allo stesso effetto.

Il legame fra l'etiologia delle malattie mentali e le loro manifestazioni cliniche, sebbene oscuro ed incerto in questo terzo gruppo, è così stretto ed evidente negli altri due, che ha potuto essere utilizzato nella classificazione nosografica, di cui anzi rappresenta per molti alienisti il criterio fondamentale.

Cause esterne.

Cause somatiche. — I processi morbosi che alterano il corpo grossolanamente sono i più avvertibili fra questi fattori esterni di pazzia, perchè non vi è bisogno di guardarli attraverso la coscienza dei malati. A loro volta i *traumi* sono i più avvertibili fra i fattori somatici, perchè si può quasi sempre precisare l'istante e il punto in cui hanno esercitato la loro azione.

Si conosce una serie abbastanza tipica di *pazzie traumatiche*, ed hanno un connotato comune: quello di modificare la memoria o il carattere. I quadri clinici che derivano da questa causa, in ispecie da traumi del capo, sono i seguenti:

1.° *disturbi psicopatici effimeri* o *parziali* che susseguono senza intervallo al trauma, come perdita di coscienza con oblio di ciò che è accaduto al momento o poco dopo (amnesia anterograda) od anche poco prima (amnesia retrograda);

2.° *psicosi protratte* (per lo più si tratta d'*isterismo*) che esplodono qualche tempo dopo, in seguito ad un periodo latente, e che di rado guariscono;

3.° *perversimenti isolati ed irreparabili del carattere*, che talvolta conducono a *psicosi secondarie* o direttamente od attraverso all'ozio, alla miseria, ai disordini alcoolici e ad altre conseguenze dirette del trauma;

4.° *psicosi riflesse*, *ipocondria*, *monoisterismo*, *epilessia*, per compressioni ed irritazioni sulle vie nervose, ossia per traumi che cadono fuori del cervello e del capo.

Anche le *emorragie*, gli *ascessi*, i *tumori* agiscono sul cervello come corpi estranei, irritando, paralizzando o distruggendo la sostanza funzionante da cui sono circondati; e perciò, comunque siano sopraggiunti, equivalgono ad un trauma d'origine esterna.

Lesioni distruttive e irritative del cervello si hanno frequentemente per *infezioni*, *intossicazioni*, *avvelenamenti*, *processi infiammatori*, che annientano, sospendono o sovreccitano le attività mentali, ora parzialmente, più spesso totalmente, e in ogni modo sconvolgono la loro armonia. Queste lesioni sono spesso favorite dallo stato d'anemia o d'iperemia, dal-

l'arteriosclerosi, da cachessia, da pregressa sifilide, da abusi alcoolici, dagli strapazzi e da altre cause preesistenti d'origine interna. Non importa: tanto le lesioni determinatrici della malattia mentale quanto le condizioni e le eventualità che l'hanno preparata si comportano come cause esterne, perchè non hanno nulla che fare con l'evoluzione naturale dell'intelligenza e del carattere, nè si verificherebbero senza il concorso di circostanze estrinseche.

Le infezioni non cagionano disturbi mentali che in una parte dei colpiti, la minore, per mezzo di tossine che provengono dal ricambio vitale dei microrganismi o di proteine tossiche prodotte dalla dissoluzione dei loro cadaveri: ma spesso a queste tossine, d'origine bacterica, tengono dietro tossine secondarie che si sviluppano dall'organismo invaso a contatto con gli invasori e con le tossine primarie. Queste autotossine secondarie compaiono o precocemente, vale a dire nei primi periodi dell'invasione e quasi insieme alle primarie; o tardivamente, nei periodi ulteriori e nello sfebbramento; o addirittura in un'epoca successiva e più o meno prolungata, ancorchè il processo originario sia del tutto spento, lasciando una traccia più o meno durevole nella costituzione del malato.

Il tifo e la polmonite sono, dopo le meningiti, i processi infettivi che provocano più facilmente disordini mentali fin dalle prime fasi del loro decorso, e sempre coi caratteri dell'*amenza allucinatoria*; ma possono del pari dare occasione ad una *amenza postfebbrile*. L'influenza è tra le infezioni quella che più facilmente apre la strada alle psicopatie secondarie, in ispecie sotto forma di *nevrastenia con idee fisse*, di *melancolia* e qualche volta d'*amenza*. Il vaiuolo, il morbillo, la scarlattina, l'erisipela, la poliartrite, la difterite, l'infezione puerperale sono accompagnate da *delirio febbrile* o seguite da *amenza apiretica*, ma non così spesso come il tifo e la polmonite. La sifilide non è scevra di complicazioni psicopatiche: rare nel periodo secondario, esse assumono i caratteri d'una confusione acuta, ossia dell'*amenza*; nel periodo terziario, le gomme possono produrre *amnesie sistematizzate, allucinazioni* ed ogni altro *sintomo a focolaio*; la *sifilide cerebrale*, a sua volta, è accompagnata da disturbi psichici che talora simulano il quadro della *paralisi progressiva*. La malaria è capace di determinare stati d'*amenza grave* e di *nevrastenia* consecutiva simili a quelli dell'influenza. Nessuna di queste psicopatie, contemporanee o successive al processo infettivo, è assolutamente inguaribile; ed anzi, se la comparsa del delirio durante lo stadio febbrile dell'infezione costituisce un notevole aggravamento, le forme di *amenza pura* che susseguono lo stadio febbrile sono invece assai proclivi alla guarigione completa nel termine di poche settimane. Solo alcuni casi d'*amenza gravissima* che scoppiano improvvisamente con febbre e con gravi fenomeni

generali, conducono inesorabilmente e in breve tempo alla morte. Questi casi d'origine mista, ma sintomaticamente simili e che sono dovuti con ogni probabilità ad infezioni, a gravissime intossicazioni, ad uremia, costituiscono il così detto *delirio acuto*.

I sintomi che accompagnano le autointossicazioni secondarie non corrispondono necessariamente al quadro semplice del processo tossi-infettivo; ed anzi possono scostarsene al punto, da non aver più nulla di comune con esso. Non di rado le tossine secondarie hanno un potere psicopatogeno che manca alle tossine primarie o lo possiedono in grado più alto; e perciò i delirî postinfettivi, che si presentano senza febbre, sono non meno frequenti dei delirî febbrili. Ma, quanto alla guaribilità, non sono meno maligni dei delirî primarî. Un esempio di psicosi postinfettiva a scadenza remotissima e con sintomi assolutamente caratteristici è quello della *paralisi progressiva*, che segue la sifilide a distanza di cinque, dieci e fin vent'anni. Mentre le tossine primarie della sifilide non danno occasione, di regola, ad alcun disturbo mentale, le sue tossine secondarie, accumulandosi con estrema lentezza, finiscono per vincere la resistenza degli elementi nervosi e, forse con l'aiuto d'una predisposizione o di concause debilitanti, fanno scoppiare i ben noti e inguaribili disordini della *paralisi progressiva*.

Gli effetti immediati e tardivi delle infezioni si possono riprodurre senza gran divario, cioè specialmente sotto la forma d'*amenza*, prescindendo da qualunque agente infettivo, per semplici processi d'*autointossicazione* od anche d'*avvelenamento*. Fra le autointossicazioni vanno in prima linea l'*uremia*, la *glicemia*, l'*acetonemia* e i processi per lo più effimeri, ma talvolta tumultuosi che inquinano il sangue in seguito a coprostasi. La insufficienza congenita od acquisita della *funzione tiroidea* determina uno stato d'autointossicazione che si manifesta con quadri clinici del tutto caratteristici. Fra gli avvelenamenti quello da alcool, da morfina, da cocaina, da piombo, da ossido di carbonio. Persino una febbre gastrica, un certo grado di stipsi, lo stato d'ubbriachezza bastano a determinare confusione mentale, specialmente in soggetti esauriti da emorragie, strapazzi venerei, digiuno, clorosi. Ed anzi, quando mancano sicuri indizi di un'azione tossica, non è inammissibile che possano sorgere gli stessi sintomi di disordine amenziale anche dal terreno mal definito del semplice esaurimento. Tale è il caso delle psicosi da *allattamento*, da *emorragie* profuse o ripetute, da *fame eronica*. D'altra parte è difficile escludere ogni e qualunque influenza autotossica in malati che presentano anemia, braditrofia, dimagramento ed altri segni d'esaurimento organico: in questi casi, per miti che siano, all'esaurimento si associa sempre qualche alterazione del ricambio chimico.

I due fattori di confusione mentale si trovano costantemente riuniti nella

pellagra, che è dovuta alla miseria nutritiva ed all'avvelenamento maidico: donde il gran numero di pellagrosi che diventano pazzi e cadono nelle forme più gravi d'*amenza*. La proporzione dei pazzi è assai minore nelle infezioni e nelle altre intossicazioni per quanto violente, perchè quest'ultime operano in generale all'improvviso su gente valida e assai meno denutrita dei candidati alla pellagra.

L'incostanza delle complicazioni psicopatiche di fronte alle sostanze tossiche e virulente dimostra che l'amenza, come in genere qualunque altra forma di pazzia infettiva, postinfettiva e tossica, sta in un certo rapporto con la costituzione individuale, e dipende, sì, dalla qualità e quantità del veleno, ma solo in parte. Vi è dunque un coefficiente interno, che resta nascosto in condizioni normali, ma che si affaccia al sopravvenire d'un dissesto nell'economia chimica dell'organismo, ed aggiunge al quadro morboso dell'infezione, del periodo postinfettivo o dell'avvelenamento l'aggravante dei disordini mentali. Questo elemento costituzionale può anche essere di natura transitoria, e molte volte è rappresentato semplicemente dall'età. Infatti è da notare che nell'infanzia malattie leggere, sopratutto infettive, che possono passare inosservate, persino lo spavento, determinano cerebropatie che talvolta modificano ed arrestano in modo irreparabile lo sviluppo dell'intelligenza. Si tratta di un'azione morbosa che riescirebbe innocua sopra un cervello adulto, ma che pregiudica l'avvenire d'un organo ancora immaturo. Nel sistema nervoso del neonato le fibre non hanno finito di mielinizzarsi e le cellule non hanno sviluppato tutte le ramificazioni dendritiche di cui sono capaci: offesi in questo periodo della vita, gli elementi nervosi in parte soccombono, in parte restano atrofici e non contraggono tutti quei rapporti anatomici a cui erano destinati.

Le lesioni dei *sensi specifici*, le *nevralgie*, sopratutto quelle del V paio, possono produrre stati psicopatici in soggetti predisposti, agendo come cause esterne, ma semplicemente occasionali. Gli elminti intestinali, oltrechè per via tossica, disturbano le funzioni del cervello per via riflessa. Le *cardiopatie* ne compromettono la circolazione. Le *nefriti*, in quanto generano l'*uremia*, sono una delle cause più temibili di gravissime alterazioni mentali; e comparendo come un sintomo terminale nel corso di processi psicopatici già iniziati, sono causa frequentissima di peggioramento e di morte.

Cause psichiche. — Che in seguito a cause puramente psichiche si possano manifestare malattie mentali lo provano certi casi di *spavento*. Lo spavento, per l'evidenza, la rapidità e la gravezza dei suoi effetti psicopatici, si avvicina ai traumi fino a produrre lo *shock*: il *railway spine*

è appunto un caso particolare, ma assai frequente, di *shock* per disastro ferroviario. Ora, lo *shock* dà luogo anche sopra soggetti somaticamente illesi ad *amnesie*, *isterismo*, *epilessia*, *ipocondria*, *nevrastenia cronica*, *amenza*, *pervertimenti morali* non meno gravi di quelli che provengono da traumi fisici; e la sua azione fu giustamente equiparata ad un *traumatismo psichico*.

Le emozioni prolungate, anche se non sono violente, finiscono col turbare le funzioni mentali, sebbene in maniera meno semplice di quanto generalmente si crede. Ch'esse opprimano e logorino il cervello a poco a poco con risultati e processi non dissimili da quelli delle emozioni eccezionali che lo colpiscono all'improvviso, come lo spavento, è forse vero. Ma non si deve ritenere che un fenomeno psichico, per quanto tumultuoso o ripetuto, possa sconcertare direttamente l'equilibrio chimico degli elementi nervosi fin oltre ai limiti della riparabilità fisiologica, nè provocarvi col proprio impeto o con la propria insistenza, cioè per via dinamica, lesioni irrimediabili di struttura. Questa teoria troppo semplice dello *shock* psichico e delle passioni in genere, quantunque sia stata lungamente in onore, corrisponde ad un preconcetto fisiologico che le ricerche più recenti dimostrano erroneo.

L'importanza chimica dei processi mentali non è molto grande. Essi si compiono economicamente, senza scosse, nè esplosioni, nè sperperi, qualunque sia il loro contenuto e la loro rapidità. E infatti l'esercizio pacifico dell'intelligenza, per quanto continuo e vigoroso, non produce nè disturbi psicopatici, nè alcun segno di affaticamento; e le abitudini dello studioso senza passioni sono uno dei mezzi più sicuri per raggiungere meno spiacevolmente una certa longevità. Anche i processi nervosi di ordine inferiore, per esempio la visione, appunto perchè si svolgono senz'impegnare l'affettività, non danno luogo nè ad esaurimento, nè a stanchezza, malgrado la loro continuità. Egualmente, l'ozio intellettuale, se nuoce alla ricchezza delle nozioni acquisite, non modifica la potenzialità dell'intelligenza: e quando termina un lungo periodo di vacanze o di dissipazione, il pensiero non è meno alacre di prima, e neanche di più. Alla stessa maniera si può rimaner ciechi per anni interi in seguito a cateratta; ma dopo l'operazione, la retina e i centri nervosi, che non hanno cessato di nutrirsi e di serbare la propria struttura anatomica, ricuperano sollecitamente tutta l'attività funzionale di cui erano capaci.

La cellula nervosa è dunque infaticabile: infaticabile al lavoro e indifferente al riposo. Nè l'eccesso dell'esercizio funzionale, nè l'astensione sono in grado di scemare, sia pure momentaneamente, la sua capacità; e tanto meno potrebbero, producendo malattie mentali, comprometterla durevolmente. Solo le emozioni, o che si manifestino in modo violento e

istantaneo, o che agiscano in modo sordo e continuato, fanno eccezione a questa regola: perchè non di rado stancano, minacciano l'intelligenza, e determinano veri processi psicopatici.

Il perchè di quest'eccezione si deve cercare nella fisiologia. L'emozione e le passioni sono fatti psichici, ma la loro caratteristica è di spandersi largamente in tutto il nevrasse e ben oltre i limiti della coscienza. Quando il nostro animo è agitato dalle emozioni o corroso dalle passioni, ne restano sconvolti i processi vasomotori e trofici che, partendo dal cervello, regolano la nutrizione dei tessuti; è sospesa l'assimilazione delle sostanze anaboliche; è aumentato l'ingombro dei prodotti catabolici. Così si accendono qua e là, in focolai più o meno circoscritti e fin dove arriva il disordine dell'innervazione, altrettante malattie *rudimentali*: brevi e violente, se si tratta d'emozioni improvvise; lunghe ed attenuate, se si tratta di passioni continue. Lo stesso cervello non rimane tanto colpito da ciò che vede od ascolta, da ciò che soffre o teme, insomma da ciò che forma il contenuto psichico dell'emozione e della passione, quanto dall'azione reflessa dei disordini viscerali, che alterano la cenestesi, e più ancora dall'azione chimica ed apsichica delle autotossine che accompagnano quei disordini e che, una volta entrate nel circolo sanguigno, offendono il sistema nervoso, disturbandone le funzioni.

L'esperimento fisiologico conferma questo modo di vedere. L'eccitazione elettrica della corteccia cerebrale ha dimostrato, per opera di Hitzig, Lépine, Bochefontaine, Danilewski, Eulenburg e Landois, Richet, Bufalini, che da certi punti determinati (della zona somestetica) si sprigionano influenze agevolatrici o inibitorie, secondo i casi, sopra un gran numero di funzioni organiche: circolazione, respirazione, secrezione salivare, gastrica, pancreatica, intestinale, biliare, urinaria, peristalsi dello stomaco e dell'intestino, contrazioni della vescica e dell'utero. In seguito François-Franck precisò queste localizzazioni, aggiungendovi i punti della secrezione sudorale; e una serie di sperimentatori, fra cui principalmente Bechterew, arricchì il capitolo in questione riscontrando la funzione dei centri viscerali anche alla prova della *distruzione*. Per esempio, Trapesnikao scoperse nel 1897 il centro della deglutizione, e Duccescu nel 1898 quello dello sfintere anale. Si può dunque ritenere che l'emozione, dopo aver trasmesso a questi centri viscerali e per solito incoscienti un dinamismo violento e straordinario, promuova in tutto il corpo arresti e dispersioni d'attività organica che si fanno sentire a loro volta nel cervello, sia come impressioni cenestetiche, sia come agenti tossici che si sono formati alla periferia del corpo e mescolati al torrente del sangue.

Se poi gli eccessi affetti vi rimangono quasi sempre nel campo delle manifestazioni subiettive e ben di rado si materializzano in forma di *vere*

malattie organiche nei visceri e nello stesso cervello, questa contraddizione si spiega con la speciale *sensibilità* ai veleni, che è la proprietà e la sventura della cellula nervosa. Il cervello, che non sente la fatica del proprio lavoro, forse per la scarsezza assoluta dei prodotti regressivi che ne sono l'espressione, forse per la loro innocuità, forse per la ristrettezza anche relativa del metabolismo cerebrale, è invece uno squisito segnalatore dei veleni fisiologici e patologici che si svolgono con assai maggiore abbondanza e probabilmente con maggior virulenza relativa negli altri visceri. Secondo i calcoli di miss Thompson e di H. Donaldson, fatti in base agli accuratissimi conteggi di Hammarberg, tutte le cellule nervose della corteccia umana non pesano più di 27 grammi. Insomma la capacità intellettuale può subire per conto proprio l'effetto di malattie viscerali che, per la loro tenuità, non disturbano obiettivamente le funzioni del viscere malato od affaticato; e talvolta riesce più compromessa o diminuita dalle malattie e dal sopralavoro di altri organi, che non dalle malattie e dal sopralavoro del cervello. Se il cervello, non correndo il pericolo d'avvelenarsi da sè, ossia coi veleni autoctoni del lavoro psichico, disponesse, per bizzarra ipotesi, d'una circolazione propria, sarebbe al riparo da tutte le importazioni tossiche, ed anche da quelle che gli arrivano di seconda mano come conseguenza delle emozioni e delle passioni.

Una forma d'autointossicazione fisiologica, che compendia l'attività generale dell'organismo in tutta la giornata, ma non sospende la funzione di nessun altro organo, tranne il cervello, è quella che ha per esponente quotidiano il *sonno*: il sonno fa tacere la coscienza, ma la sua durata e profondità sono affatto indipendenti dall'intensità del lavoro mentale, tanto è vero che raggiungono il massimo nei neonati, negli animali ed anche, talvolta, negli imbecilli e nei dementi. Un'altra forma d'avvelenamento cerebrale, ma sempre d'origine estrinseca al cervello, è quella che proviene dai prodotti regressivi delle masse muscolari in contrazione forzata e che si manifesta subiettivamente sotto forma di *stanchezza:* l'esaurimento dei muscoli è sentito nel cervello, non solo per la via delle fibre sensitive, ma anche sotto l'azione diretta dei prodotti tossici che, circolando, passano attraverso ai centri nervosi. La fragilità chimica che caratterizza gli elementi nervosi li espone a facili alterazioni anche all'infuori dei centri somestetici e motori: e quindi basta una marcia od uno sforzo ginnastico per renderci non solo stanchi, ma anche inetti ad un proficuo lavoro mentale.

Per ragioni simili, appena si manifesta una malattia qualunque con un'alterazione patologica del ricambio, uno dei primissimi sintomi è la fiacchezza intellettuale, che può raggiungere le proporzioni dell'incoscienza e del coma, sebbene al sopravvenire d'un processo morboso il cervello, al pari dei muscoli e del tubo digerente, goda in generale i benefizi d'un

insolito riposo. Invece, se il circolo sanguigno è libero di veleni, patologici o fisiologici che siano, e non ha a proprio carico che quelli provenienti dal lavoro mentale, come avviene in persone sane che conducono vita sedentaria e studiosa, non solo manca ogni segno di stanchezza muscolare, di sonno o di fiacchezza mentale, ma i processi dell'intelligenza si rendono tanto più attivi, rapidi e perfetti quanto più si protraggono; e solo a lungo andare restano sopraffatti non già dai prodotti del consumo cerebrale, ma da quelli che frattanto s'accumulano nel circolo sanguigno come contributo, per quanto modico, degli altri organi.

Una serie di esperimenti suffraga questo modo di vedere. Secondo Philippen, il quoziente respiratorio d'un animale tormentato con la tracheotomia s'innalza pel solo fatto della legatura e dell'operazione; ma s'innalza perchè i visceri, il cuore e i muscoli sono disturbati nella loro innervazione, e l'autointossicazione a cui vanno incontro si ripercuote nel cervello sotto forma di *shock*. Se si curarizza l'animale, rendendo inerti i suoi muscoli, e poi si eccitano con la corrente faradica i capi centrali di nervi importanti, nè il quoziente respiratorio, nè le ossidazioni organiche, nè la temperatura generale del corpo subiscono alterazioni apprezzabili per così poco: come non subiscono diminuzione per l'inattività del cervello. Il metabolismo del sistema nervoso non è, in genere, abbastanza importante per influire sull'insieme del chimismo organico. Che poi lo *shock* sia il prodotto di un'autointossicazione lo dimostrano i suoi sintomi, che vanno dal coma al furore, la colorazione rossa del sangue venoso, il rallentamento della respirazione, l'abbassamento della temperatura interna. È vero che qualche volta, sotto le mani dei chirurghi, si ha la morte improvvisa, nel qual caso si stenta a concepire un'autointossicazione con effetti così istantanei. Ma in realtà queste morti improvvise non sono dovute ad avvelenamento; e quindi nemmeno ad un vero *shock*: la causa della morte è la sincope del cuore.

Secondo Bernstein, il nervo è assai più resistente alla fatica che non sia il muscolo. Per poter verificare separatamente l'esauribilità di due organi come il nervo ed il muscolo, che eseguiscono un lavoro solidale, ma visibile nel muscolo e non nel nervo, ecco come si procede. Si eccitano bilateralmente i due sciatici d'una rana; ma da una parte si lascia libero il nervo in maniera che trasmetta ai gastrocnemi la sua azione tetanizzante, mentre dall'altra parte, applicando la corrente d'una pila, si produce l'elettrotono, ossia, purchè la corrente sia abbastanza intensa, si rende il nervo impervio in tutto il tratto che è sotto il dominio dell'elettrode positivo (anelettrotono), e il muscolo rimane in riposo. Orbene, dopo qualche tempo, il tetano che si era manifestato dalla parte del nervo libero si risolve, perchè subentra l'esaurimento; ma dall'altra parte, dove

il muscolo è rimasto inattivo, si vede che lo sciatico, quantunque abbia seguitato a ricevere lo stesso stimolo del compagno, è ancora capace di trasmettere il tetano, purchè sia liberato dall'elettrotono e gli venga così restituita la sua conducibilità. È dunque evidente che il muscolo si stanca prima del nervo. Se si potesse prolungare la così detta *sezione fisiologica* del nervo mediante l'elettrotono, senza fargli perdere per sempre la sua proprietà conduttrice, non sarebbe difficile calcolare, in base alla rispettiva *durata* dell'eccitabilità, di quanto la resistenza del nervo supera quella del muscolo.

Questo calcolo fu perfezionato dalla sig.na Ioteyko. Nei suoi esperimenti è compreso il midollo spinale, e gli eccitamenti sono esercitati o direttamente su di esso o per la via dei nervi sensitivi. Per ottenere la sezione fisiologica del nervo, l'esperimentatrice ricorse anche al metodo dell'*eterizzazione*, e così riescì a stabilire che il midollo spinale leggermente stricnizzato possiede una capacità di lavoro *cento volte* superiore a quella del muscolo. Quanto all'esaurimento che fa cessare il tetano, esso non comincia, per dire il vero, propriamente nel muscolo, ma nella placca motrice. Infatti, paralizzando il nervo con l'elettrotono, e faradizzando i gastrocnemi rilasciati dopo la tetanizzazione, si ottengono ancora, per qualche minuto, contrazioni idiomuscolari. Perciò la scala dell'esauribilità discende in quest'ordine: placca motrice, muscolo, midollo spinale. Probabilmente le terminazioni motrici sparse nei muscoli restano intossicate dai veleni che si producono durante la contrazione muscolare dai muscoli stessi. Ma in ogni modo il midollo spinale, sia come centro reflettorio, sia come organo di trasmissione, vince di gran lunga il muscolo nella resistenza alla fatica. Ed è verosimile che il cervello non resti indietro al midollo.

La grande resistenza dei centri nervosi è dimostrata in modo più diretto dalla scarsezza di reperti appariscenti in gangli che erano stati sottoposti ad eccitazioni più o meno protratte. Esperienze di Vas, di Mann, di Lugaro, di Pergens, di Demoor mettono in rilievo leggere diminuzioni della parte cromatica che accompagnano soltanto le eccitazioni protratte al di là della durata ordinaria.

Qual'è la ragione per cui gli elementi nervosi sono così inesauribili? Forse perchè, avendo in serbo una gran quantità di materiali nutritivi, si comportano come altrettanti accumulatori d'energia chimica e funzionale? O invece perchè il loro chimismo è misero, ma la funzione è facile? In altre parole: perchè sono ricchi o perchè spendono poco? Tutto collima a far pensare che la vera soluzione del quesito sia l'ultima.

Il valore degli scambi chimici che si svolgono nel cervello è stato riscontrato con metodi diretti e indiretti. Direttamente: con l'analisi com

parativa del sangue carotideo e giugulare, con tentativi (poco riusciti) di circolazione artificiale, e col dosare i gas del sangue prima e dopo il suo passaggio nel cervello. Indirettamente: col metodo termometrico e calorimetrico, come pure con esami delle escrezioni. Orbene, il risultato finale di tante ricerche è questo: che il cervello non è un fabbricatore privilegiato di colesterina, come pretendeva Flint; che gli accessi convulsivi, per quanto violenti, non determinano mai nel *sangue cerebrale* (vena giugulare) una produzione d'acido carbonico paragonabile a quella che si riscontra nel *sangue muscolare* (vena femorale), e non hanno nemmeno il potere d'elevare la temperatura del cervello; che i piccioni scerebrati irradiano una quantità di calore non inferiore a quella dei sani (Corin e van Beneden); che, se la perdita del peso e l'eliminazione dell'azoto, durante il *digiuno* prolungato, sono nei piccioni scerebrati inferiori a quelle dei piccioni illesi e parimente sottoposti al digiuno, ciò non dipende dal risparmio d'energia mentale, ma dal silenzio a cui sono ridotte le influenze trofiche del cervello sui visceri e sui muscoli (Belmondo); che le oscillazioni della termogenesi cerebrale non sono punto parallele al lavoro psichico (A. Mosso); che, se pur ve n'hanno, non derivano dal metabolismo autoctono del cervello, ma dagli squilibri circolatori e dalla particolare lentezza con cui si disperde il calore cerebrale non solo nell'organismo vivo, ma anche in cadaveri tenuti in un ambiente isotermico (Heger); che quanto poi all'acido fosforico, l'attività intellettuale tende in complesso a diminuirlo leggermente, perchè abbassa la quantità dei fosfati alcalini e non influisce su quella dei terrosi (Mairet); che lo stesso fatto avviene nei pazzi, ancorchè agitati, appena comincia la denutrizione (De Boeck e Slosse); che i melancolici, benchè si torturino intensamente il cervello, non presentano irregolarità di sorta nè riguardo all'urea, nè riguardo ai fostati, purchè si nutrano come all'ordinario (Birt e Zulzer).

Un chimismo assai povero congiunto ad una sensibilità chimica squisita: ecco dunque il carattere dominante del metabolismo nervoso. Il cervello serve alla ripartizione, non alla produzione dell'energia, e Belmondo l'ha felicemente paragonato ad un commutatore. La sua funzione, per quanto possa raggiungere un alto valore logico, è sempre modesta chimicamente; e il pensiero geniale, come il più comune, non si svolge fra lampi e tuoni con gran consumo di fosforo, ma con la lenta e silenziosa coordinazione di minimi rapporti che richiedono minimi sforzi.

Se il cervello non dura gran fatica per conto proprio e non è sede d'un intenso metabolismo proprio, ciò non gli impedisce d'influire potentemente su lavoro e sul metabolismo extracerebrale. Quest'influenza è involontaria ed incosciente sui visceri come pure sui muscoli lisci; volontaria sui mu-

scoli striati ad eccezione del cuore. Ma l'azione che il cervello esercita sui visceri può accompagnarsi con emozioni; e le emozioni, per quanto siano lontane dal fornirci esatte notizie sullo stato reale dei nostri visceri, costituiscono un fenomeno psichico d'origine esterna, perchè assumono caratteri e proporzioni adeguati ad un avvenimento obiettivo che si compie fuori di noi. In questo senso, le emozioni e le passioni possono costituire, come abbiamo dimostrato, una causa di malattie mentali; vale a dire in quanto provocano discrasie extracerebrali che vengono a ripercuotersi poi sul cervello. Ed è questo l'unico caso possibile di malattie mentali che abbiano un'origine schiettamente psichica.

Lo *strapazzo scolastico*, così spesso accusato di favorire la pazzia, la favorisce senza dubbio, ma non già perchè richieda una grande fatica intellettuale, bensì per le condizioni anti-igieniche a cui astringe l'orario improprio delle scuole. L'immobilità, il digiuno, il cattivo riscaldamento dei locali, protraendosi per troppe ore, affaticano il cervello assai più di qualunque sforzo intellettuale. La noia d'un insegnamento sterile ed antiquato, alternandosi con la paura di castighi inopportuni o d'esami troppo severi, aggiunge al fattore somatico il fattore affettivo. Ma il fattore affettivo non agisce sulle sorti dell'intelligenza che indirettamente, cioè in quanto è punto di partenza e segnale d'un disordine organico che si svolge e si continua in tutto il corpo, d'onde si ritorce sul cervello, guastandone le funzioni quando la noia o la paura sono già svanite.

Tra le passioni, l'*amore*, la *gelosia*, l'*avarizia*, specie d'ossessioni monospastiche che già rasentano per sè stesse la psicopatologia, possono forse spiegare certi stati di *nevrastenia* e di *melancolia*, insomma i semplici disturbi affettivi, ma difficilmente s'invocherebbero come cause di psicosi più gravi senza il coefficiente d'una predisposizione affatto speciale. In ogni modo è certo che la massima parte dei processi psicopatici esordisce con disordini o con semplice esagerazione dell'affettività. Questi primi sintomi possono anche rappresentare la causa della malattia mentale e dipendere dall'eccessività degli stimoli esterni, minaccie, scene raccapriccianti, avvenimenti dolorosi, a cui il cervello ha la mala ventura di sottostare oltre ai limiti normali della tolleranza affettiva. Nelle grandi calamità pubbliche non manca mai qualche vittima della pura emozione; ad ogni sinistro marittimo, ad ogni grande incendio, nei terremoti, nelle sommosse scoppiano casi di pazzia o istantanei sotto forma di amenza o tardivi sotto forma di nevrastenia, che si devono al traumatismo psichico moltiplicato dallo spettacolo dell'emozione altrui.

Qualche volta il meccanismo genetico delle cause morali è abbastanza evidente. Le preoccupazioni, la paura, le passioni producono *insonnia*, e il difetto di sonno permette un maggior accumulo di prodotti tossici.

Questi prodotti che, in condizioni e proporzioni normali, sarebbero anzi ipnogeni, non solo mantengono l'insonnia, ma producono stati d'eccitamento disordinato che si estrinsecano con la confusione. Ciò avviene o per aumento dei veleni normali o per modificazioni della loro qualità o per l'abnorme dinamismo del cervello che ne soffre maggiormente l'effetto. Gli orari di lavoro troppo prolungati obbligano ad un'*insonnia artificiale*, le cui conseguenze non sono diverse da quelle dell'*insonnia passionale*, perchè giungono fino al grado d'un processo d'*amenza* (Agostini).

Può avvenire che la pazzia si trasmetta per *imitazione*. L'imitazione è un istinto naturale, che è assai sviluppato in certi animali come le scimmie, che si afferma automaticamente nei bambini, e che è sfruttato sistematicamente da tutti gli educatori; ma acquista un valore morbigeno quand'è sovreccitata isolatamente. In questi casi l'imitazione suggerisce atti dannosi, ridicoli od inutili all'imitatore; e senza creare di moto proprio la malattia mentale, non si può negare che ne determina per lo meno le manifestazioni esterne. In realtà una sovreccitazione dell'istinto imitativo che arrivi al punto da rendere irragionevole la condotta del malato non è possibile se non preesiste uno stato d'incoscienza o di fatuità mentale. Quando la coscienza è gravemente turbata o quando è indebolita la critica, entra facilmente in giuoco l'attenzione passiva, e le percezioni, diventando assai vivaci, si trasformano in atti prima d'aver subìto l'elaborazione psichica che avrebbe dovuto inibire ogni reazione o modificarla in senso più ragionevole. L'accesso *isterico* e l'*ipnosi* che precludono le comunicazioni col mondo esterno, ad eccezione di poche impressioni ingigantite dal silenzio delle altre, sono un terreno fecondo di *disordini imitativi*. L'*imbecillità*, che limita il campo della coscienza, ma spesso rende vivaci e rapide le reazioni a certi stimoli esterni, favorisce a sua volta gli eccessi dell'imitazione. Il *latah* ed il *jumping*, che parimente determinano, a quanto si dice, l'irresistibile imitazione di gesti ed atti senza scopo, non vi arrivano probabilmente che attraverso l'incoscienza.

A questo modo si sviluppano le *pazzie comunicate*, forme di psicosi collettive che abbracciano due, tre e fin quattro persone conviventi, e le *epidemie psicopatiche* che colpiscono gruppi più numerosi, come un collegio, un villaggio, una sezione d'ospedale. Vi è un *contagio isterico* e vi è un *contagio paranoico*, che costituiscono i due poli opposti tra cui oscillano tutte le epidemie psichiche e tutte le varietà di psicosi comunicata. Il contagio isterico si effettua, per imitazione cieca, da una grande isterica ad altre isteriche minori, che subiscono il fascino d'una mimica e d'una condotta conforme al loro stato di tensione emotiva, e lo subiscono tanto più potentemente quanto più grande è il numero delle contagiate che si offrono alla loro attenzione come modelli da imitare. Il contagio paranoico

si esercita da un paranoico lucido, intelligente ed energico sopra altrettanti imbecilli o semplici di spirito o candidati alla paranoia, che non hanno abbastanza immaginazione per delirare di propria iniziativa, ma dispongono di sufficiente credulità per delirare sulla falsariga altrui.

La Russia ci offre negli *skopzki* numerosi esempî contemporanei di sette che professano la mutilazione dei genitali, il suicidio, l'omicidio per puro fanatismo: e le religioni in genere non hanno origine diversa, tranne che, passando in retaggio a persone intelligenti con l'aureola della tradizione, vengono idealizzate, codificate ed utilizzate a scopi sociali. La suggestione delle idee sbagliate, come quella degli atteggiamenti espressivi nelle isteriche, è così efficace, che nelle collettività di persone conviventi, come pure nelle folle assembrate dal caso nelle piazze, nei teatri od altrove, si ha consenso completo non solo d'entusiasmi, ma persino d'allucinazioni: per esempio, purchè uno incominci, tutti asseriscono d'aver veduto il diavolo o la Madonna. Un'epidemia isterica abbastanza recente si verificò dopo il 1860 a Verzegnis, nel Friuli; e fu celebre l'epidemia paranoica d'Arcidosso, promossa nel 1879 da Davide Lazzaretti, allucinato, intelligente, superiore per coltura ai suoi conterranei, che si credeva inspirato da Dio e a cui ancora oggi, dopo oltre vent'anni dalla morte del profeta, sopravvivono gli epigoni fedeli. Una storia diffusa delle principali epidemie psichiche, che infierirono specialmente nel medio evo, fu scritta da Calmeil.

Cause sociali. — Si dice che la civiltà favorisca la pazzia. Se con ciò s'intende che lo studio più intenso e più generalizzato, che gli ideali più vasti e più audaci, che il dileguare della fede religiosa intorbidino l'intelligenza e la rendano più accessibile alla pazzia, si afferma un'opinione non provata e per lo più interessata. Che invece le crisi economiche e l'inacerbirsi della concorrenza per la vita siano cause di pazzia è molto probabile; ma questi malanni sociali non si debbono attribuire ai progressi della civiltà, nè ad un determinato sistema di vita civile, bensì alle imperfezioni che sono inevitabili in ogni civiltà e che ricorrono assai più gravi, più frequenti e più prolungate nella barbarie e nella vita selvaggia. Le carestie, le carneficine, le infermità d'ogni specie e la miseria, eccezionali nei paesi civili, sono altrove un fenomeno ordinario della vita quotidiana. La civiltà vera, che non fu ancora attuata, è quella esente da crisi e da odiose sperequazioni che esagerano in luogo d'attenuare le differenze naturali tra individuo e individuo.

D'altra parte, è innegabile che il numero dei ricoverati nei manicomi cresce col crescere della coltura e della prosperità pubblica. Questa verità rifulge nel confronto tra il Nord e il Sud d'Italia. Le 10 provincie italiane

che contano il massimo numero di ricoverati pazzi in rapporto alla popolazione sono tutte del Nord, con una proporzione che varia dal 25,3 al 16,9 per ogni 10.000 abitanti; le 22 provincie italiane che contano il minimo numero di ricoverati pazzi in rapporto alla popolazione sono tutte del Sud (salvo Alessandria), con una proporzione che oscilla dall' 1,3 al 6,6 per ogni 10.000 abitanti. Le altre 35 provincie d'Italia rappresentano le proporzioni mediocri, ma sempre con prevalenza del Sud ai gradini più bassi della scala e del Nord ai più alti.

In realtà l'istruzione e la floridezza acuiscono la sensibilità sociale e individuale di fronte allo spettacolo doloroso della pazzia, e l'accresciuta sensibilità crea un maggiore stimolo all' internamento degli alienati in appositi ospedali. Nel mezzogiorno d' Italia il livello di vita è meschino, la promiscuità dei pazzi coi sani è facilmente tollerata da un popolo avvezzo agli orrori della miseria, le classi ricche non sentono alcuna ripugnanza nel contatto con una plebe ignobile, e città popolose non sono che grandi villaggi. Perciò i manicomi sono tuttora scarsi, disseminati, poco accessibili e poco ben visti, eccetto che dagli appaltatori, dai fornitori e dai loro parassiti che ne traggono benefizio materiale. Ma la piccola proporzione dei ricoverati non indica scarsezza d'alienati. Il vagabondaggio, la mendicità, le carceri, i sequestri famigliari reclutano una quantità immensa di pazzi non riconosciuti e rappresentano altrettante succursali automatiche dei manicomi. Si aggiunga che la tisi, l'inedia e innumerevoli malattie cadono con predilezione su questi derelitti, e la mortalità decima le loro file sbandate senza impedirne la tacita, ma continua rinnovazione. Se nel Nord imperversa l'alcoolismo, il Sud non è risparmiato dall'epilessia; la pellagra, energicamente combattuta nell'Alta Italia, si sposta verso il Centro della penisola, donde non è difficile che emigri, insieme col mais, verso il Sud; e la primitività degli ordinamenti civili, coi suoi effetti continuati e con le sue crisi momentanee, ma ben più profonde di quelle che si verificano nei paesi commerciali e industriali, mentre contribuisce a nascondere i casi di pazzia, non è certo capace di diminuirne il numero.

Insomma, nei paesi civili la pazzia è addensata nei manicomî, nei paesi di civiltà inferiore essa è una sventura spicciola, anonima, che si sottrae alla diagnosi, che sfugge alla statistica, che non figura nei bilanci delle pubbliche Amministrazioni, ma che non cessa per questo di gravare sull'economia materiale e morale della popolazione in maniera indiretta, peggiorando le condizioni della sicurezza e del benessere collettivo.

Quanto allo stato di *barbarie*, sebbene non si possano invocare a suo carico le tabelle statistiche, si può arguire ch'esso non preservi punto dalle più terribili tra le malattie mentali, considerando con quanta facilità vi si incontrino imbecilli, idioti, epilettici, isteriche, paranoici che la storia

ricorda sotto il falso nome di *indemoniati*, d'*ossessi*, di *streghe*, d'*eretici*, di *santi*, e che qualche volta riconosce sotto la loro vera luce nelle *endemie mentali*, così frequenti un tempo, così rare adesso.

Altre cause sociali di pazzia sono da cercarsi nel genere d'occupazione, nella residenza, nell'alimentazione, nei rapporti di famiglia, nei costumi, nelle abitudini sessuali, a cui l'individuo povero è costretto, talvolta contro sua voglia e con sacrifizio della propria salute psichica, dall'incosciente egoismo della collettività, mentre l'individuo ricco vi è spinto dall'ozio e dalla mancanza di freni. La condizione necessaria perchè tutti questi fattori di pazzia spieghino la loro funesta influenza sta dunque evidentemente nell'organizzazione sociale che permette eccessive sproporzioni nella distribuzione della ricchezza. Così si rendono inevitabili certe psicosi professionali come l'*alcoolismo* nei vetturali che restano lunghe ore esposti alle intemperie, la *pseudo-paralisi generale* nei tipografi per saturnismo e nelle stiratrici per avvelenamento da ossido di carbonio, certe psicosi endemiche come il *cretinismo* nelle vallate alpine, e i disordini mentali dell'*ergotismo* in Polonia, dell'*eterismo* in Irlanda, del *maidismo* in Italia, Spagna, Rumenia, dell'*oppiofagismo* in Cina; certe forme d'*isterismo*, di *nevrastenia* con idee fisse, di *perrertimento erotico*, di *delinquenza*, di *paranoia* in individui educati troppo monasticamente o abbandonati alla corruzione delle strade o contrariati nelle inclinazioni amorose o spinti a matrimonî d'interesse o delusi nelle proprie speranze.

Insomma, sono sempre le *cause somatiche* e le *cause psichiche*, di cui abbiamo parlato dianzi, quelle che prendono il nome di *cause sociali* quando operano sull'individuo movendo dall'ambiente esterno con la regolarità d'un fenomeno sociale.

Cause interne.

Diatesi. — Vi sono malattie, infermità, imperfezioni, anomalie, debolezze, che non costituiscono una malattia mentale, ma predispongono alle malattie mentali od anche ad una forma determinata di malattia mentale. A parità d'ambiente, vi è chi impazzisce e chi no. Il delirio del tifo e di altri processi infettivi non è in ragione della gravità con cui si presenta l'infezione o la febbre; ma in parte dipende altresì dal modo con cui reagisce il cervello, ossia dalla personalità fisica e psichica del malato. La sensibilità ai veleni è tra le attitudini costituzionali quella che forse varia più di tutte da un individuo all'altro. La stessa quantità di veleno produce gli effetti più disparati per energia e qualità a seconda degli individui, come si può facilmente osservare nell'ubbriachezza; e la

disparità d'effetti può andare dall' estrema intolleranza ad un' immunità quasi assoluta.

La massima parte delle predisposizioni diatesiche ha le sue sorgenti nell'intero organismo o in aberrazioni costituzionali del ricambio materiale. Il cervello è sede di malattie mentali assai più che di semplici predisposizioni, a meno che non si voglia considerare come una diatesi l'*arteriosclerosi cerebrale*, che predispone ai rammollimenti, o non si creda di poter localizzare nel cervello quell'ignota condizione organica che prelude all'apoplessia e spesso si trasmette nelle famiglie per eredità.

Si eredita spesso anche la *diatesi urica*, da cui sembra che si sviluppino, oltre all'uricemia ed alla gotta, parecchie malattie mentali (Crocq). Altre diatesi si acquistano invece nel corso della vita, ora lentamente, ora come conseguenza di altre malattie. E queste diatesi acquisite, come le ereditarie, possono scomparire o persistere a seconda dei casi. L' invalidità che tien dietro alla sifilide, benchè rimanga lunghi anni latente, dà origine alla *tabe* od alla *paralisi progressiva*, e costituisce una predisposizione ai processi metasifilitici, ossia una specie di diatesi consecutiva; ma quanto al presentarsi o no del processo metasifilitico e al quesito se esso si localizzerà piuttosto nel midollo spinale come tabe, o nel cervello come paralisi progressiva, o in entrambi gli organi come tabe-paralisi, ciò dipende forse da una diatesi primaria, di cui ci sfuggono le manifestazioni e che potrebbe non avere alcun rapporto diretto con le funzioni psichiche.

Certe diatesi si affermano soltanto in date *età*: senza questo coefficiente dell'età non traluce la diatesi e non si manifesta la malattia mentale. E perciò ogni età ha di preferenza le sue psicosi. La *cerebroplegia diffusa* colpisce l'età infantile, l'*ebefrenia* fa strage fra gli adolescenti, la *paralisi progressiva* non assale che gente valida fra i 30 e i 50 anni, la *demenza classica* con amnesia e disorientamento è propria dei vecchi. Il fattore dell'età si aggiunge forse ad altri fattori, per sè stessi insufficienti e più o meno oscuri. Questa conflagrazione di cause basta a creare una diatesi che non c'era: e così spunta, qualche volta a 50 anni, una *psicosi circolare*, o l una *paranoia da menopausa*, che rivela una metamorfosi costituzionale dell'individuo. O avviene invece che l'età corregga una costituzione difettosa e faccia sparire una psicosi costituzionale, come l'*isterismo*, od una *psicosi periodica* od un'*emicrania*, che avevano imperversato durante la gioventù. Ragazzi ch'erano stati intelligenti ed equilibrati fino alla pubertà si arrestano, indietreggiano, deviano o ritardano al punto, da rimanere al disotto del livello comune: il che fa domandare se non vi sia una diatesi per le forme anche lievi di *demenza giovanile*, che spesso è una malattia di famiglia, e se questa diatesi che qualche volta si manifesta con oscillazioni enormi e capricciose del peso corporeo non abbia origine nei

processi intimi del ricambio generale o nelle influenze chimiche che sono esercitate su di esso dallo sviluppo e dalla rinnovazione continua degli elementi sessuali.

Degenerazioni psichiche. — Con questo nome s'intendono certe anomalie della costituzione mentale che rappresentano una specie di diatesi rispetto a psicopatie ulteriori e non necessarie, ma d'indole più franca ed acuta. Data l'anomala costituzione della mente, è probabile se non certo che un giorno, anche senza l'intervento d'una causa esterna o per una causa assai lieve, scoppierà un accesso di *mania*, di *melaneolia*, di *confusione mentale*, o si produrranno delle *allucinazioni isolate*, o si organizzerà una forma di delirio sistematizzato. Spesso gli accessi dei degenerati si ripetono ed assumono un decorso periodico. La diatesi *degenerativa* o *degenerazione psichica*, a differenza delle precedenti, è schiettamente cerebrale, perchè, prima ancora d'aver generato accessi di vero disordine psichico od anche non generandone mai, si rivela con imperfezioni dell'intelligenza e del carattere che costituiscono già per sè stesse, se non una malattia, un'*infermità mentale*. Le malattie mentali dei degenerati, se si producono episodicamente, non sono in certo modo che una continuazione o meglio un epifenomeno dell'anomalia da cui dipendono ed a cui rassomigliano.

Le imperfezioni costituzionali dei *degenerati* sono associate ad irregolarità scheletriche e viscerali che si riscontrano anche in personalità normali, ma alquanto più raramente. Alcune di queste irregolarità hanno carattere di *reversioni ataviche* e sono interpretate senz'altro come *stigme degenerative:* il lobulo darwiniano dell'orecchia, il labbro leporino, l'utero bicorne, la polimastia, l'ipertricosi, la mano pitecoide. Ma la frequenza con cui appariscono anche in persone psichicamente normali non permette di utilizzarle quasi mai nella *diagnosi individuale*. In ogni modo, è innegabile che certe imperfezioni d'ordine intellettuale ed etico, con o senza stigme somatiche, denotano uno stato d'inferiorità antropologica.

L'inferiorità antropologica dei degenerati è per lo più ereditaria, ma può anche prendere origine da malattie che colpiscano l'organismo nella vita fetale e nella prima infanzia. Molte volte la degenerazione psichica rimane nella cerchia delle imperfezioni vaghe o circoscritte o nascoste, della *stravaganza*, della *diffidenza*, dell'*insensibilità morale*, del *pervertimento erotico*, dell'*insocievolezza*, che non impediscono uno sviluppo abbastanza rigoglioso dell'intelligenza; altre volte invece, senza perdere l'attitudine predisponente verso altre psicosi più determinate, la diatesi degenerativa subisce una prima attuazione clinica, assumendo la forma dell'*imbecillità*, della *paranoia*, della *delinquenza*. Come avviene nelle forme

di degenerazione non qualificate, anche all' imbecillità, alla paranoia, alla delinquenza si sovrappongono gli accessi di *mania*, di *melaneolia*, di *psicosi periodiche* e *circolari* che complicano, ma non nascondono il quadro clinico dell' infermità primitiva. Le diatesi semplici sono la candidatura alla pazzia; la degenerazione non qualificata e le forme specifiche di degenerazione che abbiamo nominate, se non sono ancora la pazzia, sono già qualche cosa di più d'una candidatura. Anche l'*amenza*, il *delirio febbrile* e tutte le altre specie di *psicosi acuta* colpiscono più frequentemente i degenerati che i normali: ma non bisogna dimenticare che dei due elementi necessarî alla produzione di queste psicosi acute, l'avvelenamento del sangue e la speciale reattività dell'organismo, il primo può dipendere da cause estranee alla costituzione individuale, e il secondo può essere legato sia ad una diatesi extracerebrale, sia anche ad una specifica sensibilità del cervello di fronte ad un singolo agente morboso, senza che la sensibilità e la funzionalità ordinaria del cervello, come organo dell' intelligenza, ne resti minimamente offuscata. In altre parole, non ogni diatesi che conduca alle psicosi od al delirio ha necessariamente il significato della *degenerazione psichica*. Per esempio, una certa intolleranza verso l'alcool è assai comune fra persone normali e psichicamente elevate.

Quanto poi al valore delle *stigme degenerative*, esso è sempre assai discutibile. Le statistiche comparative fra normali e degenerati autentici non offrono, come abbiamo detto, che *differenze seriali* e per giunta assai deboli. In ogni modo, le irregolarità scheletriche e viscerali, anche se hanno sede nel cranio o in visceri strettamente solidali col cervello, sono un *segno* e non una *causa*: esse indicano che qualche turbamento nell'evoluzione d'un individuo è avvenuto, e lasciano presumere che anche lo sviluppo dell'intelligenza o del carattere possa aver sofferto alterazioni parallele e dipendenti dalla stessa causa. Insomma, anche come semplice *segno* di malattie o di predisposizioni psicopatiche, non hanno che un valore molto relativo. La psichiatria italiana ha accumulato milioni di misure, sottoponendo gli alienati ad esami minuziosissimi del cranio; e fu uno studio lodevole, quantunque non coronato da risultati positivi. La misurazione del cranio non serve che a descrivere con esattezza quelle irregolarità madornali di struttura, che qualunque medico esperto sa rilevare ad occhio nudo, e che costituiscono non già l' indizio d'una problematica inferiorità antropologica, ma il sintomo o il residuo d'un processo clinico, per lo più d'origine accidentale. Tali sono l' *idrocefalo*, la *plagiocefalia*, la *microcefalia*, l'*anomalia* di Kelp.

Secondo Lombroso, la degenerazione è quasi sempre associata ad *epilessia*. Fra le tante stigme antropologiche, questa stigma clinica è la più importante ed assorge al valore di causa. Più specialmente, la *delinquenza* e

la *genialità* non sarebbero altro che forme d'*epilessia psichica*. Questo concetto implica un ampliamento abusivo dei confini assegnabili all'epilessia psichica, un'idealizzazione affatto mistica del così detto *genio* e un' interpretazione unilaterale della *delinquenza*, ch'è ben di raro costituzionale.

Il genio non ha nulla di mostruoso, nè di patologico, nè di meraviglioso, tranne l'ammirazione della gente semplice che lo circonda d'un culto idolatrico. Gli uomini geniali non sono che individui intelligenti sorretti da una grandissima costanza nei loro sforzi e dalla fortuna nel giudizio non sempre giusto della posterità. Le idee geniali non sono così intuitive e fulminee come si crede dal troppo famoso pomo di Newton in poi, e per maturarle non v'è bisogno d'un contorno romantico o di un'affettività psicopatica. Come la genesi di tante altre varietà umane non costituisce, almeno finora, un quesito scientifico, così non esiste una questione del genio e tanto meno una teoria; e meno che mai è sostenibile la concezione catastrofica che equipara il genio all' epilessia e l' idea geniale ad una scarica convulsiva.

Quanto alla delinquenza, essa è quasi sempre il prodotto delle condizioni sociali, ossia di cause esterne che si potrebbero in gran parte evitare. Solo un piccolo numero di criminali ostinati, che delinquono a dispetto dell'educazione ricevuta, dell'ambiente in cui vivono e del proprio interesse, dimostrano un'insensibilità morale che ha veramente l' impronta degenerativa e che spesso è legata o deriva dall'epilessia. Che questi *delinquenti nati*, veri eroi del furto, dell'assassinio, dello stupro, della grassazione, siano da riguardarsi come degenerati è giusto. Ma nella maggioranza dei delinquenti non è punto dimostrabile la degenerazione, e lo prova la *grandissima prevalenza* della criminalità maschile sulla femminile. Appunto perchè il delitto è quasi sempre la reazione ad un' anomalia o ad una ingiustizia o ad un pregiudizio sociale, il sesso maschile, che è all'avanguardia nella lotta per la vita e per il benessere, delinque assai più spesso del femminile; e la donna, schiava e parassita dell'uomo, è assai meno esposta di lui ai pericoli ed alle tentazioni criminose. Invece di fronte alle cause dell'epilessia non v'è alcun divario fra i due sessi, e le statistiche si pareggiano. Se la delinquenza fosse una varietà dell'epilessia, dovrebbero pareggiarsi anche le statistiche della delinquenza, il che è lontanissimo dal vero. Inoltre è evidente che non appartengono all'epilessia i casi abbastanza numerosi di delitti che derivano da *imbecillità*, da *paranoia*, da *demenza giovanile*, da *isterismo*, da *mania*, da *raptus* melancolico, da *alcoolismo*. L'epilessia è dunque un fattore di delinquenza, la degenerazione con insensibilità morale è un altro fattore, ma la grandissima maggioranza dei reati è effetto delle condizioni sociali. E questa è la ragione per cui i reati tendono a diminuire con una rapidità che non sarebbe possibile se fossero il prodotto fatale d'una degenerazione ereditaria.

Eredità. — Gli studi sull'eredità fisiologica hanno dimostrato quanto sia difficile la trasmissione dei *caratteri acquisiti*, malgrado la loro evidente utilità per l'individuo e per la specie, che dovrebbe agevolarne la perpetuazione. Gli esempî in proposito sono così scarsi e così dubbî, che naturalisti di valore indiscutibile, come NAEGELI e WEISMANN, hanno creduto di poter negare l'epigenesi, ammettendo l'evoluzione, ma solo in senso ristretto, cioè come l'attuazione progressiva di proprietà, funzioni ed organi potenzialmente preformati. Se si ereditano così difficilmente i nuovi caratteri fisiologici, che accrescono il valore dell'organismo senza disturbare le sue armonie, che cosa dovrà dirsi delle malattie? Tutti i processi ordinarî dell'organismo cospirano contro le malattie, anzichè in favore; e i discendenti dei malati ereditano piuttosto la capacità di resistere all'agente intruso, nuovo e privo, per così dire, di tradizione organica, che non la facoltà di adattarvisi nel giro d'una o di poche generazioni.

E infatti l'eredità patologica, nella sua forma genuina, cioè di trasmissione similare, è assai più rara di quanto si crede generalmente. Si parla per esempio della tubercolosi e in certi casi della sifilide come di malattie ereditarie; ma la trasmissione avviene per *contagio* e non per eredità. Si citano famiglie in cui è frequente l'*alcoolismo* o il *suicidio*; ma l'educazione, l'esempio, la suggestività di certi precedenti creano un *contagio psichico* che non si deve confondere con l'eredità. Si pretende che la *pellagra* sia anch'essa o possa diventare ereditaria; ma questa non è l'eredità organica col suo rigorismo fatale, è eredità esterna di miseria, di residenza, d'ambiente agricolo, da cui si guarisce con le leghe di resistenza, con l'emigrazione, con provvedimenti legislativi. A questo modo, cioè per *continuità di condizioni esterne*, acqua, abitazione, alimentazione, sono ereditarî anche il gozzo ed il cretinismo. Un altro errore è quello di scambiare l'*eredità generica*, che è semplice trasmissione di debolezze, con l'*eredità specifica*, che è trasmissione di malattie. Quando BROWN-SEQUARD provocava nelle cavie un'epilessia artificiale ed osservava l'epilessia spontanea nella seconda generazione, egli non aveva fatto altro che estenuare un animale assai proclive alle convulsioni e che reagisce epiletticamente ad ogni attacco morboso, mettendolo in condizione di generare una prole fiacca, che con tutta probabilità avrebbe manifestato la propria insufficienza organica nello stesso modo, cioè con convulsioni epilettiche.

L'*eredità dissimilare delle malattie* non è che l'effetto esercitato dal processo morboso del generante sugli elementi germinali o sull'embrione, che ne resta invalidato e si sviluppa in modo difettoso. Questo è il meccanismo abbastanza semplice per cui da un alcoolista nasce un dipsomane, ma può nascere egualmente un idiota od un epilettico; e da un sifilitico

nasce un sifilitico, ma anche un paralitico precoce, un cieco, un sordomuto, un rachitico, un nano, un focomelico. Fu osservato da AGOSTINI che i figli di pellagrosi presentano talvolta forme tipiche d'infantilismo distrofico e d'infantismo mixedematoso (fig. 8). In quest'ultimo caso l'azione tossica della pellagra non aveva fatto altro che offendere la tiroide della prole, e ne era scaturito il consueto processo di mixedema. Il continuarsi dell'invalidità da padre a figlio, per mezzo d'un germe ammalato, in una forma qualsiasi e sotto la pressione d'una violenza esterna, non ha nulla di comune col misterioso processo dell'eredità organica, che ricopia in modo preciso forme, tendenze e svolgimenti del tutto particolari attraverso ad un germe carico di potenzialità attiva.



Fig. 8. — Infantilismo con *mixedema* in un ragazzo di 15 anni nato da madre *pellagrosa*. Statura m. 0, 98 (da AGOSTINI).

L'eredità similare delle malattie è la sola che si possa riguardare come una trasmissione di veri caratteri organici. Gli alienisti la osservarono nella *paranoia*, nella *demenza giovanile* e nelle psicosi affettive: *melancolia, mania, forme periodiche*. Vi è talvolta eredità similare anche nell'*imbecillità* ; ma bisogna fare le debite eccezioni pei casi di cerebroplegia infantile, che per lo più dipendono da cause accidentali, quantunque assumano in un grandissimo numero di casi le apparenze dell'imbecillità ereditaria. I connotati clinici che si trasmettono per eredità similare sono sempre qualche cosa di molto intimo, che determina un'impronta nella costituzione individuale e che rassomiglia ad un carattere organico. Perciò il ravvicinamento all'eredità biologica, che è arbitrario per l'eredità dissimilare delle malattie, diventa legittimo per l'eredità similare.

Del resto le percentuali dell'eredità, fra i malati di mente, non sono molto elevate. Per elevarle a tutti i costi, bisogna tener conto delle metamorfosi

da una malattia nervosa od anche da una malattia qualunque ad una psicopatia, equiparare le anomalie a processi morbosi e vendere per eredità autentica tutti i casi di eredità dissimilare. A questo modo sono costruite le tabelle statistiche che hanno ridotto la psichiatria ad un registro di mostruosità inguaribili e prestabilite.

L'eredità dissimilare non si manifesta soltanto in modo generico e capriccioso, ma anche in un ciclo chiuso di malattie mentali che presentano altri elementi comuni. Si incontrano facilmente, in una stessa famiglia, casi di *melanconia*, di *mania*, di *pazzia circolare*, che appartengono tutte al gruppo delle psicosi affettive e che talvolta si sommano o si avvicendano anche nello stesso individuo appunto per la loro affinità d'origine. Siccome peraltro i sintomi e il decorso di queste varie psicosi sono molto diversi, e tra mania e melancolia vi è un divario che arriva fino all'antitesi, è evidente che non si eredita la disposizione specifica alla melancolia, alla mania, alla pazzia circolare, ma soltanto la disposizione in genere alle psicosi affettive; e non è improbabile che la causa d'una simile disposizione risieda in uno squilibrio unico del ricambio generale anzichè in un'alterazione creditaria dell'intelligenza, che difficilmente potrebbe differenziarsi sotto forme morbose così svariate. Il grado raggiunto dallo squilibrio del ricambio e le interferenze che esso incontra nello stato nutritivo e psichico del malato promuovono la molteplicità dei quadri reattivi, la melancolia, la mania, la psicosi circolare, secondo la personalità del malato e le circostanze del momento. Insomma, si tratta d'una diatesi che non ha diretto rapporto col meccanismo intellettuale e che perciò è in grado di modificare il proprio esponente clinico nei limiti che abbiamo indicato. Forse la solidarietà delle varie psicosi affettive si estende anche oltre i confini della psichiatria, a qualche alterazione del ricambio che non danneggia l'intelligenza e che perciò va sotto il titolo comprensivo delle diatesi generali.

Il concetto del polimorfismo nelle psicosi ereditarie fu sviluppato con vigore dall'alienista belga Morel, che se ne servì nel 1862 per trarne la sua teoria della *degenerazione mentale*. Le psicosi ereditarie, secondo Morel, si comunicano alla discendenza in età sempre più fresca e in forme sempre più gravi, e finiscono per comparire alla nascita sotto le vesti dell'*idiozia congenita*. L'idiozia si associa molto spesso all'*infecondità*; e così il processo di degenerazione, se non è mortale per l'individuo, uccide la stirpe degenerata perchè ne impedisce la continuazione.

La legge della degenerazione mentale è esatta finchè si limita ad indicare di preferenza come ereditarie certe psicosi che in realtà si trasmettono più fatalmente delle altre, e intaccano più profondamente la personalità del malato, e quindi meritano d'essere contrapposte alle psicosi

acquisite per causa esterna. Nessuno può negare che la *paranoia*, la *demenza giovanile* e la *pazzia periodica* sono più ereditarie delle altre malattie mentali. È vera anche la regola per cui, nella trasmissione delle malattie mentali, incombe la tendenza all'anticipazione d'età; e Pieraccini lo dimostrò con tabelle statistiche, dove questa legge d'affrettamento risulta con singolare costanza e regolarità. Ma non è punto dimostrato che la decadenza delle famiglie psicopatiche sia progressiva: lo sforzo per la rigenerazione è assai più potente di quello che spinge alla degenerazione, e si esplica in maniera di gran lunga più larga. Quanto all'*idiozia*, essa è quasi sempre una malattia d'origine esterna e fortuita. E infine, non è affatto da credere che il processo di degenerazione conduca per una fatalità tutta sua propria, cioè per mezzo dell'infecondità, all'estinzione della stirpe degenerata. Si può dire agli apostoli della teoria degenerativa: « les gens que vous tuez se portent assez bien », e l'estinzione di molte famiglie è un fenomeno assai comune che non ha per causa l'eredità degenerativa.

Tutte le ricerche che si praticano comunemente sull'eredità morbosa, e peggio che mai sull'eredità delle malattie mentali, che talvolta si presumono per vaghi e minimi indizî, peccano d'insufficienza e d'inesattezza. In generale, compilando gli alberi genealogici, si confonde la stirpe col casato, che comprende soltanto le parentele in linea patronimica; e, salvo nelle generazioni viventi, non si oltrepassa il casato. Ora, la famiglia vera è immensamente più vasta di questa famiglia convenzionale. Mentre la genealogia d'un individuo si raffigura araldicamente come un albero schiacciato su d'un piano, che comincia al massimo con quattro proavi e termina con un certo numero di germani, essa si dovrebbe raffigurare biologicamente come una rete che si estende a perdita d'occhio nelle tre dimensioni, verso l'ascendenza, verso la discendenza e verso i collaterali di tutte le generazioni. Ogni individuo conta al disopra di sè un numero d'antenati che sale a 1024 nella decima generazione e ad 1.048.576 nella ventesima, se non vi sono consanguinei tra gli ascendenti. Un discendente diretto di Dante Alighieri o di Filippo il Bello dovrebbe racchiudere nel proprio idioplasma, oltre ai germi del capostipite da cui ha ereditato il nome, quello di altri 1.048.575 contemporanei del capostipite e i germi a migliaia di proavi meno antichi, ma altrettanto ignoti, dispersi e liberi da qualunque rapporto di parentela reciproca, che tuttavia hanno contribuito in egual misura alla sua nascita e, insieme, a quella d'una stirpe sterminata con all'incirca i medesimi progenitori. Questo numero strabocchevole di antenati è per solito alquanto diminuito dal fatto dei matrimoni tra consanguinei, che semplificano le ramificazioni ascendenti, come avviene ad esempio nelle popolazioni delle piccole isole, dove si vede ri-

correre così frequentemente lo stesso casato. Ma questa attenuazione non infirma la regola generale.

Da queste premesse bisogna concludere che è impossibile qualunque studio non diciamo completo, ma anche non del tutto unilaterale delle eredità remote; e che è estremamente difficile anche la più semplice verifica delle eredità vicine. In ogni modo l'estinzione di molti casati è un fenomeno demografico che non esprime una particolare sterilità delle famiglie degenerate, ma la necessità sociale d'un ostacolo (psichico, economico o fortuito) che freni e regoli l'aumento della popolazione. Quanto poi all'eredità delle malattie mentali, se qualche cosa risulta da quanto finora si conosce, non è già una pretesa legge di *degenerazione progressiva*, ma piuttosto una legge assai più generale di *rigenerazione psichica*. In virtù di questa legge è probabile che il numero dei pazzi cresca meno della popolazione totale.

Se si tengono in giusto conto tutte queste riserve, si arriva alla conclusione che, fra le cause di pazzia, le esterne agiscono assai più largamente delle interne. E fra le cause esterne, gli sconvolgimenti somatici e le disarmonie sociali sono più temibili dello strapazzo intellettuale, la cui azione è nulla se non è accompagnata da errori igienici, da emozioni deprimenti e perciò anche da perturbazioni trofiche dell'intero organismo.

CAPITOLO III.

Il substrato anatomo-patologico delle malattie mentali

Lo studio anatomo-patologico delle malattie mentali è rivolto principalmente alla corteccia del cervello, sede necessaria ed essenziale dei processi psichici e perciò d'ogni loro alterazione. Dal punto di vista clinico bisogna però che le autopsie e le ricerche successive si estendano anche agli altri organi del corpo. Le lesioni extracorticali ed extracerebrali offrono anzi un interesse considerevole, sia perchè possono rivelare la sorgente dell'azione patologica che ha sconvolto il cervello, sia perchè contengono le traccie dimostrabili di processi collaterali. Molte volte l'origine d'una psicopatia è da ricercarsi nei reni, nella tiroide o nei vasi. Altre volte la presenza d'alterazioni evidenti nell'intestino, nel cuore, nei reni, nel fegato o nel midollo spinale chiarisce le alterazioni meno evidenti o addirittura indecifrabili della corteccia cerebrale, come avviene in certi casi di pellagra, d'alcoolismo, di epilessia, di amenza, i cui sintomi psichici, malgrado la loro gravità, sono dovuti a turbamenti di natura funzionale od a lesioni lievi e riparabili.

Per lungo tempo la psichiatria difettò quasi completamente d'anatomia patologica. Tutta la sua ricchezza proveniva dalle necroscopie dei paralitici progressivi, ma i reperti erano limitati alle lesioni complesse e grossolane dello stadio terminale. Il problema sulla patogenesi e sulla natura anatomica del processo non veniva nè risoluto, nè formulato, perchè era ammesso a priori che la paralisi progressiva, unica miniera accessibile allo studio anatomo-patologico degli alienisti, fosse un' infiammazione. Oggi, se continuiamo ad ignorare il corrispettivo materiale della paranoia, della demenza precoce, delle psicosi periodiche, della melancolia e di poche altre sindromi cliniche che del resto sono soggette ad incessanti contestazioni non solo sui loro confini, ma persino sulla loro realtà, ab-

biamo in compenso un numero eguale e forse maggiore di psicosi ben definite che possono figurare nella *psichiatria speciale* col loro quadro anatomo-patologico, come si vede ai capitoli della paralisi progressiva, della demenza senile ed apoplettica, dell'idiozia cerebroplegica, e in parte dell'epilessia, dell'amenza, della pellagra, dell'alcoolismo.

Le nozioni d'anatomia patologica finora assodate in psichiatria, integrandosi con quelle di patologia sperimentale, ci autorizzano a distinguere l'indole diffusa o circoscritta, transitoria od irreparabile, recente o congenita delle lesioni e quindi anche dei sintomi che si sono manifestati in vita, benchè siano assai lontane dal rivelarci il loro contenuto psichico. È vero che a questo modo non si esauriscono affatto le questioni inerenti ai rapporti fra i disturbi mentali e il loro organo anatomico, questioni d' una difficoltà forse insuperabile; ma d'altra parte si arriva ad una sintesi chè permette di considerare un buon numero di psicosi da un punto di vista comune e di riferire i loro stadi e i loro momenti clinici ad una serie nota, anatomicamente coordinata ed approssimativamente parallela di processi materiali.

Il metodo di Nissl, ponendo in evidenza varie particolarità citologiche della cellula nervosa, ha servito a completare ed a rettificare le osservazioni raccolte coi metodi meno recenti e in pari tempo ha aperto la strada a ricerche nuove, specialmente nel campo della patologia sperimentale. Bisogna riflettere che i pazzi di cui si pratica l' autopsia nei manicomî muoiono quasi sempre in istato di demenza avanzata o sotto l'azione di malattie intercorrenti che, non foss'altro per mezzo dell'agonia, sovraccaricano il cervello d'alterazioni premortali; e queste alterazioni dell'ultima ora, spesso assolutamente estranee al processo della psicosi, nascondono o totalmente o in parte le alterazioni originarie e caratteristiche. Ora, i risultati sperimentali che si sono potuti raccogliere in abbondanza sugli animali presentano innegabili ed intime analogie coi reperti anatomo-patologici che solo a gran fatica si possono riscontrare sull'uomo, e più specialmente con quelli, così raramente utilizzabili, che corrispondono alle prime fasi dei processi tossici, infettivi, traumatici e d'esaurimento. Con questo efficace complemento di studî si possono riempire le lacune e definire le incertezze che ricorrono così frequentemente nelle autopsie degli alienati.

Il metodo di Golgi, dimostrando la complessità morfologica dei neuroni normali come pure dei rapporti anatomici e funzionali che corrono normalmente fra cellule e fibre, ha giovato in modo indiretto anche all'anatomia patologica, che può attingere in questi dati di fatto molte particolarità suggestive e adeguate alla delicatezza dei suoi problemi.

A dire il vero, si è creduto per qualche tempo che le applicazioni di

questo prezioso metodo ai tessuti patologici potessero essere più dirette e più semplici. Si dava particolare importanza alle deformazioni appariscenti dei dendriti e delle fibre, sopratutto ai rigonfiamenti moniliformi. Ma l'esperienza ha dimostrato che simili deformazioni rientrano nel novero delle modificazioni funzionali, dei caratteri morfologici ordinari, delle alterazioni postmortali, dei prodotti artificiali. Nel campo delle ricerche sperimentali rimangono ancora incertezze sul valore e sull'origine dei singoli reperti: è naturale che le incertezze aumentino di fronte ai casi di patologia umana, dove i momenti causali possono essere molteplici e si sottraggono facilmente ad una determinazione preventiva o retrospettiva. Tuttavia certi reperti d'atrofie gravi nelle cellule nervose e nei loro prolungamenti, di proliferazione e metamorfosi morfologiche straordinarie nella nevroglia resistono a qualunque critica.

Nello studio delle fibre nervose, all'usatissimo e prezioso metodo di Weigert si è aggiunto quello di Marchi. Mentre col metodo di Weigert i processi di distruzione non si rivelano che in forma negativa, col metodo di Marchi si scorge il processo della *degenerazione secondaria* sotto forma positiva e in fase precoce, perchè la mielina delle fibre degeneranti si disgrega in goccioline, si altera chimicamente, e quindi si annerisce sotto l'azione dell'acido osmico nonostante la preventiva impregnazione con sali di cromo. Questo reperto indica con sicurezza che durante la vita doveva essere o interrotta o inaridita la corrente d' influenza trofica che emana perennemente dalle cellule di origine.

Nel 1896 Weigert rese noto un altro suo procedimento istologico che lascia invisibili le fibre e le cellule nervose, salvo il nucleo col suo nucleolo, ma che colora elettivamente le fibre e le cellule della nevroglia o, più esattamente, i soli nuclei (v. fig. 14). Con questo metodo la nevroglia spicca vivamente e totalmente in un campo libero sotto forma di fibrille lisce, lunghe e indipendenti. Esso ci permette di valutarne la densità e la distribuzione nelle varie zone del cervello e sopratutto nei casi patologici, dove la nevroglia è così spesso in antagonismo attivo con gli elementi specifici ch'essa sostituisce e forse uccide.

Le alterazioni anatomo-patologiche di cui si tien conto nelle autopsie degli alienati si possono dividere, per sede, in tre gruppi. Le più essenziali sono quelle che si riferiscono alla corteccia cerebrale ed alle sue dipendenze immediate: corona raggiata e corpo calloso. Lesioni del tutto analoghe si riscontrano nel resto del sistema nervoso: gangli della base, ponte, bulbo, cervelletto, midollo spinale, simpatico, nervi periferici, apparati sensoriali. Finalmente non si devono tralasciare gli esami del cranio, dei muscoli, dei visceri, del sangue e dell'organismo nel suo insieme.

I.

Quadri macroscopici delle lesioni cortico-cerebrali.

Nella corteccia cerebrale, nella corona raggiata e nel corpo calloso, come nel resto dei centri nervosi, si riscontrano lesioni *a focolaio* e lesioni più o meno *diffuse*. Le lesioni a focolaio sono facili a rilevarsi perchè occupano uno spazio macroscopico e più o meno nettamente circoscritto, talvolta grandissimo, nel quale i processi morbosi, di qualunque genere siano, distruttivi o neoformativi, si palesano con caratteri fisici d'una grande evidenza; ed anche i focolai meno vasti, specialmente di origine vascolare, sono spesso multipli, per cui è ben difficile che sfuggano all'osservazione, e infatti sono conosciuti da lungo tempo.

I processi diffusi presentano maggior varietà di lesioni e quindi maggiore interesse dal lato istologico e citologico; ed anzi avviene qualche volta che macroscopicamente essi non diano alcun segno della propria esistenza. La malattia colpisce in modo per lo più assai ineguale i varî elementi morfologici e le varie zone della corteccia, ed elementi simili si trovano spesso in differenti stadî di metamorfosi, benchè vicini ed anche attigui. Persino in una singola cellula può darsi che coesistano le traccie del processo fondamentale e quelle dei processi reattivi che sopraggiungono in via secondaria durante le ultime fasi della malattia. Perciò il reperto anatomico delle malattie a localizzazione diffusa dev'essere il riepilogo critico di un'analisi laboriosa, estesa e che raramente si completa sopra un solo cadavere.

Le alterazioni cerebrali si possono considerare anche da un altro punto di vista, cioè a seconda che sono *precoci* o *tardive*. Gli altri organi del corpo (salvo i sessuali) non crescono nel corso dell'adolescenza che di volume: soltanto il cervello va perfezionandosi con lentissima progressione nella propria struttura intima ed acquista la capacità di funzioni nuove, la cui serie è aperta e sembra indefinita. Di qui l'importanza dei processi morbosi che s'iniziano precocemente. Questi processi precoci sorprendono un organo che è ancora assai lontano dall'aver raggiunto la propria maturità fisiologica ed anatomica, e ciò produce un complesso di segni differenziali non solo sopra i sintomi della malattia, ma anche sopra le lesioni.

Gli agenti e i processi non differiscono da quelli degli adulti per la loro natura; ma la precocità della loro azione ne rende assai diversi gli effetti. Qualche volta un processo locale e originariamente circoscritto provoca reazioni irritative che si propagano ad un intero lobo. Altre volte il pro-

eesso primitivo è d' origine fetale, e le parti ehe non avevano aneora raggiunto la loro evoluzione completa, quantunque risparmiate dall'agente morboso, eessano di subire l'influenza trofica delle parti lese o distrutte, andando ineontro, anche a grande distanza dalla località involuta, a rapide degenerazioni, ad arresti di sviluppo o a deviazioni mostruose della loro struttura, ehe non hanno riscontri nella patologia degli adulti. Per esempio, il talamo ottico è in rapporto di solidarietà evolutiva con l'emisfero cerebrale dello stesso lato e con la metà cerebellare del lato opposto.

Non di rado le atrofie *secondarie* ehe colpiscono gli elementi nervosi nella vita infantile e fetale spingono ad oltranza la proliferazione ancora incompiuta della nevroglia, e creano, per via quasi fisiologica, irregolarità strutturali di *terzo ordine* che non sarebbero possibili, per lo meno in eosì larga misura, fra gli adulti. I processi d'iperplasia complementare assumono il carattere della riparazione o dell' adattamento in modo da apparire talvolta come sempliei anomalie di sviluppo; le atrofie sono così lente, graduali e generalizzate, chc il cervello, in luogo dell'impronta patologiea, può acquistare un aspetto omogeneo e quasi armonico di deformità spontanea, com'è il caso di alcune varietà morbose battezzate per *agenesie* od *aplasie*.

A) **Reperti terminali dei processi precoci.** — La massima parte di questi proeessi patologici, malgrado le diversità originarie, conduce ad un epilogo comune, cioè all'*atrofia totale* o *parziale* del cervello con residui più o meno riconoscibili di focolai. I reperti più caratteristici e che sovente si associano tra di loro sono i seguenti:

1.° Microencefalia;
2.° Microgiria;
3.° Macrogiria;
4.° Sclerosi lobare;
5.° Assenza del corpo calloso;
6.° Porencefalia;
7.° Idrocefalo cronieo;
8.° Meningo-encefalite cronica;
9.° Sclerosi tuberosa.

La *microencefalia* si distingue a seconda della sua origine in *patologiea* e (fino a prova contraria) *spontanea*. Nei casi di microencefalia patologica persistono i segni evidenti di malattie pregresse che hanno provocato più o meno uniformemente *aplasie* od *atrofie* secondarie. L' impiceolimento del cervello non è ehe l'espressione grossolana del proeesso distruttivo e si trova combinato eon porencefalie, selerosi, microgiria, idrocefalo, focolai diversi, in eui si deve ravvisare la eausa fondamentale e spesso

accidentale della microencefalia. Dal novero di queste cause va esclusa la precoce ossificazione delle suture craniche, che nelle autopsie dei microcefali si verifica con poca frequenza e che in ogni modo non è mai un fenomeno primario. Tanto in patologia come nell'evoluzione fisiologica è sempre il cranio che si adatta al cervello come la fodera al suo contenuto, e la microencefalia è così indipendente dalla scatola ossea, che qualche volta si riscontra persino nelle grosse teste dei macrocefali (per idrocefalia). I cervelli microencefalici per causa patologica sono quasi sempre asimmetrici, talvolta estremamente, e il loro peso in età adulta varia fra 300 e 1000 grammi.

La *microencefalia vera* (Giacomini) o *classica* o *idiopatica* o *spontanea*, che si contrappone alle forme patologiche o così dette di pseudo-microencefalia, non è assai frequente, e la sua possibilità è messa in dubbio da patologi di grande autorità, come Virchow e Meynert. Malgrado l'assenza di residui manifestamente patologici, è probabile che queste agenesie apparentemente semplici e senza causa siano dovute a processi ignorati ed antichi della vita fetale od anche a semplici disturbi di nutrizione che, diffondendosi a tutto il canale midollare, hanno potuto esercitare un impedimento simultaneo ed uniforme sullo sviluppo dell'intero asse nervoso. E di fatti in questi casi alla piccolezza del cervello si aggiunge costantemente quella del midollo spinale o *miceromielia*, che interessa non solo, com'è inevitabile, i fasci piramidali (Steinlechner), ma anche i fasci endogeni e quelli che provengono dalla periferia. Inoltre vi è fra i due emisferi una rigorosa simmetria, ossia un parallelismo di sviluppo che conferma l'uniformità d'azione del fattore patogenetico su tutti i centri nervosi.

In ogni modo la microencefalia classica (fig. 9), per la sua esteriorità armonica e per qualche carattere pitecoide che non ne turba la regolarità, è qualche cosa di ben diverso dalla microencefalia spuria o secondaria. Il cranio è sempre piccolo con fronte fuggente e suture normali. Il peso del cervello varia fra gli stessi limiti dei casi precedenti, per cui anche questa forma di microencefalia si avvicina da un canto alla normalità, dall'altro all'anencefalia. Le circonvoluzioni sono più grossolane e meno contorte; scarseggiano i solchi secondari e terziari; mancano le pieghe anastomotiche; e la superficie del cervello presenta una povertà di linee (fig. 9) pari a quella che si osserva nei feti fra l'8.° e il 9.° mese. Il tipo fetale di struttura esterna si conserva per tutta la vita anche se la massa encefalica, proseguendo nel suo accrescimento, raggiunge col tempo un peso non molto lontano dal normale degli adulti, per esempio 1100 grammi o poco meno.

La *microgiria* è un vizio di conformazione della corteccia cerebrale, per

cui le circonvoluzioni si presentano fitte, numerose, minute, sotto forme strane, talvolta addirittura lamellari, con solchi molteplici ed estrema-

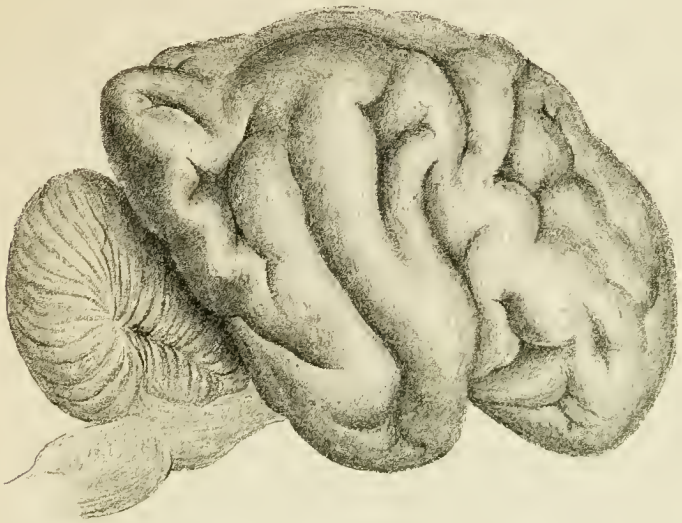


Fig. 9. — Microencefalia con semplicità delle circonvoluzioni. Grandezza naturale, peso 323 grammi. La morte avvenne all'età di 6 anni e 7 mesi (dall'opera *I cervelli dei microcefali*, Torino, 1890. di C. Giacomini).

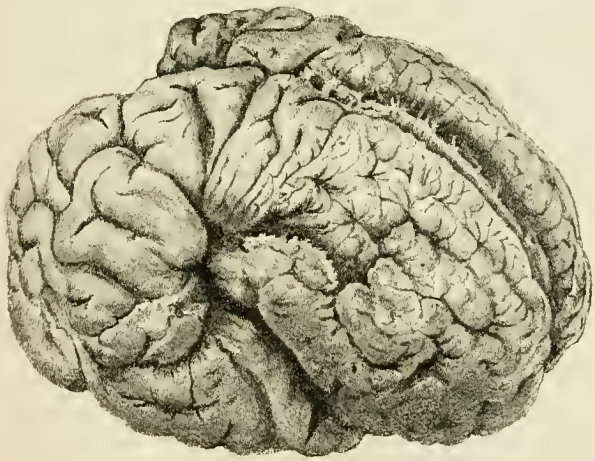


Fig. 10. — Microgiria, specialmente del lobo frontale. Metà della grandezza naturale (da Bresler, *Archiv für Psychiatrie*. Bd. XXXI, H. 3).

mente atipici (fig. 10). Quest'anomalia dipende sopratutto da una sproporzione fra la superficie corticale e i fasci sottoposti della sostanza bianca: la corteccia del cervello, dovendo stendersi sopra uno spazio ri-

dotto, è costretta ad accartocciarsi; a questo effetto può concorrere anche l'irregolarità dei processi proliferativi della nevroglia che si svolgono nello spessore della corteccia. La microgiria è un'irregolarità molto grossolana, spesso unilaterale e limitata ad una o poche regioni della corteccia, intorno alle quali si scorge, con netta separazione, una struttura normale. Ma di solito essa non si limita ad una sola località, ed occupando qua e là vasti territorî della volta e della base, in numero di due, tre o più, determina una considerevole retrazione dell'emisfero intaccato, e, se è bilaterale, una forma grave di pseudo-micrencefalia.

Per *macrogiria* s'intende una conformazione speciale delle circonvoluzioni, che si presentano larghe, senza eleganza di contorni, divise da solchi poco profondi, come in un cervello fetale del sesto o settimo mese, che fosse visto con un certo ingrandimento. Spesso la macrogiria è parziale: accanto alle circonvoluzioni macrogiriche si scorgono circonvoluzioni normali od anche in istato di microgiria. Dove le circonvoluzioni sono grandi lo spessore della corteccia è più alto, ma i suoi confini col centro ovale sono meno distinti, perchè un certo numero di cellule corticali, fra cui anche talune piramidi, si trovano al disotto del livello normale, mescolate con la sostanza bianca, e l'ordine degli strati corticali è un po' scompigliato. Si può arrivare fino all'*eterotopia* o *metaplasia* della sostanza grigia: cellule d'un dato tipo compaiono a gruppi in territorî dove dovrebbe esservi sostanza grigia, ma d'un altro tipo.

La *sclerosi lobare* è un reperto anatomico che appartiene esclusivamente alla patologia infantile, e colpisce in totalità o parzialmente un emisfero od un lobo del cervello. La porzione sclerosata è sempre vasta e si presenta rattrappita, leggiera, indurita; spesso il cervelletto rimane allo scoperto; il ponte e i gangli della base possono partecipare al processo; le circonvoluzioni sono piccole, ma conservano la figura e la disposizione ordinaria; le meningi sono quasi sempre intatte. Istologicamente la sclerosi lobare consiste nell'*ipertrofia della nevroglia* con *atrofia degli elementi nervosi*, e la sede di questa doppia alterazione è nettamente separata dal tessuto normale, per cui si può diagnosticare anche coi mezzi macroscopici.

Spesso il territorio sclerosato contiene residui più o meno inveterati di focolai, specialmente di emorragie, embolie, trombosi, di cui si scoprono ancora le traccie in forma di cisti emorragiche, rammollimenti, *placche gialle* (Cotard), infiltrazioni cellulari, e che si possono interpretare come centri d'irradiazione della sclerosi. Mentre nei cervelli degli adulti che siano colpiti da apoplessia od obliterazione d'un vaso perisce con gli elementi nervosi anche la nevroglia, e il processo di riparazione si limita tutt'al più ad un'estensione microscopica, il contrario avviene, a quanto

pare, nella vita fetale ed infantile. La sclerosi lobare rappresenta o tende a rappresentare il grande residuo cicatriziale d'un processo spento ed originariamente piccolo, benchè spesso multiplo.

Qualche volta la massa sclerosata racchiude uno o più nodi centrali di sclerosi più densa, da cui il processo va digradando in tutte le direzioni. Questi nodi corrispondono a *focolai perivascolari* di natura infiammatoria accesi con molta probabilità da un agente infettivo e che hanno divampato all'intorno per tutto il lobo o per tutto l'emisfero, spingendo fino alla distruzione i processi regressivi degli elementi nervosi, ma istigando invece fino alla sclerosi l'accrescimento progressivo della nevroglia (Marie).

La *mancanza del corpo calloso* si associa frequentemente all'atrofia della corona raggiata e quindi alla micrencefalia con o senza microgiria (più spesso senza). Questa gravissima lesione non implica paralisi motorie; e, cosa più strana, fu riscontrata al tavolo anatomico anche in individui non idioti. Il corpo calloso, in luogo dell'aplasia assoluta, può subire arresti di sviluppo che lo rendono semplicemente più corto o più sottile, ma che tuttavia si riverberano sulla superficie del cervello. I due emisferi cerebrali rimangono talvolta uniti, perchè non si forma la scissura interemisferica (*sincefalia*); o soggiacciono alla microgiria; o, più spesso, conservano disposizioni primitive, che ricordano il così detto periodo delle scissure transitorie; e gli arabeschi della corteccia restano ridotti alla loro espressione più semplice.

Col nome di *porencefalia*, proposto da Heschl nel 1859, si designa la formazione, sempre assai remota, di breccie o lacune nello spessore della sostanza cerebrale, che assumono l'aspetto d'infossamenti, d'imbuti, di fenditure e che talvolta si approfondiscono come pozzi dalla corteccia fino ai ventricoli laterali. Queste anomalie risalgono, il più delle volte, a processi morbosi della vita intrauterina, ma possono prodursi anche come un fenomeno postnatale per occlusione di vasi o per traumi della scatola ossea. Qualche cosa di molto analogo si può determinare in animali giovani con lesioni sperimentali (D'Abundo).

Le porencefalie sono spesso multiple, ma di raro simmetriche. Se anche sono simmetriche per posizione, come ad esempio nei due campi dell'arteria cerebrale media (Kundrat), presentano disuguaglianze di forma e profondità, che tradiscono la natura accidentale e patologica della loro origine. Sebbene sia impossibile unificare i processi morbosi che provocano la porencefalia, è evidente ch'essi confluiscono in un medesimo stadio terminale, che consiste nella *necrosi circoscritta* della sostanza cerebrale, grigia e bianca. D'altra parte la molteplicità delle origini spiega la concomitanza d'altre lesioni gravi e svariate, come mi-

crencefalia, assenza del corpo calloso, idrocefalo, sclerosi lobare. Talvolta, secondo SCHULTZE, STRÜMPELL e HÖSEL, si scorgono indizî d'antichi processi infiammatorî, a cui si deve attribuire un'importanza patogenetica per lo meno pari a quella degli embolismi e dei traumi, e che trasportano la data inaugurale della malattia in un'epoca posteriore alla nascita. Però la regolarità quasi costante delle scissure di primo ordine nei cervelli porencefalici fa pensare che il processo morboso, qualunque sia, si svolga di preferenza fra il 5.° e l'8.° mese della vita fetale.

Anche l'*idrocefalo cronico* non ha il valore d'un processo morboso a sè. Clinicamente esso non è che un sintomo ed anzi può persino passare inosservato; anatomicamente è spesso un fenomeno collaterale di lesioni diverse. Quando per processi distruttivi della sostanza cerebrale i ventricoli si dilatano e gli spazî subaracnoidei si avvallano, è naturale che si produca *ex vacuo* l'idrocefalia, interna ed esterna insieme, senza che il capo apparisca ingrossato, com'è forse il caso più frequente. Altre volte la raccolta di liquido cefalo-rachidiano è secondaria a compressione della vena di GALENO, da cui si produce la stasi nei plessi coroidei.



Fig. 11. — Idrocefalo interno senza macrocefalia: il bambino visse sino all'età di undici mesi; morì per polmonite; in vita la testa lasciava trasparire la luce d'una candela perchè il cervello era ridotto ad una sottilissima lamella parietale, come si vede alla figura seguente.

L'*idrocefalo interno* può limitarsi ad un solo emisfero ed anche ad un solo ventricolo. Spesso è enorme, e si ha uno sfiancamento progressivo delle pareti craniche, sicchè il cranio diventa mostruoso. In casi molto più rari il cranio rimane di dimensioni comuni (fig. 11), ma il cervello è talmente compresso da ridursi ad una semplice parete sottile come un foglio (uno o due millimetri di spessore) e dove la struttura degli strati corticali diventa irriconoscibile (fig. 12).

L'aumento del liquido cefalo-rachideo è spesso dovuto a malattie prenatali, ma d'ordinario cresce ulteriormente anche per uno o più anni oltre alla nascita e non si rende appariscente che dopo qualche mese. In molti altri casi l'idrocefalo è acquisito per malattie sopravvenienti dopo la nascita: la causa più frequente di questa varietà è la *meningite sierosa*,

che a sua volta rappresenta il postumo d'una meningite acuta (Quinke). L'idrocefalo infiammatorio in forma cronica è spesso la conseguenza di una obliterazione delle comunicazioni ordinarie tra le cavità ventricolari e gli spazi subaracnoidei od anche di particolari lesioni dei plessi coroidei.

La *meningo-encefalite* cronica dei bambini si riconosce all'autopsia per le aderenze fra la corteccia e la pia madre (Bourneville, Marie), comprende in generale tutti e due gli emisferi, ed è un reperto che s'incontra di raro in compagnia dei precedenti, salvo forse quello della sclerosi lobare e della porencefalia.



Fig. 12. — Contenuto cranico nel caso precedente: nella fossa anteriore si vedono lembi della membrana parietale che rappresenta gli emisferi; le fosse medie sono rivestite dalla stessa membrana; i corpi striati e il trigono sono allo scoperto; nella fossa posteriore si vedono gli avanzi dei lobi occipitali, unica parte degli emisferi che conservi struttura quasi normale.

Secondo Vizioli (1880) lo stesso agente infettivo che è capace di produrre la *poliomielite anteriore* o *paralisi spinale* dei bambini potrebbe localizzarsi anche nelle cellule motorie del cervello, manifestandosi clinicamente con la *paralisi cerebrale* a tipo spastico associata ad idiozia, ed anatomicamente con *polioencefalite* ovvero semplicemente con *encefalite acuta* dei bambini.

L'idea di Vizioli fu ripresa da Strümpell (1884), ma con applicazioni eccessive, che furono opportunamente corrette da Marie (1885). Non è vero che l'encefalite sia una *malattia sistematica* e limitata ai centri del movimento. È parimenti inesatto che si possano forzare nel quadro dell'encefalite acuta tutti i casi di meningo-encefalite infantile e tanto meno

quelli di cerebroplegia. Ma sembra fuori di contestazione che esistono encefaliti postnatali d'origine infettiva, con o senza paralisi, che sono prodotte da quegli stessi fattori, del resto svariati, che determinano la poliomielite anteriore. Infatti le due specie di paralisi infantile, la spinale e la cerebrale, si presentano simultaneamente sotto forma *epidemica*, oppure si sommano in uno stesso individuo che riunisce atrofie e paralisi flaccide con paralisi spastiche ed imbecillità. Tanto l'una specie di paralisi che l'altra si afferma pei suoi reliquati più che per la gravità dei sintomi inerenti al breve periodo d'invasione; anzi, per ciò che riguarda più specialmente la paralisi cerebrale dei bambini, il periodo iniziale ed acuto può sopravvenire con poca febbre e in modo piuttosto insidioso, quasi occulto.

Queste circostanze creano un gran divario fra l'encefalite dei bambini da una parte e l'encefalite emorragica o l'encefalite suppurativa degli adulti dall'altra. E il divario risulta anche maggiore fra questi processi infiammatori, raramente mortali, e i casi fatali di meningite acuta per meningococco di Weichselbaum o per altre infezioni consimili. Se poi l'encefalite infantile non è una malattia sistematica, ciò non basta menomamente a spogliarla della sua analogia con la paralisi spinale, perchè rigorosamente sistematica non è nemmeno la paralisi spinale.

I casi recenti d'encefalite infantile, studiati in numero piuttosto scarso, si distinguono pei seguenti caratteri: sostanza grigia più soffice, superficie del taglio liscia, lucente, con emorragie puntiformi e rosso-chiare in campo roseo o giallo-bigio; al microscopio non si vedono cellule granulose, ma goccie di mielina e detriti; i vasi dilatati; nella sostanza bianca l'infiammazione è più evidente, gli spazi linfatici sono ripieni e i vasi circondati di leucociti; la nevroglia è dovunque abbondante. Quanto al reperto dei casi inveterati, che formano certamente la maggioranza, esso degenera nel quadro della sclerosi lobare.

La *sclerosi ipertrofica* o *tuberosa*, così chiamata da Bourneville (1880), che la descrisse per il primo, non conduce il cervello ad una vera ipertrofia, ma solo ad una proliferazione circonscritta della nevroglia con aumento enorme delle fibre nevrogliche e con alterazione e distruzione delle cellule nervose. La qualifica d'ipertrofica serve sopratutto a mettere in rilievo le differenze veramente considerevoli che contraddistinguono la sclerosi tuberosa dalla sclerosi lobare od atrofica. Qua e là sulla base, ma più specialmente sulla volta del cervello, si avvertono placche prominenti, numerose, consistenti, che spiccano anche al disotto della pia madre ed hanno la larghezza d'un soldo o poco più. Queste placche sono pallide e poco profonde: di solito non interessano che la corteccia cerebrale.

Solo nella parte centrale dell'isola sclerotica la nevroglia è più stipata e arriva fino alla sostanza bianca; agli orli, ossia verso la parte sana, si ritrova qualche cellula nervosa, ma le piramidi hanno perduto la loro orientazione regolare e gli strati corticali appariscono scompigliati.

Alla sclerosi tuberosa si associa costantemente l'idiozia. Nei casi finora conosciuti era costante anche l'epilessia, e spesso si aggiungevano paralisi spastiche. Tuttavia la diagnosi speciale non è possibile che al tavolo anatomico.

B) **Reperti a focolaio e reperti diffusi degli adulti.** — Nella patologia cerebrale degli adulti riprende tutto il suo vigore la distinzione tradizionale fra le malattie diffuse e le malattie a focolaio, le cui lesioni nei reperti dei processi precoci si presentano spesso associate e così compenetrate le une nelle altre, da perdere i contrassegni speciali di cui pure non erano prive all'origine.

I processi morbosi a focolaio che colgono il cervello completamente sviluppato danno luogo a reperti meno svariati di quelli che furono descritti come proprî della vita infantile e fetale. Nello stesso tempo questi processi morbosi, in quanto producono lesioni meno compromettenti per la struttura generale del cervello e si svolgono in un ciclo più breve di metamorfosi ben distinte, sono tutti più noti, specialmente sotto l'aspetto macroscopico, malgrado la loro pluralità, ed appartengono da lungo tempo alla patologia ordinaria. Basterà in proposito un accenno sommario, tanto più che le lesioni cerebrali degli adulti, appunto perchè sono assai limitate, risparmiano spesso le funzioni psichiche o le disturbano bensì, ma in modo così preciso e parziale, che forniscono argomento alla clinica generale quanto a quella delle malattie mentali. Eppure, alcune di queste lesioni, per esempio le apoplessie con o senza afasia, intorbidano l'intelligenza e il carattere assai più profondamente che non accada in certe *psicosi pure*, come sarebbero l'ossessione semplice per un'idea fissa od anche una lieve melancolia.

Le *lesioni a focolaio* del cervello sono ematogene, traumatiche o propagate da processi locali delle meningi e del cranio, e intaccano le funzioni mentali più spesso che non si creda generalmente.

Emorragie capillari ed arteriose. — Le *emorragie capillari* sono facili a prodursi in ogni punto del cervello, sia per occlusione arteriosclerotica dei tronchi maggiori e situata a tergo, sia per compressioni, sia per iperemia attiva o per infezioni. Il loro volume varia fra un grano di miglio e un pisello. Le *emorragie delle arterie* provengono da processi degenerativi ed infiammatorî delle pareti o da dilatazioni aneurismatiche che predispongono alla rottura sotto l'azione occasionale d'un aumento anche momentaneo da

parte della pressione sanguigna. Talvolta queste dilatazioni sono piceolissime e multiple: *aneurismi miliari*. Prescindendo dai traumi, le regioni più battute dalle emorragie arteriose sono i gangli della base, la capsula interna e le loro vicinanze; in seconda linea il ponte, i peduncoli cerebrali, il cervelletto e il centro ovale; solo di raro la volta del cervello, e ciò a motivo della minor pressione che anima i vasi arteriosi della corteccia (provenienti dalla pia madre) in confronto ai grossi rami collaterali che si distaccano direttamente dall'arteria della fossa di Silvio.

Le minime emorragie capillari non agiscono che come un corpo estraneo, comprimendo il tessuto circostante; ma le masse emorragiche più voluminose distruggono porzioni considerevoli di sostanza cerebrale, e la rottura d'una grossa arteria può annientare, per esempio, un corpo striato o tutti i gangli basali d'un lato o tutta la sostanza bianca del lobo occipitale. Le vicende del coagulo, la formazione della cisti apoplettica e della cicatrice, come pure le reazioni (limitatissime) delle parti compresse sono troppo note per essere qui ricordate.

I *rammollimenti* o *encefalomalacie* sono determinati da occlusione di arterie che può avvenire per trombosi, per embolia e per inspessimento interno delle pareti vasali. In quest'ultimo caso i focolai, essendo dovuti ad arteriosclerosi più o meno diffusa, sono quasi sempre multipli, e perciò, anche se piccoli, hanno in psichiatria maggiore importanza dei rammollimenti emboliei, che per lo più sono unici. I focolai più grossi possono occupare una circonvoluzione, un ganglio, un lobo intero; e per quanto isolati, possono cadere in posizioni abbastanza superficiali intaccando la corteccia o le vie intercorticali e disturbandone gravemente le funzioni.

Nel cervello dei vecchi (oltre ai 60 anni) e sopratutto nei gangli della base si osservano spesso lacune multiple del tessuto nervoso (fig. 13, A), che variano di grandezza come da un grano di miglio ad un cece: sono le così dette *lacune di disintegrazione cerebrale* (Marie, Ferrand). Queste cavità contengono sempre una piccola arteria pervia, ma molto ammalata per ordinari processi d'arteriosclerosi. Lo spazio tra le pareti della cavità ed il vaso è occupato da scarsi detriti di tessuto nervoso rammollito e da elementi linfoidi. Negli stadi più avanzati la parete della cavità è costituita da un fitto tessuto di nevroglia. Lo strato più interno della parete lascia vedere, col metodo Weigert, i fasci compatti di fibre che lo compongono; e in mezzo ad essi non si scorgono nuclei; più all'esterno, dove le fibre si diradano, vi sono nuclei piccoli e scuri come i normali, ma più numerosi, nuclei chiari, granulosi e più grandi, nuclei più chiari, più grandi e dotati d'un nucleolo eccentrico (fig. 14), e qua e là astrociti giganteschi o *Monsterzellen* (fig. 15).

Le lacune di disintegrazione cerebrale non debbono venir confuse col

così detto *état criblé* (fig. 13, B), che dipende da una retrazione di tessuto nervoso dovuta ai reagenti e che si osserva anche in cervelli normali. Tanto meno si confonderanno con la così detta *porosi cerebrale*, che consiste in cavità di varia grandezza, con contorni netti e senza alcuna alterazione sclerotica od infiammatoria delle pareti: queste cavità sono un effetto postmortale di gas che talvolta si producono nella sostanza cerebrale del cadavere (Marie).

L'*ascesso cerebrale* varia fra gli stessi limiti di grandezza, non si riassorbe che quando sia assai piccolo, più spesso cresce con grande len

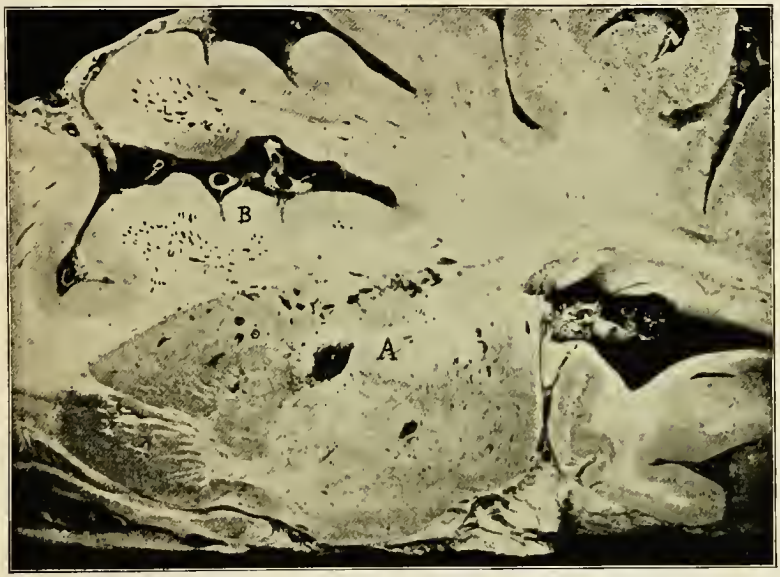


Fig. 13. — Taglio di Flechsig in un cervello senile: *A*, lacune di disintegrazione nei nuclei centrali; *B*, stato cribroso (état criblé). (Da J. Ferrand, *L'hémiplegie des vieillards*. F. Rousset, Paris, 1902).

tezza comprimendo la sostanza circostante che degenera o si atrofizza. Talvolta è multiplo e proviene da focolai purulenti lontani per metastasi, o da suppurazioni vicine per contiguità, per esempio in seguito ad otiti, a carie della rupe o dell'orbita, a traumi del cranio.

I *tumori* più comuni del cervello sono i *gliomi*, di solito non visibili che al taglio, interni, spesso enormi, formati di nevroglia che si sviluppa progressivamente tra cellule e tra fibre nervose, ma che poi va incontro a svariate metamorfosi parziali con distruzione degli elementi specifici. Se ne conoscono molte varietà a seconda che in essi prevalgono le fibre o le cellule. Col nome di *neurogliomi* si intendono tumori in cui, oltre alla nevroglia, proliferano, a quanto si dice, anche cellule nervose. Le ricerche

più recenti rendono per altro dubbia l'esistenza di simili tumori: è noto che le cellule nervose dell'adulto hanno in generale perduto per sempre la capacità proliferativa; d'altra parte il metodo di WEIGERT dimostra sovente che le presunte cellule nervose in proliferazione non sono altro che gigantesche cellule di nevroglia. Sono *gliosarcomi* quei tumori costituiti di nevroglia nei quali, per la proliferazione di elementi delle pareti vasali, si son formate delle parti sarcomatose. I *sarcomi* sono anch'essi abbastanza comuni e prendono origine dalla pia madre o dalle guaine vasali. Per metastasi si formano nel cervello anche *noduli carcinomatosi.*

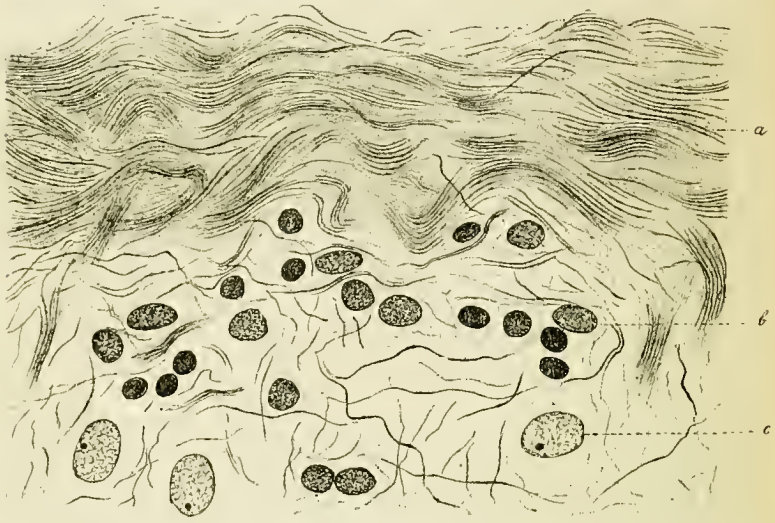


Fig. 14. — Inspessimento della nevroglia sul margine d'una lacuna di disintegrazione cerebrale; *a*, strato di fibre interamente privo di nuclei; *b*, nuclei di gliocellule granulosi e scuri; *c*, grandi nuclei di gliocellule chiari e con nucleolo. Metodo elettivo di WEIGERT. (Da un preparato originale).

Tra i *granulomi* si devono menzionare i *tubercoli*, quasi sempre multipli e localizzati assai più nelle meningi che nel cervello, dove si localizzano, sotto la pia madre, presso i vasi e lungo le scissure. Possono anche presentarsi isoltati e raggiungere dimensioni considerevoli: *tubercoli solitari.* Le *gomme* si formano durante il periodo terziario della sifilide nella corteccia cerebrale e nella pia madre, dando luogo qualche volta ad un focolaio unico, qualche volta a parecchi noduli più o meno grandi. Le masse nodulari più piccole possono riassorbirsi, e così si sottraggono ai processi regressivi d'indurimento o di caseificazione che trasformano le gomme più voluminose. Queste manifestazioni della sifilide terziaria avvengono a spese della sostanza cerebrale e provocano anche all'intorno processi d'anemia, di rammollimento, d'emorragia.

Ai tumori ed ai granulomi sono da aggiungere i *cisticerchi* e gli *echinococchi*, che si comportano in modo analogo. I cisticerchi crescono qualche volta di numero per nuove immigrazioni; l'echinococco è unico, ma cresce di volume.

Le *lesioni* più o meno *diffuse*, che sono suscettibili d'osservazione macroscopica, nel cervello di adulti si riducono a pochi quadri in parte limitati ad un solo ordine d'elementi anatomici e che perciò si possono descrivere ed analizzare con maggior profitto dal punto di vista istologico. Questi quadri sono:



Fig. 15. — Gliocellule giganti (*Monsterzellen*) nei paraggi d'una *lacuna di disintegrazione cerebrale*. Da un preparato originale.

la *sclerosi a placche*, che per lo più è disseminata nell'interno dell'asse cerebro spinale;

la *sclerosi ependimale* o *ependimite*, che rende scabre le pareti dei ventricoli o, se è uniforme, le lascia liscie, ma cambiandone il colore;

la *sclerosi diffusa*, che dipende come le forme precedenti da proliferazione della nevroglia, ma che non si riscontra negli adulti se non come un esito di processi distruttivi;

le *atrofie primarie* e le *atrofie secondarie* di fasci fibrosi;

l'*atrofia generale* della corteccia cerebrale, apprezzabile ad occhio nudo, con appiattimento delle circonvoluzioni e dilatazione dei solchi;

l'*encefalite emorragica* successiva ad influenza, a polmonite, ad endocardite, a meningite e ad altre infezioni, e che dà luogo a focolai più o

meno numerosi d'emorragia, in parte piccolissimi e riconoscibili soltanto al microscopio per accumuli parvicellulari intorno ai vasi, in parte puntiformi e rosso-scuri, di rado grossi e soggetti a suppurazione;

l'*encefalite purulenta* o *suppurativa* che, se è d'origine metastatica, può anche manifestarsi con ascessi multipli e non più grossi d'un pisello o d'un grano di canape, altrimenti ricade nel gruppo delle malattie a focolaio. Gli ascessi minori svegliano intorno infiammazioni o edemi, i maggiori s'incapsulano e restano immutati anche per anni, ma con la minaccia permanente d'una perforazione improvvisa, per esempio nei ventricoli.

II.

Lesioni elementari della corteccia cerebrale e delle sue dipendenze.

I quadri anatomo-patologici fin qui enumerati non sono che i compendi grossolani di lesioni più minute, la cui successione costituisce integralmente i singoli processi morbosi. Queste lesioni elementari in parte cambiano, in parte si ripetono con leggiere varianti che peraltro determinano differenze sensibili nei reperti esterni. In realtà le differenze esterne derivano non solo dalla natura, ma anche dalla sede, dalla estensione e dalla durata dei processi elementari, e perciò non corrispondono sempre a differenze istologiche o citologiche di grande rilievo. D'altra parte lesioni microscopiche, e delle più caratteristiche, si scoprono anche in cervelli apparentemente normali e che perciò non si potrebbero assegnare a nessuno dei quadri precedenti, o si presentano sotto forme diverse in cervelli che macroscopicamente sembrano simili.

Per tutte queste ragioni l'esame istologico e citologico porge criteri importanti e indispensabili per l'anatomia patologica delle malattie mentali. Esso non è soltanto un complemento, ma anche un mezzo di revisione, che, malgrado la data recente delle sue applicazioni, permette di considerare la psichiatria sotto un aspetto diverso e più esatto che non sia quello dell'anatomia macroscopica.

Le lesioni più o meno notoriamente implicite nei reperti suscettibili di diagnosi ad occhio nudo si possono dividere secondo gli elementi istologici, cioè secondo che riguardano: le *cellule*, le *fibre nervose*, la *nevroglia* e l'*ependima*, i *vasi* e le *leptomeningi*.

A) **Lesioni delle cellule nervose.** — Nelle cellule nervose si riesce, sintetizzando i risultati di ricerche, specialmente sperimentali, compiute negli

ultimi anni, a distinguere con chiarezza i processi acuti dai subacuti e dai cronici, benchè molte volte gli uni e gli altri si sommino e tendano, qua e là, a sopraffarsi. Sono possibili e quasi facili anche distinzioni ulteriori e più sottili che si riferiscono al genere dell'agente morboso.

1.° Processi acuti. — Nei processi acuti si riconoscono nettamente varî ordini di cause, i cui effetti sulla cellula nervosa sono in parte diversi, ma in più gran parte comuni. L'espressione più tipica dei processi acuti si trova nel quadro dell'*ipertermia*, dove la sostanza cromatica del corpo



Fig. 16. — Cellula radicolare anteriore di coniglio. Ipertermia sperimentale. Cromatolisi diffusa. Metodo Nissl (da Lugaro).

cellulare subisce una disgregazione con diminuzione progressiva della sua quantità che può arrivare quasi fino all'assoluta scomparsa: *cromatolisi diffusa* (fig. 16). Al contrario la sostanza acromatica, ordinariamente invisibile, mette in mostra la propria struttura reticolo-fibrillare. Salvo queste alterazioni, la cellula e il nucleo conservano la struttura e i rapporti normali, ma è caratteristico che la cromatolisi avviene indistintamente e presso a poco con la stessa intensità *in tutte le cellule*, ciò che non si verifica così completamente in nessun altro processo morboso, nè acuto, nè cronico. Finchè il reperto si limita alla cromatolisi, si suppone che la sostanza cromatica possa essere rinnovata e che la cellula nervosa si renda

ancora idonea, cessata la causa dell'alterazione, a riprendere le proprie funzioni; anzi è probabile che le funzioni specifiche siano soltanto affievolite per la diminuzione della sostanza cromatica e temporaneamente sospese per la sua scomparsa, se ed in quanto essa perdura, ma che la disposizione delle zolle cromatiche influisca poco sull'attività della cellula.

Altre cause di processi acuti, da aggiungere all'ipertermia, sono le *tossine* e i *veleni* che agiscono sulla cellula violentemente; la *soppressione* locale ed improvvisa del circolo sanguigno; i *traumi esterni* e le *emorragie* che producono nelle regioni vicine le stesse conseguenze se appena la loro massa è considerevole.



Fig. 17. — Cellula piramidale gigante in un caso d'amenza consecutiva ad influenza (da CAMIA).

Per *azioni tossiche* (d'origine esterna od interna) si hanno lesioni riparabili ed irreparabili, secondo i casi. Appartengono al gruppo delle lesioni riparabili: il rigonfiamento del corpo cellulare; la cromatolisi più o meno completa; il rigonfiamento del nucleo, il suo impiccolimento con aumento della colorabilità; le modificazioni chimiche della parte acromatica, che si rende visibile appunto perchè acquista una accessibilità nuova ai *colori basici*. Appartengono invece al gruppo delle lesioni irreparabili il *raggrinzamento* e *disfacimento del nucleo* come pure la *dissoluzione progressiva* della parte acromatica in seguito a processi di vacuolizzazione e fors'anche all'azione fagocitaria della nevroglia.

Per *soppressione* improvvisa della *circolazione locale* si notano fenomeni analoghi; ma vi è maggior tumultuarietà del processo e prevalgono le lesioni irreparabili che conducono alla scomparsa delle cellule nervose. Quando è temporaneamente occlusa l'aorta addominale (esperimento di

Stenson) si necrotizzano le cellule della sostanza grigia del midollo lombare, e si disgregano fino a scomparire nel breve termine di 48 ore.

I reperti di alterazioni acute sono frequenti nelle malattie mentali acute e specialmente in quelle psicosi febbrili od afebbrili che dipendono da infezioni e intossicazioni acute d'origine interna od anche esterna. La gravità delle lesioni varia molto da caso a caso, e non è a dir vero in ragione diretta dei sintomi presentati in vita. In molti casi d'amenza si riscontra la cromatolisi diffusa di moltissime cellule, sopratutto della corteccia, ma talvolta anche degli altri centri, persino del midollo e dei gangli spinali. Nella corteccia quest'alterazione si rileva con maggiore evidenza sulle cellule di Betz (fig. 17), che normalmente presentano più d'ogni altra cellula corticale il caratteristico aspetto tigrato proprio delle cellule più ricche di sostanza cromatica (fig. 18). Nelle medie e piccole piramidi la cromatolisi totale è spesso accompagnata da impiccolimento e colorabilità del nucleo; e questa può spingersi a tal segno, da mascherare interamente la presenza del nucleolo (fig. 19).

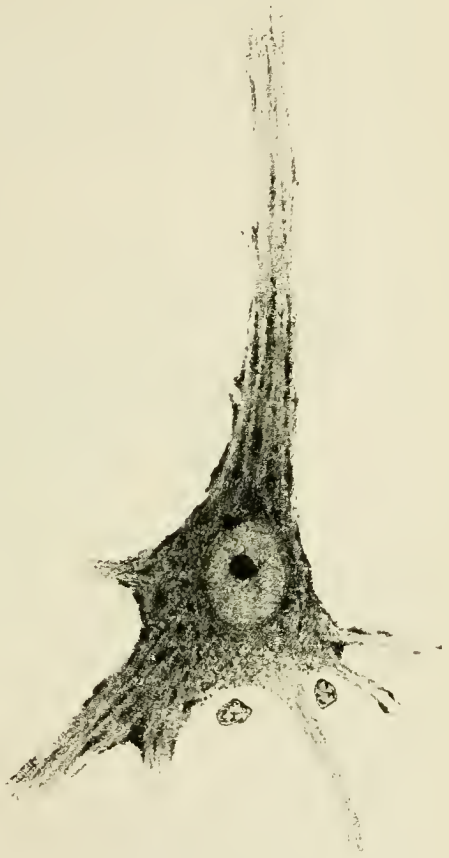


Fig. 18. — Cellula di Betz in condizione normale dalla circonvoluzione frontale ascendente d'un adulto.

Per *traumi* si producono metamorfosi molto diverse a seconda che è colpito direttamente il corpo cellulare o che invece l'azione traumatica cade sopra l'axone. L'axone, appunto a motivo della sua lunghezza, può esservi esposto per conto proprio. Questa distinzione vale non soltanto pei traumi, ma anche per le sostanze tossiche che eventualmente esercitino sul prolungamento nervoso un'azione elettiva.

Siccome il corpo cellulare è il centro trofico del neurone, ogni trauma o intossicazione che lo alteri irreparabilmente conduce ad un rapido pro-

cesso di distruzione totale ossia alla scomparsa dell'elemento nervoso in tutte le sue parti. Se invece è colpito l'axone (la sola parte del neurone che possa subire una ferita parziale) si hanno generalmente le seguenti alterazioni: arrotondamento del corpo cellulare; *cromatolisi centrifuga*; *lateralizzazione del nucleo*, che può fare ernia; deformazione reniforme dello stesso nucleo; accumulo di sostanza cromatica nell'*ilo* del nucleo alterato (fig. 20, 21 e 22). E tutto questo processo, di cui il valore non potrebbe essere più dimostrativo, è soggetto a doppio esito, perchè finisce o nella morte o (più sovente) nella lenta *riparazione* dell'elemento nervoso.

Questo processo tipico, che si presenta nella grande maggioranza dei casi, subisce talvolta un'attenuazione. In certe cellule, invece della modificazione descritta, si osserva semplicemente un accumulo perinucleare della sostanza cromatica, mentre la parte periferica della cellula diventa più pallida (fig. 23). Questo speciale tipo di reazione si può anche osservare temporaneamente come fase iniziale del processo comune (fig. 24) od anche come fase del processo riparativo in cellule che hanno presentato la tipica reazione con eccentricità del nucleo (fig. 25 e 26). Secondo Lugaro è probabile che il processo di cromatolisi periferica con addensamento perinucleare della sostanza cromatica sia l'esponente d'una reazione meno intensa che non il processo classico di cromatolisi centrale con lateralizzazione del nucleo.

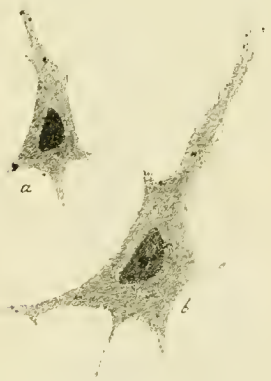


Fig. 19. — Corteccia cerebrale: *a*, piccola piramidale; *b*, piccola piramidale, in un caso di amenza. Cromatolisi diffusa, colorabilità della parte acromatica, colorazione intensa del nucleo (da Camia).

Quest'ultimo processo ricopia certe condizioni normali della cellula nervosa embrionale. Perciò van Biervliet e van Gehuchten hanno sostenuto ch'esso rappresenti un ringiovanimento della cellula in rapporto col lavorio rigenerativo della fibra nervosa. A sua volta Lugaro ha fatto notare che ambedue i tipi di reazione patologica testè descritti trovano riscontro in forme normali di cellule appartenenti a vertebrati inferiori: pesci, batraci, rettili.

Il tipo caratteristico di reazione cellulare per lesione del cilindrasse si riscontra in malattie mentali acute da intossicazione. In certi casi di amenza e in certi casi d'alcoolismo le cellule di Betz presentano appunto cromatolisi centrale con nucleo lateralizzato e depresso nella faccia

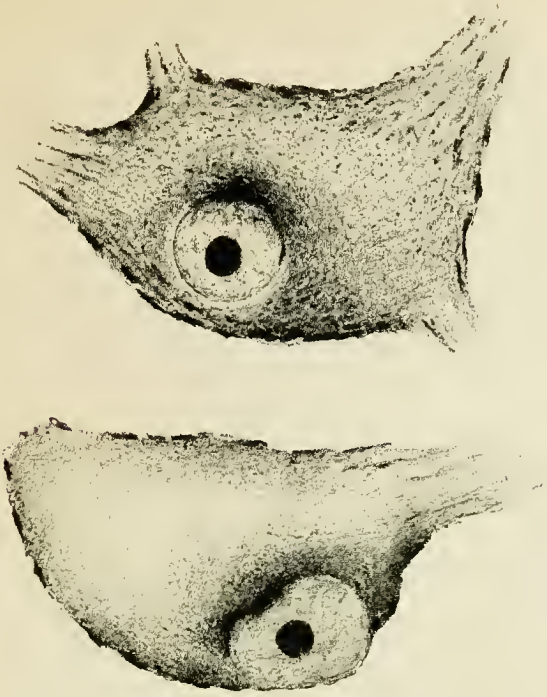


Fig. 20 e 21. — Cellule delle corna anteriori del midollo lombare d'un cane, quindici giorni dopo il taglio dello sciatico: la fig. 20 in fase meno avanzata, con incipiente cromatolisi centrale, spostamento del nucleo ed accumulo di zolle cromatiche sulla faccia centrale di esso; la fig. 21 in fase più avanzata con spiccata cromatolisi centrale, nucleo lateralizzato e depresso nella sua faccia centrale, ove si accumula la sostanza cromatica.

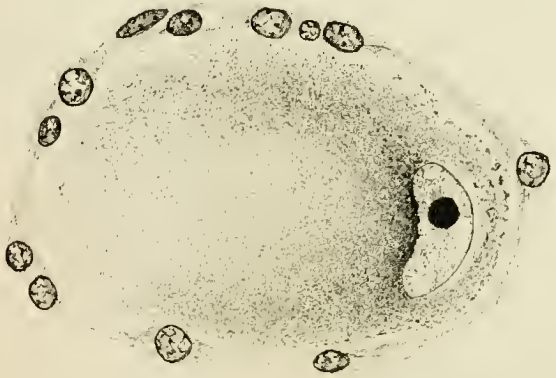


Fig. 22. — Cellula di tipo grande e chiaro, presa dall'8.° ganglio cervicale d'un cane, 40 giorni dopo il taglio del plesso brachiale: cromatolisi diffusa, nucleo eccentrico e reniforme, accumulo di sostanza cromatica nell'ilo del nucleo (da LUGARO). Questo tipo d'alterazione è il più comune.

interna, ove si accumula un po' di sostanza cromatica, talvolta a quarto di luna (fig. 27). Non sempre, in questi casi, è evidente la lesione del

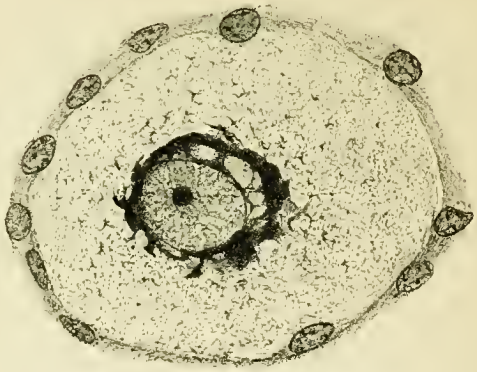


Fig. 23. — Cellula vorticosa dell'8.° ganglio cervicale in un coniglio, venti giorni dopo il taglio del plesso brachiale; addensamento perinucleare della sostanza cromatica, cromatolisi periferica. Metodo di Nissl (da LUGARO).

fascio piramidale che prende origine dalle cellule di Betz: qualche volta il metodo di Marchi dà risultati del tutto negativi, onde è a credere che

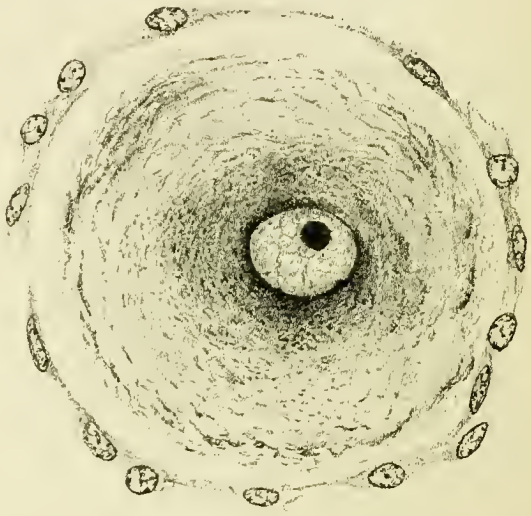


Fig. 24. — Cellula vorticosa dell'8.° ganglio cervicale in un cane, 7 giorni dopo il taglio del plesso brachiale. In fase più avanzata questa cellula presenterebbe, per graduale trasformazione, il tipo di reazione ordinaria, come nella fig. 22. Metodo di Nissl (da LUGARO).

siano lese soltanto le estreme terminazioni amieliniche di questo fascio (CAMIA). Anche le grandi piramidali e persino le medie possono parte-

cipare al processo. E all'infuori del cervello vi partecipano spesso negli stessi casi le cellule delle colonne di Clarke. Quando vi è polinevrite, fatto non raro nei processi tossici acuti o subacuti, anche le cellule delle corna anteriori e dei gangli spinali presentano la tipica reazione.

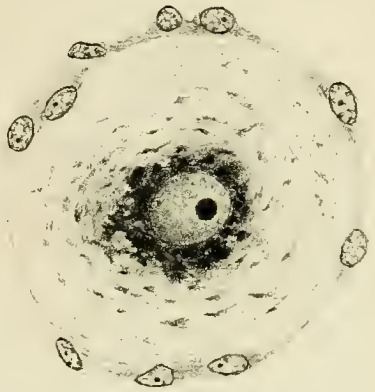


Fig. 25. — Cellula vorticosa di ganglio spinale in un cane durante la fase di riparazione, 80 giorni dopo la lesione della fibra periferica corrispondente: nucleo ricentralizzato, addensamento perinucleare della sostanza cromatica, acromatosi periferica (da LUGARO).

2.° PROCESSI SUBACUTI. — Le lesioni sono analoghe a quelle dei processi acuti. Ma poichè le cose si svolgono con maggior lentezza, manca il turgore della cellula; la disgregazione della parte cromatica è per lo più parziale e frequentemente assume la forma di *cromatolisi periferica* (fig. 28). Alla cromatolisi periferica si associa qualche volta un addensamento della sostanza cromatica ancora superstite intorno al nucleo; in questo caso si ha un quadro analogo a quello sopradescritto e che si osserva talvolta transitoriamente per lesione del cilindrasse. La cromatolisi periferica con addensamento cromatico perinucleare da causa tossica ha, secondo LUGARO, il valore di una reazione cellulare a scopo reintegrativo; i processi di cromatolisi diffusa e grave con alterazioni della parte acromatica hanno invece un significato semplicemente degenerativo. Gli esiti dei processi subacuti sono di varia specie: riparazione, *atrofia lenta*, morte della cellula nervosa.

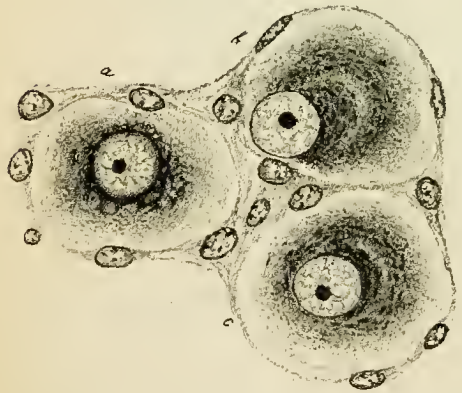


Fig. 26. — Cellule piccole, scure, dei gangli spinali (cane) in fase di riparazione: nella cellula *b* il nucleo è ancora eccentrico; nella cellula *c* si inoltra verso il centro fra le zolle cromatiche neoformate; nella cellula *a* la parte cromatica si addensa intorno al nucleo. Metodo di Nissl (da LUGARO).

Alterazioni subacute delle cellule si riscontrano in tutti i processi tossici a decorso subacuto, come quelli dell'alcoolismo, della pellagra, dell'uremia (fig. 29) e in certi casi di paralisi progressiva. Alle note del processo subacuto possono naturalmente sovrapporsi, mascherandole, le lesioni acute.

3.° Processi cronici. — Nei processi cronici la cellula nervosa, se non è del tutto scomparsa, è atrofica in ognuna delle sue parti costituenti: il contorno è irregolare e raggrinzato, il nucleo omogeneo, piccolo e intensamente colorato (fig. 30 e 31). L'atrofia può manifestarsi con una riduzione notevolissima del volume senza importanti modificazioni della

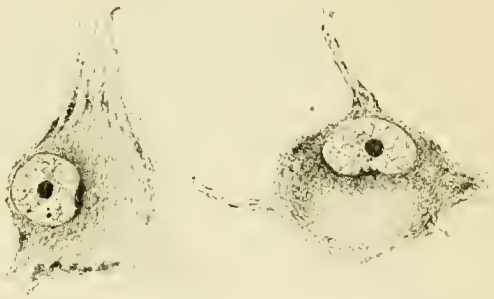


Fig. 27. — Cellule piramidali giganti (circonvoluzione frontale ascendente) in un caso d'*amenza*: reazione cellulare alla lesione del cilindrasse probabilmente per causa tossica (da Camia).

struttura (fig. 32). Nel citoplasma si osserva spesso un deposito di *sostanza pigmentata gialla*. Questi depositi si riscontrano anche in cervelli di nor-

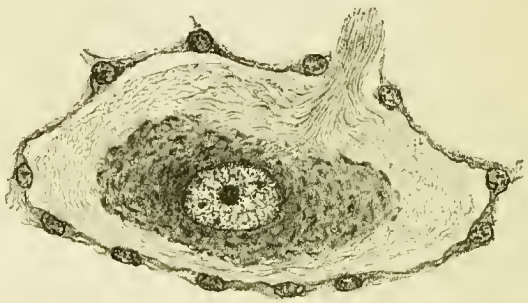


Fig. 28. — Cellula dei gangli spinali in un cane con cromatolisi periferica per avvelenamento subacuto da arsenico. Colorazione all'ematossilina Delafield. Nelle parti periferiche la mancanza di zolle cromatiche mette in evidenza la struttura fibrillare.

mali, ma solo per *età avanzata* e solo in *certe cellule*, specialmente nelle più grandi (fig. 29). Il carattere patologico di questi accumuli intracellulari dipende dunque dalla loro quantità e dalla loro sede. Così la paralisi progressiva fa nascere depositi gialli in quasi tutte le cellule piccole, che d'ordinario non ne presentano affatto; e non risparmia le cellule grandi, che ne vanno provviste anche normalmente, tanto più fra i vecchi.

Qualunque sia il decorso del processo morboso, è probabile che la scom-

parsa delle *cellule morte* avvenga con estrema rapidità. A questo risultato contribuiscono talvolta manovre speciali di fagocitismo da parte della nevroglia (fig. 33); ma è forse più frequente che la dissoluzione si produca per azione della linfa circolante senza intervento di elementi migratori e fagocitari. Naturalmente, nei processi acuti e gravi le cellule morte e



Fig 29. — Cellula piramidale gigante della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di uremia. In basso una zolla di pigmento.

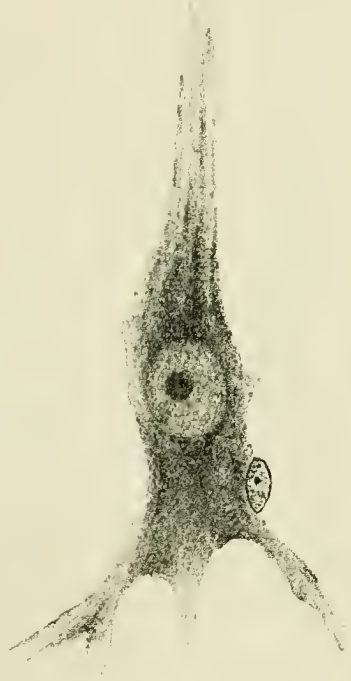


Fig. 30. — Cellula di Betz della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di demenza senile. Incipiente atrofia.

non ancora scomparse sono in numero maggiore; ma nei processi cronici fa impressione la loro scarsezza. Così nella paralisi progressiva la sostanza grigia è esposta ad enormi avarie, lo spessore della corteccia è assottigliato in proporzione persino del 50 per cento, ciò che si vede benissimo anche ad occhio nudo, e questa distruzione d'elementi nervosi è confermata al microscopio. Eppure, le cellule che si possono sorprendere nel

momento della loro massima dissoluzione sono in numero assai piccolo. La rapida scomparsa dei cadaveri cellulari è dimostrata all'evidenza dall'esperimento. Nell'occlusione temporanea dell'aorta addominale (per la durata di un'ora o poco più) si ha la necrosi della sostanza grigia nel midollo spinale, ma dopo 48 ore anche gli stessi cadaveri dei colossi cellulari che appartengono alle corna anteriori non sono più reperibili.

B) **Lesioni delle fibre nervose.** — La fibra nervosa è soggetta ad alterazioni *primarie* e *secondarie*: primarie quand'è colpita direttamente da un agente morboso, per lo più di natura tossica, che proviene o dal di fuori o dall'interno dell'organismo; secondarie quando cessa di risentire l'influenza trofica della cellula a cui fa capo anatomicamente, sia perchè la cellula non è più capace d'esercitarla, sia perchè la fibra ne resta in qualche modo separata. I due processi possono anche associarsi: se la lesione primaria è localizzata e così grave da sopprimere la permeabilità funzionale nel tratto di fibra alterato, si avrà rottura di continuità con la cellula d'origine come se la fibra fosse tagliata, e degenererà secondariamente tutto il tratto della fibra che sta a valle della lesione primitiva.



Fig. 31. — Cellula di Betz della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di demenza senile: atrofia avanzata, diffusione della sostanza cromatica, raggrinzamento e colorazione omogenea del nucleo.

Le *alterazioni primarie* possono manifestarsi sotto forma acuta o subacuta all'improvviso sopraggiungere di sostanze tossiche in quantità molto grandi. In questi casi, oltre alla mielina, è più o meno compromesso anche il cilindrasse, e la fibra può reintegrarsi o perire. Ma il caso più comune è quello dei processi primarî che si svolgono sotto forma cronica: la lenta azione di sostanze tossiche, che spiegano affinità elettive sopra determinati sistemi di fibre, dà luogo alle *degenerazioni primarie sistematiche*.

Le degenerazioni primarie sono caratterizzate più specialmente da un processo d'*atrofia progressiva* della guaina mielinica, mentre il cilindrasse rimane per lungo tempo quasi integro. Così si spiega perchè la funzione sia piuttosto disturbata che abolita e perchè il reperto anatomico stia in disaccordo con l'esiguità dei sintomi clinici. Lesioni atrofiche di questo genere, cioè con relativa integrità del cilindrasse e con possibilità di rein-

tegrazione, si riscontrano nei nervi periferici e spesso anche nei fasci lunghi del midollo spinale per effetto d'intossicazioni croniche o di ca-

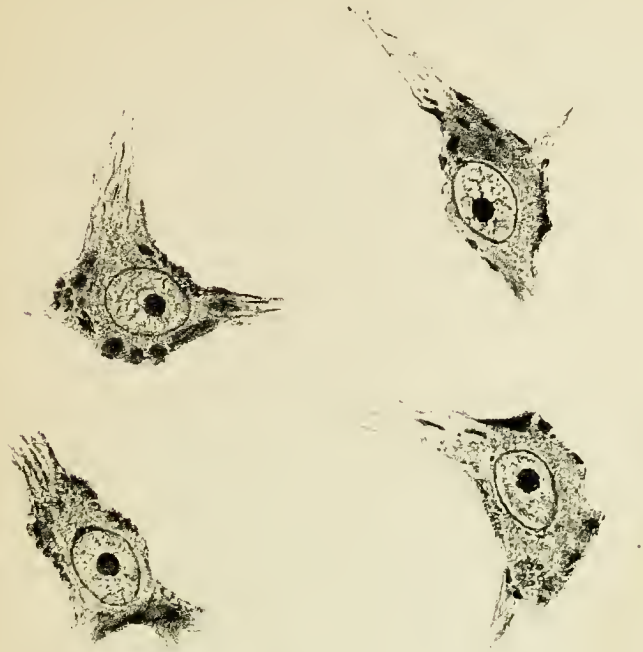


Fig. 32. — Cellule di Betz gravemente atrofiche in un caso di sclerosi laterale amiotrofica (da Franceschi).

chessia. Ed è caratteristico di simili processi che l'alterazione s'inizia ed è ad ogni modo più grave nell'estremità terminale della fibra, e ch'essa



Fig. 33. — Due cellule nervose prese dallo strato polimorfo della corteccia cerebrale in un paralitico: entrambe sono invase da nuclei di nevroglia, enormemente rigonfie e vacuolizzate. Nella cellula *a* il nucleo persiste ancora e si riconosce per la presenza del nucleolo, è impiccolito ed intensamente colorato; nella cellula *b* non vi è nucleo e del citoplasma non restano che detriti. Metodo di Nissl.

procede dalla terminazione alla cellula d'origine. Solo nelle fasi ulteriori il cilindrasse viene a subire un vero processo distruttivo, per cui la fibra nervosa perisce e scompare.

Esempi tipici di degenerazioni atrofiche con carattere più o meno sistematico si vedono, per riguardo ai nervi periferici, nelle così dette *polinevriti* senili e in quelle degli alcoolisti. Per riguardo ai fasci del midollo spinale, le degenerazioni combinate (cordoni posteriori e fasci piramidali crociati) sono frequenti nella pellagra e nella paralisi progressiva. Secondo Tuczek anche nel campo del cervello si verificherebbe la possibilità di un'atrofia primaria con carattere sistematico sopra un sistema assai più esteso, quello delle *fibre tangenziali*, e ciò costituirebbe la lesione iniziale e caratteristica della paralisi progressiva; ma è assai verosimile che tale degenerazione non sia esclusivamente primaria e dipenda invece, almeno in massima parte, da alterazioni precoci di cellule.

Le *degenerazioni secondarie* si svolgono in maniera più tumultuaria. Morta la cellula d'origine, la fibra nervosa subisce un'alterazione che si propaga rapidamente in senso cellulifugo; e l'involuzione avviene con eguale rapidità in seguito al taglio od a qualunque altra interruzione che separi la fibra dalla cellula. Le fibrille del cilindrasse si sminuzzano in granuli; la guaina midollare si frammenta prima in segmenti ellissoidali, poi in gocciole sempre più piccole che diventano nere col metodo di Marchi. E tanto le gocciole di mielina come i detriti del cilindrasse vengono riassorbiti e in parte asportati meccanicamente: nei nervi periferici per l'azione delle cellule della guaina di Schwann e fors'anco per l'intervento attivo dei leucociti; nei centri per azione della nevroglia.

Nei nervi periferici può avvenire un processo di *rigenerazione*, purchè la degenerazione secondaria non dipenda dalla distruzione della cellula d'origine. Nei centri è estremamente dubbio che quest'opera di riparazione possa, non che compiersi, nemmeno iniziarsi.

C) **Lesioni della nevroglia**. — Gli antichi metodi di colorazione, benchè non segnalino la nevroglia che in maniera affatto sommaria, avevano già dimostrato che la sua iperplasia colma i vuoti lasciati dalla distruzione degli altri elementi ed assume così il carattere d'un processo complementare. Il recente metodo di Weigert, che con ogni probabilità colora elettivamente *tutte* le fibre di nevroglia, rivelando le località in cui il loro intreccio è più fitto o più rado, non solo ha pienamente confermato questa *legge di compensazione*, ma ha messo in chiaro alcune interessanti particolarità del suo meccanismo. La nevroglia va facilmente incontro a *processi progressivi* ed a *processi regressivi* che rammentano le vicende del suo sviluppo normale e che da poco tempo in qua si conoscono con maggior precisione sia dal punto di vista patologico, sia dal punto di vista ontogenetico.

Fra le cellule della nevroglia, alcune non possiedono che brevi prolun-

gamenti protoplasmatici d'aspetto muscoso e risiedono di preferenza nello spessore degli strati corticali. Altre, col nome d'*astrociti*, emettono fibre colorabili col metodo di Weigert e creano così il materiale della *sostanza intereellulare*, che chiude, apre e traccia la strada alla formazione progressiva degli elementi nervosi. Queste fibre non appariscono che negli ultimi periodi dello sviluppo, quando le cellule di nevroglia hanno cessato di peregrinare e si sono fissate in una residenza stabile.

Nei processi di proliferazione patologica il corpo degli astrociti (di cui col metodo di Weigert non si vede che il nucleo) si emancipa dalle sue fibre e riacquista la primitiva capacità *migratoria*. Anche le cellule di nevroglia originariamente spoglie di fibre assumono l'aspetto e la funzione d'astrociti, concorrendo a questa specie di ripresa patologica della *gliogenesi* embrionaria. Parecchi fra gli elementi di entrambe le specie raggiungono anche individualmente proporzioni ipertrofiche e diventano *cellule mostruose: Monsterzellen* di Weigert. Il nucleo delle cellule mostruose, anch'esso ingrandito, subisce talvolta la scissione diretta. Così si formano nuove cellule di nevroglia, che a loro volta elaborano o secernono nuove fibre. Il reticolo di nevroglia si rende stipato, robustissimo, avvertibile anche macroscopicamente, e fra le sue fibre più o meno arruffate non si vede neppure un nucleo di cellula nervosa (fig. 14).

Nella fase della capacità migratoria le cellule di nevroglia acquistano, a quanto pare, anche proprietà *fagocitarie* che vengono esercitate a danno delle cellule nervose. Forse i corpi liberi degli astrociti non divorano che i piccoli frammenti di cellule già disfatte ; forse assalgono cellule intatte, ma già gravemente indebolite, introducendosi nel loro interno e portandovi la disorganizzazione. In ogni modo l'iperplasia della nevroglia assume forme diffuse o localizzate a seconda che è generale o a focolaio la lesione distruttiva degli elementi nervosi.

Nei processi cronici, oltre all'iperplasia per sostituzione di elementi specifici eventualmente perduti, si ha un risveglio spontaneo di gliosi nelle località dove anche normalmente la nevroglia è più abbondante: sotto la pia madre (fig. 34), dentro allo strato tangenziale della corteccia cerebrale, intorno ai vasi, e nell'ependima, dove possono formarsi fittissimi tumoretti sotto forma di ependimite granulosa. Così si raccolgono spesso veri ammassi od isole di cellule nevrogliche in mezzo a territori di tessuto nervoso normale: *gliosi miliare* della demenza senile, *placche di gliosi* della sclerosi tuberosa.

D) **Lesioni dei vasi e delle meningi.** — Nel cervello, se si tratta di psicosi acutissime o comunque terminate con processi tossico-infettivi acuti, si scoprono abbastanza frequentemente *emorragie capillari*. Le

emorragie più vaste sono collegate ad alterazioni croniche e diffuse dei vasi e sopratutto a presenza di piccoli *aneurismi miliari* che hanno sede nelle piccole arterie. I vasi sanguigni vanno soggetti a processi di proliferazione cellulare come pure a processi regressivi che non di rado si associano. Un reperto singolare ed ancora discusso della patologia vasale è l'*infiltrazione parvicellulare* delle pareti, sotto il nome della quale si mescolano insieme fenomeni non sempre simili.

Nelle affezioni più gravi si ha *neoformazione* di capillari, non foss'altro allo stato rudimentale. La moltiplicazione delle cellule nell'*intima* può alterare il lume dei vasi, talvolta a segno da occluderlo: *endoarterite obliterante*. Ma spesso le cellule proliferate sono esposte a graduale regressione, ed allora lo strato dell'intima si assottiglia, i nuclei delle sue cellule sono meno colorabili, e il lume del vaso è dilatato. Tra i processi regressivi, i più comuni sono la *degenerazione grassa* e la *degenerazione colloide*, che interessano le varie tonache vascolari, specialmente l'intima e la media. Per deposito di sostanze solide è frequente, specialmente nei vecchi, la *calcificazione*, che interessa in particolare l'avventizia e che priva, dal più al meno, i vasi della loro elasticità. Queste alterazioni fanno capo all'*ateromasia*, che è evidente anche macroscopicamente nelle grosse arterie della base e che costituisce il reperto tipico della demenza senile sotto il nome d'*arteriosclerosi cerebrale*.

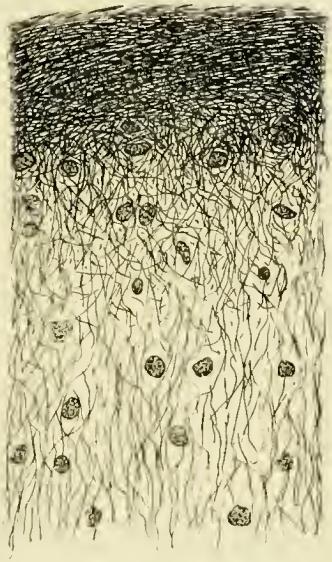


Fig. 34. — Gliosi epilettica. Strato molecolare della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di demenza epilettica. Lo strato di fibre superficiale ha uno spessore più che decuplo del normale ed è fittissimo. La sovrabbondanza delle fibre si estende, attenuandosi, agli strati sottostanti. Metodo elettivo di WEIGERT.

L'*avventizia* è la sede principale delle infiltrazioni cellulari, che spesso fanno passare in seconda linea o nascondono addirittura i suoi processi degenerativi. Gli spazî linfatici dell'avventizia possono restare inalterati, malgrado la proliferazione, o subire enormi dilatazioni. Nel primo caso lo strato esterno della parete è inspessito e contiene molte cellule che rassomigliano alle normali, ma che potrebbero anche essere di provenienza esogena perchè i loro nuclei non sono, per esempio, molto diversi da

quelli — piccoli, rotondi — della nevroglia (Nissl). Se poi gli spazi linfatici dell'avventizia sono dilatati, essi possono racchiudere dei leucociti, specialmente linfociti con poco protoplasma e nucleo scuro, rotondo; e linfociti si trovano anche nello spessore delle pareti. Finalmente, può avvenire che nella parete limitante degli spazi linfatici vi siano, in mezzo alle cellule dell'avventizia, altri elementi, che Alzheimer ritiene di natura connettiva e misti a *Mastzellen*, mentre Nissl li interpreta come identici a quelli che si rinvengono in altri organi sotto il nome di cellule plasmatiche di Unna. In ogni modo questi elementi possono presentarsi

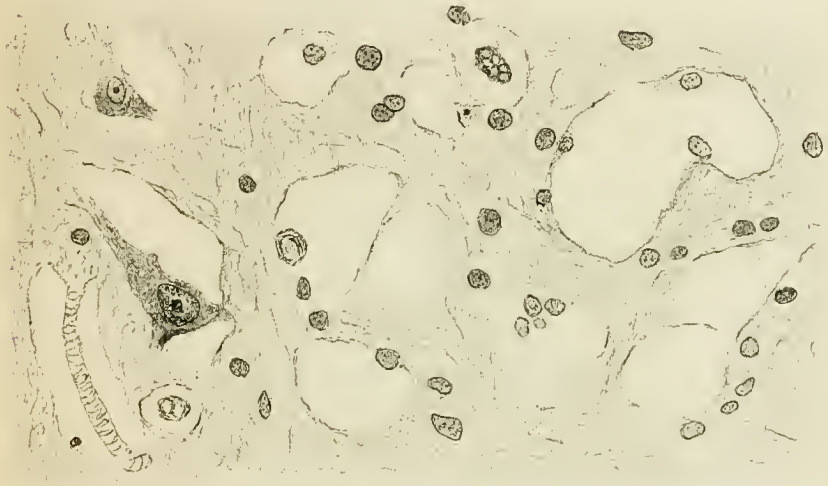


Fig. 35. — Edema istologico del cervello: gli spazi perivascolari e pericellulari sono enormemente dilatati (da G. Catola).

isolati, in modiche proporzioni ed anche in maniera da rimpinzare l'avventizia e deformarla.

La dilatazione sistematica e generale delle guaine linfatiche perivascolari è qualche volta associata a formazione di spazi considerevoli intorno alle cellule nervose. Si ha allora quel quadro che fu designato da Léopold Lévi col nome di *edema istologico del cervello* (fig. 35). L'edema istologico del cervello non dev'essere confuso con la formazione artificiale di spazi pericellulari come avviene quando le cellule si raggrinzano per difetto di fissazione.

Coi vasi sono sovente alterate le *meningi*, principalmente la *pia madre*. Essa è inspessita in tutti i processi cronici e diffusi della corteccia cerebrale. L'ipertrofia del connettivo intorno ai vasi, la sclerosi della corteccia e i processi infiammatori creano facilmente aderenze, ora estese, ora lo-

calizzate, fra la corteccia e la pia. La pia è anche la sede iniziale e il veicolo di processi che turbano profondamente e clamorosamente le funzioni psichiche, come le meningo-encefaliti.

La *dura madre* è molto esposta ai processi infiammatorî che spesso determinano neoformazioni vasali ed emorragie. I vasi neoformati si identificano facilmente perchè nella dura normale non ve ne sono che pochissimi e sottili. Le emorragie si versano dalla superficie esterna: *extrameningee;* dalla superficie interna: *intermeningee;* o rimangono nello spessore della membrana: *intrameningee.* Quando s'incapsulano, prendono il nome di *ematomi.* Nella dura madre si sviluppano abbastanza frequentemente ossificazioni con adesioni al cranio, che fanno testimonianza di antichi processi infiammatorî.

Lungo il seno longitudinale della dura madre si scorgono molto spesso i rilievi delle *granulazioni pacchioniane.* Le granulazioni di Pacchioni sono masse papillari d'origine connettiva, che partono dalla pia madre e s'inoltrano nella dura, logorandola fino a perforarla; di là solcano il tavolato interno del cranio, che può esserne addirittura attraversato. Esse sono così comuni, che costituiscono un reperto insignificante; ma il loro numero e la loro grossezza aumentano in seguito ai processi d'infiammazione cronici.

III.

ALTERAZIONI EXTRACORTICALI ED EXTRACEREBRALI.

Le varie parti dell'encefalo possono presentare le traccie di processi del tutto analoghi a quelli che furono descritti per la corteccia e per le sue dipendenze immediate: precoci e tardivi, a focolaio e diffusi, cronici ed acuti, con localizzazioni varie alle cellule nervose, alle fibre, alla nevroglia ed ai vasi. Queste lesioni sono un indice e un complemento delle alterazioni corticali; e talvolta, senza diffondersi alla corteccia, bastano indirettamente a disturbarne le funzioni, chiudendo le vie d'accesso agli stimoli sensoriali o le vie di scarico agli impulsi volontarî.

Il *midollo spinale* è sede frequente di lesioni *consecutive* a lesioni cerebrali ed anche di lesioni *autoctone,* ma che sono cagionate da fattori analoghi a quelli che agiscono sulla corteccia. Perciò vi si osservano: alterazioni cellulari ed alterazioni di fasci, spesso sistematiche, talvolta anche combinate, che per lo più si devono a cause tossiche; e così pure alterazioni della nevroglia e dei vasi.

I *nervi periferici* vanno parimente soggetti ad alterazioni acute, subacute e croniche, di carattere atrofico e degenerativo, che qualche volta

sono un semplice corteo, altre volte entrano nel meccanismo della psicopatia o di qualche suo sintomo, per es. delle parestesie.

Gli *organi dei sensi* soggiacciono a tutte le alterazioni possibili. L'atrofia del nervo ottico è spesso il sintomo collaterale d'un processo morboso che è anche causa di psicosi. Lesioni esterne dell'orecchio danno luogo ad acusmi o si traducono in allucinazioni complesse, agendo come cause occasionali di delirî o di confusione mentale. Polipi nasali possono provocare accessi convulsivi con tutte le possibili complicazioni psicopatiche.

Il *cranio* è tuttora oggetto di misurazioni e studî altrettanto minuziosi che sterili. Dal punto di vista anatomo-patologico, esso presenta atrofia od inspessimento della diploe, esostosi, osteomi e fratture, che spesso costituiscono il movente della malattia corticale. Quanto alle irregolarità di forma ed alle varie accidentalità di sviluppo che si manifestano con rilievi, protuberanze ed avvallamenti, tutte queste anomalie non hanno importanza come causa di malattia o d'anomalia mentale che quando raggiungono proporzioni enormi, in modo che riescono avvertiti a prima vista anche sulla testa del vivo; molto più spesso esse non rappresentano nulla nel meccanismo genetico della malattia mentale, ma sono una manifestazione accessoria od un effetto collaterale d'un processo generale in cui risiede la vera origine della psicopatia.

La *macrocefalia* è un segno d'idrocefalo, specialmente se è accompagnata da brachicefalia (testa larga) e convessità frontale (fronte infantile). La *microcefalia* è il correlativo quasi immancabile d'un cervello mostruosamente piccolo. La *cimbocefalia* (depressione della regione bregmatica) rivela precocità di chiusura nella fontanella anteriore. La *plagiocefalia* (asimmetria fra le due metà laterali del cranio) è l'effetto d'un mancato parallelismo fra i processi di sinostosi che si compiono a destra ed a sinistra del piano mediano verticale. La *depressione della radice nasale*, frequente nel mixedema congenito e nel cretinismo, dipende da anticipata ossificazione della sinfisi occipito-sfenoidale. Anche l'ultra-brachicefalia come pure l'ultradolicocefalia sono indizî d'anomalie evolutive a base patologica. Invece non hanno che un valore etnologico la *dolicocefalia* e la *brachicefalia*, le cui formule numeriche esprimono uno dei caratteri più costanti e più infallibili della razza. È probabile che dall'infanzia in poi l'*indice cefalico*, cioè il rapporto centesimale del diametro biparietale al diametro antero-posteriore del cranio, si conservi inalterato durante tutto il periodo dell'accrescimento. Sebbene sia assai difficile verificare simile misura d'anno in anno sopra un gran numero di bambini o di adolescenti, senza mai perderli di vista fino all'età matura, tutto induce a credere che l'indice cefalico sia un carattere individuale della massima

importanza; ma non si comprende quali applicazioni si possano ricavare per la clinica dalla conoscenza di questo carattere antropologico.

Le particolarità di forma, che si possono così facilmente verificare nella testa degli alienati, furono dapprima interpretate come *cause* visibili di pretese anomalie intracraniche a cui venivano attribuiti i disordini e i pervertimenti psichici. In realtà il cervello può svolgersi normalmente in qualunque scatola ossea, e l'intelligenza si adatta per mezzo d'associazioni intercellulari, qualunque sia la configurazione dei giri corticali, salvo i casi di deviazione estrema. Le sorti intellettuali, più che da queste este-



Fig. 36. — Cranio peruviano con deformazione artificiale (per fasciature) di tipo Quichua: nella razza Quichua (che si sostituì nel dominio a quella degli Aymarà e che concorse allo sviluppo d'una civiltà fiorente) si sottraeva all'uso della fasciatura solo chi non poteva resistervi per le sofferenze della compressione, e perciò la testa assumeva la forma d'una vescica compressa lungo le fascie e rigonfia nelle parti libere (dal *Museo Antropologico* di Firenze diretto dal prof. Paolo Mantegazza).

riorità, dipendono dal numero, dallo sviluppo dendritico e dall'attività funzionale dei neuroni.

La prova di questa relativa indipendenza si scorge al massimo grado nelle deformazioni artificiali del cranio. Fra gli antichi Peruviani vigeva l'abitudine di stringere il capo dei neonati tra fasciature compressive, in modo che rimaneva permanentemente deformato per tutta la vita. La popolazione era divisa in due razze conviventi, e tutti i teschi raccolti in grande abbondanza dai tumuli portano l'impronta di questa costumanza nazionale che fu praticata per una lunga serie di generazioni. I sistemi di deformazione erano due, spinti entrambi fino all'inverosimile (fig. 36 e 37). Eppure da queste teste mostruose nacque una civiltà di cui rimangono insigni monumenti e svariate memorie.

Se si esamina un cranio estremamente basso, ma non deformato, come



Fig. 37. — Cranio peruviano con deformazione artificiale (per fasciature) di tipo Aymarà: nella razza Aymarà (che lasciò traccie di alta civiltà) queste deformazioni erano generali e si riscontrano di regola in tutti i crani (dal *Museo Antropologico* di Firenze).



Fig. 38. — Cranio di tipo inferiore, raccolto nella Terra del Fuoco, con ampi seni frontali, forti arcate sopracigliari, prognatismo e straordinario rilievo di tutte le creste ossee che servono all'inserzione di muscoli (dal *Museo Antropologico* di Firenze).

per esempio quello di un abitante della Terra del Fuoco (fig. 38), si dovrà convenire ch'esso differisce da un cranio europeo di tipo elevato (fig. 39)

assai meno che non ne differiscano i due tipi peruviani con deformazione artificiale; e ciò malgrado la povertà intellettuale di quelle rozzissime popolazioni notoriamente dedite all'antropofagia.

Le anomalie del cranio, non che cause, spesso non sono neppure l'effetto di speciali o per lo meno di note anomalie cerebrali, il cui significato psicologico costituirebbe in ogni modo una nuova incognita. Malgrado la subordinazione generica che vincola lo sviluppo del cranio a quello del cervello, questa corrispondenza non arriva mai fino al dettaglio. Perciò è vano cercare nel capo dei vivi o nel teschio dei morti la rivelazione esterna della pazzia e della degenerazione o, come pretendeva Gall, l'indice qualitativo e quantitativo dell'intelligenza e del carattere.



Fig. 39. — Cranio europeo di tipo elevato (da confrontare con le fig. 36, 37, 38).

Con assai maggior fondamento il cranio fu assoggettato ad investigazioni e misurazioni come sede preferita di anomalie ataviche o di arresti evolutivi in cui si volle riscontrare il marchio della degenerazione morale. Anche da questo punto di vista l'importanza delle così dette stigme degenerative non è molto grande per la diagnosi individuale. Dalle statistiche antropologiche raccolte specialmente per opera di Lombroso, Marro ed altri risulta che certe anomalie prevalgono fra i pazzi e i criminali in confronto ai normali, cioè agli intelligenti ed agli onesti; ma tale prevalenza è assai piccola sia per riguardo al numero dei casi positivi, sia per riguardo al numero ed alla gravità delle anomalie riscontrate nella media dei casi. Le anomalie più o meno ataviche sono abbastanza

frequenti anche nel cranio di persone psichicamente normali; e molte anomalie che passano come stigme degenerative non sono che l'espressione di lievi irregolarità o processi patologici, il cui significato non va preso oltre alla lettera. Perciò la presenza di stigme anche indubbiamente degenerative non può costituire un criterio d'inferiorità psichica nei singoli individui se non a titolo d'una lontanissima probabilità.

Tra i visceri, nei *polmoni* si osservano, oltre ai reperti ordinari: polmoniti per alterazioni del vago, che talvolta formano l'epilogo della paralisi progressiva (Bianchi); polmoniti da inspirazione nei dementi, negli idioti, negli epilettici, nei marastici che non tossono; occlusione delle vie aeree per ingresso di corpi estranei favorito da anestesia o dalla voracità dei malati (epilettici, paralitici, idioti). Nei catatonici, che non reagiscono agli stimoli esterni e che stanno abitualmente immobili, è frequente la *tubercolosi*.

Il *cuore* degenera negli stati di marasmo, che costituiscono il quadro finale di varie psicosi croniche. Si ha *ipertrofia del ventricolo sinistro* per varie cause spesso strettamente connesse con la psicosi: negli epilettici inveterati per eccesso di resistenze funzionali e transitorie nel circolo sanguigno; nei dementi per arteriosclerosi; nei paralitici per concomitanti lesioni renali.

Nei grossi *vasi* si notano ectasie, placche arteriosclerotiche, alterazioni sifilitiche, arteriosclerosi diffusa; nei piccoli vasi si trovano le medesime lesioni, indizio di quelle del tutto identiche che si ripetono nel cervello o in organi molto solidali col cervello, come per esempio il rene.

Nello *stomaco* è assai comune la *dilatazione* fra i dementi cronici e gli idioti a motivo della loro voracità; il *catarro gastrico* negli alcoolisti; l'*atrofia della mucosa* nei casi di gastrite cronica così spesso associati a melancolia o ad ipocondria. L'*intestino* presenta alterazioni catarrali ed atrofiche assai frequenti nei marastici, cioè nella massima parte dei pazzi che muoiono al manicomio. L'*enterite pellagrosa* ha caratteri speciali che meritano la massima attenzione: forte atrofia, iperemia con ulcerazioni nel crasso e specialmente nel retto.

I *reni* sono sede frequentissima di alterazioni svariate, che a seconda dei casi sono la causa immediata o mediata della psicosi, e talvolta non ne sono che un fenomeno concomitante dovuto ad una causa tossica comune. Sono ben pochi i cadaveri di pazzi che non presentino alterazioni renali.

Il *fegato* e la *milza* portano non di rado le traccie di processi patologici che spiegano anche i disordini psichici. È noto volgarmente l'effetto rattristante dell'itterizia. La cirrosi epatica è spesso il complemento dell'alcoolismo cerebrale. Il tumore di milza può documentare un'infezione che

ha portato conseguenze acute od anche durature nelle funzioni intellettuali.

Negli *organi genitali* si riscontrano anomalie congenite di conformazione; ipotrofia dipendente da discrasie generali come nelle varie forme di infantilismo: mixedematoso, distrofico, cerebroplegico. Si possono osservare anche segni di malattie acquisite, che ben di raro rimangono senz' influenza sull'origine o sul decorso d'una psicosi: fu descritta una *gonococcofrenia*. Talvolta si osservano ipertrofie e deformazioni provenienti da abitudini psicopatologiche, sopratutto per onanismo.

Nei *muscoli* si possono riscontrare, oltre all'atrofia per dimagramento, *atrofie funzionali* con localizzazione circoscritta o diffusa ed *atrofie sistematiche* di origine neuropatica, principalmente nei casi di cerebroplegia infantile e in quelli di demenza postapoplettica.

Nella *pelle* si osservano *distrofie* e *decubiti*. Nelle *ossa* vizi di *conformazione* congeniti, *asimmetrie scheletriche* in rapporto con paralisi ed atrofie muscolari di lunga data, specialmente contratte nell'infanzia; *atrofie*, *distrofie*, la *fragilità* abnorme, determinata da rarefazione ossea e impoverimento calcare, che può giungere a segno da dar luogo a fratture per minimi traumi; l'*osteomalacia*.

CAPITOLO IV.

La sensibilità

FISIOLOGIA GENERALE DEI PROCESSI SENSORIALI E SENSITIVI

Gli organismi viventi hanno la proprietà di n trirsi, di moltiplicarsi e di *reagire*. Reagire significa adattarsi, momentaneamente o durevolmente, alle novità talvolta effimere, talvolta permanenti che vengono ad alterare le condizioni in mezzo a cui viviamo. Ogni reazione non è dunque che un cambiamento necessario od utile per la continuazione della vita. Nel protoplasma cellulare la proprietà di reagire si dice *irritabilità*. Negli organismi pluricellulari le reazioni si compiono attraverso al *sistema nervoso*, che segnala i fenomeni dell'ambiente esterno, e a questo modo si rende capace anche di sfruttarli o di resistervi con movimenti adeguati: attrattivi verso gli stimoli favorevoli, repellenti di fronte agli stimoli nocivi.

I primordi dell'organizzazione nervosa sono assai semplici. La massima parte delle variazioni esterne o non produce alcun effetto nell'animale o l'uccide senz'altro; vi è soltanto un ordine od un gruppo circoscritto di fenomeni che agiscono come stimoli e provocano una reazione speciale, sempre la stessa. Ad una funzione così elementare non è punto necessario un apparecchio complesso d'associazione in cui si svolgano processi coscienti. Basta che un certo numero di cellule o neuroni che chiameremo antropomorficamente sensitivi, ricettacoli di forza meccanica o chimica in istato di tensione, si sparga nel tegumento esterno e vada ad applicarsi con le sue terminazioni sopra un gruppo di neuroni motori, e si avranno quegli invariabili ed inconsci movimenti di retrazione o di prensione, di fuga o di avvicinamento, di cui l'animale ha bisogno per salvarsi o per nutrirsi. Quanto più l'organismo animale si perfeziona, tanto più è esposto alla varietà delle influenze esterne, e perciò si trova

nella necessità di ricorrere a nuovi adattamenti, ossia a reazioni sempre più differenziate e numerose. L'organizzazione del sistema nervoso si perfeziona anch'essa e dà luogo ad una moltiplicazione di *meccanismi speciali*, accentrati in masse gangliari, che agiscono l'una senza sapere dell'altra ed ignorando sè stesse: questo tipo di adattamento è raggiunto al massimo grado negli artropodi.

Ma a misura che la varietà delle reazioni aumenta ancora, bisogna che i meccanismi speciali cessino d'essere separati ed autonomi, e s'impone la formazione di un *unico meccanismo* sovrastante, generale e complesso. Ufficio di questo meccanismo è di poter dominare le vicende esterne, che sono tanti problemi presentati alla sua operosità, non più con reazioni stereotipate, ma con risposte adeguate ai singoli casi, mettendosi in rapporto e quasi assidendosi arbitro fra i meccanismi speciali che fanno capo ai gangli e che determinano i movimenti riflessi.

Vi è un punto oltre al quale il differenziarsi di nuovi meccanismi speciali diventerebbe dannoso. L'economia di spazio rende impossibile una simile moltiplicazione che, per far riscontro ai bisogni crescenti, non dovrebbe mai arrestarsi, e finirebbe col portare ingombro all'organismo, pregiudicando lo sviluppo e le funzioni di organi e tessuti diversi dal nervoso, ma ancora più necessarî alla vita.

L'economia di tempo condanna come incongrua ai bisogni non solo incessanti e svariati, ma spesso anche del tutto insoliti ed improvvisi, una serie di meccanismi specifici che, per rispondere ciascuno al proprio ufficio, dovessero formarsi apposta e raggiungere nella filogenesi una perfezione altrettanto faticosa che lenta, forse quando il bisogno provocatore è già altrimenti risoluto o quando ne è scomparso il movente.

Per non restare sopraffatto dal numero e dalla volubilità degli stimoli, l'organismo deve dunque possedere od acquistare un meccanismo accentratore, a cui confluiscano le impressioni degli agenti esterni e donde possano diffondersi reazioni opportune, ma non prestabilite, anche di fronte a combinazioni inusate di stimoli. E così si provvede ai casi nuovi, così s'improvvisano gli attacchi e le resistenze che escono dal programma dell'automatismo biologico, così si padroneggia l'imprevisto. In luogo d'una sequela interminabile d'adattamenti speciali e consuetudinarî, un'adattabilità generica e buona a tutti gli usi, con adattamenti d'occasione; in luogo d'un corredo di rapporti chiusi fra date azioni esterne e date reazioni nervose, un congegno di rapporti indefiniti fra un numero sterminato e sempre accrescibile di stimoli esterni e un sistema sempre più complicabile di reazioni nervose che sono il frutto d'una discriminazione cosciente e l'oggetto d'una determinazione volontaria corroborata dalla previsione delle conseguenze.

Il perfezionamento funzionale del sistema nervoso, in quanto unifica gli adattamenti reattivi in un organo assai complesso e capace di emanciparsi dalla tirannia delle reazioni obbligate, conduce necessariamente all'intelligenza, e vi arriva passando appunto per la *sensibilità*. Questa organizzazione superiore del sistema nervoso, che si afferma massimamente nell'uomo, non esclude l'utilità delle reazioni riflesse. Ecco quindi la ragione della coesistenza in un sistema nervoso elevato dei centri inferiori per le reazioni riflesse e di centri superiori per le distinzioni e determinazioni coscienti: l'automatismo che vegeta e prospera accanto all'intelligenza.

Affinchè il sistema nervoso possa rispondere volta per volta in modo differente, è necessario che siano sentiti in modo differente i fenomeni esterni da cui sono determinate le sue reazioni; che ogni fenomeno si raccomandi possibilmente per qualche contrassegno e sfugga al pericolo d'andar confuso con gli altri, ossia di passare inavvertito; che insomma le *differenze obiettive* e talvolta assai minute, su cui è fondata l'individualità dei varî fenomeni, si traducano in *differenze subiettive*. Perciò occorre che i fenomeni siano decomposti nei loro singoli elementi e che il sistema nervoso, assoggettandoli ad un processo analitico, riesca ad isolare l'elemento o gli elementi differenziali, senza di che non potrebbe mai assorgere alla capacità di distinguere le incessanti modificazioni che presenta il mondo esterno, sia nei suoi momenti successivi, sia tra le varie sue parti in uno stesso momento.

L'azione fisiologica delle energie esterne è favorita dalle strutture che il sistema nervoso assume negli organi dei sensi e dovunque la superficie del corpo è esposta al contatto delle vicissitudini esterne. Ciascuna di tali strutture, diversissime fra loro, è straordinariamente appropriata a risentire un dato ordine d'energie, circoscritto con rigore, reagendo variamente alle minime differenze che si avverino in quella categoria ristretta di fenomeni, ma rimanendo muta ed inerte a tutti gli altri: per la luce i bastoncini e i coni della retina — squisitamente sensibili all'influenza chimica dei vari colori e distribuiti in una superficie estesa come una lastra fotografica; pel suono le cellule ciliate di Corti — pronte a vibrare all'unisono con le varie note e forse graduate nelle dimensioni come strumenti musicali; pei contatti un gran numero di terminazioni più semplici, di fibre e non di cellule — appena sufficienti ad avvertire differenze quantitative di compressioni.

I processi fisiologici d'analisi, che si compiono negli apparecchi periferici del sistema nervoso, devono conservare la propria individualità, prolungandosi per vie separate, fino all'apparecchio centrale, che è capace, raccogliendo le differenze tra i fenomeni dei varî ordini, di distinguerle,

di compararle e di modellare la propria attività motoria od inibitrice secondo il complesso delle notizie che riceve continuamente da tutte le parti e sotto svariatissime forme.

Perciò, dove le fibre sono più addensate e incrocicchiate la trasmissione distinta delle notizie è assicurata, negli organismi più evoluti, da una sostanza isolante, la mielina, che inguaina il cilindrasse conducente come i giri della seta intorno al filo elettrico. E fra gli elementi nervosi comparisce, nei vertebrati, un nuovo tessuto complementare, la nevroglia, tracciando la strada alle fibre nervose che fin dai primi albori della vita si devono sviluppare in direzioni risolute e con una meta precisa; avvolgendo le cellule nervose quasi per proteggerle da maltrattamenti e sopratutto da dispersioni d'attività; ramificandosi intorno ad esse con una delicatezza che traspare dalla singolarità delle sue disposizioni e dalla piccolezza insolita dei suoi corpuscoli.

Così nasce e così si perfeziona, in un organo proprio, l'intelligenza, avendo per condizione indispensabile la *sensibilità* e per obiettivo pratico le azioni volontarie. Ma acciocchè quest'obbiettivo pratico sia effettivamente ed utilmente raggiunto, cioè nell'interesse dell'individuo e della specie, è necessario che si verifichi una *corrispondenza sistematica* tra i fantasmi interni e le realtà esterne, fra ciò che avviene in noi e ciò che sta fuori di noi. Se la corrispondenza tra il mondo subiettivo e il mondo obiettivo mancasse completamente, tutta la lunga serie di visioni e di azioni che costituisce, dalla nascita alla morte, il ciclo d'una vita psichica, si ridurrebbe ad un sogno privo d'analogie col resto dell'universo: l'uomo stesso, pellegrino senza meta, traverserebbe la realtà come addormentato, portandosi dietro disutilmente un fardello di pure illusioni. Se poi la corrispondenza ci fosse, ma senza i caratteri della fedeltà e della costanza, i processi psichici costituirebbero una guida così fallace, un'arma così malsicura nelle battaglie per la vita, da riuscire un vero inciampo, un argomento di debolezza, una funzione mostruosa, la cui apparizione nella filogenesi e nell'ontogenesi non avrebbe, biologicamente, alcuna ragione di essere e condurrebbe anzi ad una fatale inettitudine alla vita. La grande utilità della corrispondenza fra i fenomeni esterni e gli interiori ha permesso alle funzioni sensoriali di differenziarsi sempre più, ed alle funzioni intellettuali di complicarsi, elaborando il materiale fornito dai sensi. Una lieve aberrazione da questa legge di corrispondenza, anche tra i confini modesti della semplice sensibilità, basta invece non di rado a produrre quel grave fallimento biologico, che è la pazzia.

Le immagini concrete degli oggetti e dei fenomeni esterni risultano da una folla di *percezioni elementari* e dalla coscienza dei loro reciproci rapporti. Si chiama *sensazione* il processo subiettivamente indecomponi-

bile con cui il sistema nervoso avverte uno stimolo semplicissimo d'una categoria determinata; si chiama *percezione* il processo per cui le sensazioni concomitanti sono integrate fra di loro e coi ricordi di altre sensazioni simili o dissimili, ciò che richiede un certo grado d'attenzione e permette d'inquadrare le immagini degli avvenimenti e degli oggetti nel tempo e nello spazio, di obiettivarle nettamente nel mondo esterno, di utilizzarle come strumento di conoscenza.

La sensazione non ha che una esistenza teorica, perchè non si presenta mai isolata. Data la mutevolezza dell'ambiente esteriore, la molteplicità dei nostri apparecchi di senso e l'irresistibilità delle associazioni che si formano immediatamente fra le varie sensazioni simultanee e successive della stessa categoria od anche d'ordini diversi, praticamente anche le unità elementari dei sensi sono percezioni, e noi non possiamo raffigurarci le sensazioni che sotto forma di percezioni, riducendone i ricordi alla massima semplicità possibile o pensandole astrattamente (ma senza riescire a raffigurarcele) come frazioni del fenomeno percettivo.

Fra le varie immagini sensoriali e percettive si fanno distinzioni di qualità, di quantità, di coesistenza e di successione. Le distinzioni per qualità e quantità riguardano più specialmente le sensazioni semplici; le distinzioni per coesistenza e per successione si applicano largamente anche alle percezioni. Nei varî ordini di sensi hanno una parte preponderante singole specie di associazioni: le immagini visive e tattili sono coordinate nei loro elementi e con le immagini circostanti per rapporti di coesistenza; le immagini uditive, gustative ed olfattive si dispongono nei loro elementi e in rapporto con le altre immagini per ordine di successione. Così si disegnano e si fissano le linee di riscontro di cui ci serviamo per formarci la nozione pratica del tempo e dello spazio. Questa nozione empirica è indispensabile per orientarci in mezzo alle svariate impressioni dei nostri sensi, e si può paragonare ad un'impalcatura su cui disponiamo ed appoggiamo le nostre percezioni come pure i loro ricordi.

Senza la nozione empirica di tempo e spazio le immagini sensoriali e rappresentative cadrebbero nel vuoto e non sarebbe possibile di valersene come materiale di conoscenza: le percezioni sarebbero ridotte all'ufficio di stimoli semplici e grossolani, come la fame o il dolore, e la vita psichica non oltrepasserebbe la sua forma rudimentale che è appunto la sensibilità.

PATOLOGIA DELLA SENSIBILITÀ.

Fra i disordini della sensibilità e quelli dell'intelligenza vi sono rapporti di dipendenza nelle due direzioni; ma spesso si osservano rapporti

di semplice concomitanza perchè una causa comune, per esempio una malattia diffusa dell'encefalo, del nevrasse o dell'intero organismo, colpisce in pari tempo le due categorie di funzioni. Non è infrequente il caso di alterazioni mentali con integrità di tutti i processi sensitivi, come tra i *melanconici*, i *paranoici*, gli *imbecilli*. E si danno esempi di lesioni anche gravi della sensibilità senz'alcun disturbo dell'intelligenza. La cecità e la sordità, se sono acquisite od anche se sono congenite, purchè compensate mercè l'educazione degli altri sensi, non influiscono sulle funzioni intellettuali. Le parestesie dei tabetici, il ronzio agli orecchi degli anemici e degli otitici, l'analgesia dei siringomielici non provengono dall'intelligenza e, di regola, non la disturbano. L'anosmia, l'ageusia possono essere dovute a cause periferiche, come la coriza, e del tutto insignificanti per la psichiatria.

Tranne le eccezioni che si verificano caso per caso, non v'è forma della sensibilità, dalla cenestesi alla vista ed all'udito, che non meriti da parte dell'alienista il più vivo interesse.

Cenestesi. — L'esercizio complessivo ed incessante delle funzioni sensitive, oltre alla somma delle notizie particolari che ci procura sul mondo esterno e sul nostro corpo, è sorgente perenne d'una coscienza generale e confusa, ma spesso assai attiva, che ci formiamo di momento in momento sulla validità funzionale dell'organismo in tutte le sue parti, anche in quelle che, isolatamente ed allo stato d'integrità, non fanno mai sentire la propria voce. Una cenestesi perfetta ci dà un senso di benessere lieve, ma così profondo che sfida l'imperversare delle sventure esterne e prende il sopravvento sui dolori morali affrettandone la scomparsa. Una cenestesi alterata, anche se dipende da disturbi singolarmente poco avvertibili della sensibilità, produce uno scoraggiamento a cui non si sottraggono talvolta gl'individui normali e in buona salute. Certe oscillazioni moderate della cenestesi sono anzi un fatto volgare e quotidiano della vita fisiologica: il classico *benefizio* corporale del mattino, un bagno caldo, l'improvvisa scomparsa dell'umidità atmosferica, il movimento d'un treno ferroviario, lo stato di perfetto equilibrio da parte delle funzioni sessuali modificano la nostra cenestesi e il nostro stato d'animo, accrescendo o diminuendo l'energia delle azioni. Dopo una malattia, la convalescenza dà momenti di benessere che rendono deliziosi gli atti per solito indifferenti, come la minzione, il respiro, il cammino.

Nei malati di mente spesso è alterato il rapporto tra la cenestesi e lo stato reale dell'organismo, sia perchè il medesimo processo morboso ferisce in pari tempo i centri psichici e le sorgenti viscerali della sensibilità, sia perchè un'irritazione locale dei centri somestetici risveglia sensa-

zioni vaghe, ma vivaci di malessere o di benessere che sembrano provenire dai visceri e sono erroneamente riferite ad essi.

La *paralisi progressiva* non risparmia mai i centri somestetici e l'*euforia* gratuita dei paralitici è uno degli indizi più sicuri per la diagnosi. I pochi paralitici che non presentano euforia vanno difficilmente esenti dallo stato opposto: un malessere tormentoso, continuo, indescrivibile li rende talvolta irritabili, accasciati, tristi per settimane e mesi interi senza un minuto di sosta, fino alla disperazione. Altre volte la disestesia generale si manifesta in modo più tenue e più indiretto, suggerendo *deliri ipocondriaci*.

Sono spesso euforici anche i *maniaci;* e talvolta i dementi senili per cause analoghe a quelle dei paralitici. Parimente, nell'involuzione senile si hanno momenti o fasi di *depressione gravissima*, che dipende da alterazioni cenestetiche d'origine centrale, e che rende più grave ed ostinata la *melancolia* dei vecchi. Nei *nevrastenici* un'iperestesia abituale della cenestesi determina uno stato di *depressione irritabile* che è forse il sintomo più caratteristico di questa infermità. Negli *amenti* in istato di confusione acuta la cenestesi è variabile, ma di tanto in tanto è notevole uno sgomento che è dettato dal senso di deficienza generale e più specialmente di deficienza mentale: i malati si accorgono di non percepire rettamente le cose o di percepirle a stento e, malgrado la difficoltà che provano ad esternare ed a concepire chiaramente le proprie idee, dipingono con frasi espressive l'imbarazzo e quasi lo stato di paralisi intellettuale in cui *sentono* di trovarsi, sebbene non lo possano capire pienamente. Gli *amenti* della forma *attonita* sono invece quasi sempre affetti da *analgesia* generale di tutto il corpo.

Un'espressione importante della cenestesi è quella forma di sensibilità che si riferisce in genere al sistema muscolare od a buona parte di esso. Il *senso della fatica* manca completamente nei *maniaci*, che perciò moltiplicano la loro spesso inutile attività, vegliano, gozzovigliano, si danno al chiasso durante la notte, e non si accorgono di disperdere pazzamente le loro forze e la loro salute. Un'esagerazione della *sensibilità alla fatica*, specialmente muscolare, è invece il fastidio quotidiano dei *nevrastenici*, che perciò sarebbero tratti a risparmiarsi, trincerandosi nel riposo: ma la continua scontentezza di sè stessi rende questi malati così pessimisti e timidi di fronte all'avvenire, ch'essi si rappresentano in modo esagerato i danni finanziari o morali dell'inattività, e finiscono per condannarsi volontariamente ad un sopralavoro capace soltanto di aggravare il loro malessere.

Nel disordine della cenestesi che caratterizza gli stati di *confusione mentale* spuntano altre irregolarità del *senso muscolare*. Gli *amenti*, i *pa-*

ralitiei, gli *alcoolisti* si sentono leggieri e qualche volta si abbandonano ad illusioni assurde, come quella di volare, d'essere trasformati in sughero o in gas, di non esistere che spiritualmente.

Oppure si verificano lacune nel senso della personalità somatica: *dementi precoci, paralitiei* credono che manchino loro le gambe, la testa, il cuore, lo stomaco. O si hanno alterazioni strane e sistematiche della cenestesi: l'intestino è otturato, il torace è fragile come il vetro, il corpo è imputridito, la lingua è discesa nel ventricolo, la statura è nana o gigantesca, le braccia sono smisurate, l'appetito pare od è insaziabile, la potenza sessuale pare od è straordinaria, la forza muscolare sembra (e non è mai) triplicata.

Le metamorfosi della cenestesi, succedendosi con una certa regola, accompagnano e forse determinano quelle alternative d'umore e di condotta che costituiscono la *pazzia circolare*. Un brusco e completo cambiamento nel modo di sentire sè stessi può rompere il senso della propria continuità e fornir materia a delirî di mutata personalità o di sdoppiamento in due personalità alternanti. Talvolta il mutamento è così generale e profondo, che anche la memoria segue in parte le sorti della cenestesi. In certi casi famosi d'isterismo si notarono uno stato *primo* ed uno stato *secondo* della cenestesi, del carattere, della condotta, che si avvicendavano regolarmente nel corso della vita con antitesi perfetta di manifestazioni: i ricordi degli *stati primi* rimanevano sospesi durante l'imperversare degli *stati secondi*, e viceversa; insomma tutte le forme dell'attività psichica cambiavano d'indirizzo, come se due anime si fossero disputate il dominio d'un unico corpo.

Sensibilità tattile, termosensibilità, sensibilità dolorosa. — L'*alcoolismo* è causa frequente di nevriti che si manifestano con anestesie ed analgesie abbastanza estese, per esempio, della mano, dell'avambraccio, della faccia, per lo più sotto forma multipla, ma senza simmetria. Simili disturbi confermano l'origine alcoolica dei disordini mentali.

Fra i *degenerati* è frequente una certa insensibilità al tatto ed al dolore che si suol misurare col mezzo della corrente indotta (*algometria elettrica*). Occorre una corrente più intensa dell'ordinario perchè gli individui di questa specie riescano ad avvertirne la presenza; e ci vuole una corrente più intensa ancora perchè ne risentano dolore o cessino di sopportarne il contatto. Ciò non dipende da aumento di resistenza, ma da diminuzione di sensibilità, ossia da una inferiorità funzionale. La stessa inferiorità si riscontra normalmente nelle popolazioni primitive e nelle classi lavoratrici delle società civili. Essa si spiega in parte con le condizioni della pelle, esposta agli attriti ed alle lesioni d'un lavoro rude

e continuo, in parte con la mancanza d'esercizio, che ottunde la squisitezza della sensibilità tattile.

Secondo Lombroso le donne, malgrado la delicatezza originaria ed acquisita della loro cute, sentono il dolore fisico meno del sesso maschile. Di qui un marchio d'inferiorità antropologica che gli anti-femministi infliggono alle donne anche nel campo delle manifestazioni intellettuali. Agli occhi di costoro la genialità scientifica ed artistica di cui eccezionalmente ha potuto dar prova qualche donna, l'originalità, l'inventività, sono requisiti maschili: se si smarriscono per accidente in un cervello femminile, è in seguito ad un'aberrazione dello sviluppo, analoga a quella che produce la *ginecomastia* nei maschi. All'infuori di questi casi eccezionali, la donna sarebbe meno intelligente e meno sensibile dell'uomo.

Le *anestesie* e le *iperestesie* costituiscono una delle più caratteristiche fra le così dette stigme dell'isterismo e danno luogo alle zone isteriche. Si tratta di punti ed isole insensibili o dolorabili, di solito non più d'una, e che si localizzano al bregma, alla regione mammaria, all'inguine, od anche in altre parti, ma poco estese, del ventre, del torace, degli arti o della faccia. Ne presentano spesso, insieme a *parestesie*, anche i *nevrastenici costituzionali*. Le iperestesie del dolore vanno distinte dalle *topoalgie*, che sono punti non dolorabili, ma dolenti.

Queste zone isteriche hanno sempre un'origine centrale. Esse si manifestano come la proiezione centrifuga d'una rappresentazione più o meno cosciente, ossia d'una paura che dalle anomalie d'innervazione proprie dell'isterismo trae la capacità di esteriorizzarsi, ossia di contrarre un'associazione insolita e viziosa che non è possibile nei normali, nemmeno per uno sforzo di volontà. Qualche volta le anestesie e le iperestesie circoscritte non sono che il prodotto d'una suggestione involontaria da parte di medici zelanti e malaccorti.

Nei *maniaci* e negli *amenti* è assai notevole l'insensibilità al freddo, per cui questi malati si scoprono in pieno inverno, passeggiano in camicia, tengono le finestre aperte sfidando le intemperie. Ma la causa d'una simile anestesia è puramente emotiva: nell'agitazione d'una psicosi acuta si trascurano le eccitazioni esterne, come il dolore delle percosse e delle ferite nell'infuriar d'una rissa o d'una battaglia. I maniaci sono sempre in faccende, gli amenti navigano per lidi fantastici e non prestano attenzione alle vicende atmosferiche, nemmeno quando sono costretti all'immobilità nella cella d'un manicomio. Non per questo sono al riparo dalle conseguenze obiettive del freddo, che anzi sono rese più gravi dall'imprudenza dei malati.

Nei *melancolici* la concentrazione ostinata sopra un'idea delirante o sopra un proposito sinistro paralizza la sensibilità dolorosa e viscerale,

facilitando certe maniere raccapriccianti di suicidio, la mutilazione delle membra, lo strappo dei capelli. Nei *dementi*, nei *paralitici*, negli *idioti* manca qualche volta la tosse, perchè anche quest'umile forma di sensibilità è deficiente. Forse è per un motivo analogo che molti fra questi stessi malati non padroneggiano bene i proprî bisogni corporali.

Senso genetico. — Talvolta eccitato nei *dementi senili*, nei *paralitici*, negli *idioti*, nei *melanconici*, negli *epilettici*, il senso genetico è assai più spesso assopito e quasi mancante, sia in queste categorie di alienati, sia in tutti gli altri. Tutti i *dementi secondarî*, i *dementi precoci* allo stadio terminale, la maggioranza degli *idioti*, degl'*imbecilli*, dei *paranoici*, delle *isteriche*, dei *nevrastenici*, degli *alcoolisti* sono piuttosto casti o addirittura astinenti.

Nei manicomi gli atti contrarî al buon costume sono rari, e la sorveglianza da questo lato è delle più facili. L'erotismo si manifesta ingenuamente con profferte laide o con l'onanismo in malati molto agitati o molto confusi o molto dementi: *maniaci* gravissimi, *amenti*, *dementi precoci* ai primi stadî, *epilettici* prossimi all'accesso. Negli epilettici i trasporti erotici possono rappresentare un *equivalente* della crisi convulsiva, e in tal caso assumono qualche volta forme mostruose e criminali: la coscienza è assente od obnubilata.

Le sole *isteriche* e i malati in istato d'*ipomania* fanno eccezione tra i pazzi, estrinsecando con la mimica, con le parole e con gli atti un erotismo talvolta latente e frenato per pudore, talvolta un po' ostentato per civetteria, ma quasi sempre entro i limiti dell'estetica, se non dell'etica.

Gusto ed olfatto. — Il gusto e l'olfatto sono qualche volta affievoliti nei *melanconici*: essi se ne lamentano come d'un danno irreparabile, che a loro avviso rivela il principio dello sfacelo organico. Fra gli *idioti* e i *dementi* si trovano i pervertiti del gusto e dell'olfatto, mangiatori di terra, raccoglitori di sterco, eclettici capaci di mangiare con voracità qualunque cosa o di sopportare qualunque puzzo. Tra le *isteriche* non è infrequente l'*iperosmia*: e vi può essere intolleranza sistematizzata per dati odori o per dati sapori, in modo da formare un'idiosincrasia che talvolta ha origine in una auto-suggestione. Fra i *paralitici* si hanno invece fatti simili, ma in forma passeggera e per lesioni circoscritte dei centri corticali. Le irritazioni locali della corteccia cerebrale risvegliano sensazioni olfattive e gustative a cui non corrisponde alcun oggetto esterno e che raggiungono un'evidenza allucinatoria accompagnata da un'intensità dolorosa. Ho visto paralitici in preda ad una serie di starnuti quasi tormentosi per

odori disgustanti ed immaginarî, che probabilmente dipendevano da irritazione del *trigemino*.

Udito e vista. — Prescindendo dalle allucinazioni configurate, l'udito e la vista possono presentare nei pazzi una serie d'irregolarità che non sono prive d'importanza. Nei *nevrastenici* e nei *paralitici* si ha talvolta *iperacusia*: Jules de Goncourt invocava con versi desolati un po' di silenzio, tanto soffriva d'ogni più debole rumore. Le *isteriche* vanno soggette ad iperacusie ed a sordità passeggere: non v'è del resto alcun sintomo nevropatico che sia estraneo all'isterismo. Gli *acusmi*, sotto forma di ronzìo, fischi, scrosci, sono frequenti negli *anemici*, nei *nevrastenici*, nei *melanconici*, ma non hanno valore psicopatico finchè si mantengono nei limiti di un'allucinazione elementare e d'un disturbo periferico.

Nel campo della vista è da notare l'*ipoestesia retinica* di alcuni *degenerati*, *imbecilli*, *criminali* che sopportano la luce intensa e sono capaci di fissare il sole. Le *discromatopsie* e le *fotopsie* si presentano specialmente negli *alcoolisti*. L'*emianopsia*, oltrechè per lesioni a focolaio, può comparire transitoriamente per turbamenti funzionali ed unilaterali della corteccia visiva. Nelle *isteriche* si arriva addirittura all'*amaurosi*; ma è più frequente un lieve restringimento del campo visivo.

La cecità congenita, che del resto è abbastanza rara, non nuoce allo sviluppo dell'intelligenza quanto la sordità congenita che conduce al *sordomutismo*. Il sordomutismo, se non è compensato da una lunga e paziente educazione, restringe l'orizzonte psichico e spesso costituisce un terreno propizio alla pazzia; non di rado i sordomuti sono anche più o meno imbecilli.

Allucinazioni ed illusioni. — Le irregolarità che furono descritte or ora vanno considerate come errori di proporzione o lacune della sensibilità: esse rendono imperfetta la corrispondenza della nostra mente con l'ambiente esterno. Ma vi sono altre irregolarità che tendono addirittura a falsarla, e per la psichiatria hanno naturalmente un'importanza assai più grande. Nel primo caso le notizie che ci arrivano dal di fuori sono semplicemente incomplete od esagerate, e il danno che ne soffre l'intelligenza si limita alla *quantità* ed alla *misura* dei suoi acquisti. Nel secondo caso, invece, si ricevono informazioni erronee per *qualità*, si cade nell'*allucinazione* o nell'*illusione*; e l'intelligenza ne rimane, peggio che scemata, tradita, perchè si altera quella squisita consapevolezza della realtà esterna che è necessaria per orientarsi con rapidità e sicurezza sia nelle peripezie, sia nelle vicende quotidiane della vita.

S'intende per *allucinazione* la comparsa d'immagini interne che, per la loro singolare evidenza, vengono esteriorizzate come se provenissero dal di fuori e sono scambiate per realtà obiettiva. S'intende per *illusione* il processo involontario per cui alla realtà si aggiungono attributi fantastici con la persuasione od almeno col dubbio che siano reali. Illusioni momentanee per paura o per effetto dell'attenzione aspettante si possono produrre anche in persone normali, ma vengono subito rettificate. Allucinazioni d'ogni specie, mescolate a poche idee incoerenti, formano la materia dei sogni, ma restano senza influenza e sono presto dimenticate nella veglia. Nelle malattie mentali, invece, le allucinazioni e le illusioni hanno sempre il valore d'un sintomo preminente.

Tra le allucinazioni bisogna distinguere le *elementari* e le *configurate*. Le allucinazioni elementari non sono un fenomeno psicopatico, ma la *reazione normale* ad uno *stimolo irregolare* che si esercita sopra il nervo: fotopsie, acusmi, parestesie, apparenze di sapori o di odori che dipendono da irritazioni locali. In simili casi, cioè quando il nervo è irritato da agenti morbosi, la reazione allucinatoria è un fenomeno naturale: non la sua presenza, ma la sua mancanza potrebbe costituire un'anomalia. Le allucinazioni configurate sono invece una costruzione cerebrale che richiede il concorso, sia pure involontario e magari anche incosciente, dell'intelligenza: esse sarebbero impossibili senza questa specie di tradimento da parte dell'attività mentale.

È principalmente nel dominio dei sensi superiori, la vista e l'udito, che si presentano le allucinazioni configurate, ossia le vere allucinazioni. I sensi più bassi danno piuttosto alimento alle illusioni, perchè nei fantasmi subiettivi ch'essi sono in grado di generare (con l'apparenza di sensazioni reali) è difficile eliminare la possibile azione d'una causa irritante e nascosta. Gli eccitamenti del tatto, dell'olfatto, del gusto sfuggono spesso alla verifica, appunto, perchè sono sempre più oscuri, più discutibili e più individuali di quelli che vengono raccolti dalla vista e dall'udito. Al contrario le sensazioni reali della vista e dell'udito derivano da eccitamenti sulla cui esistenza e natura sarebbe assurdo qualunque dubbio: gli eccitamenti acustici sono spesso associabili ad eccitamenti visivi; i visivi, se accessibili, si possono confermare per mezzo di sensazioni tattili; gli uni e gli altri sono sempre suscettibili di essere percepiti nell'identica forma da chiunque si trovi alla loro portata; e l'allucinato o l'illuso che vedesse od udisse ciò che noi non vediamo o non udiamo sarebbe subito qualificato per ciò che è.

Le allucinazioni elementari sono frequenti negli stadi iniziali o in certe ricorrenze periodiche di non poche psicopatie e, con l'aggravarsi del disordine mentale, possono assumere un aspetto configurato, complicato e

preciso, che cambia il loro carattere e le schiera tra i fenomeni decisamente psicopatici. Le fotopsie degli alcoolisti diventano immagini d'insetti, di gnomi, di guerrieri lillipuziani o d'altre cose minute, multiple e scmoventi che caratterizzano le visioni del delirium tremens. L'abbagliamento dell'*aura epilettiea* può convertirsi in un'allucinazione complessa e sistematica, ripresentandosi al principio di ogni accesso sotto forma d'immagini sanguinose, di bandiere rosse, di teschi e di battaglie. Il ronzìo, che è così frequente nella *melancolia* e nella *nevrastenia*, può voltarsi nel suono preciso d'una voce umana o in figure verbali che mutano il significato morboso dell'allucinazione.

Le allucinazioni *formate* sono di varî gradi: senza significato, verbali o grafiche, ma inconcludenti; minacciose o lusinghiere con un significato preciso e complesso; associate ad allucinazioni congeneri d'altri sensi. Visioni indifferenti di cose e persone irriconoscibili si hanno nei primordî della *paranoia*, nella *demenza giovanile*, nell'*amenza*: ai malati sembra d'udire un susurrar di parole sconnesse, di vedere ombre, fiori, maschere che si disegnano sulle pareti o sul soffitto. Nei *paranoici* e nei *dementi precoci* non è rara l'allucinazione d'esser chiamati per nome o di udire una parola qualunque che viene ad acquistare un valore misterioso ed importante. L'ulteriore complicarsi del processo allucinatorio dà luogo a *visioni costanti*, a *figure parlanti*, a *dialoghi* continuati, in cui l'allucinato crede di ascoltare e di rispondere, alla pretesa *ripetizione del pensiero*.

Tra le allucinazioni che si riferiscono al linguaggio, hanno una posizione a parte le *allucinazioni psico-motrici verbali* (Séglas, Tamburini). Sono allucinazioni del senso muscolare, di cui rappresentano un caso particolare: i malati non sentono il suono della propria voce, ma credono di parlare, perchè negli organi motorî della favella provano la sensazione dei movimenti fonetici. Si manifestano allucinazioni di movimento anche nei muscoli degli arti: si può credere di muovere un braccio, di camminare, di volare od averne almeno l'impressione. Questo fenomeno è molto raro, e pare che si presenti nei delirî cronici, all'infuori dei quali non fu mai osservato.

Certe forme di sensibilità sono costantemente risparmiate dalle allucinazioni in certe psicopatie e colpite di preferenza in certe altre; e ciò serve di criterio differenziale per la diagnosi. Le allucinazioni visive sono frequenti nell'*alcoolismo*, rarissime e forse impossibili nella *paralisi progressiva*. Le *isteriche* soffrono difficilmente di allucinazioni, ma piuttosto nel dominio della vista che in quello dell'udito. La presenza di allucinazioni in genere, specialmente visive, è rara tra i *paranoici*, ma frequente nei delirî paranoidi dei *dementi precoci*. Nella *paranoia* vera o man-

cano le allucinazioni o, se ve ne sono, riguardano piuttosto l'udito. Nell'*amenza* le allucinazioni costituiscono un sintomo caratteristico e rassomigliano, dal più al meno, a quelle dell'alcoolismo: a seconda dei momenti, sono terrifiche, moleste, indifferenti e persino umoristiche, e i malati si vedono agire in conseguenza, correndo all'impazzata, irritandosi, smarrendosi in atto di contemplazione tranquilla o ridendo saporitamente. È assai incerto se persone normali possano andar soggette ad allucinazioni, e se debbono interpretarsi come allucinazioni le illusioni d'origine emotiva a cui esse vanno incontro in occasioni del tutto straordinarie e le rappresentazioni vivaci e precise che sono in grado di evocare con uno sforzo di volontà, ma apprezzandone perfettamente la provenienza fantastica.

Meccanismo dell'allucinazione. — Secondo Tamburini la patogenesi delle allucinazioni consiste in uno stato irritativo dei centri psico-sensori, analogo a quello che nei centri psicomotori produce l'epilessia. La convulsione dei centri sensoriali risveglia le immagini che vi stanno depositate allo stato incosciente, in forme semplici o complesse, secondo l'estensione dello stimolo, e in modo tanto più somigliante alla realtà quanto più lo stimolo è intenso. Insomma, qualunque sia l'origine dell'azione morbosa, la sede del fenomeno allucinatorio è sempre la stessa, cioè quella parte della corteccia cerebrale che percepisce le sensazioni attuali e sa, donde che sia eccitata, riprodurle più o meno vivacemente sotto forma mnemonica.

Ciò avviene per tre vie: o per un eccitamento anomalo che colpisce l'apparecchio periferico di sensibilità e sale lungo il nervo centripeto; o per un'idea delirante che influisce sul centro sensoriale; o per un'irritazione locale che agisce su di esso direttamente.

Questa teoria trasporta con lucida sintesi i dati della fisiologia, quali erano fino a ieri, nel campo della patologia. Oggi che nuovi dati, per quanto controversi, vengono a riaprire la questione fisiologica, non è inopportuno di verificare se una nuova ipotesi non possa chiarire più ampiamente i fatti e correggere alcuni difetti che la teoria precedente non poteva evitare. È appunto ciò che io credo: mentre coi dati classici non si poteva immaginare una genesi dell'allucinazione diversa da quella che formulò Tamburini, le induzioni fisiologiche sull'esistenza di centri rappresentativi distinti da quelli delle sensazioni e che abbiamo esposto nel primo capitolo formano una buona base ad una teoria più armonica e più completa.

Di fronte all'ipotesi che scaturisce dai dati strettamente sperimentali rimangono insolute le seguenti questioni:

1.° Noi possiamo comprendere benissimo che un'irritazione periferica produca allucinazioni elementari come fotopsie, acusmi, parestesie; ma come si spiega per questa via l'insorgenza di allucinazioni configurate e significative, di forme, di persone, di parole, di discorsi?

2.° Come si può concepire che stimoli diretti sui centri visivi producano *immagini complete*, mentre il centro visivo d'un emisfero non è capace di dare che una *mezza immagine?* È evidente che per ottenere questo effetto, cioè per determinare l'immagine completa di un oggetto non presente, sarebbero necessarî due stimoli simultanei che si dessero l'intesa di cadere nelle due aree complementari dei centri visivi, e che fossero tanto intelligenti da disegnarvi sopra l'immagine dell'oggetto, metà nell'emisfero destro e l'altra metà nell'emisfero sinistro, come avviene nella visione normale e come dovrebbe avvenire anche nella rappresentazione mnemonica d'immagini visive, se la rappresentazione e la sensazione coincidessero nei medesimi centri corticali. Si comprende che ciò accada di fronte ad un oggetto presente od anche quando si tratta di rievocare le sue traccie mnemoniche, ma non per l'incontro fortuito d'un doppio stimolo patologico ed incongruo sui centri visivi.

3.° Se un'idea delirante riesce a destare nei centri sensoriali un'allucinazione corrispondente, perchè mai un'idea normale, che può certo raggiungere un'intensità non inferiore, dovrebbe essere incapace di dare origine ad un'allucinazione, volontaria od involontaria?

La patogenesi dell'allucinazione si rende assai più chiara ed accettabile, ammettendo che le immagini delle cose, come abbiamo indicato nel primo capitolo, siano percepite in un luogo e pensate in un altro. Che cosa sono le allucinazioni? Se prescindiamo dalle fotopsie, dagli acusmi e dalle parestesie, che si spiegano con l'irritazione locale dei nervi periferici e sulla cui genesi non vi è dissenso di sorta, le allucinazioni possono parificarsi alle rappresentazioni solo perchè si producono senza l'intervento d'alcuno stimolo periferico; ma per l'aspetto che assumono nella coscienza, esse si accostano assai più alle sensazioni. Questa rassomiglianza è così sorprendente da indurci in errore e da farci credere reali i fenomeni di cui il processo allucinatorio non ci offre che una finzione. Eppure le allucinazioni sono qualche cosa di assai nettamente diverso non solo dalle rappresentazioni, ma anche dalle sensazioni.

I più famosi calcolatori, giocatori di scacchi e ritrattisti, che emergono per la vivacità delle loro rappresentazioni visive e se ne valgono per eseguire calcoli, partite e ritratti a memoria, come pure i musicisti che sanno rappresentarsi l'istrumentazione di un'intera orchestra, non sono minimamente allucinati: essi non hanno bisogno di fare alcuno sforzo per accorgersi dell'enorme differenza che passa fra le immagini contemplate

mentalmente e le immagini reali, nè avviene mai che cadano in equivoco. Invece gli allucinati, anche quando l'immagine allucinatoria sia debole, perdono la nozione della sua provenienza interna, ed acquistano la convinzione o per lo meno il dubbio ch'essa abbia un riscontro nell'ambiente esterno. Ciò si osserva specialmente nei sogni, quando fantasmi scoloriti e senza forma sono scambiati per cose e persone reali. Insomma, l'allucinazione è sempre un fatto straordinario ; e se il suo antagonismo di fronte alla sensazione risulta dal meccanismo d'origine, non è meno potente il contrasto che la separa dalla rappresentazione per ciò che riguarda l'aspetto subiettivo. Dire che sensazione e rappresentazione si formano nel medesimo centro è lo stesso che precludere all'allucinazione la possibilità di contrapporsi mai alla rappresentazione, salvo che in ragione dell'intensità. Ora, se la differenza tra sensazione e rappresentazione si riducesse ad una questione di misura, vi sarebbero termini di transizione fra i due fenomeni, e il loro antagonismo non riuscirebbe così deciso. Vi dovrebbero essere casi indeterminati, di *dubbio allucinatorio*, in cui l'intensità dell'immagine ha già sorpassato quella delle rappresentazioni ordinarie, ma non ha ancora raggiunto quella delle allucinazioni perfette ; e l'incertezza d'apprezzamento tra il reale e il fantastico dovrebbe ricorrere frequentemente, anche nelle persone bene equilibrate, davanti ad ogni rappresentazione vivace e un po' più precisa delle altre.

Da alcuni anni a questa parte si tende ad ammettere che la sensazione normale non lasci di sè alcuna traccia nei due centri sensoriali, ma che, prolungando il suo cammino per *vie omolaterali* e *controlaterali*, possa trasformarsi e registrarsi come *simbolo* in un centro transcorticale di rappresentazione. Di lì potrà essere rievocata come idea o come frammento d'una idea ; ma non avverrà mai che riviva come sensazione se non si ripeta un'altra volta lo stimolo esterno. Ripetiamo ciò che abbiamo detto al primo capitolo : « I centri sensoriali della vista sono uno specchio, quelli dell'udito un risonatore, quelli della sensibilità cutanea uno strumento di segnalazione ; e nulla più. Le rappresentazioni mnemoniche della realtà esterna e del nostro corpo si formano in altri centri (unilaterali ?) allo stato di simboli, e sono *simboli diretti*. Dai centri di rappresentazione i simboli diretti possono salire a centri superiori per formarvi concetti più generali e più astratti : *simboli di simboli* ».

Quanto ai centri sensoriali, da *soli*, essi non sono in grado di dare alcuna immagine completa. Possono soltanto rifletterne, anzi le riflettono infallibilmente o col concorso della realtà esterna o col concorso dell'immaginazione. Ma in condizioni normali riescono a riflettere soltanto la realtà che si affaccia di fuori : per riflettere anche l'immagine mentale

della realtà che si riaccende dentro di noi, debbono trovarsi in condizioni patologiche o per lo meno insolite, come quelle del sonno.

Basta immaginare che, sotto l'impero di tali condizioni, le vie omola-

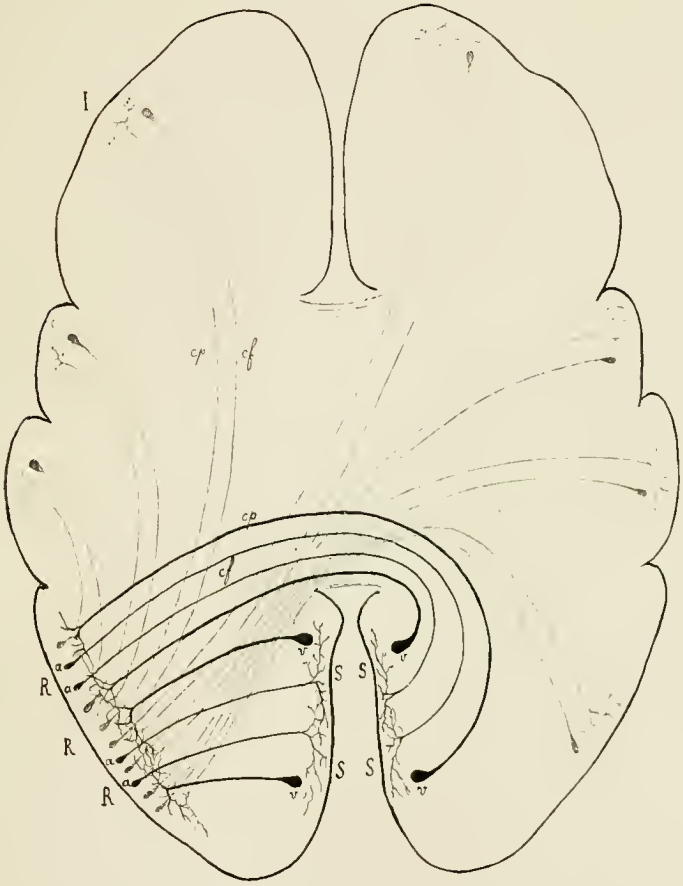


Fig. 40. — Schema dei rapporti fra i centri sensoriali (visivi) e i centri rappresentativi.

S S, centri visivi; *R R*, centro rappresentativo (unilaterale?) per la visione; *I*, centro superiore d'ideazione; *v v v v*, neuroni omolaterali e controlaterali che trasportano le immagini attuali della vista al centro transcorticale di rappresentazione; *a a a a*, neuroni retrogradi che dal centro di rappresentazione portano normalmente ai centri sensoriali stimoli eccitatori ed inibitori (attenzione?) e che, patologicamente, risuscitano *immagini allucinatorie*; *cp*, fibre centripete; *cf*, fibre centrifughe o retrograde. — I neuroni raffigurati con linee pallide indicano le connessioni reciproche tra il centro rappresentativo della vista ed altri centri rappresentativi od ideativi.

terali e controlaterali, che mettono dai centri di sensazione al centro di rappresentazione, acquistino la proprietà di lasciarsi percorrere in *senso inverso* e che ciò non avvenga mai in condizioni fisiologiche, per dare

una spiegazione soddisfacente a tutte le specie d'allucinazione. Noi possiamo pensare che l'allucinazione nasca come un'idea od un simbolo, od un frammento più o meno cosciente d'idea nella regione associativa; ma in luogo d'associarsi ad altre idee o di proiettarsi all'esterno come movimento, essa *refluisce*, o lungo le stesse fibre omolaterali e controlaterali di dov'era venuta o *in altro modo* da ricercarsi, ai centri di sensibilità da cui era immigrata quand'era sensazione (fig. 40). Così essa ridiventa ciò che era: una sensazione; ma una sensazione di marca patologica per l'insolita origine.

Questa forza d'*espansione retrograda*, che inverte il rapporto abituale tra i centri sensoriali e il centro rappresentativo, è dunque il contrassegno morboso che determina l'individualità dell'allucinazione, sia come fenomeno psicologico, sia come sintomo clinico. I centri sensoriali sono *importatori* rispetto all'ambiente esterno; *esportatori* rispetto all'ambiente interno del pensiero transcorticale. Se, per un'inversione patologica dei rapporti abituali, *importano dall'interno*, è naturale che reagiscano nell'unica maniera che sanno, cioè mediante immagini sensoriali. Ed ecco perchè il processo, qualunque sia, che risveglia la loro attività, assume costantemente la figura della sensazione.

Che il cammino di ritorno si compia per le stesse vie dell'andata è cosa che veramente urta un poco contro la legge della *polarizzazione dinamica*. È noto che, secondo questa legge, l'onda nervosa è obbligata a procedere in una sola direzione, la direzione cellulifuga. Le fibre omolaterali e controlaterali che portano le immagini visive ai centri di rappresentazione nascono da cellule dei centri sensoriali, e le loro arborescenze terminali si espandono nei centri rappresentativi: come potrebbero condurre la corrente funzionale in senso discendente? Un'inversione di corrente in queste fibre è poco verosimile: non è peraltro impossibile. Noi sappiamo, per esempio, che le fibre dei nervi periferici, quantunque di regola non conducano che in un senso, possono lasciarsi attraversare in senso opposto quando siano sottomesse a certe condizioni sperimentali. Nel *malapterurus electricus* tutto l'organo elettrico è innervato da una sola fibra gigantesca: è ovvio che le varie diramazioni di questa fibra hanno fisiologicamente una conduzione obbligata, centrifuga. Orbene, se si distacca una delle diramazioni dell'organo elettrico, mantenendola in contatto col nervo, e si stimola in un punto qualunque, si ottiene una scarica completa dell'organo elettrico. In questo caso la diramazione isolata si è comportata precisamente come un nervo di senso, ed ha invertito la propria conducibilità, trasmettendo l'eccitamento non all'organo elettrico da cui è ormai separata, ma al tronco principale del nervo che lo riceve e lo rovescia al suo destino. È certamente un risultato di labo-

ratorio, dunque (forse) un fenomeno d'eccezione; ma perchè una causa patologica non potrebbe determinare a sua volta un effetto altrettanto eccezionale, anzi del tutto simile nel dominio delle fibre centrali?

Del resto non v'è bisogno d'ammettere che, per retrocedere ai centri di sensibilità, il processo funzionale debba ritornare sui proprî passi lungo le vie centripete. Nei centri sensoriali, oltre ai fasci omolaterali e controlaterali che salgono in direzione transcorticale, vi sono fibre in arrivo che scendono dai centri superiori ed esercitano una *funzione centrifuga*. Quale sia questa funzione che nessun apriorismo fisiologico o psicologico avrebbe osato attribuire ad un sistema speciale di fibre, ma la cui esistenza è ratificata senz'ombra di dubbio dall'anatomia, non è facile indovinare. Flechsig considera le fibre in parola come *moderatrici delle sensazioni*, Ramon y Cajal attribuisce loro un'*azione tonica* o *dinamogena* in rapporto col processo dell'attenzione. A mio avviso le due opinioni di Flechsig e di Cajal si conciliano e si completano, se vengono poste entrambe sotto lo stesso punto di vista, quello dell'*attenzione*. Il processo dell'attenzione richiede appunto il concorso di influenze agevolatrici e d'influenze inibitrici ad un tempo. Ed un rimbalzo dell'onda nervosa può concepirsi pel tramite di queste fibre centrifughe senz'essere forzati ad immaginare ch'esse deroghino troppo dalle proprie funzioni abituali. Un'irritazione straordinaria, che metta le fibre retrograde in condizioni patologiche e le renda largamente accessibili a stimoli più deboli degli usuali, è dunque in grado d'aprire al fenomeno allucinatorio una strada già tracciata e naturalmente declive verso i centri sensoriali.

Una piccola minoranza di fibre *discendenti* si ritrova, con la costanza d'una legge, in tutti i fasci di *proiezione ascendente*. Ve ne sono tra la corteccia visiva e il corpo genicolato esterno; tra il corpo genicolato esterno e la retina; tra i centri olfattivi della corteccia e il lobo olfattivo; sulle vie secondarie e terziarie dell'acustico. Non vi è quindi da meravigliarsi che ne esistano anche al disopra dei centri sensoriali.

Supporre che la rappresentazione più o meno cosciente di un'immagine possa, in circostanze eccezionali, retrocedere ai centri sensoriali per *vie centrifughe*, la cui esistenza non è punto ipotetica, è una buona maniera di risolvere il problema dell'allucinazione senza violare la legge della polarizzazione dinamica. Così il meccanismo del fenomeno allucinatorio non richiede più, per rendersi spiegabile, che una condizione sola: la separazione di sede tra il processo sensoriale e il processo rappresentativo.

Se poi consideriamo le fibre centrifughe delle proiezioni centripete come dotate d'un potere regolatore sull'attenzione, e se immaginiamo che questo potere si esplichi normalmente in due modi diversi, cioè agevolando le

sensazioni utili e inibendo le inutili, noi capiremo meglio non solo il meccanismo positivo dell'allucinazione, ma anche il suo meccanismo negativo. L'immagine allucinatoria non si localizza nel vuoto, ma si sostituisce ad un'immagine reale che ne resta coperta e neutralizzata; e questo doppio carattere dell'allucinazione è assai manifesto nel caso particolare della vista. L'esercizio della visione, salvo le ore di sonno, dovrebbe essere continuo nel tempo e senza lacune nello spazio. Ma durante la crisi allucinatoria vi è un momento in cui la realtà non si scorge o si scorge solo in parte, come se vi fosse uno scotoma transitorio dei centri corticali. Per poter localizzare all'esterno l'immagine allucinatoria, bisogna o non vedere o non osservare ciò che realmente si trova al posto usurpato da essa. Ora le fibre centrifughe che arrivano ai centri visivi (ed anche agli altri centri di sensibilità) dalle regioni transcorticali, potrebbero benissimo dividersi fra loro questo doppio ufficio: di produrre il fantasma allucinatorio riportando dal centro rappresentativo gli stimoli corrispondenti; e d'inibire, nei gruppi cellulari occupati dall'allucinazione, la vista della realtà.

Con minor costanza si verifica la stessa inibizione delle immagini reali anche nelle allucinazioni che si riferiscono alle altre forme di sensibilità, per esempio all'udito.

Comunque avvenga il rimbalzo patologico della rappresentazione alle sue sorgenti sensoriali, o rimontando il corso delle vie afferenti contro la legge della polarizzazione dinamica, o cadendo per vie efferenti e senza offenderla, l'importante è d'ammettere che l'allucinazione consista appunto in questo rimbalzo. Inteso così, il processo fisio-patologico dell'allucinazione acquista una fisionomia del tutto particolare e degna della sua innegabile singolarità. Non è più, cosa troppo semplice, l'estrema intensificazione possibile di un'immagine rappresentativa; ma diventa la *degradazione morbosa* d'una rappresentazione che fu una sensazione e che, decomponendosi sotto circostanze abnormi, torna a diventare una sensazione. Psicologicamente: un fenomeno involutivo. Fisiologicamente: un fenomeno insolito d'associazione regressiva.

Applicazioni della teoria. — Il valore di questa ipotesi si può giudicare anche dal numero dei fatti clinici ch'essa è capace di spiegare. Se non m'inganno, questo numero è abbastanza rilevante.

Allucinazioni da stimoli irritanti che agiscono direttamente sul cervello. — Anzitutto l'ipotesi in questione è conciliabile con la patogenesi più accreditata e più frequentemente applicata dei fenomeni allucinatori, cioè con quella che li fa dipendere da irritazioni locali. Nei casi di delirio febbrile,

d'amenza, d'alcoolismo e, in genere, d'intossicazione, cioè, ogni volta che si manifestano allucinazioni stravaganti, tumultuarie, senz'alcuna logica, è impossibile attribuire questa sindrome ad altra causa che non sia l'irritazione chimica della corteccia cerebrale. Ora noi abbiamo veduto che, identificando la sede dei processi sensoriali con quella dei processi rappresentativi, si doveva rinunziare ad ammettere un simile meccanismo, per non cadere nell'inverosimile. Le allucinazioni visive, dovendo prodursi *primitivamente* nell'area dei centri visivi, la sola disponibile, non potrebbero presentarsi che come un caos di *forme emianopsiche*, ossia d'immagini dimezzate, ciò che non si verifica mai.

Per determinare con questo procedimento autoctono un'immagine completa bisognerebbe, come già abbiamo notato, che due stimoli *simultanei, complementari* ed *intelligenti* si mettessero d'accordo e andassero a colpire i due emisferi cerebrali in modo da suscitare mezza immagine in ciascheduno: ciò che è assolutamente inverosimile, se non assurdo.

Ora, ammettendo l'autonomia del centro rappresentativo, cessa l'assurda necessità della doppia irritazione combinata. Siccome il centro rappresentativo è unilaterale, si potrebbe pensare che lo stimolo irritante (unico) agisca direttamente su di esso e che la rappresentazione nata in questo modo abbia la virtù che manca alle rappresentazioni normali, di ritornare alle proprie sorgenti, cioè ai centri sensoriali, formando l'immagine allucinatoria. Ma è *più giusto* ammettere che l'allucinazione nasca prima come idea o come simbolo o come frammento d'idea, cioè normalmente, e che il processo morboso cominci soltanto dopo, quando l'azione patologica si esplica sulle fibre di conduzione. Il che può avvenire in due modi: sia perchè diventano pervie *in senso contrario* le fibre afferenti che sogliono sollevare la sensazione al centro rappresentativo, sia perchè agiscono *in direzione ordinaria*, ma con effetti straordinari, le fibre efferenti che sogliono portare ai centri sensoriali (dall'alto) gli stimoli positivi ed inibitori dell'attenzione. Di queste tre varianti la prima (scartata) urta contro la difficoltà di concepire che un'irritazione ininteligente, per esempio d'un veleno, possa determinare una rappresentazione significativa. La penultima è contraria, come abbiamo più volte riconosciuto, alla legge della polarizzazione dinamica, per quanto non sia poi il caso di pretendere in patologia il rispetto letterale di tutte le leggi fisiologiche. L'ultima versione è quella che soddisfà maggiormente. Essa implica l'acquisto da parte delle fibre irritate d'una *permeabilità morbosa* a stimoli che normalmente non le attraversano o che le attraversano bensì, ma in altre circostanze e con ben altro effetto. Infatti, se queste fibre efferenti, d'origine soprasensoriale, regolano il processo dell'*attenzione* (ed a che mai servirebbero altrimenti?), non è inverosimile che

in condizioni fisiologiche quando nei centri sensoriali si ripresenta un'immagine attuale e non nuova, esse siano destinate a portarle incontro i residui delle immagini anteriori e similari che valgono a meglio discriminare le particolarità dell'ultima arrivata, raccogliendone alcune e lasciandone altre in disparte. Si effettuerebbe invece un'allucinazione quando questo lavorìo a ritroso, per un'irritazione delle vie retro-rappresentative, avvenisse all'infuori d'una sensazione corrispondente, e con tale efficacia, da generare lo stesso spettacolo d'una sensazione in atto.

Allucinazioni ad occhi chiusi. — Vi sono casi d'esaurimento nervoso, d'intossicazione, di *shock* post-operatorio, d'insonnia grave, che non offuscano menomamente l'intelligenza, ma producono il fenomeno dell'allucinazione visiva *ad occhi chiusi:* riaprendo gli occhi l'allucinazione sparisce, e i malati, che non delirano, capiscono benissimo di che si tratta, e ne restano turbati, ma non riescono ad impedirne la comparsa sotto forma così vivace da imitare esattamente la realtà. Sono ombre che passeggiano sulle pareti, maschere che chiudono un occhio e sporgono la lingua, nani, pesci, cariatidi animate, ed altre simili bizzarrie che amareggiano i preparativi, pur così necessari in malati esauriti, per prendere sonno. Spesso questi effetti sono dovuti a certi medicinali mal tollerati; e gli infermi, che se ne accorgono, pregano il medico di non prescriverli più. Esempio: la morfina.

Orbene, se l'allucinazione non fosse che una rappresentazione esagerata, come si pretende, basterebbe chiudere gli occhi per procacciarsi, se non un'allucinazione, una rappresentazione tanto vivace da rasentarla; e ciò non accade. Si capisce invece che avvenga questo e peggio, se la rappresentazione, trovando aperta una strada insolita che normalmente serve ad altri usi, precipita nei centri sensoriali di dove era arrivata, ed ivi riveste l'apparenza d'una sensazione vera. Chiudendo gli occhi, i centri visivi sono sgombri, ed è più facile che rispecchino vivacemente la scialba immagine interna. Se gli occhi sono aperti, l'immagine interna è vinta dalle immagini reali, a meno che il processo fisiopatologico dell'allucinazione non si svolga nella sua forma completa. In quest'ultimo caso non solo si realizza la fantasia, ma si annulla per un momento la realtà che le cede il posto.

Ripetizione del pensiero. — Un fenomeno non raro ed assai interessante nei malati di mente è quello del *pensiero ad alta voce.* Si tratta di paranoici, di dementi precoci, di deliranti in genere, che sentono ripetere di fuori ciò che essi pensano mentalmente: vi è un'eco fastidiosa che raccoglie e divulga a tutto il mondo ciò ch'essi leggono o pensano in se-

greto; e spesso ne nasce un delirio, cioè che il pensiero, mediante congegni misteriosi, venga sorpreso e rubato. Questo sintomo sarebbe inesplicabile se il pensiero e la sua ripetizione allucinatoria si svolgessero nel medesimo luogo: bisognerebbe ammettere uno stimolo reiterato che la prima volta producesse il pensiero silenzioso e la seconda volta l'allucinazione. In tal caso non si capisce perchè il primo stimolo dovrebbe determinare un effetto subiettivamente così diverso dal secondo; nè perchè gli stimoli si ripetano sempre a coppie e mai per serie più lunghe.

Il meccanismo del pensiero ad alta voce si chiarisce quando invece si ammetta ch'esso cominci fisiologicamente nel centro rappresentativo e che di là venga respinto, per un processo di regressione patologica, ai centri dell'udito. La ragione per cui quest'unico pensiero è sentito in due edizioni così diverse, cioè prima come un *pensiero silenzioso* e di lì a poco come una *voce altrui*, è riposta appunto nella duplicità della sua localizzazione. Se la localizzazione fosse sempre la stessa, come si dovrebbe ritenere secondo i dettami della fisiologia classica, il fenomeno subiettivo non potrebbe sdoppiarsi che per una reiterazione di stimoli. In tal caso l'effetto che si produrrebbe non potrebbe mai essere l'allucinazione d'un pensiero nostro ripetuto da altri; ma si avrebbe, salvo qualche eventuale differenza d'intensità, o la rappresentazione di due pensieri uguali e nostri, oppure la sensazione di due voci eguali e non nostre.

Vi è da domandarsi perchè mai, se l'immagine allucinatoria è preceduta da un pensiero analogo, non debba presentarsi sempre come una copia (sonora, visiva o tattile) di ciò che avevamo pensato. Eppure in generale non è così. Per lo più l'allucinazione è o sembra priva di qualunque rapporto col pensiero del malato. Forse la rapidità con cui la ripercussione sensoriale suol succedere, negli allucinati, alla rappresentazione non lascia loro il tempo d'avvertire l'idea-modello su cui è foggiata l'allucinazione: e la coscienza della ripetizione non si avvera che quando la successione è assai lenta. Fors'anche, il più delle volte, avviene un'altra cosa: la rappresentazione che degenererà in una immagine allucinatoria si trova fuori del campo dell'attenzione od all'estremo limite, ed è così estranea al corso principale del nostro pensiero che non sembra appartenerci. Tanto meno noi riesciamo dunque a riconoscere come nostra l'idea fuggevole, aberrante, forse addirittura incosciente, che ha sfiorato per un momento la scena del nostro pensiero, quando ci apparisce sotto il suo travestimento allucinatorio. Ed ecco perchè il tema dell'allucinazione è così spesso *indifferente*, *frivolo*, *inaspettato*, *enigmatico*, contrario alle abitudini ed al carattere del malato, che la ripudia o la considera come un'imposizione artificiosa e ne rimane meravigliato.

Allucinazioni configurate. — Che nei centri sensoriali, irritati da sostanze tossiche, da compressioni, da traumi, spuntino direttamente allucinazioni elementari, non è cosa che possa meravigliare. Ciò che si sviluppa dall'apparecchio periferico di senso o dal nervo centripeto si produce con maggior ragione per eccitamento dei centri. I centri somestetici, che raccolgono le notizie di ciò che si svolge nell'organismo e che presiedono all'innervazione trofica dei visceri, debbono spesso trovarsi in queste condizioni di fertilità allucinatoria. Noi sappiamo che la massima parte dei paralitici, anche senza cadere in allucinazioni precise, si trovano ben di rado in uno stato di cenestesi regolare; essi soggiacciono per lunghi mesi, talvolta per tutto il decorso della malattia, o ad un'euforia indefinibile, ma iperbolica, o ad un malessere non meno indefinibile, ma altrettanto profondo. Questi pervertimenti della cenestesi sono così tenacemente denunziati e sentiti, che non possono spiegarsi come un effetto dell'indebolimento mentale o d'una semplice amplificazione dei giudizi. È invece più giusto d'interpretarli come una specie d'allucinazione in permanenza che colpisca i centri della sensibilità generale in seguito ad irritazioni continuate e dirette delle loro cellule. E poichè il centro della rappresentazione è fuori di causa, si capisce che l'allucinazione cenestetica non acquisti, in questo caso, alcuna consistenza precisa. Il paralitico soffre e gioisce senza saper di che: il suo errore cenestetico non ha nè una forma, nè un posto, e si esaurisce in un atteggiamento ilare o doloroso dell'animo, a cui non corrisponde alcuna rappresentazione, nè patologica, nè normale.

Nel campo della sensibilità cutanea e generale è ben difficile che le allucinazioni, come del resto le rappresentazioni, assumano una forma evidente e precisa. Se anche l'assumessero, sarebbe altrettanto difficile valutare il loro grado di corrispondenza con la realtà. Forse, per questa specie così umile e così subiettiva di sensibilità non esistono centri appositi di rappresentazione o sono imperfetti o poco adoperati. Si menzionano, è vero, casi di *astereognosia* che parlano per la loro esistenza, ma sono sempre associati a cecità psichica. Inoltre l'ufficio essenziale delle sensazioni tattili, termiche, bariche, dolorifiche e viscerali è quello d'indicare una località più o meno definita del nostro corpo, ma in modo che non vi sia possibilità di confusione tra un lato e l'altro. Perciò le sensazioni di questo genere si bipartiscono in due categorie parallele che corrispondono alle due metà laterali del corpo e che non hanno gran bisogno di sommarsi in simboli sintetici. Non è probabile che il centro di rappresentazione, se pure esiste, possa emanciparsi, come quello delle immagini visive od acustiche, da questa necessità di bipartizione e di bilateralità; e può darsi che il vincolo della doppia sede nei due emisferi,

rendendo nulla l'opportunità economica d'un unico centro rappresentativo e diminuendone per conseguenza l'utilità, già abbastanza problematica, ne abbia anche impedito la formazione.

Ben differente è l'aspetto con cui si presenta il quesito delle allucinazioni per ciò che riguarda la vista e l'udito. Qui è tutt'altro che infrequente il caso delle *allucinazioni configurate.*

Gli stimoli irritanti che potrebbero risvegliare l'attività dei centri visivi od uditivi non possiedono tanta sapienza da disegnarvi figure viventi o da eseguirvi suoni verbali e significativi; ma nulla ci proibisce di pensare che un'azione morbosa apra alle rappresentazioni già esistenti le strade d'un regresso abnorme, a capo del quale riprendono l'apparenza vivace e ingannatrice di sensazioni.

A questo modo non v'è idea, normale o patologica, astratta o concreta, intensa o quasi incosciente, che non possa trasformarsi in allucinazione. Il concetto generico d'una persecuzione inspira, per un processo d'associazione normale, l'immagine rappresentativa di un'insidia specifica; e l'immagine rappresentativa, per un effetto di retrovoluzione patologica, diventa un'immagine sensoriale, cioè un'allucinazione. Così si spiega l'accordo in cui si trovano non di raro le allucinazioni coi deliri e col carattere (diffidente od ambizioso o mistico) dei soggetti allucinati. Non solo dunque si possono avere allucinazioni configurate, ma anche *allucinazioni subordinate al pensiero* e che rasentano una certa ragionevolezza formale.

Allucinazioni combinate. — Qualche volta, specialmente tra i paranoici, si verificano allucinazioni, per esempio, di *figure parlanti* che implicano il concorso della vista e dell'udito, e che si spiegano come un caso particolare delle precedenti. Si tratta cioè d'immagini complesse ed evidentemente inspirate da un pensiero. Le allucinazioni combinate risultano dal connubio di due rappresentazioni che degenerano in una doppia sensazione dopo essersi formate a loro volta come la conseguenza secondaria di un'idea superiore.

Dovremo credere che anche il passaggio da un'idea superiore ad una o più rappresentazioni particolari costituisca un regresso patologico? E, traducendo in termini anatomici, concluderemo che la corrente nervosa debba percorrere la distanza fra due centri corticali in una sola direzione e precisamente dai più bassi ai più alti? Nemmeno per sogno: l'esercizio ordinario del pensiero dimostra che, se l'induzione, portandoci alla conoscenza di leggi sempre più generali, è il processo più elevato dell'intelligenza, non è punto da disprezzarsi il processo opposto, che ci permette di scendere dai concetti generali (nostri od altrui) alle applicazioni, agli

esempi, alle singole immagini rappresentative. Fra i centri transcorticali non mancano le fibre associative atte a facilitare questi rapporti intercellulari in tutte le direzioni; e il passaggio della corrente nervosa da un centro transcorticale ad un altro centro transcorticale, ma più basso, non deve considerarsi come un fatto morboso. Solo al suo ultimo passo, cioè da un centro di rappresentazione ai rispettivi centri di sensazione, la discesa della corrente nervosa assume un carattere patologico.

Allucinazioni che si presentano nei sogni. — Quando dormiamo, sono chiuse le porte dei sensi e il pensiero tace. Se peraltro avviene che si apra uno spiraglio esterno o che si svegli un'irritazione interna, si manifestano di tratto in tratto fenomeni di coscienza: noi sogniamo. I sogni sono un tessuto variopinto d'immagini, di rappresentazioni, d'idee evanescenti sopra una trama debole, appena ordita, spesso scompigliata. L'ordine logico si smarrisce; le associazioni si sbandano per vie collaterali ed insolite; il tema del sogno, se anche prende le mosse da una sensazione oscura del mondo reale, se ne allontana così smisuratamente, che assume subito un aspetto incoerente, spesso assurdo. Tuttavia nell'insieme di questi fenomeni subiettivi, per quanto possano essere caotici, noi discerniamo ancora, abbastanza nettamente, ciò che è riferibile alla nostra persona da ciò che, a torto od a ragione, ci sembra riguardare l'ambiente esteriore: le rappresentazioni dalle immagini sensoriali. Insomma, per quanto i processi subiettivi possano variare d'intensità e di contenuto, non perdono mai i caratteri specifici che li rendono così distinti nella veglia: fra i ricordi, spuri o genuini, e le immagini false o vere della realtà attuale persiste, nel sogno, l'antitesi che è così chiara nello stato normale. E mentre sentiamo gli spettacoli fantastici, a cui ci sembra d'assistere, come se fossero una parte dell'ambiente esterno, non cessiamo d'avvertire le meditazioni e i commenti più o meno melensi, di cui dormendo li corrediamo, come una parte del nostro pensiero. Le fantasmagorie dei sogni non hanno dunque l'apparenza di rappresentazioni vivaci, ma di realtà, anche quando sono meschine e crepuscolari. È evidente che devono formarsi nei centri sensoriali, vale a dire che sono *allucinazioni*; e non v'è ragione di crederle dovute ad un meccanismo diverso da quello che determina le allucinazioni degli avvelenamenti e delle malattie mentali. Che in un cervello stanco si produca, per mancanza d'inibizione, la caduta di qualche immagine rappresentativa nei centri di sensibilità, è cosa più facile ad intendersi che non un *orgasmo epilettico* da parte di centri assopiti in un sonno pacifico e riparatore.

Allucinazioni d'origine periferica. — Le immagini elementari che si formano nei centri sensoriali per eccitamento di nervi periferici non hanno nulla di comune con le vere allucinazioni. I fosfeni che si producono toccando il bulbo oculare, il bagliore che accompagna la recisione del nervo ottico, gli acusmi che s'aggiungono alle otiti, i sibili, gli scrosci, i suoni più o meno musicali che si ottengono nell'esperimento di Brenner, galvanizzando il nervo acustico, le parestesie provocate da irritazioni morbose dei nervi sensitivi, non sono fenomeni morbosi, ma *reazioni normali* ad uno stimolo abnorme. In ognuno di questi casi le allucinazioni, purchè non oltrepassino il grado d'immagini rudimentali, sono perfettamente legittime: non è la loro presenza, ma la loro mancanza che potrebbe costituire un documento patologico a carico del cervello. Segnalare un'irregolarità che effettivamente si compie in un punto lontano non è la stessa cosa che commetterla; e i centri sensoriali, quando liberano nella coscienza un'allucinazione d'origine periferica, non fanno che l'ufficio di segnalatori imparziali. L'allucinazione periferica, come il *dolore*, è un processo inusitato, ma naturale e del tutto estraneo alla psichiatria.

Nondimeno, avviene qualche volta che queste sensazioni insolite, ma non morbose, suggeriscano idee. Se il cervello che ne è sede non presenta anomalie o processi morbosi, le idee suggerite potranno essere giuste o sbagliate, questo poco importa, ma non saranno psicopatiche. Se invece dalle allucinazioni d'origine periferica nasceranno deliri, come del resto ne nascono spontaneamente o per effetto di sensazioni affatto normali ed ordinarie, vuol dire che il cervello non si trova in condizioni normali. In questo caso non è difficile che, tra gli altri sintomi d'una perturbazione mentale, si verifichino anche quelli che favoriscono la produzione d'immagini allucinatorie. Le allucinazioni più o meno complesse che si determinano allora possono prendere a prestito il loro tema dalla sensazione insolita che, arrivando dalla periferia del corpo per via normale, ha attirato sopra di sè l'attenzione dell'anomalo o dell'infermo. Ci troviamo dunque dinanzi ad un caso particolare di allucinazione configurata e subordinata al pensiero, dove la così detta *allucinazione periferica* non è che un semplice agente provocatore.

E infatti, sono innumerevoli gli esempi di persone che per settimane e per mesi soffrono senza interruzione di acusmi per anemia o per otiti, di fotopsie per congiuntiviti od emicrania, di parestesie per mille cause diverse, e che sono ben lontani dal presentare allucinazioni vere e tanto meno il più piccolo indizio di delirio. Possiamo quindi concludere che vere allucinazioni d'origine periferica non esistono. L'allucinazione propriamente detta è sempre un processo d'origine *transcorticale*: una rappresentazione retrocessa e patologicamente convertita in sensazione.

Allucinazioni unilaterali dell'udito. — Vi sono individui abitualmente soggetti ad allucinazioni uditive, ma da un lato solo. Se si tratta di semplici acusmi, la genesi del fenomeno è ovvia. Ma come si spiega la formazione d'immagini uditive che sembrano partite esclusivamente da un orecchio quando raggiungono un alto grado di complessità? Come si spiega che i prodotti di un'elaborazione transcorticale, voci riconoscibili, suoni di parole, frasi piene di lusinghe o di minaccie, possano differenziarsi così nettamente secondo l'orecchio da cui provengono o figurano di provenire? Non si è detto che i centri delle rappresentazioni verbali sono unici e svincolati dai rapporti di spazio? Come si concilia dunque l'unilateralità d'una allucinazione verbale, che sembra penetrata per un orecchio e non per l'altro, con la sua origine da un centro indifferente alla provenienza dei suoni, come dev'essere senza fallo quello situato nella 1.ª circonvoluzione temporale di sinistra? Questo centro, essendo unico, non accoglie promiscuamente e senza distinzione il contributo dei due orecchi? In che modo potrebbe imprimere ad una rappresentazione nata nel suo seno il carattere della provenienza uniauricolare e trasmettere questo carattere all'immagine allucinatoria che si ripeterà nei due centri sensoriali?

La risposta è facile. Quando noi ci rappresentiamo, in genere, il suono d'una parola, non abbiamo alcun bisogno di localizzarla mentalmente nè fuori dal nostro corpo, nè dentro il nostro corpo, cioè ad un orecchio piuttosto che all'altro. E infatti ordinariamente questa localizzazione nello spazio non avviene. Ma se mediante un'associazione di dati spaziali che possiamo anche attingere alle altre forme di sensibilità, per esempio alla visiva ed alla tattile, ci piacesse soffermarci sopra una rappresentazione fonetica e figurarci il punto da cui proviene, la sua direzione in rapporto a noi, la persona che ha parlato o parlerà, e l'orecchio in cui sentiamo rintronare o susurrare la sua voce, noi troviamo subito nel nostro cervello tutti gli elementi che ci occorrono per riescire in questo modestissimo intento. La localizzazione del suono verbale in un punto dello spazio esterno o in uno piuttosto che nell'altro dei nostri orecchi non è dunque una conseguenza ordinaria e tanto meno necessaria all'evocazione acustica; ma è un procedimento che può effettuarsi quando si voglia, per associazione.

Quando un paranoico perseguitato teme di sentirsi arrivare delle ingiurie dalla gola del camino, non è improbabile che tutte le allucinazioni uditive di cui sarà vittima si localizzino sistematicamente in quel punto dello spazio esterno. Quando un infermo simile sia molestato da un acusma reale dell'orecchio sinistro e la sua attenzione sia spesso richiamata di preferenza da questa parte, non è improbabile che la suggestione d'origine epiperiferica, malgrado la propria legittimità, si associ con autosug-

gestioni d'origine transcorticale e vi porti il contributo di un'indicazione spaziale in rapporto con l'orecchio sinistro. Da questa rappresentazione complessa, verificandosi nelle fibre cerebrali le condizioni necessarie al processo allucinatorio, si avrà facilmente un'allucinazione, il cui riferimento all'orecchio sinistro è l'effetto dell'acusma. Certamente, l'incontro d'un acusma uniauricolare con uno stato che potrebbe dirsi di *diatesi allucinatoria* (nel senso dell'allucinazione vera e complessa) è qualche cosa di non molto facile a verificarsi; ma appunto perciò le allucinazioni unilaterali e *configurate* dell'udito sono un fenomeno abbastanza raro, mentre gli acusmi, bilaterali ed unilaterali, sono un incomodo dei più comuni.

Illusioni. — Il meccanismo delle allucinazioni, come l'abbiamo descritto, si attaglia senz'alcuna difficoltà alle illusioni. È noto che l'illusione fa nascere un'immagine deformata, ma non interamente falsa, della realtà; essa è un miscuglio di sensazioni reali, ma spesso deboli, frettolose, indistinte, insomma incomplete, e di rappresentazioni con carattere allucinatorio che vengono ad integrarla erroneamente. Un processo d'integrazione analogo, ma inconsapevole e senz'errori, si effettua ad ogni atto di percezione, e corrobora l'immagine attuale con una fugace apparizione di ricordi similari che ci permettono di meglio distinguerne le minute particolarità e i loro reciproci rapporti. Nell'illusione l'immagine attuale, in luogo di fondersi armonicamente coi ricordi similari, è integrata da un preconcetto incongruo che, per giunta, assume un'evidenza allucinatoria. Questa parvenza è l'effetto della regressione che riconduce gli elementi rappresentativi ai centri sensoriali: e l'illusione non è altro che un'allucinazione parziale.

Conclusione. — La teoria che ho esposto, cimentandola alle varie manifestazioni con cui si presentano le allucinazioni nella clinica e fuori della clinica, e specialmente a quelle che finora rimanevano inesplicate o in contrasto con gli ultimi dati della fisiopatologia cerebrale, offre alcuni vantaggi che si possono brevemente riassumere.

1.° Il fenomeno allucinatorio acquista anche obiettivamente, cioè nel suo meccanismo fisiopatologico, quella fisionomia decisa e ben netta che lo caratterizza subiettivamente, e che non permette di confonderlo coi processi di rappresentazione. L'allucinazione *non è una rappresentazione spasmodica*, ma anzi differisce dalla rappresentazione per qualità e per sede. Per ciò che riguarda la quantità, si possono verificare allucinazioni anche assai deboli, come sono qualche volta quelle dei sogni e quelle (della vista) che scompariscono aprendo gli occhi.

2.° L'origine di tutte le allucinazioni genuine è *transcorticale*; e le

allucinazioni di provenienza periferica, finchè non siano completate da un coefficiente soprasensoriale, non hanno nulla di comune con esse, *non sono allucinazioni genuine*, non vanno calcolate come un fenomeno psicopatologico.

3.° Il meccanismo dell'allucinazione consiste nel *regresso* d'una immagine più o meno complessa, più o meno cosciente che dalla zona psichica cade nei centri di sensibilità dond'era venuta, e così assume di nuovo l'aspetto preciso d'una sensazione, tanto da essere scambiata per realtà.

4.° Questo meccanismo si compie soltanto *in condizioni patologiche* od *abnormi*, ma senza scariche epilettoidi, *per vie anatomicamente idonee* al collegamento *centrifugo* della zona psichica o soprasensoriale coi centri corticali di pura sensibilità, quantunque d'altra parte queste stesse vie siano normalmente destinate ad altre funzioni più o meno determinabili.

5.° Data la separazione di sede tra i processi di rappresentazione e quelli di sensazione, si concepisce che un'allucinazione, essendo subiettivamente identica ad una sensazione, occupi l'identica porzione di corteccia e *si spartisca fra i due emisferi*. Ma perchè ciò avvenga, non è più necessario ammettere che due stimoli irritanti abbiano agito sulla corteccia in modo simultaneo, complementare ed intelligente, cosa inverosimile e quasi assurda, specialmente nel caso delle allucinazioni visive (che, dato uno stimolo isolato e grossolano, dovrebbero presentarsi unilateralmente e quindi sotto forma emianopsica). Invece, si può credere senza difficoltà che i centri di sensibilità, comunque siano eccitati, reagiscano sempre con immagini precise, vivaci, ma effimere: fisiologicamente, rispecchiando la realtà che sta fuori di noi; patologicamente, rispecchiando sotto forma più rinforzata e realistica il ritratto della realtà, che sta dentro di noi, ma in altro territorio della corteccia.

6.° Allo stesso modo si spiega il meccanismo delle allucinazioni *configurate* in genere; di quelle che risultano dalle *combinazioni* di più immagini appartenenti a forme di sensibilità diverse; delle allucinazioni *subordinate* al pensiero e quasi *logiche*; delle *illusioni*; e infine di quella singolarità, che è la *ripetizione sonora*, ma immaginaria del pensiero.

Insomma, vi è un punto comune fra la classica teoria di Tamburini e la presente: l'identità di sede, se non d'origine, tra i fenomeni sensoriali e gli allucinatorî. Sensazioni ed allucinazioni fanno dunque *bon ménage* negli stessi centri corticali: è vero, ma a patto che siano messe fuori di casa le rappresentazioni. A questa maniera le allucinazioni vengono a guadagnare un'individualità propria. Per la loro provenienza transcorticale, esse sono ex-rappresentazioni (più o meno coscienti); pel loro determinismo patologico, sono un'associazione aberrante, straordinaria, *regressiva*; pel loro aspetto subiettivo e per la sede corticale in cui si svolge

la parte culminante del fenomeno allucinatorio, le allucinazioni non sono altro che *sensazioni* del tutto simili alla realtà e affatto dissimili dalle rappresentazioni.

Pseudo-allucinazioni od allucinazioni psichiche. — A giudicare superficialmente, parrebbe che gli allucinati, e più che mai quelli dell'udito, siano tra i malati di mente assai numerosi. Ma un esame accurato ci dimostra spesso che una gran parte delle allucinazioni uditive e specialmente verbali non sono in realtà che pseudo-allucinazioni. Non si tratta di parole simili a quelle che si ascoltano realmente, ma d'immagini verbali talvolta sbiadite che per altro differiscono dal pensiero ordinario per la loro incoerenza e per l'insolito mistero della loro origine subiettiva. Questo fenomeno non era ignoto all'antica psichiatria: Baillarger l'aveva designato come una forma d'*allucinazione psichica*, Hagen come una *pseudo-allucinazione*, Kahlbaum come un'*allucinazione appercettiva*. Di questo problema si sono occupati molti alienisti, ma senza risolverlo, anzi senza neppure intavolarlo chiaramente.

L'oscurità che circonda le allucinazioni psichiche, sia nella mente dei malati, sia in quella degli alienisti, dipende dall'indeterminatezza, anzi dalla mancanza d'una qualsiasi distinzione tra i due fenomeni: *allucinazione* ed *immagine mentale*. Secondo gli autori che non si distaccano dalla tradizione corrente, le allucinazioni e le immagini mentali corrispettive si producono nei medesimi centri corticali, cioè là dove si determinano le sensazioni attuali: tra allucinazione ed immagine mentale non vi è dunque che una differenza subbiettiva; e la differenza diventa inafferrabile, se ad un'allucinazione debole mettiamo di fronte un'immagine mentale fisiologica, ma intensa.

Le allucinazioni psichiche acquistano un significato ed un interesse solo per chi ammette l'esistenza dei centri rappresentativi e la diversità non solo subiettiva, ma anche topografica tra sensazione e rappresentazione. In questo caso le pseudo-allucinazioni di Baillarger, che realmente hanno un'importanza di primo ordine nella *demenza precoce*, sono da interpretarsi come rappresentazioni od immagini mentali od idee, che per il loro aspetto e la loro localizzazione sono identiche ai processi normali del pensiero, non già alle sensazioni, nè alle allucinazioni vere, imitatrici perfette delle sensazioni; ma d'altra parte si avvicinano alle allucinazioni per la loro genesi, in quanto nascono da stimoli locali, insoliti ed estranei all'associazione corrente del pensiero. Perciò i malati ne parlano come d'un pensiero coatto, straniero alla loro personalità; e gli alienisti le confondono con le allucinazioni propriamente dette.

Questo argomento, ch'era rimasto sterile finchè stava confinato com:

una semplice nozione clinica tra le curiosità della psicologia subiettiva, fu ringiovanito quando Lugaro, mettendolo in rapporto con la genesi delle allucinazioni, distinse, localizzò e descrisse le *immagini mentali* di origine patologica, cercando di spiegarne il meccanismo e di renderle comprensibili anche a chi le analizza dal di fuori, senza averle mai provate. Secondo Lugaro, le pseudo-allucinazioni sono immagini mentali che, invece d'essere provocate dalla realtà esterna o dai processi d'associazione interna, sorgono come fantasmi per l'azione d'uno stimolo locale ed abnorme sui centri rappresentativi. La loro indipendenza dalla corrente del pensiero ordinario genera nei malati il sentimento di un'anomalia, di un'influenza malefica, d'una soggezione cerebrale, che si traduce con espressioni svariate: *suggestione, pensiero comandato, pensiero alieno, trasmissione del pensiero, parole mentali, idee che si specificano nel cervello, testa occupata da persone invisibili, azioni e pensieri forzati.* Si tratta specialmente d'immagini verbali acustiche, ma che non vengono mai scambiate per voci estranee, perchè sono più deboli d'una voce reale ed anche diverse. Lo indicano chiaramente gli stessi malati, chiamandole coi nomi di *voci pallide, microfonia, parola secondaria.* Talvolta le immagini mentali che assumono aspetto pseudo-allucinatorio sono così indeterminate, che non rassomigliano nemmeno a parole sommesse, e i malati sono imbarazzati nel descriverle: eppure, quelle immagini si differenziano spiccatamente dalle comuni rappresentazioni che formano l'orditura del pensiero normale.

Come i centri motori si possono rendere autonomi di fronte agli ideativi, così si rompe la solidarietà reciproca tra i vari territorî di rappresentazione, e il malato ne acquista la convinzione o il sospetto d'un pensiero non suo. Se l'alienista designerà frettolosamente il fenomeno come un'allucinazione, può darsi che il malato, per lo più un demente precoce, non avendo un concetto esatto di questa parola, accetti per buona la designazione; ma invitato a spiegarsi da sè, darà tali indicazioni di ciò che avviene nella sua coscienza, da persuadere che si tratta di pseudo-allucinazioni, non d'allucinazioni.

CAPITOLO V.

L'ideazione

PSICOLOGIA DELL'IDEAZIONE.

L'attività mentale è caratterizzata dalla coscienza. I fenomeni subiettivi o stati di coscienza, che costituiscono quest'attività, hanno in generale (per la massima parte dei psicologi *sempre*) un doppio aspetto, cioè: *a*) un contenuto rappresentativo, che può variare all'infinito, e *b*) una forma sentimentale, che può essere gradita o sgradita, con semplici gradazioni d'intensità.

L'espressione più semplice dell'attività rappresentativa sono le *immagini*, che si formano sotto l'azione diretta della realtà esterna, rispecchiandone i varî aspetti. Esse possono anche riprodursi per azione interna e sotto forma di *ricordo*, ma purchè almeno una volta siano state provocate dal di fuori: « nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu ». L'immagine è dunque una copia della realtà; il ricordo è una copia della copia, tirata senza la presenza del modello e perciò più imperfetta. Percezioni e *ripercezioni*, secondo la felice espressione di KAHLBAUM.

Le *idee* sono rappresentazioni più o meno complesse, che risultano dall'aggregazione d'immagini. Ciò non avviene per effetto d'una semplice somma, ma per mezzo d'un doppio e delicatissimo procedimento; vale a dire: 1.° da molte immagini diverse e complesse, ma primitivamente indivise si isola, con un atto d'analisi per lo più incosciente, l'elemento comune, per esempio dalle immagini visive del cielo, del mare, della genziana, dello zaffiro si astrae l'attributo d'*azzurro*; 2.° queste frazioni simili d'immagini differenti si fondono in una sintesi ideale, che è appunto l'idea dell'azzurro. Anche le idee più elementari sono dunque sempre astrazioni, ma si chiamano *idee concrete* quando sono ricavate da semplici immagini. Dalle idee concrete si possono ricavare le *idee astratte*, met-

tendo in giuoco i due processi d'analisi e di sintesi che abbiamo indicato; per esempio dalle idee concrete d'azzurro, di verde, di rosso si separa l'elemento ideativo comune, e si giunge all'idea astratta di *colore*, che viene ad essere l'astrazione di più astrazioni meno complesse. Si può salire ad un grado di astrazione più elevato, prendendo di mira l'elemento comune tra colore, odore, consistenza ed altre astrazioni diverse, e così si forma l'idea di *qualità fisica*. Le astrazioni più elevate si dicono, senza precisione di limiti, *nozioni generali*.

Durante la veglia, l'attività della coscienza è continua, ma la successione dei processi ideativi non segue un ordine rigorosamente logico, perchè è frequentemente interrotta dall'accidentalità degli avvenimenti esterni. Il nostro pensiero si decompone in una serie innumerevole e discontinua di ragionamenti incominciati e non finiti od abbreviati, in ogni modo assai semplici e senza legame reciproco. Per ciò l'attività rappresentativa è logica a frammenti; ma nel suo andamento generale è piuttosto alogica, a meno che non intervenga a disciplinarla l'influenza dell'attenzione, che è una specie di raccoglimento volontario. Questa influenza, che mettiamo in opera nel parlare, nell'ascoltare e nel meditare, chiude la coscienza alle impressioni disturbatrici e così favorisce lo sviluppo interno delle idee lungamente concatenate.

Il pensiero ordinario si compie prevalentemente per immagini di varia specie, ed è un vero caleidoscopio, alla cui formazione concorrono tutti i sensi specifici in combinazioni assai variabili. Invece il pensiero logico si compie quasi esclusivamente pel tramite d'una classe particolare d'immagini, cioè delle immagini verbali. Le parole, per l'abitudine che abbiamo di servircene comunicando con gli altri, diventano un surrogato pratico delle idee anche di fronte a noi stessi. La loro corrispondenza convenzionale con le idee, che arriva fino alle sfumature più delicate, ci dispensa dalla necessità di evocare volta per volta e ad ogni passo del movimento meditativo quei complessi d'immagini, che sono originariamente racchiusi in ogni idea e specialmente nelle idee più astratte; e ci permette di rappresentarci in loro vece una serie omogenea d'immagini assai più semplici e più precise, che ne diventano il simbolo. Così il pensiero logico corre svelto e senza intoppi per mezzo di contrassegni verbali dietro ai quali non appariscono che a tratti e pallidamente le larve delle immagini originali, e noi non pensiamo idee, ma più spesso pensiamo parole.

Le immagini mnemoniche tendono a seguirsi ed a combinarsi tra loro e con le immagini primitive od attuali secondo certe leggi d'attrazione reciproca, che sono conosciute col nome di *associazioni psichiche* e che abbracciano: 1.° i rapporti di contiguità nello spazio (coesistenza), 2.° i rapporti di contiguità nel tempo (successione), 3.° i rapporti di somi-

glianza, 4.° i rapporti di causalità, 5.° i rapporti di contrasto, che solo in patologia mentale acquistano qualche volta un certo interesse, ma che si possono riguardare come l'aspetto negativo dell'associazione per somiglianza.

Le rappresentazioni che si associano nella nostra coscienza sotto le forme che abbiamo accennato sono sottomesse a questa legge d'affinità reciproca per una sola ragione: che i fenomeni a cui si riferiscono sono vincolati a loro volta nella realtà da rapporti obiettivi e paralleli. In altre parole, le leggi d'associazione poggiano sul *principio di corrispondenza* per cui i processi intellettuali si modellano sul mondo reale (SPENCER).

Nella forma d'associazione per contiguità (di spazio e di tempo) il nostro spirito riproduce, s'intende a frammenti, l'*ordine concreto* della realtà. Nella forma d'associazione per somiglianza noi verifichiamo fra le rappresentazioni simili gli elementi comuni, ossia l'esistenza d'un rapporto ideale, che ci conduce facilmente all'*astrazione* e ci permette, se non la riproduzione letterale, una prima classificazione della realtà, che è come un *indice per materia* dei suoi varî fenomeni. Ma non possiamo raffigurarci con qualche vigore, nemmeno parzialmente, l'*ordine teorico* dei fenomeni esterni, che applicando l'associazione per causalità.

D'altra parte, questo processo mentale, che ci fornisce il mezzo d'argomentare, anche senza vederli, gli effetti dalle cause e le cause dagli effetti, presuppone le due associazioni di successione e di somiglianza. Infatti, per cogliere il legame causale fra due fenomeni, bisogna averne riscontrato in primo luogo la *successione*, in secondo luogo la *costanza*, ciò che richiede la nozione dell'identità o per lo meno dell'analogia fra una successione e le altre, ossia l'uso dell'associazione per somiglianza. In grazia di questa sintesi, nasce la convinzione subiettiva che la successione dei due fenomeni sia inevitabile e quindi che la causa e l'effetto si richiamino per una *necessità obiettiva*. Questa legge di necessità obiettiva, che dovrebbe costituire in certo modo il meccanismo della realtà esterna, non è in fondo che un nostro adattamento subiettivo (HUME), una specie d'ipotesi tradizionale che tutti accettano come dimostrata; e infatti, abbia o no una corrispondenza assoluta col mondo reale, l'ipotesi o principio di causalità ci rende immensi servigi, perchè ci permette i processi d'*induzione* e di *deduzione*, con cui conquistiamo anche quei brani di realtà che non vediamo.

Da quanto si è detto, è chiaro che le due associazioni di contiguità realizzano il principio di corrispondenza nella forma più semplice e per dir così letterale; che l'associazione di somiglianza, suggerendo le idee astratte e indicandoci la costanza di certi rapporti, fornisce alla nostra conoscenza

le formule abbreviative dei fenomeni reali e il mezzo indispensabile per giungere all'associazione di causalità; e infine che quest'ultima è il processo più sintetico ed efficace per mettere in atto, con qualche larghezza e profondità, l'adattamento della nostra attività rappresentativa alla realtà esterna.

L'attività logica rientra nelle leggi associative in quanto esercita una selezione, fra le molte idee che tenderebbero ad associarsi, su quelle che si riferiscono a fatti riuniti in *legame necessario e seriale*, eliminando dalla coscienza i fatti accidentali o, comunque, estranei alla serie. Quest'operazione intellettuale presuppone sempre un'idea direttiva da cui si parte (deduzione) od a cui si tende (induzione) e costituisce il *ragionamento*. Tutte le forme d'associazione hanno vigore sulle idee come sui loro simboli, le parole, che si richiamano fra di loro senza bisogno d'essere risvegliate una per una dalle idee corrispondenti: ciò che ci permette, fino ad un certo punto, di dire una cosa e di pensarne un'altra.

Questo è, in breve, il quadro di quei processi d'ideazione che, elevandosi dalla semplice percezione fino alla *previsione* ed allo *studio*, costituiscono il lato conoscitivo dell'intelligenza. I sentimenti ne formano, come vedremo, l'altro lato, il lato più intimo e più personale.

PATOLOGIA DELL'IDEAZIONE.

Le irregolarità dell'ideazione sono naturalmente uno dei due cardini, ed anzi il più caratteristico della clinica psichiatrica, e si possono raggruppare prendendo in considerazione la *rapidità* d'associazione, il *valore logico* delle idee, la loro *quantità assoluta* e il loro *ordinamento*.

1.° Riguardo alla *rapidità* con cui le idee si associano, si hanno casi di *accelerazione* e di *rallentamento* con e senza turbamento dell'ordine o della qualità.

2.° Riguardo al *valore logico* delle idee, lo vediamo alterato *isolatamente*, cioè senza disordine generale e profondo di tutti i processi mentali, solo nelle *ossessioni* e nei *deliri sistematizzati*.

3.° Riguardo alla *quantità assoluta* o patrimoniale delle idee, essa può acquistare significato patologico per la sua *scarsezza* originaria od acquisita, come nelle forme d'imbecillità e di deterioramento mentale.

4.° Riguardo all'*ordine* di associazione i processi ideativi possono dar luogo alla *confusione mentale* o *sindrome amenziale* ed alla *incoerenza cronica* o *sindrome demenziale*. E in questi casi è obnubilata anche la coscienza, e le idee sono spesso alterate anche nella loro quantità e sopratutto nella loro qualità.

Tutti questi sintomi meritano d'essere esaminati ad uno ad uno, ma in gran parte si presentano combinati in mutua dipendenza o come effetti d'una causa comune.

RAPIDITÀ DEL PENSIERO.

L'accelerazione dei processi ideativi e percettivi può andare scompagnata da qualsiasi turbamento del loro ordine o del loro contenuto; ma in questo caso è piuttosto moderata e si associa costantemente ad un grado altrettanto moderato d'esaltamento sentimentale, ciò che forma il sintomo patognomonico dell'ipomania. Data una simile condizione, si può dalla bocca d'un alienato udire qualche osservazione brillante ed ingegnosa, ma che di solito rimane senza lungo seguito. Il più delle volte la precipitazione non reca alcun benefizio; anzi, se non porta addirittura il disordine, favorisce le associazioni meno utili a danno delle più utili. L'attenzione è rivolta di preferenza sui rapporti di somiglianza, il che la distoglie da quei rapporti di causalità che costituiscono il vero nerbo del ragionamento. Così gli infermi, senza mostrarsi separati dalla realtà e ancora ben lontani dal delirare, formulano giudizî superficiali, frivoli o imprudenti, per quanto esenti da assurdità. Fra questi malati si trovano i facili verseggiatori, i declamatori, gli improvvisatori di cavilli e di *calembours*, e in generale tutti coloro che si lasciano trascinare dalle *assonanze verbali*, sacrificando l'associazione logica delle idee all'associazione puramente fonetica delle parole, cioè ad un'analogia fra le più accidentali. Questa tendenza, che nell'accelerazione leggiera dei processi ideativi si limita a suggerire digressioni frequenti, aumentando la *logorrea*, rasenta addirittura il *vaniloquio* quando l'accelerazione è massima e i giuochi di parole si sostituiscono interamente al ragionamento. Nondimeno il vaniloquio per sovrabbondanza d'idee ossia per *ideorrea* è un fatto raro, e più apparente che reale. I suoi caratteri sono ben diversi da quelli del vaniloquio amenziale o confusionale, che infatti è sempre accompagnato da semicoscienza e supera di poco la celerità normale, anzi il più delle volte le sta al di sotto.

Un singolare effetto della soverchia rapidità associativa è l'*illusione palingnostica* (impropriamente chiamata delirio palingnostico). Il malato, quasi sempre un maniaco o un amente, crede di ravvisare vecchie conoscenze in persone che vede per la prima volta, le apostrofa confidenzialmente col falso nome, ma, ammonito del suo equivoco, lo riconosce quasi sempre senza difficoltà. La possibilità d'un simile errore è tutt'altro che esclusa nelle persone normali, ma in tal caso è necessario il concorso della così detta

attenzione aspettante ossia d'una sovreccitazione affettiva. Quando aspettiamo con qualche impazienza in mezzo alla folla un amico che ritarda all'appuntamento, è facile che la rassomiglianza anche lievissima d'un passante qualunque ci procuri per un momento l'illusione di veder arrivare l'amico: evidentemente la rappresentazione mentale di colui che aspettiamo si fonde, in sintesi frettolosa, coll'immagine attuale e parzialmente simile del passante ignoto (che ha comune coll'amico la statura, l'incesso, la barba o il cappello); e si ha così un'anticipazione di giudizio che dà origine all'errore. Nei maniaci con accelerazione dei processi ideativi l'esaltamento affettivo, inspirando ai malati una grande confidenza in sè stessi, fa le veci dell'attenzione aspettante e conduce frequentemente ad illusioni palingnostiche del tutto caratteristiche, per esempio davanti ad una scolaresca numerosa.

Il *rallentamento* dei processi ideativi è spesso congiunto alla sofferenza psichica, come nella melancolia. Però il grado di lentezza nell'associazione delle idee non è rigorosamente parallelo al grado della sofferenza psichica. Anche gli stati d'insensibilità affettiva o di apatia, che caratterizzano il mixedema e certe forme d'amenza attonita, si associano comunemente ad un ritardo dell'idcazione, che non la cede per nulla a quello dei melancolici, ed anzi in questo suo intimo legame con l'indifferenza sentimentale guadagna proporzioni quasi incredibili, fino a richiedere dieci o venti secondi per la risposta monosillabica a domande fra le più semplici.

La lentezza delle idee non determina errori diretti nella loro natura o nel loro ordine, ma può favorirli, perchè non è senza influenza sull'estensione e sul contenuto del campo ideativo. Quando il corso delle idee è rallentato, non si ha mai quella dispersione dell'attività psichica che si è notata negli stati d'acceleramento, e che talvolta conduce a propositi inopportuni o poco seri; ma d'altra parte, siccome una certa porzione degli avvenimenti esterni sfugge all'attenzione dei malati, questa riduzione dei loro processi percettivi rende più difficile la compensazione delle lacune e la rettificazione degli errori, se ve ne sono.

Mentre la celerità dell'idcazione spinge alla verbosità, il suo rallentarsi induce a parlar poco, con lunghe pause ed esitazioni, a voce sommessa e soltanto in seguito a stimoli molto vivaci oppure ad interrogazioni categoriche ed insistenti. Questi fatti si osservano spesso negli amenti attoniti e qualche volta, in grado superlativo, nei melancolici sui quali, del resto, più che la lentezza delle idee, agiscono altre cause, come il timore, la vergogna, il dolore, che inibiscono meno il pensiero che la parola.

IDEE PREVALENTI.

Un'idea completamente isolata non è mai patologica in sè stessa. A stretto rigore non esistono alterazioni delle idee che possano riferirsi esclusivamente al loro contenuto. Infatti la fantasia ci permette di raffigurarci qualunque idea od immagine, anche le più insulse o le più assurde, senza uscire dai limiti dell'ideazione normale: basta all'uopo che tali immagini o tali idee rimangano allo stato di semplici rappresentazioni mentali.

I limiti della normalità vengono oltrepassati quando le idee puramente fantastiche contraggono rapporti anomali col pensiero coordinato, ciò che altera il loro valore logico. Quest'alterazione avviene in due maniere: 1.° quando un'idea inutile, diventando oggetto d'una preoccupazione intempestiva, fa pressione continuata e sistematica sui processi logici, e così indebolisce o compromette la loro successione naturale; 2.° quando certe idee, che si trovano in evidente contraddizione con la realtà, diventano materia di certezza o di dubbio, falsando in modo incontestabile e grossolano i risultati dell'attività logica. Nel primo caso i malati ragionano a sbalzi, tempestosamente, ma non sono nè alogici, nè illogici; nel secondo caso ragionano male, sono decisamente illogici.

Sotto questo aspetto si sogliono prendere in considerazione due specie di fenomeni psicopatici: le *idee fisse* e le così dette *idee deliranti* (meglio *convinzioni deliranti*). Fra le une e le altre vi sono non poche e profonde differenze, il cui antagonismo costituisce una nozione fra le più precise e le più pratiche della psichiatria, ma anche alcuni caratteri comuni che Wernicke consacrò nella denominazione unica di *idee prevalenti* (*überwertige Ideen*). Tanto l'idea fissa come la convinzione delirante brillano di luce propria in coscienze più o meno lucide, dove non trovano e non portano mai uno scompiglio totale; anzi diventano centro d'irradiazione ad una sindrome sistematica, poco variabile, e d'altra parte così circoscritta, che non senza ragione ha potuto inspirare il concetto della pazzia parziale (monomania) ora quasi interamente abbandonato.

IDEE OSSESSIVE.

È merito di Westphal (1871) d'aver messo in rilievo il diversissimo valore psicopatico delle sindromi che rimanevano ancora superstiti nel naufragio delle antiche monomanie, contrapponendo le *idee fisse* alle convinzioni *deliranti*. Coi nomi d'*idee fisse* o *Zwangsvorstellungen* (Westphal), *idee coatte* (Buccola), *idee incoercibili* (Tamburini), *idee ossessive* (Pitres

e Régis), tutti assai espressivi ed equivalenti, s'intendono certe rappresentazioni che per il loro contenuto non avrebbero nulla d'insolito e tanto meno di morboso, ma che acquistano valore morboso per l'insistenza spasmodica con cui s'intromettono abitualmente, come un *tic* ideativo, nel corso naturale del pensiero. Le idee ossessive (per lo più in numero d'una o due) non nascono dal ragionamento e non riescono a penetrarvi; hanno il potere d'interromperlo, ma non di corromperlo; sono e restano allo stato di rappresentazioni alogiche e casuali, che appena comparse dovrebbero svanire per mancanza d'utilità e d'interesse; eppure ritornano, forzando e ingombrando il campo della coscienza, spettri temuti ed ostinati, qualche volta respinti con successo, ma sempre pronti a nuove invasioni. Queste apparizioni disturbano più specialmente i processi logici, in mezzo ai prodotti dei quali figurano come un corpo eterogeneo, che non può assimilarsi, e che perciò non giungerà mai a formar parte integrante della personalità psichica, anzi si troverà con essa in aperto conflitto. Vincitrice o vinta, a seconda dei momenti, l'idea fissa non fa che guadagnare di forza ad ognuna di queste battaglie; nasce e vive del suo contrasto con la personalità del malato; e non tramonta che appunto quando cessa ogni ragione di contrasto. L'espressione *follia del dubbio*, con cui è stata descritta una modalità speciale d'idee fisse, si adatta assai bene anche a tutte le altre, appunto perchè il dubbio non è in sostanza che l'espressione logica d'un conflitto interiore.

Per conoscere il meccanismo di formazione dell'idea fissa bisogna approfondire i suoi rapporti con la personalità del malato. In che consiste il contrasto? Nel fatto che l'idea ossessiva non è voluta. E perchè non è voluta? Perchè è riconosciuta sterile e vana. Tuttavia l'idea fissa persiste e il contrasto si rinnova; perchè? Perchè esso è alimentato da una forza cieca, incoercibile e perenne, che lo rende insolubile; e questa forza, che costituisce la causa più remota e fondamentale del fenomeno, è uno stato passionale.

Non si deve dimenticare che le idee ossessive assumono quasi sempre la forma d'una *monofobia*; per lo meno sono facilmente riducibili al concetto di fobia. L'*agorafobia* o *Platzangst*, è il timore di cadere attraversando senza sostegno una piazza (Westphal); la *claustrofobia*, al contrario, è il timore di soffocare negli spazi chiusi (Verga), per esempio nei *tunnels*; l'*acrofobia* è la paura delle altezze (Verga); l'*ereutofobia* la paura d'arrossire (Pitres e Régis); la *dismorfofobia* quella di diventar deformi (Morselli); la *patofobia* è l'angoscia di chi, stando bene, almanacca in maniera continua ed incoercibile l'eventualità d'una malattia; la *tafefobia* è il terrore del seppellimento prematuro per morte apparente (Morselli); la *misofobia* è l'orrore, comunissimo e tormentoso, dei con-

tatti sudici (Hammond), della polvere che copre gli oggetti, del cencio che l'ha spazzata, della mano che ha afferrato il cencio, del guanto che ha calzato la mano, e così via all'infinito.

Altre forme d'idee ossessive, sebbene non prendano il nome di fobie, sono casi particolari di patofobia, perchè analizzando si scopre che la causa inspiratrice è il timore di poter impazzire improvvisamente. Questo timore può concentrarsi in una particolare azione psicopatica, la cui rappresentazione, appunto per la ripugnanza che inspira, suscita più vivamente il meccanismo del contrasto e diventa il tema immediato dell'ossessione. A questo modo, cioè come l'espressione d'una fobia, si spiegano in parte le così dette *monomanie impulsive* degli antichi trattatisti. Vi sono malati devoti e virtuosi, e in pari tempo lucidi, che appunto pel timore di non riescire a reprimere un peccato od un crimine da cui aborriscono si sentono spinti a commetterlo, per esempio a bestemmiare in chiesa, ad adorare il diavolo, ad uccidere, ad incendiare (Carrier).

Altri, meno tragicamente, non possono trattenersi dal contare tutto ciò che è suscettibile di numerazione — *ossessione aritmetica*; dal porre a sè stessi problemi metafisici e indovinelli — *ossessione interrogativa*, *ossessione del perchè*, *Grübelsucht* (Griesinger), ciò che poco felicemente si dice anche delirio metafisico e phrenolepsia erotematica (Meschede). Anche in questi casi è evidente lo stato di preoccupazione da cui parte l'idea fissa; tutta la sua insistenza e morbosità deriva dal dubbio che hanno i malati di non saperla dominare, dubbio che in ultima analisi non è altro che una monofobia.

Molti nevrastenici e normali, sotto l'influenza d'un dubbio oscuro sulla propria capacità a certe funzioni fisiologiche, sono condotti ad un'impotenza relativa appunto nei momenti, e in quei momenti soltanto, in cui il compimento della funzione sarebbe più urgente o più desiderato. Si hanno così varie forme d'impotenza psichica per soggezione, fra cui è singolare l'incapacità oratoria di certi scrittori facili e rapidissimi. Un caso particolare di *fobia verbale* (Chervin) è la balbuzie improvvisa che incoglie predicatori o insegnanti, ma solamente durante le loro conferenze o nella prevenzione di dover parlare davanti ad un uditorio. Vi è parimente un'invalidità alla minzione *in pubblico*, che è inspirata dalla fobia atavica del pudore; e un'invalidità alla minzione *sollecita* che, basandosi sulla paura tutta moderna di non arrivare in tempo, non sorprende i soggetti che in viaggio, durante la breve fermata d'un treno o in altri frangenti dello stesso genere.

Un campo fertile di fobie complicate è quello delle funzioni genetiche. L'eiaculazione o, molto più spesso, l'erezione possono mancare pel semplice timore dell'insuccesso, timore che in alcune persone è abituale e insupe

rabile, senz'essere affatto giustificato dalle condizioni effettive dell'apparato sessuale. Questo stato d'animo è assai penoso non solo per le privazioni che impone ad un istinto imperioso, ma anche per le umiliazioni che minaccia all'amor proprio. Spesso i malati cercano d'ingannare gli altri, se non sè stessi, ostentando scrupoli estetici, morali od igienici che non hanno. In realtà la loro astinenza non è figlia nè dello scrupolo, nè dell'indifferenza, ma del vivo desiderio di *riuscire* unito alla viva paura di *non riuscire*. Questa condizione psichica di dubbio angoscioso diventa tanto più irrimediabile quanto più è suffragata successivamente da esperimenti infruttuosi; ma in origine è sempre determinata da una monofobia gratuita e puramente a priori. Una prova decisiva che il dubbio è irragionevole e in opposizione con la validità funzionale dei soggetti ci è data da quelle sotto-specie d'impotenza psichica che si manifestano sistematicamente solo di fronte a certe circostanze, a certe donne od a certe classi di donne.

Questi fatti clinici non hanno nulla di comune coll'orrore della donna o con altre simili aberrazioni dell'istinto sessuale, perchè non consistono nella deficienza o nel pervertimento degli ideali erotici, ma semplicemente nell'impotenza — vera o temuta — di realizzarli. Ed una tale impotenza è qualche volta in ragione inversa del desiderio. In altre parole, l'alterazione non interessa direttamente l'istinto sessuale, che in genere è corretto e tutt'al più un po' acuito, ma scaturisce dalla sua interferenza con la fobia corrispondente.

Ognuna di queste fobie contiene sempre due elementi costanti e caratteristici. Anzitutto, l'idea fissa che ne è l'oggetto si riferisce ad avvenimenti *possibili*; in secondo luogo essa si rinnova senza posa, benchè d'altra parte gli avvenimenti pensati siano estremamente *improbabili*. Per la loro possibilità teorica le idee ossessive si presentano in cervelli relativamente sani; per la loro improbabilità vengono riconosciute per morbose e quindi combattute. Donde mai traggono la tenacia combattiva per cui giganteggiano e tengono il campo della coscienza, malgrado le resistenze della ragione e della volontà?

La chiave del fenomeno è appunto lo stato emotivo, come fu ben dimostrato da Pitres e Régis. Si tratta di un'iperestesia specializzata dell'affettività, che ha per base una *timidezza parziale* e che si risolve in una monofobia. La timidezza parziale può essere costituzionale od acquisita, ed è il sentimento fatale e fantastico, o per lo meno assai esagerato, d'una impotenza personale. Per camminare, per respirare, per orientarsi allo scuro, per mantenersi in equilibrio, per inibire il rossore della vergogna, per crescere regolarmente, per non ammalarsi, per non morire, per non lasciarsi seppellire vivi, per non toccare assolutamente nulla d'immondo,

ci vuole una *forza*, o una *fortuna*, o un'*attenzione*, che possono benissimo mancare. La paura morbosa d'una simile mancanza fa dunque *sentire* come probabile, anzi come imminente, ciò che la ragione del malato e quella degli altri sono d'accordo nel *giudicare* come semplicemente possibile. Se si compone il dissidio fra il sentimento e la conoscenza, se il pericolo è sentito affettivamente nella stessa misura con cui è apprezzato intellettualmente, l'idea ossessiva scompare. E infatti: o l'idea è temuta come merita, cioè assai poco o punto, e in tal caso perde ogni carattere patologico, non si ripete più e rientra nel novero delle idee comuni, ciò che significa la guarigione; o l'idea comincia a venir apprezzata in ragione dei timori che desta, ossia come obiettivamente non meriterebbe, e in questo secondo caso il suo carattere patologico è completamente mutato, essa non è più un'ossessione, ma un vero e proprio delirio o la frazione d'un delirio, ciò che indica uno stato psicopatico del tutto differente.

Perciò gli stati ossessivi risultano da una disarmonia, costituzionale o transitoria, fra l'intelligenza e lo stato affettivo. In quest'alterazione di rapporti, la parte patogenetica che spetta allo stato affettivo è di gran lunga la più importante. L'intelligenza non fa che fornire dapprima il tema dell'ossessione e contrapporle di poi quella resistenza logica, che è ufficio indeclinabile d'una mente normale. È il *carattere* che produce l'ossessione con le sue irruenze paurose. L'errore sta nel pigliare sul serio un'idea teorica e indifferente, nata nella penombra del pensiero logico, sta nell'aver paura, non già nel pensare astrattamente quell'idea e tanto meno nel condannare come insensata quella paura. E infatti l'intelligenza degli ossessionati non è soltanto lucida, ma conserva quasi sempre il tipo e l'energia fisiologica; gli ossessionati non sono che dei pusillanimi. La loro infermità dovrebbe studiarsi dal punto di vista sentimentale e trattarsi come un'alterazione affettiva. Ma siccome si riferisce a timidezze del tutto parziali e specializzate, le quali hanno per materia un'idea e non possono descriversi che in termini ideativi, così è indispensabile, per distinguere tutte queste paure, di designarle secondo il loro contenuto rappresentativo e di riguardarle come irregolarità dell'ideazione.

Accade qualche volta anche a persone normali di non riescire a scacciare dalla coscienza un'idea importuna. Spesso quest'azione perturbatrice proviene da una frase musicale che ci ronza nella memoria con la molesta insistenza d'una zanzara, fino a sopraffare la nostra attenzione volontaria. Spesso è l'idea di un'azione improvvisa, contraria al nostro egoismo e suggerita da una situazione che la renderebbe assai facile per poco che la volontà ne secondasse l'esecuzione: così, trovandoci affacciati al parapetto d'un belvedere, ci balena ripetutamente l'idea di precipitarci;

contemplando una macchina potente, sentiamo lo strano impulso d'introdurre la mano fra gli ingranaggi d'una lucida ruota in movimento. Il fascino insidioso di queste idee ossessive non deriva da un pervertimento dell'intelligenza; esso è il prodotto d'una rilassatezza momentanea che è imputabile al carattere, ossia ai sentimenti ed alla volontà. È il carattere soltanto che può offuscarsi così; e ciò avviene per effetto della stanchezza o di un'alterazione effimera della cenestesi; mentre l'intelligenza, non soggetta a fatica e forte dell'inesauribile tributo che le portano i sensi specifici, ignora per sè queste eclissi e non traligna che quando è decisamente deforme o profondamente sconvolta.

Le ossessioni furono divise in tre gruppi: 1.° intellettuali o puramente rappresentative; 2.° emotive, cioè con la complicazione d'uno stato affettivo; 3.° impulsive con suggestione ad un atto. In realtà anche le più indifferenti fra le idee incoercibili ricevono dalla loro incoercibilità, o meglio dalla coscienza che ha il malato della loro incoercibilità, un colorito emotivo che, come abbiamo dimostrato, è la vera causa dell'ossessione. Persino l'*ossessione aritmetica* e l'*ossessione interrogativa*, che sono certamente fra le più inoffensive, perderebbero il loro sapore psicopatico e la loro tendenza a rinnovarsi, se non fossero accompagnate da un certo grado d'orgasmo. L'intensità e la gravità dell'ossessione non dipendono dalla natura del contenuto rappresentativo, quanto piuttosto dalla frequenza con cui si ripetono gli attacchi. Una rappresentazione indifferente od un impulso innocuo, come quello di lavarsi le mani (*misofobia*) o di guardarsi allo specchio (*dismorfofobia*), provocano, se spesseggiano, una reazione e talvolta una disperazione assai più viva di certe ossessioni terrifiche o criminose che si riproducano a lunghi intervalli. Contro quest'ultime si possono mettere in opera, per iniziativa degli stessi malati, impedimenti materiali che non valgono di fronte alle pure rappresentazioni: per esempio, vi sono ossessionati che si presentano da sè stessi al manicomio od alle carceri, che si fanno legare o sorvegliare dai loro parenti, che nascondono di propria mano tutte le armi per non essere tentati d'adoperarle.

Ciò posto, non è il caso di distinguere le ossessioni in più di due gruppi. Le ossessioni semplici si mantengono nei limiti di pure rappresentazioni incoercibili; le ossessioni complesse contengono un impulso ad azioni ridicole, indelicate o criminose, e non sono che un corollario delle rappresentazioni. Non per questo è da riguardarsi come un'ossessione qualunque impulso morboso. Al contrario, gli impulsi morbosi come si verificano negli incoscienti, negli epilettici, nei maniaci, nei paralitici, nei dementi non sono punto d'origine ossessiva: da questi impulsi improvvisi l'azione esplode automaticamente, senza contrasti, senza coscienza, senza penti-

mento o ricordo successivo. Meritano invece il nome di vere impulsioni ossessive soltanto quelle autosuggestioni che si rinnovano con ostinazione infrenabile, che sono valutate per morbose dagli stessi malati e che suscitano una ripugnanza od uno sgomento insufficienti ad evitare il ritorno della rappresentazione, ma quasi sempre bastevoli a reprimere l'esecuzione dell'atto. Parificare queste ossessioni coscienti, siano seguíte o no dall'azione, agli impulsi affatto ciechi degli epilettici e degli amenti, o peggio ancora ragguagliarle alle gesta dei criminali, che operano più o meno freddamente in piena conformità colle tendenze ordinarie del proprio carattere, significa confondere in una promiscuità caotica i fenomeni più disparati.

Un esempio assai chiaro d'*idee ossessive* e d'*impulsi ossessivi* riuniti nella stessa persona e provocati successivamente da una causa comune fu descritto da Morselli nel 1886. Una giovane sposa in preda all'esaurimento nervoso del suo primo puerperio osservava con fastidio e ribrezzo il proprio marito che ogni giorno consumava un paio d'ore a tagliuzzare con le forbici la carne pei suoi pappagalli. Dapprima l'immagine di questa scena quotidiana si scolpì nella mente stanca della puerpera allo stato di un'ossessione semplice e disgustosa; ma dopo qualche tempo essa si trasformò in un'ossessione impulsiva ed orribile. L'ammalata, conscia della sua infermità mentale, si sentiva trascinata ad adoperare le stesse forbici per tagliare la lingua al bambino che adorava; ma fu separata dal neonato e guarì.

Le ossessioni sono legate più che ad ogni altra psicosi alla *nevrastenia costituzionale*, di cui formano un elemento fra i più caratteristici; e in tal caso è veramente straordinaria la tenacia con cui persistono, qualche volta per tutta la vita; o svaniscono, è vero, ma per cedere il posto ad altre idee parimente ossessive, ciò che attesta l'esistenza d'una vera *diatesi d'incoercibilità*, che è poi tutt'uno con la nevrastenia costituzionale nelle sue incarnazioni le più scultorie.

Un'altra sorgente d'ossessioni, ma meno durevoli, è la nevrastenia acuta che accompagna in forma episodica i primordi di certi gravi processi encefalici come la *paralisi progressiva*, o decorre parallela alle esacerbazioni della *tisi polmonare* e della *tabe dorsale*, o segue il periodo febbrile delle malattie tossiche ed infettive. Ricorderò un malato di paralisi progressiva, che aveva sofferto di sifilide quindici anni prima, e che per quattro anni di seguito non presentò che miosi, claustrofobia (paura dei *tunnels*) e patofobia (paura dei cani e della rabbia), travolte e distrutte coll'avanzare del processo paralitico.

Ossessioni più o meno effimere e numerose s'incontrano anche nell'*isterismo*. Nella *melancolia* sono per lo più così intimamente mescolate con dubbî e convinzioni deliranti, che rimane un po' ambigua la loro vera natura.

Per tutte le ragioni che abbiamo sviluppato, bisogna escludere la possibilità di vere idee ossessive in quelle malattie mentali che sono accompagnate da obnubilazione anche lieve della coscienza. La *pantofobia*, che è così frequente nelle forme di melancolia angosciosa e che così di sovente prelude al raptus o ad altre fasi confusionali con gravi alterazioni della coscienza, non è a rigor di termini una *fobia*, perchè la paura di tutto non lascia alcun posto alla reiezione critica, che è tanta parte dell'ossessione e che è possibile solo nei casi in cui il pensiero logico sia disturbato, ma non sospeso.

Malgrado l'espressione di *paranoia rudimentaria* o *paranoia abortiva*, con cui si è cercato di battezzare l'anonima psicosi delle ossessioni (che in fondo non è altro che nevrastenia, per lo più costituzionale), si deve ritenere innaturale la metamorfosi delle *idee fisse* in *convinzioni deliranti*. Perciò le idee ossessive non si ritrovano mai o quasi mai nella paranoia, che anzi costituisce una garanzia d'immunità di fronte a tutte le manifestazioni di nevrastenia. Il cervello d'un paranoico, facile alle conclusioni precipitose e presuntuose, non è terreno adatto alle esitazioni spasmodiche che generano, accompagnano e ribadiscono le rappresentazioni incoercibili.

Quei malati nei quali è stata notata la successione delle ossessioni e delle convinzioni deliranti, e si è creduto di scorgere un processo di proliferazione dalle une alle altre, sono in generale *dementi giovanili* o *ebefrenici*. Ma in questi casi l'origine dei due sintomi è indipendente: l'idea ossessiva è figlia della nevrastenia prodromica che spesso apre la scena della demenza giovanile; l'idea delirante (piuttosto un dubbio od un'ostentazione che una vera convinzione) nasce invece quando la nevrastenia è svanita, come espressione della decadenza mentale.

Un giovane di 18 anni ammala coi sintomi della nevrastenia. Per vari anni soffre di parestesie, dimagramento, grande facilità alla stanchezza muscolare e mentale, insonnia, irascibilità e fobie diverse. Ha orrore dei metalli, anelli, spilli, monete, rasoi, cesoie, e si lascia crescere la barba, i capelli e le unghie piuttosto di tollerarne il contatto; teme l'elettricità ed il fulmine, ed è preso da inquietudine alla vista d'un rocchetto od alla minima minaccia di pioggia; finalmente è disturbato nei proprî studî, a cui attende col massimo impegno, da una cicatrice indolente ed antica della mano, che costituisce la sua ossessione più continua, malgrado qualche trattamento anestetico ed anche dopo la correzione chirurgica. Dopo circa tre anni il quadro è mutato completamente: il malato è grassissimo, si dichiara una *demenza giovanile* con apatia ed incontinenza delle feci, e le fobie sono del tutto scomparse.

La presenza d'idee ossessive ha una notevole importanza per la diagnosi. Questo sintomo è incompatibile con la massima parte dei disordini mentali più profondi, come l'incoscienza, l'incoerenza, lo stato confusio-

nale, il delirio sistematizzato, ed anche con certi disordini lievi, come l'acceleramento dei processi ideativi. Date tutte queste incompatibilità, l'ossessione non si presenta che in un numero strettissimo di malattie: 1.° nelle psicosi lucide, come la nevrastenia costituzionale, l'isterismo e la melancolia di lieve grado; 2.° negli episodî nevrastenici di quelle malattie che, esacerbandosi, possono portare qualche leggiera perturbazione psichica, come sarebbero la tabe dorsale e la tisi polmonare; 3.° nel preludio lucido e non ancora definito di certe psicosi involutive come la paralisi progressiva e la demenza giovanile, che, appena acquistano la propria fisonomia caratteristica, lasciano per istrada l'ossessione. Se le idee ossessive non tollerano il contorno d'altri sintomi psicopatici, tranne la depressione affettiva, è ben difficile che vadano scompagnate da alterazioni della sensibilità e della vita vegetativa. Questi indizî bastano quasi sempre a stabilire la malattia che sta a base dell'ossessione.

CONVINZIONI DELIRANTI E DUBBÎ DELIRANTI.

Il vero contrapposto clinico dell'idea ossessiva è la *convinzione delirante*. Mentre l'idea ossessiva è oggetto di dubbî più o meno angosciosi, la convinzione delirante è materia di certezza dogmatica. L'ossessionato è un esitante e sa di essere ammalato; il delirante è un intransigente che non ammette discussione nè sulle proprie credenze, nè sul proprio stato mentale. L'uno non è in dissidio che con sè stesso; l'altro è in guerra aperta ed evidente con la verità e quindi con l'opinione di tutte le persone normali. L'idea ossessiva nasce e rimane fuori dalla personalità coerente dei malati che la combattono senza tregua come un elemento intruso; la convinzione delirante nasce dal nucleo più intimo della personalità, la compenetra come un suo elemento integrante e finisce col signoreggiarvi.

L'espressione più completa della convinzione delirante è raggiunta dai *paranoici*. Questi malati prendono a norma di condotta opinioni fantastiche che sono suggerite dalla passione ed accettate senz'alcuna verifica. La loro credulità e la loro cocciutaggine sono circoscritte all'argomento del delirio, mentre nelle altre materie i giudizî dei malati non si allontanano dalla norma. Perciò il carattere morboso dell'idea delirante non proviene soltanto dal suo contenuto strano, ma sopratutto dalla fede cieca ed ardente che i malati vi annettono. E infatti le convinzioni deliranti, poco numerose, sono collegate con una certa apparenza di logica, in modo da formare un contesto che prende appunto il nome di *delirio sistematizzato*.

L'argomento dei delirî sistematizzati si riferisce sempre agli interessi personali e fondamentali dei malati: alla conservazione dell'individuo od

alla riproduzione della specie. Così si spiega l'uniformità di questi deliri, che infatti sembrano copiati da un malato all'altro sopra non più di cinque o sei varianti, sempre le stesse in tutte le epoche e in tutti i paesi. E così si spiega anche la singolare cecità con cui malati lucidi e non privi d'abilità dialettica possono piegarsi a credenze di un'assurdità madornale. Queste credenze appagano istinti e passioni poco distinte, ma profonde e prepotenti, che appunto per la loro intensità eccezionale non sono suscettibili d'adattamento nei rigidi termini della realtà esterna ed esorbitano nel campo dell'inverosimile.

Tutta l'attività biologica degli esseri organizzati è rivolta alla difesa dai nemici e dalle azioni nocive; anche gli atti aggressivi o d'offesa non sono in fondo che un mezzo di difesa preventiva. Il *delirio di persecuzione* rappresenta un pervertimento dell'istinto di difesa, una formula erronea ed abbreviata, ma precisa e chiara di quel terrore passivo che, operando sulle collettività, ha generato le superstizioni e le religioni degli uomini primitivi. I malati si credono vittime di vessazioni che, col cambiar di nomi e di meccanismi, non cambiano di natura: essi immaginano d'esser tenuti d'occhio, canzonati, accusati, avvelenati, stregati, violati nel loro corpo e nel loro segreto mentale per opera di personaggi ora reali, ora fantastici, ora riuniti in congreghe, gesuiti, massoni, saltimbanchi, maledisti, ora isolati, la cognata, Bismarck, il sultano, il dottor Fritz, che applicano all'uopo mezzi naturali e soprannaturali, la fisica, i raggi Röntgen, il magnetismo, l'ermeneutica, l'etere telefonico, le polveri asciutte, i *fumi catatrali.*

Il *delirio ipocondriaco* non è che una sottospecie del delirio persecutorio: è la paura che indietreggia nelle sue ultime trincee a difesa dell'incolumità corporea. Il *delirio ambizioso* o *delirio di grandezza* è anch'esso un pervertimento (in eccesso) dell'istinto di difesa, che si svolge in senso aggressivo. Invece di credersi in istato di guerra guerreggiata con gli altri uomini o con la natura, i malati s'illudono, malgrado l'umiltà della loro posizione reale, d'essere investiti d'una supremazia trionfante, ed arrivano fino al cambiamento della personalità, a proclamarsi principi, dotti, santi, profeti, la Madonna, Gesù, la regina Saba, a insignirsi di cognomi aristocratici o di nomi inventati, Luigi XXX, Baroleno I, Alessandro X. Salvo la diversità della conclusione, inspirata in un caso al pessimismo, nell'altro all'ottimismo, tanto il perseguitato che l'ambizioso tradiscono la stessa preoccupazione parossistica per la propria integrità e felicità individuale, la stessa tendenza alle interpretazioni egocentriche, le stesse analogie di pensiero coi primitivi.

Il *delirio religioso* e il *delirio erotico* sono le due varietà più importanti del delirio ambizioso, plagi involontari di quegli errori e di quelle abitu-

dini mentali che regnarono endemicamente nelle società primitive. I paranoici religiosi sprezzano le religioni tradizionali e predicano soltanto la propria, cercando d'imporne i freni piuttosto agli altri che a sè stessi. I paranoici erotici si figurano d'essere legati in matrimonio mistico con donne altolocate e inaccessibili, che non hanno mai visto o che non esistono.

I delirî sistematizzati sono in gran parte l'effetto d'una suggestione passionale. E appunto perchè le passioni fondamentali dell'uomo non subiscono che minimi mutamenti, sussiste questa somiglianza di *fantasie* fra il paranoico e il primitivo; con la differenza che il paranoico se le crea solitariamente da sè stesso quando la passione si fa più intensa, mentre il primitivo le riceve per tradizione e per contagio psichico in circostanze ordinarie.

Un'espressione specifica della difesa e dell'offesa insieme si rinviene nel *delirio di pretensione* o *delirio dei querelanti* che, credendosi minacciati nei proprî diritti, si trascinano di tribunale in tribunale, ed esauriti i procedimenti legali, si trovano in contrasto coi poteri costituiti e colla società intera: esempio tipico di perseguitati persecutori. Talvolta il delirio di pretensione scompare e ricompare periodicamente nella fase maniaca delle psicosi cicliche.

Malgrado il loro tema altruistico, s'inspirano ad un ridicolo egocentrismo anche i delirî *pseudo-scientificî*, *inventorî*, *umanitarî*, *utopistici*, *metafisici* di quei mattoidi che nella loro superba indipendenza dal senso comune si dimostrano individualisti non meno accaniti dei paranoici con delirio personale.

Un delirio collaterale, che spesso si associa a quello di persecuzione o prelude a quello di grandezza, fu ben descritto da Carpentier sotto la denominazione molto appropriata di *delirio di difesa*. Fra i perseguitati puri, che hanno soltanto dei nemici, e gli ambiziosi genuini, che hanno soltanto dei vassalli, i paranoici con delirio di difesa adottano una posizione intermedia, immaginando di fronte ai proprî nemici una serie di *alleati:* la classe medica, le dame dell'aristocrazia, i signori, gli spiriti benefici, Giovanna d'Arco, la regina d'Italia, l'imperatore.

Le convinzioni paranoiche, quando raggiungono il loro pieno sviluppo, conducono al cambiamento della *personalità:* i malati si credono dotati d'una nuova personalità, sempre superiore alla vera, o di due personalità simultaneamente. Con la stessa immodestia, ma senz'alcun lavorio precedente dell'immaginazione, il delirio di mutata personalità si presenta anche in altre psicosi sotto forma paranoide.

Tutti questi delirî, che formano il ciclo classico della paranoia, sono spesso alimentati da allucinazioni, uditive, gustative, olfattive, più di rado visive.

Le allucinazioni possono precedere le convinzioni deliranti od anche seguirle; ma è ben difficile verificare s'esse ne siano piuttosto la causa o l'effetto. Per lo più i due fenomeni sono indipendenti, e l'unico loro legame psicogenetico consiste in questo, che le allucinazioni, qualunque ne sia l'argomento, hanno il potere di ribadire il delirio. Infatti, col loro fascino misterioso, esse familiarizzano sempre più i malati con gli orizzonti del soprannaturale e sgombrano gli ultimi ostacoli alla fede nel falso.

Probabilmente le *idee prevalenti* (ossessioni o deliri) provengono da un'iperestesia morbosa dei centri ideativi. Quest'iperestesia ravviva le idee in modo da renderle spasmodiche come nelle ossessioni o da circondarle con l'aureola d'una falsa certezza, come nelle convinzioni deliranti. Dipende dall'affinità o dalla ripulsione col complesso delle tendenze abituali se l'idea prevalente sarà accolta come una convinzione o combattuta come un'ossessione.

Del resto il più delle volte le allucinazioni e i deliri si presentano di conserva, benchè tra l'une e gli altri possa mancare un legame logico. Questa simultaneità è di regola negli stati confusionali di semicoscienza.

Una simile spiegazione non sembra di primo acchito applicabile ai casi che stiamo discutendo di delirio lucido e circoscritto. Infatti, data un'iperestesia dei centri ideativi, tutte o quasi tutte le idee dovrebbero assumere carattere d'ossessione o di convinzione delirante, il che non avviene che nei casi di grandissimo disordine ideativo. Anzi si verifica nei paranoici e in molte altre categorie d'alienati una parzialità di manifestazioni così netta e costante, che le ossessioni e più ancora i deliri non si svolgono mai all'infuori del repertorio che abbiamo ricordato. Ciò avviene perchè la metamorfosi patologica che imprime ad una rappresentazione qualsiasi il marchio dell'ossessione, del dubbio o della certezza deliranti richiede, oltre all'iperestesia dei centri ideativi, anche il concorso dei sentimenti. Sono i sentimenti di diffidenza e d'ambizione che, portati ad una morbosa od anomala intensità, risvegliano l'iperestesia dei centri ideativi solo in favore di quelle percezioni od idee con cui armonizzano, e così dànno luogo alle ossessioni, ai deliri sistematizzati, ossia ad una serie di disordini ideativi il cui argomento è chiuso fra limiti determinati.

La partecipazione del fattore sentimentale si scorge con incontestabile chiarezza in quei deliri che, all'infuori della paranoia, compaiono transitoriamente nei *melancolici* come effetto della depressione affettiva. I melancolici, che la malattia rende sofferenti ed umiliati, si abbandonano a convinzioni o dubbi conformi al loro stato sentimentale. Si hanno così i deliri di *piccolezza*, di *colpa*, di *peccato*, di *auto-rimprovero*, di *danno*

attivo agli interessi altrui, che fioriscono durante l'acme del processo melancolico, ma si dissipano come nebbia al sole al primo ricomporsi dell'affettività.

D'altra parte, non tutti i melancolici delirano. Vi sono ammalati che, nel massimo imperversare della melancolia, conservano intatta la lucidità di ogni loro giudizio. Ciò significa che nei melancolici-deliranti accanto al fattore sentimentale opera un coefficiente intellettuale. Solo per una speciale fiacchezza dell'intelligenza l'idea risvegliata dal dolore e dall'avvilimento si mette in grado di contrarre tali rapporti col patrimonio delle idee abituali, da convertirsi in convinzione delirante; senza di che l'idea prevalente rimarrebbe allo stato d'una semplice ossessione. In altre parole, non delirano — fra i melancolici — che coloro i quali hanno sortito una costituzione paranoide, per quanto latente ed incompleta. E infatti i loro delirî, non avendo per base un'intelligenza decisamente paranoica, si mantengono piuttosto nella sfera del dubbio che in quella della convinzione. Mentre la convinzione delirante fa apparire come *certo* un fatto incredibile, il *dubbio delirante* lo fa apparire come semplicemente *possibile*, con minore, benchè sempre grave sfregio della logica. Così il dubbio delirante è qualche cosa d'intermedio fra la convinzione delirante e l'idea ossessiva, di cui divide in parte il carattere ripugnante.

Nel melancolico delirante è evidente il fattore sentimentale del delirio, mentre il fattore intellettuale rimane latente. L'inverso accade nei paranoici, dove la costituzione intellettuale è originariamente e notoriamente anomala, mentre i sentimenti di diffidenza e d'ambizione operano, per così dire, nell'ombra e talvolta non si sospetterebbero, se non li rivelasse il delirio.

Questa doppia origine dei deliri si mostra a nudo in quei paralitici la cui vita mentale, per l'azione dissolvitrice e semplificatrice della malattia, lascia scorgere facilmente il giuoco dei suoi processi. Da un lato, quasi tutti i paralitici sono alterati nel loro stato affettivo — o per massima euforia o per massima depressione; — dall'altro sono sempre privi di critica pel progressivo processo demenziale a cui va incontro l'intelligenza. Perciò, appena il paralitico soggiace all'iperestesia cenestetica e quindi affettiva che è l'effetto dell'agente morboso sui centri corticali, si manifestano col concorso dell'indebolimento intellettuale la *megalomania*, il *delirio volubile delle grandezze*, il *delirio ipocondriaco* ed altre forme simili di delirî assai noti, frequenti e caratteristici. Per l'intensità del disturbo affettivo e per la vastità della dissoluzione intellettuale, questi delirî paralitici sono più varî, più incoerenti e più iperbolici di quelli che si riscontrano nei paranoici. E poichè l'alterazione sentimentale non è legata, come nei paranoici, colla costituzione psichica, ma con le acciden-

talità delle localizzazioni morbose, è naturale che nei paralitici i delirî abbiano durata effimera e una volubilità indefinita. D'altra parte i paralitici *apatici*, appunto perchè la loro intelligenza, per quanto diminuita, non è stimolata in nessuna direzione, dimostrano incoerenza, ma non delirî.

Una classe interessante di *delirî paranoidi*, che si potrebbero allineare accanto a quelli or ora descritti della paralisi progressiva e della melancolia per la loro transitorietà, si riscontra più o meno episodicamente nel decorso di parecchie altre malattie dei centri nervosi: nell'isterismo, nell'epilessia, nell'imbecillità, nell'alcoolismo, nella nevrastenia, nella demenza senile, ma sopratutto nella *demenza giovanile*. Mentre la massima parte di queste malattie non permette alcuna incertezza diagnostica per la natura affatto patognomonica degli altri sintomi che mai non vi mancano, la demenza giovanile, riconoscibile com'è a lunga scadenza per le singolari caratteristiche del suo decorso, induce facilmente ad equivoci. I delirî della demenza giovanile rassomigliano talmente a quelli della paranoia, che KRAEPELIN, avendo felicemente rilevato qualche piccola differenza, li aveva ascritti da principio ad una forma speciale di *paranoia fantastica*, distinta dalla *paranoia combinatoria* (forma classica) per la minor coerenza; ma in seguito, vedendo l'analogia del decorso fra questi casi di psicosi con delirio fantastico e quelli già da lui designati come varietà ebefreniche e catatoniche di demenza giovanile, si decise a creare una terza varietà di demenza giovanile caratterizzata appunto dal delirio paranoide.

Convinzioni deliranti e dubbî deliranti, ma in forma fugace e sussultoria possono presentarsi in qualunque malattia, fase di malattia o sindrome che sia accompagnata da disturbi gravi della coscienza; ma in tutti questi casi al sintomo del delirio si unisce, soverchiandolo, quello del disordine generale: il dubbio delirante è esente da ogni carattere angoscioso e diventa l'espressione di un'incertezza timida e confusa per imperfezione di dati; la convinzione delirante perde le sue pretese dogmatiche a base paranoica o paranoide, e si riduce ad un giudizio precipitoso per momentaneo turbamento dei rapporti reciproci fra le idee. E così dalle alterazioni qualitative delle idee si passa a quelle che riguardano la loro quantità e il loro ordinamento.

QUANTITÀ DELLE IDEE.

La *quantità delle idee* va considerata da un doppio punto di vista: statico e dinamico. Da un lato i ricordi e le nozioni individuali, fissandosi

nel cervello allo stato potenziale, cioè come una riserva di processi rappresentativi che possono venir richiamati alla coscienza in caso di bisogno, si compenetrano stabilmente con la personalità psichica, ne aumentano la complessità ed il valore, e costituiscono un capitale disponibile d'esperienza da cui si possono trarre immensi frutti che sono a loro volta capitalizzabili. Dall'altro lato, il lento acquisto di questo patrimonio e l'uso continuo che ne facciamo richieggono un'operosità cosciente, la cui attuazione nei diversi momenti della vita avviene in misura assai variabile e quindi indipendente dal corredo delle idee patrimoniali.

Tanto le idee esistenti allo stato d'*evocabilità*, come quelle operanti allo stato d'*evocazione* in un dato termine di tempo, sfidano qualunque inventario, non solo pel loro grandissimo numero, ma anche per una serie di difficoltà intrinseche che renderebbero impossibile, e in ogni caso insignificante ed inutile, questa specie di censimento. Se però è utopistico il computo numerico delle idee, è abbastanza facile, e infatti si suol praticare correntemente, una valutazione empirica ed approssimativa che ci permette di quotare in ciascun individuo tanto il capitale intellettivo come il suo rendimento.

Ogni idea generale ha una diversa capacità proliferativa e quindi una ben diversa importanza nella gerarchia delle nostre nozioni; ma per essere utilizzata esige il concorso di circostanze favorevoli che promuovano gli opportuni sforzi associativi e mantengano in circolazione la parte corrispondente di capitale.

Ciò si verifica più facilmente e più spesso quando il movimento cosciente del pensiero è in tutto il suo complesso più intenso e più svariato. Nel *melancolico* che si trova sotto l'influenza d'una grave depressione sentimentale questo movimento è temporaneamente rallentato e circoscritto, benchè intenso; perciò, se anche il patrimonio ideativo rimane quantitativamente inalterato, il suo rendimento è minore finchè perdura lo stato di depressione. E se la depressione si prolunga indefinitamente, subentra un graduale deperimento. Nel *maniaco*, che agisce, parla e pensa sotto l'influenza dell'esaltamento sentimentale, si risvegliano, è vero, associazioni molteplici, vivaci ed insolite, che tenderebbero ad utilizzare la parte più dimenticata e più sterile del patrimonio ideativo, ma l'instabilità dell'attenzione dissipata sopra argomenti quasi sempre frivoli impedisce i giudizî più elevati, che appunto richieggono analisi severe e continuate. Perciò l'abbondanza di pensiero che talvolta si ammira nei maniaci costituisce un imbarazzo piuttosto che un segno od una sorgente di maggior ricchezza.

Un giusto e felice equilibrio fra la ricchezza patrimoniale delle idee e la facilità di evocarle per mezzo di associazioni, è un elemento impor-

tante nella personalità psichica, perchè concilia il sapere e la potenzialità intellettuale con l'attività militante del pensiero. La *nevrastenia*, costituzionale od episodica, suol rendere più torpido il potere d'evocazione; e la coscienza di questo torpore accresce nei malati il sentimento già esagerato della propria impotenza. Molti individui normali, ma con tendenze nevrastenichc, si trovano assai di raro nella pienezza della propria intelligenza, e per mobilizzare con agevolezza le idee disponibili che dormono nella loro mente hanno bisogno d'una commozione affettiva, come si verifica in quegli oratori che diventano eloquenti, efficaci e veramente estemporanei solo quando l'assenso o le interruzioni dell'uditorio vincono lo stato abituale d'inibizione.

Il malessere cenestetico, le preoccupazioni ipocondriache, il braditrofismo creano infatti nei nevrastenici una resistenza permanente e passiva di fronte ad un gran numero di processi associativi; e così si inutilizza, senza però distruggersi, una parte del loro capitale ideativo.

Le idee fondamentali che servono di norma direttiva ai nostri giudizi ed alle nostre deliberazioni non appariscono quasi mai in forma attuale e nitida alla nostra coscienza; eppure dobbiamo ad esse se i giudizi e le deliberazioni a cui commettiamo il nostro benessere riescono appropriati, solleciti e conformi alla nostra personalità anche di fronte alle eventualità che si presentano all'improvviso e per la prima volta. Nell'apprezzare il valore psichico d'un individuo, bisogna tener presente il contenuto di queste idee supreme c la maggiore o minore solidità della loro coesione. Se le idee fondamentali sono deficienti, erronee o mal collegate, si avranno delle personalità che, nonostante l'erudizione o la vivacità d'ingegno, dimostreranno *credulità*, *volubilità* di convinzioni, mancanza di *critica* e quindi *predisposizione morbosa* a delirî più o meno durevoli sotto l'azione di semplici squilibrî affettivi, come quelli della melancolia e della mania, o di perturbazioni organiche, come la febbre, il dolore fisico, l'insonnia, l'inappetenza. La così detta *degenerazione psichica*, l'*imbecillità morale*, la *paranoia* non dipendono molte volte da altro che da questa parziale deficienza od anomalia od incoerenza dei criterî direttivi. Per mancanza di critica e di norme sicure, tutti questi degenerati, imbecilli morali c paranoici, se anche possono essere e dimostrarsi assai validi nei giudizi e nelle decisioni ordinarie, finchè le condizioni del loro animo e del loro corpo si mantengono normali, si smarriscono e delirano o delinquono di fronte a quei problemi ed a quelle cause perturbatrici a cui resisterebbero intelligenze meno ricche e meno brillanti, ma più solide, perchè meglio dotate di criterî generali.

Il nostro sapere non è qualche cosa d'immobile, che si possa considerare separatamente dalle modalità della sua attuazione. Non solo in quanto

contiene il germe fecondo d'applicazioni ulteriori, ma anche in quanto è a sua volta la sintesi laboriosa d'idee antecedenti, esso non è che il condensamento statico di un'attività dinamica in istato di formazione continua, che sfugge a qualunque numerazione. Il lavoro intellettuale che le idee generali presuppongono nel passato è altrettanto importante e indeterminabile di quello ch'esse promettono per l'avvenire. D'altra parte spesso le nostre sintesi non sono prodotti del pensiero individuale, ma risultati del pensiero collettivo che vengono assimilati, sulla fede giustificata degli altri, nella loro formula conclusionale. In molti individui *volgari* i concetti generali non sono opinioni, ma semplici imparaticci che cadono demoliti al primo soffio di demenza. Taluni di questi imitatori costituzionali, quando per caso impazziscano, specialmente per demenza giovanile, dimostrano nella malattia la stessa mancanza d'originalità per cui brillavano nello stato sano, e riescono di gran lunga inferiori ai paranoici che, per quanto poveri di critica, sono sempre gl'inventori autentici e convinti dei proprî delirî.

Una massima fra le più popolari in psichiatria è quella che, a proposito della quantità patrimoniale delle idee, aveva formulato Esquirol dicendo: che l'imbecille è un povero, il demente un fallito. Il loro livello intellettuale è il medesimo: l'uno non sale perchè è impotente a imparare; l'altro discende perchè ha disimparato quello che sapeva. Tuttavia, bisogna soggiungere, l'imbecille non rassomiglia affatto al demente. L'imbecille è anche psichicamente la caricatura più o meno adulta d'un fanciullo: la sua andatura, la sua pronuncia, ma sopratutto la sua mimica, il suo repertorio verbale, la sua ingenuità e la sua vanità portano l'impronta dell'infantilismo. Il demente, per quanto grave, conserva, in mezzo alle rovine, i residui d'una intelligenza evoluta: qualche nozione scientifica e morale, molte espressioni elevate, una certa dignità di contegno che gli danno la solennità esteriore d'un personaggio normale e coprono a prima vista le sue deficienze.

Per determinare il valore intellettuale d'un individuo, noi non dobbiamo dunque limitarci a misurare il corredo permanente delle sue idee, ma anche la capacità non sempre costante che dimostra ad usarne e ad accrescerlo. La somma numerica delle idee esistenti in potenza, il loro grado gerarchico, la solidità della loro coesione sono il capitale in sè stesso. Ma la maniera con cui il capitale è stato raccolto, la facilità abituale di servirsene e l'attitudine ad aumentarlo, sviluppandone i corollarî, formano un altro capitale più intimo e fondamentale, che chiamiamo *talento* o *intelligenza*. È questo il capitale che scarseggia originariamente negli imbecilli, che va in parte perduto nei dementi. Ogni malattia mentale, anche se interessa le sole funzioni affettive, è una minaccia all'in-

tegrità dell'intelligenza, che può anche subire eclissi temporanee e mutilazioni permanenti, ma limitate. Un esempio assai dimostrativo di questa sospensione dell'attività intellettuale ci è dato dall'*amenza attonita*; e un altro esempio, di solito meno grave, dal *mixedema*.

ALTERAZIONI NELL'ORDINAMENTO DELLE IDEE.

Si dice che è alterata la *successione delle idee* quando l'ordine delle rappresentazioni interne cessa di corrispondere all'ordine degli avvenimenti esterni, ossia alla realtà. Noi ci manteniamo in contatto continuo con la realtà mercè le percezioni che ci rispecchiano l'ordine attuale delle cose, mercè i ricordi che ci riproducono il loro ordine passato, e mercè le nozioni generali che ci schematizzano l'ordine astratto o ideale del mondo esteriore, permettendoci di distinguere ciò che è possibile da ciò che è impossibile.

Le forme più lievi di disordine ideativo consistono in una semplice *prevalenza del pensiero fantastico*, ossia con programma libero, sul pensiero che dovrebbe applicarsi alla riproduzione subiettiva e il più possibilmente esatta della realtà. I malati dimostrano un certo disinteresse e una certa disattenzione di fronte ai piccoli ed ai grossi problemi che continuamente si presentano all'intelligenza, mentre sono portati all'osservazione superficiale e futile delle cose esterne, come gli animali, i bambini e in genere gli esseri inferiori. I semplici di spirito, i dementi giovanili, i paralitici allo stadio prodromico, i dementi senili nelle fasi di tregua, e molti altri malati di mente che non delirano e che si comportano non senza una certa passiva saviezza, tradiscono spesso un minimo grado d'indebolimento mentale appunto per questa loro indifferenza. Essi cessano di disciplinare con la dovuta continuità e col dovuto rigore la propria attenzione. Se anche nell'astrazione delle idee non vi è un disordine formale, si vedono i segni d'una certa fiacchezza nel loro ordine di successione. Simili malati figurano fra i *normali* di modesto livello intellettuale, fra i *nevrastenici*, fra gli esordienti alla *paralisi progressiva* e fra i casi di *guarigione incompleta*. Gli spostamenti nell'ordine delle idee stanno in rapporto con la mancanza o con la deformazione di molti fra questi elementi: percezioni, ricordi, idee generali, che formano la trama del nostro pensiero. Senza lacune o deformazioni estese del contenuto rappresentativo, non vi è possibilità di disordine, perchè le idee che corrispondono direttamente od armonizzano logicamente con la realtà hanno in sè una virtù suggestiva che provoca le successioni normali e quindi impedisce le successioni scorrette.

Occorre un certo numero d'allucinazioni o d'errori per deviare e sconvolgere l'ordine logico delle idee; occorrono estese lacune per arrestarlo o soffocarlo. D'altra parte lo sbandarsi delle idee senz'alcun ordine favorisce l'insorgenza di nuovi errori e convinzioni deliranti che pullulano inesauribilmente in tutti i casi gravi di disordine mentale, dando luogo al così detto *delirio caotico*.

Questa solidarietà reciproca fra il contenuto qualitativo e quantitativo del nostro pensiero da una parte e la successione delle idee dall'altra è facilmente dimostrabile negli imbecilli e in certi paranoici con delirio sovrabbondante. Gli *imbecilli* non sono così poveri d'idee da dover rinunciare senz'altro a qualunque iniziativa mentale, ma il loro fardello è così meschino, che spesso, per difetto d'idee direttive e correttive, si espongono ad episodî di delirio paranoide con carattere confusionale, non per eccesso di passione, ma per difetto di riflessione. E parimente gli *ebefrenici* sovraccarichi di convinzioni o di dubbî deliranti finiscono col cadere nel disordine perchè perdono quasi del tutto la retta visione della realtà, sicchè rassomigliano ai dementi o ad amenti cronici.

Al contrario, le alterazioni molto limitate delle percezioni, dei ricordi o delle idee generali, un'allucinazione isolata, un'amnesia circoscritta, un singolo errore di giudizio non modificano profondamente il corso generale delle idee. Le stesse idee incoercibili minacciano, molestano, affaticano il pensiero, ma non riescono ad alterare la sua corrispondenza con la realtà.

I disordini ideativi sono dunque costantemente legati ad alterazioni piuttosto vaste nella qualità e nella quantità delle idee. Un grado notevole di disordine si rivela sotto la forma assai visibile della *disorientazione parziale*, e porta il malato ad ignorare la propria esatta situazione nel tempo e nello spazio, a non ricordare od a localizzare impropriamente i particolari della propria vita, a non riconoscere l'identità o l'ufficio delle persone che gli stanno d'intorno.

La disorientazione parziale può dipendere da una folla d'*allucinazioni*, specialmente visive, che distraggono il malato dall'osservazione dell'ambiente reale e lo ingannano sulla sua configurazione. Così avviene, talvolta per pochi minuti, nelle malattie febbrili, nell'ubbriachezza, nell'affascinazione ipnotica, nello stato ipnagogico del dormiveglia, in certi incidenti circolatorî della demenza senile; e, per tratti di tempo più lunghi, nelle crisi dell'isterismo e nel decorso del delirium tremens. I disturbi della *percezione* non sopprimono, ma falsificano talmente la nozione dell'ambiente, che costituiscono la causa più frequente della disorientazione parziale. Questo fenomeno è infatti di regola in una psicosi per eccellenza allucinatoria, vale a dire nell'*amenza confusionale*.

Altre volte la disorientazione parziale è un effetto di gravi *laeune mnemoniche*, e si manifesta dopo un *trauma*, nella *demenza apoplettica* e *senile*, nella *paralisi progressiva* e nella *eonvalescenza* delle psicosi acute come la mania e l'amenza.

Un celebre pittore italiano, che aveva sofferto per otto mesi di amenza con glicosuria e gravissime convulsioni, ricupera la propria lucidezza abituale, torna con grande successo ai suoi pennelli, sostiene brillanti discussioni d'estetica; ma non riconosce più nè i proprî amici, nè i proprî quadri. Durante il lunghissimo periodo di convalescenza, ha la coscienza completa della propria disorientazione; ma persuaso con ragione che d'altra parte la sua intelligenza è conservata, si compiace scherzosamente delle sorprese che gli procura la sua amnesia, permettendogli di rinnovare con un sapore di freschezza le vecchie amicizie e di criticare o lodare senza preconcetti le creazioni artistiche che non riconosce per sue.

Altri malati ignorano d'essere o d'essere stati al manicomio; non sanno chi ve li ha condotti, nè da quanto tempo vi si trovano; scambiano gli infermieri per guardiani carcerari; o cadono in equivoci sulla propria età, residenza, stato civile, sebbene il loro contegno e la loro maniera di interloquire non escano visibilmente dalla norma.

Nella *paralisi progressiva* e nella *demenza senile* si verificano momenti e fasi di disorientazione parziale anche per deficienza od alterazione più o meno durevole delle *nozioni generali*. I malati restano inermi di fronte alle suggestioni malevoli ed alle autosuggestioni accidentali; e in uno stato di credulità puerile, interpretano alla lettera racconti ed apparenze che con una minima dose di critica si potrebbero subito sfatare. Essi possono credere di fare una lunga corsa a cavalcioni d'una seggiola che non si muove; di navigare per lontani lidi senz'uscire di casa; di possedere il manicomio in cui sono ricoverati tra i poveri; di discorrere col ritratto d'un parente defunto; di avere in mano dei tesori perchè contano delle marche da giuoco o dei fogli di carta senza valore. Nonostante queste incoerenze, gli stessi malati sono in grado di sostenere una conversazione assennata per abitudine ed a base di luoghi comuni.

Quando è compromesso un numero ancor più grande di percezioni, di ricordi o d'idee generali, sia nel senso dell'alterazione qualitativa, sia nel senso della sospensione o della distruzione, si cade nella *disorientazione totale* o quasi totale. Questo stato si può produrre in due maniere e per due origini completamente diverse.

Si chiama col nome di *confusione mentale* il grave disordine che si verifica in forma acuta per alterazione transitoria o per sospensione di molti processi ideativi. La confusione mentale è una sindrome caratteristica dell'*amenza allucinatoria* e dell'*amenza attonita*, accompagna i vaniloqui del *delirio febbrile*, presiede agli *equivalenti psichici* come pure agli stati

pre- e postaccessuali dell' epilessia e dell' isterismo, e interviene qualche volta come una fase più o meno prolungata nel decorso della *paralisi progressiva*, dell'*imbecillità*, della *demenza giovanile*.

Si chiama invece col nome d'*incoerenza psichica* quel disordine cronico che deriva non tanto dall'irregolarità dei poteri percettivi, quanto piuttosto dalla perdita irreparabile dei ricordi e delle nozioni generali. Mentre la confusione è una sindrome eminentemente amenziale, l'incoerenza è una sindrome eminentemente demenziale. Di raro l'incoerenza determina un disordine pari a quello della confusione acuta: ciò non avviene, in ogni modo, che nei casi più gravi di *demenza paralitica*, di *demenza giovanile* e di *demenza senile*, che assolutamente non comportano più reintegrazione di sorta.

STATI DI SEMICOSCIENZA.

Un alto grado di dissociazione taglia contemporaneamente tutte le comunicazioni con l'ordine presente, passato e teorico degli avvenimenti, ed isola il malato da ogni contatto attuale, mnemonico o logico col mondo obiettivo, compreso il suo corpo. Se tuttavia le percezioni persistono in forma normale, ciò che è raro nella confusione acuta, ma frequentissimo nell'incoerenza cronica, non per questo la disorientazione cessa dall'essere completa, poichè le immagini attuali perdono ogni valore quando venga a mancare la loro integrazione coi ricordi, che sarebbe capace di trasformarle in idee. I confusi e gli incoerenti discorrono ed operano in modo del tutto insensato; essi diventano refrattari alla maggior parte degli eccitamenti esterni ed interni, e finiscono col perdere persino la nozione della propria personalità psichica e somatica.

In questi casi tende ad estinguersi od a sospendersi anche l'attività della coscienza, perchè *non v'è coscienza senz'almeno un barlume di conoscenza*. Fra l'estremo disordine mentale e l'assoluta incoscienza la distanza è altrettanto piccola come quella che intercede fra il sogno e il sonno letargico od anideico. E infatti, sia allorquando nella mente parlano insieme percezioni ed idee male associate, sia allorquando le loro voci riescono fievoli e fiaccamente associate, la facoltà di discernere è egualmente compromessa da quel frastuono disarmonico e da quel quasi silenzio. Perciò col discernimento si oscura la coscienza, che attinge il suo perenne alimento dalle rappresentazioni intense, associate e il più possibilmente nitide. La coscienza non consiste anzi in altro che in una serie di *distinzioni*, ossia di riscontri od associazioni *differenziali*. Perchè la coscienza rimanga accesa, bisogna che non manchi la materia prima

alle sue distinzioni, cioè che continuino a formarsi le idee o per lo meno le rappresentazioni. Perchè poi la coscienza mantenga anche quella luminosità che permette le distinzioni precise e che la rende completa, occorre che i termini delle distinzioni non vi arrivino in tal numero e in tal disordine, da riuscire inassociabili. Perciò i *confusi* e gli *incoerenti* si trovano in *istato crepuscolare* o di *semicoscienza*, e si dice che la loro coscienza è obnubilata. Quando poi gli eccitamenti esterni non riescono più nè a diventar processi rappresentativi (atti di distinzione), nè a provocarne, e si esaurisce più o meno presto il pensiero interiore, che è attività di distinzioni mnemoniche, rimane totalmente sospesa ogni funzione psichica (anche i sentimenti non vivono senza un contenuto rappresentativo) e si arriva senz' altro all' *incoscienza* come nel *sonno* senza sogni, nel *coma epilettico* e *febbrile*, nel colmo dell' *amenza attonita*, nel supremo abbrutimento della *paralisi progressiva* e forse nel *raptus melancholicus*.

L'incoscienza è dunque il termine-limite a cui tendono tanto la confusione mentale come l'incoerenza. Tutti i confusi e tutti gli incoerenti sono candidati all' incoscienza.

CAPITOLO VI.

La Memoria

FISIOLOGIA DELLA MEMORIA.

La memoria è l'attitudine che hanno gli stati di coscienza a rinnovarsi, sotto l'azione dei processi associativi, in forma di rimembranze o ricordi. Per mezzo della memoria si organizza l'esperienza, che è una condizione indispensabile all'esercizio anche il più elementare dell'attività mentale.

Da un punto di vista piuttosto largo, tutte le rappresentazioni non sono che ricordi più o meno larvati o aggregazioni più o meno complesse di frammenti mnemonici. Salvo (fino ad un certo limite) l'istante della percezione, il nostro pensiero, sia che ragioniamo, sia che fantastichiamo, non può mai svolgersi sopra un materiale ignoto e deve attingere nella memoria gli elementi necessari alle sue costruzioni. La nozione del passato, l'esplorazione dell'avvenire e persino la percezione del presente, in quanto è riconoscimento e giudizio, si devono considerare come applicazioni o utilizzazioni dei nostri dati mnemonici.

Da un punto di vista più ristretto, la memoria è la capacità non solo di riprodurre uno stato di coscienza antecedente, ma anche di avvertire con una certa esattezza il rapporto fra la copia e l'originale. Quest'ultima condizione non è necessaria e non si verifica quasi mai di fronte agli atti di fantasia, ai processi d'astrazione, ai ragionamenti in genere. Quantunque queste operazioni mentali richiedano, per causa delle immagini che impiegano nel loro giuoco, il beneficio d'una proprietà ritentiva, noi non abbiamo bisogno, compiendole, di riscontrare nelle immagini impiegate il loro certificato di provenienza, ossia d'identificarle, come veramente sono, per nostre vecchie conoscenze. Solo nei processi di memoria propriamente detti la rappresentazione mnemonica viene riconosciuta come la reviviscenza d'una situazione o d'un momento già vissuto nel passato e che appartiene alla nostra storia personale.

I ricordi affini per la loro data d'origine, pel loro contenuto e per la loro intensità formano dei gruppi naturali e subiscono le stesse vicende sia nella loro evoluzione, sia nella loro dissoluzione. Perciò si dice che esistono delle *memorie* (Ribot), non già una sola memoria unitaria. La patologia ci conferma questo principio, insegnandoci come i ricordi possano scomparire per categorie di tempo, di qualità e di gradazione intensiva, ciascuna delle quali gode d'una certa autonomia rispetto alle altre.

Le irregolarità della memoria hanno formato argomento di studî importanti da parte di psicologi e clinici, ma nella sintomatologia delle malattie mentali non furono valutate come meritavano. La causa di questa trascuranza è doppia: da un canto le alterazioni più gravi danno luogo ad errori o lacune indirette, ma appariscenti della percezione e dell'intelligenza, come accade nella cecità psichica, nella cecità verbale e in altre forme di così detta *asimbolia*, che ora vengono collocate fra i casi di amnesia (Monakow, Dejerine); dall'altro canto i disturbi minori della memoria, le sue eclissi momentanee e le sue insufficienze durevoli, se sono limitate ed allo stato puro, alterano così poco le linee principali della personalità psichica, che passano per semplici imperfezioni, anzichè per sintomi di malattie mentali. Nonostante questo, ogni irregolarità evidente della memoria introduce nei diversi quadri psicopatici un elemento caratteristico e spesso decisivo pel giudizio clinico ed anatomico che se ne può dare.

Non si deve identificare la memoria con la semplice persistenza di una attitudine funzionale e nemmeno col perfezionamento delle disposizioni anatomiche che servono di base all'associazione fra le immagini. Questi fatti o per dir meglio queste leggi sono certamente, come vedremo, condizioni necessarie della memoria, ma non sono tutta la memoria e quindi non sono memoria. Fu designata come una forma di *memoria organica* (Hering) anche la crescente destrezza con cui operano i muscoli negli esercizî abituali (abbottonarsi gli abiti, sonare il pianoforte, scrivere); ma in simili casi il perfezionamento (che non è indefinito) degli atti muscolari non è dovuto all'accumulo di pretesi ricordi nella sostanza del muscolo, bensì alla *spinalizzazione* (o quasi) degli impulsi motorî, che significa semplificazione, perchè sopprime da un lato tutti i processi coscienti, dall'altro tutti i movimenti superflui che complicavano il periodo del tirocinio. L'automatizzazione degli atti coscienti è dunque un processo di graduale dissuetudine, che conduce ad una perfezione relativa non perchè aggiunga qualche cosa (la memoria), ma soltanto per quel che toglie (i movimenti imbarazzanti).

Perciò non vi è memoria senza coscienza. La coscienza deve avere accompagnato l'immagine primitiva e riaccompagnarsi con l'immagine ripetuta,

tanto più che toccherà ancora ad essa, per completare l'atto mnemonico, di verificare la somiglianza fra le due situazioni: quella in cui si trova e quella in cui s'era trovata. Infatti l'esercizio genuino e regolare della memoria richiede una serie di condizioni che soltanto i centri nervosi, e non tutti nè sempre, sono in grado di realizzare interamente.

1.° Anzitutto è necessaria la *formazione di traccie mnemoniche* che protraggono negli elementi nervosi la presenza (allo stato latente) del processo psichico destinato o candidato a rivivere come ricordanza. Perciò ogni stato di coscienza che non sia condannato all'oblio per congenita insufficienza lascia sulla via percorsa (o sopra un tratto di questa via) un reliquato organico che modifica più o meno stabilmente il chimismo o la struttura dei neuroni cointeressati, dotandoli d'una nuova capacità funzionale.

Forse ogni rappresentazione in atto determina un'ipertrofia funzionale nei processi protoplasmatici e negli axoni interessati; le vibrazioni molecolari si fanno più intense e si propagano, alterando momentaneamente la forma dei dendriti; e così, se le condizioni sono favorevoli, rampollano nuove espansioni e collaterali in permanenza. In ogni modo le traccie che contrassegnano l'attitudine mnemonica (e da cui non germoglieranno i ricordi che sotto l'azione feconda dei processi associativi) si formano quando l'energia dello stimolo esterno o la squisitezza dell'organo ricettore o lo sforzo dell'attenzione o il sovrapporsi d'un sentimento vivace accrescono lo splendore del fenomeno cosciente. Ogni nuova attuazione dello stesso fenomeno cosciente sotto forma di rimembranza, di rappresentazione fantastica o di ripetizione identica fortifica la capacità mnemonica perchè determina la formazione di nuove traccie che surrogano le preesistenti o vi si aggiungono.

Gli antichi, fino dal tempo di PLATONE, consideravano le traccie mnemoniche come un'impronta sulla cera (teoria materiale); altri, senza far avanzare la questione con questo, inclinano piuttosto ad interpretarle come uno stato di tensione molecolare che al sopravvenire d'un eccitamento sprigiona il ricordo e si ricarica (teoria dinamica). Comunque sia, fino a pochi anni sono si ammetteva generalmente che lo stato di coscienza originario, l'inscrizione preventiva delle sue traccie mnemoniche e le conversioni successive delle traccie in atti di rimembranza fossero processi diversi e diversamente determinati, ma tutti centralizzati negli stessi elementi anatomici (BAIN, SPENCER, WUNDT, JAMES, BINET). Oggi invece, non senza valide ragioni, specialmente cliniche, si propende sempre più a ritenere che le immagini mnemoniche, sia allo stato latente, sia allo stato attivo, si localizzino in elementi o strati corticali diversi da quelli che ricettano per un momento la sensazione primitiva (MUNK,

Wernicke, Ziehen, Horvicz); od anche in aree ultrasensitive ed affatto staccate della corteccia cerebrale (Nothnagel, Bianchi, Flechsig, Ramón y Cajal), dove le sensazioni elementari, prolungando il loro cammino, vanno a prenotarsi tra i simboli ideo-mnemonici e così diventano capaci di ricomparire all'occasione o come immagini indifferenti o come ricordi autenticati.

Volendo riferire il concetto semplicista di Spencer e di Wundt ai dati dell'istologia odierna, si dovrebbe pensare che un sistema invariabile di neuroni vicini o lontani, ma vibranti all'unisono, serva di veicolo a tutte le forme di rappresentazione con ugual contenuto, riunendo in sè stesso i tre uffici: *a*) dell'ammissione per la sensazione primaria, *b*) dell'emissione pel ricordo in atto, *c*) del deposito per le traccie mnemoniche che mantengono fra la sensazione e il ricordo in atto la continuità latente. E con questa triplice identità di localizzazione si spiegherebbe l'eguaglianza (discutibile) fra i due processi estremi ed attivi, cioè fra gli stati di coscienza che corrispondono rispettivamente alla sensazione ed al ricordo.

Secondo le ipotesi dualiste, che nel loro principio fondamentale armonizzano assai meglio coi fatti clinici ed anatomo-patologici di emianopsia, di cecità psichica e di cecità verbale, le sensazioni primitive che si formano bilateralmente nei centri sensoriali dei due emisferi non acquistano carattere simbolico (ideativo o mnemonico) che unilateralizzandosi nei centri superiori di associazione corticale, i più noti dei quali sono collocati nell'emisfero sinistro; e con questa interpretazione si capisce fra l'altro perchè nei casi di emianopsia gli oggetti si vedano dimezzati, ma si pensino e si ricordino interi, e perchè le rimembranze rassomiglino assai più alle idee che alle sensazioni.

La formazione di traccie mnemoniche si deve ritenere come una premessa necessaria non solo alla perpetuazione di singole immagini isolate, ma anche al ricordo dell'ordine con cui sono aggregate o si seguono. Nessuno ignora che noi non ricordiamo soltanto immagini, ma anche rapporti, più o meno manifesti e pure assai efficaci, fra immagini; e poichè le stesse immagini isolate non si fissano e non si risvegliano dallo stato di latenza se non per mezzo di processi associativi, si deve concludere che il contenuto della nostra memoria si estende anche a gran parte delle associazioni, e che, se abbraccia immagini isolate, ciò non avviene che in quanto esse sono state e possono ridiventare termini di rapporti associativi.

Ora bisogna tener presente che ogni processo associativo, sia che prepari o provochi una rimembranza, sia che dia luogo ad una rappresentazione qualunque o ad un atto volitivo, può, come è notorio, rendersi facile e famigliare a furia di ripetersi. In tal caso i neuroni consociati mo-

mentaneamente nell'azione finiscono per unirsi in una stabile solidarietà funzionale, formando un'associazione d'abitudine che ha certamente per base una maggiore intimità dei loro rapporti anatomici. È probabile che questo risultato si raggiunga per un processo progressivo d'ipertrofia funzionale che conduce all'accrescimento più o meno durevole dei neurodendri che connettono gli elementi nervosi e quindi al reciproco ravvicinamento di questi ultimi. Ora, il processo d'ipertrofia funzionale, in quanto determina lentamente il ravvicinamento fra i neuroni solidali, può invocarsi come la causa anatomica della speditezza e precisione con cui si compiono le associazioni abituali di qualunque genere, comprese le mnemoniche; e in quanto poi, per determinare questo effetto d'insieme, deve modificare individualmente anche i singoli neuroni, esso è l'espressione concreta delle traccie mnemoniche che fissano l'immagine allo stato latente e la rendono pronta ai possibili richiami di nuovi processi associativi.

2.° Le traccie mnemoniche possono formarsi, ma scomparire irreparabilmente a scadenza più o meno lunga; la durata della loro *conservazione* dipende dalla capacità personale di memoria, dall'interesse del ricordo e dal numero delle sue ripetizioni. Così si salvano indefinitamente o quasi molti ricordi, tra futili e importanti, che il ripetuto esercizio sottrae all'esaurimento funzionale del disuso; e così perisce ogni giorno in via fisiologica una folla di ricordi futili, per esempio di ciò che s'è mangiato a pranzo una settimana prima o del tempo che faceva.

Ogni ricordo in atto dà luogo alla formazione di nuove tracce organiche che si sommano con le precedenti o coi loro rimasugli. Questo processo di rinnovamento, che ringiovanisce le traccie mnemoniche, concorre efficacemente a preservare dalla rovina una gran parte dei nostri ricordi e specialmente quelli che sono raccomandati a più frequenti appelli dall'importanza intrinseca del loro contenuto. Ma non mancano i ricordi che si conservano per lunghissimo tempo allo stato latente per una straordinaria capacità di memoria o per una singolare fortuna di origine.

La conservazione delle traccie mnemoniche da una parte e la loro formazione dall'altra possono comportarsi diversamente nella stessa persona o per le varie memorie, restando entrambe entro i limiti della fisiologia. Vi sono memorie tenaci, ma più o meno stentate; o memorie facili, ma di poca durata; nelle une è più spiccato l'elemento conservativo, nelle altre l'elemento formativo.

3.° L'*evocazione* del ricordo è il fatto culminante con cui la memoria si afferma e passa dallo stato potenziale all'attuale. È ben difficile che uno stato di coscienza conservi le proprie traccie se non è mai rievocato; e in ogni modo la verificazione della sua rievocabilità, che è l'essenza

stessa della memoria, non è possibile se in pari tempo non si effettua la rievocazione. La rievocazione dei ricordi si compie per via associativa, cioè per un'azione nervosa esterna al sistema dei neuroni cointeressati nel fatto mnemonico; e perciò obbedisce alle leggi dell'associazione psichica che sono comuni a tutte le rappresentazioni. Il ricordo assopito nello stato latente dev'essere risvegliato, come del resto è necessario per qualunque altra idea, dalla presenza di sensazioni, d'immagini, d'idee o d'altri ricordi, che contraggono rapporti improvvisati o rinnovano rapporti antichi con l'immagine evocata.

Perchè l'evocazione d'un ricordo o di un'idea sia possibile, bisogna che non siano completamente rotti i rapporti anatomici e funzionali fra il sistema di neuroni che è il depositario delle sue traccie e i neuroni intracerebrali che stanno fuori da quel particolare sistema, ma che possono influenzarlo. Se tali rapporti sussisteranno per intero, l'evocazione sarà facile, frequente ed intensa; se si renderanno più scarsi, sarà difficile, rara, sbiadita; se si renderanno nulli, sarà impossibile.

4.° Un atto completo di memoria implica non solo la riapparizione dell'immagine ricordata, ma anche il *riconoscimento* della sua origine. In altre parole, non basta che il ricordo sia ripensato: bisogna che sia anche autenticato come un reduce del nostro pensiero, il che gli conferisce un carattere psichico del tutto particolare in confronto alle altre idee. Questa specie di consacrazione si raggiunge per mezzo di speciali process associativi, la cui necessità conferma la dipendenza della memoria dalle leggi d'associazione.

Un ricordo che si affacciasse alla coscienza in modo isolato, all'infuori dell'attività d'associazione e senz'alcun vincolo con altri ricordi, non potrebbe essere nè evocato, nè (tanto meno) riconosciuto per ciò che veramente è, ossia come la nuova edizione d'una rappresentazione già provata; e ricadrebbe nella categoria delle immagini o delle idee ordinarie. Solo in seguito al riconoscimento noi distinguiamo fra un fatto semplicemente possibile e un fatto avvenuto, o con precisione anche maggiore fra ciò che è avvenuto ad altri e ciò che si riferisce a noi.

Ora, fra le associazioni psichiche che permettono il riconoscimento, si deve tener conto in primo luogo di quelle che complessivamente e confusamente ci infondono il sentimento della *continuità personale* per riguardo al nostro io e della continuità storica per riguardo all'ambiente esterno. Il riconoscimento è favorito anche dalle associazioni che rendono possibile, per lo meno approssimativamente, la *localizzazione del ricordo nel tempo* (a cui si aggiunge qualche volta anche la localizzazione nello spazio). La prima di queste sub-condizioni della memoria (condizione diretta del riconoscimento) è sempre presente o se non altro è sempre appellabile nel-

l'uomo normale e che non dorme; la seconda non si verifica che nel momento della rimembranza perfetta e richiede a sua volta la presenza in seconda linea d'altri ricordi, che servono di cornice all'immagine rievocata e riconosciuta e le fanno una posizione nel passato.

La natura schiettamente associativa del processo per mezzo del quale i ricordi vengono fissati, evocati e riconosciuti, risulta in modo evidente quando anche l'altro termine del rapporto mnemonico è una rappresentazione di luogo la cui intensità vada soggetta a mutamenti. Il ritorno dopo una lunghissima assenza nella città o nella casa dove si è passata l'infanzia, rinforzando le immagini mnemoniche che rivediamo allo stato attuale, le rende improvvisamente capaci di rimorchiare anche quelle immagini collaterali che credevamo per sempre perdute: rivedendo una strada od una camera che rammentavamo anche prima, ma debolmente, ci sovviene ad un tratto, per associazione di contiguità spaziale, anche d'un abitante o di un oggetto o d'altre strade o d'altre camere vicine che non abbiamo ancora riveduto, che forse non esistono più, e di cui non si sarebbe mai ricuperata la memoria senza il risveglio inopinato dell'altro termine associativo.

5.° Un'ultima condizione è necessaria alla riproduzione di un ricordo, cioè la *coesione interna delle traccie elementari* che lo costituiscono: la vibrazione di un neurone deve ridestare quella di tutto il sistema se il ricordo è completo, o di gran parte del sistema se il ricordo è attenuato. In caso diverso la rappresentazione riprodotta rassomiglierà così poco alla primitiva, che non sarà più riconosciuta per la sua copia, e si avrà un'immagine qualunque, non già un ricordo localizzabile nel tempo.

PATOLOGIA DELLA MEMORIA.

Ciascuna delle leggi che presiedono fisiologicamente allo sviluppo, alla conservazione ed all'esercizio attivo della memoria trova numerosi e precisi riscontri nella patologia cerebrale.

Agenesia delle traccie mnemoniche. — Non possono lasciare traccia di sè quegli stati di coscienza che sono costituzionalmente deboli per difetto d'attenzione, come avviene negli *idioti* e in parte anche negli *imbecilli*. Oppure le traccie mnemoniche cessano di formarsi per un disturbo acquisito di nutrizione, per semplice perdita involutiva della plasticità funzionale, per atrofia. È questo il caso dei *vecchi* in istato più o meno pronunciato d'indebolimento mentale, donde la mancanza di ricordi contemporanei (quasi sempre parziale) e la conservazione degli antichi. Ed è

pure il caso di quei malati che, per un traumatismo fisico o morale, presentano una lacuna mnemonica di tutto ciò che è avvenuto dal momento del sinistro in poi per un certo tempo, benchè non abbiano perduto od abbiano ricuperato subito la coscienza: *amnesia anterograda.*

La mancata formazione delle traccie mnemoniche non ha importanza se non quando impedisce il ricordo d'impressioni intense e interessanti o per lo meno assai numerose o di un genere affatto particolare. Quest'ultimo fenomeno si coglie al vivo in certi casi di *alexia* incompleta: i malati possono ancora leggere le parole brevi, ma non le più lunghe, perchè arrivati che sono alle ultime sillabe hanno già dimenticato le prime o per dir meglio non sono riesciti a fissarne le traccie neppure per un istante. Qui dunque non è punto perduta la nozione schematica della lettura, e si conservano ancora le traccie sia delle immagini grafiche che si erano formate anteriormente, sia del modo di associarle fra di loro; ma non si formano più le traccie delle immagini *attuali*, e perciò le lettere alfabetiche non possono essere associate che allo stato di pure percezioni.

Qualche volta (fatto importante per la diagnosi) lo stato prodromico della paralisi progressiva è appunto contrassegnato da poche ma enormi, o da piccole ma continue dimenticanze. Piuttosto che di vere dimenticanze, si tratta di impressioni che, malgrado l'energia dello stimolo esterno, non riescono a cattivarsi l'interesse del malato, e perciò rimangono nel dominio effimero dei centri sensoriali senza poter elevarsi a quei centri soprasensitivi dove si formano i simboli ideo-mnemonici.

Le traccie mnemoniche si formano (e si conservano) con facilità straordinaria in certi individui che si distinguono appunto per la loro memoria. Talvolta l'eccellenza della memoria per la sua parzialità a favore di certe immagini determinate e per la stessa sua eccessività, più imbarazzante che utile, acquista un significato quasi mostruoso, come in certi eruditi, poliglotti, calcolatori e giuocatori di scacchi senza scacchiera. Non sono che *ipermnesie sistematiche* i talenti parziali di vari imbecilli (ve n'è un esemplare in quasi ciascun manicomio), che superano notevolmente la media dei normali nella facilità di ricordare melodie, numeri e squarci di libri che talvolta non capiscono. Ed anche in queste forme d'ipermnesia degli imbecilli vi sono diverse gradazioni: dal deficiente che ricorda soltanto l'orario delle ferrovie o tutti i santi del calendario si arriva fino a quello che non solo fissa nella memoria una serie di numeri, ma sa profittare di questa sua dote per risolvere a memoria calcoli abbastanza complicati. Da questi imbecilli calcolatori agli eruditi mediocri non vi è una grande distanza.

Cancellazione delle traccie mnemoniche. — La cancellazione delle traccie

già formate, ossia la perdita dei ricordi che figuravano nel bilancio attivo della nostra memoria, acquista un significato patologico quando in luogo di colpire alla spicciolata e dopo un certo tempo ricordi vecchi o poco importanti o poco evocati, fa strage sommaria delle reminiscenze che sono collegate da comunità d'origine o di contenuto. Per lo più queste dimenticanze *vere* sono dovute a cause organiche che le rendono anche irreparabili: a lesioni diffuse degli elementi nervosi, come nella demenza senile e negli altri processi demenziali, oppure a focolai distruttivi che colpiscono la corteccia cerebrale. Nel primo caso l'amnesia è lenta, progressiva e generale, benchè possa risparmiare anche un numero abbastanza considerevole di ricordi isolati. Nel secondo caso l'amnesia è improvvisa e quasi sempre assoluta, ma circoscritta ad una od a poche funzioni speciali, che corrispondono esattamente alla sede del focolaio.

La perdita dei ricordi per lesioni diffuse del cervello è soggetta a leggi conosciute anche popolarmente. Nel repertorio verbale, la cui ispezione è assai facile, primi a scomparire sono i ricordi delle parole meno usate, per esempio i nomi degli estranei; seguono i sostantivi in genere; ultimi a sopravvenire sono i verbi e gli aggettivi, la cui scomparsa caratterizza i gradi più bassi della demenza; ma, salvo nei casi d'incoscienza e di totale anideismo, sono ancora possibili le interiezioni o alcune singole parole od una singola sillaba a cui i malati affidano l'espressione d'idee, emozioni e desiderî affatto rudimentarî.

La perdita generale e progressiva dei ricordi già attivi è quasi sempre accompagnata dall'inettitudine a fissarne dei nuovi; e perciò l'amnesia senile non consiste soltanto nell'agenesia delle traccie mnemoniche dal principio del processo involutivo in poi, ma anche in un'abolizione delle traccie già esistenti, benchè fertilizzate da atti frequenti di rimembranza. I primi effetti dell'atrofia distruggono i ricordi più giovani; e così, tra i ricordi uccisi e i ricordi abortiti prima di nascere, si avvalora sempre più la legge per cui mancano le immagini dei fatti recenti, mentre persistono quelle della prima età, ossia le più antiche.

Siccome non si può concepire che il processo d'atrofia eserciti sugli elementi nervosi un'azione elettiva a seconda del loro contenuto mnemonico, si deve piuttosto ammettere che, nella fase iniziale, le connessioni anatomiche e le traccie organiche della memoria non siano soppresse in un punto e conservate in un altro; ma ch'esse subiscano un indebolimento abbastanza uniforme e diffuso, i cui effetti dissociativi ed amnestici si rendono manifesti ed irreparabili soltanto nei punti dove le associazioni erano già *ab origine* meno intime e le traccie meno profonde, ossia in quelli dove la memoria è meno organizzata. Il semplice rallentamento, senza interruzione, dei vincoli associativi, con sottrazione parziale delle

traccie mnemoniche, non abrogherà definitivamente i ricordi, ma li renderà più pallidi o più incerti. Ed anzi, se il processo di devastazione si arresta, non sarà impossibile di veder rifiorire (per mezzo di ulteriori, per quanto stentate, evocazioni) le traccie e i rapporti che stavano per morire. Questa eventualità favorevole si avvera nelle soste dell'involuzione senile a benefizio dei ricordi infantili. Dal momento che sono andati distrutti i ricordi recenti, è naturale che si rimetta a nuovo il repertorio antico, che per essere il meno devastato e quindi il meglio evocabile, diventa l'obiettivo preferito e il più accessibile sia alla semplice immaginazione (senza riconoscimento), sia all'attività di riproduzione mnemonica. In mancanza dei ricordi morti si ravvivano i ricordi morenti, e le reminiscenze d'infanzia godono la loro estate di San Martino.

Fra le amnesie circoscritte ed improvvise con cancellazione delle traccie mnemoniche sono assai note per la precisione dei sintomi e della localizzazione anatomica le tre forme di afasia che Pitres (per riservare un titolo più elevato all'afasia amnestica) ha designato col nome di nucleari: l'*afasia motoria*, la *sordità verbale* e la *cecità verbale*, i cui focolai corrispondono rispettivamente al piede della 3.ª circonvoluzione frontale, alla 1.ª circonvoluzione temporo-sfenoidale, ed alla piega curva; sempre (per tutti e tre) nell'emisfero sinistro, salvo il caso del mancinismo motorio che implica quasi sempre il destrismo cerebrale di tutte o di alcune fra le forme del linguaggio.

La funzione del linguaggio può subire anche altre e gravissime offese, che interessano ugualmente la memoria, ma che si riferiscono alle associazioni evocative, non già all'esistenza delle traccie. Avviene infatti per lesioni diverse ed eventualmente per la presenza di un focolaio, però con sede extra-nucleare, che i tre nuclei corticali del linguaggio rimangano integri, ma che siano interrotte le *comunicazioni inter-nucleari*. Avviene parimente che, restando integri i tre nuclei, vengano a troncarsi le *comunicazioni transcorticali* o *ideo-nucleari* fra uno o due di essi o tutti e tre da una parte e le altre regioni della corteccia dall'altra. Si capisce facilmente che in questi casi mancheranno sistematicamente certe maniere d'evocazione verbale, ma le traccie mnemoniche non saranno punto cancellate; e purchè il centro che le contiene non sia bloccato da tutti i lati, esse potranno evocarsi ancora per le vie rimaste integre. Simili lesioni, che aboliscono non un gruppo d'immagini, ma un complesso di rapporti, vanno naturalmente considerate dal punto di vista dell'evocazione, non da quello di cui stiamo trattando.

Sono invece della classe in discussione altre amnesie a focolaio che non riguardano il linguaggio. Fra queste, la più nota è la *cecità psichica*, di cui l'alexia non rappresenta che una forma e una localizzazione parziale.

La cecità psichica cancella le traccie mnemoniche delle immagini visive o una parte di esse. Quando l'amnesia non è totale, il che è frequentissimo, la lacuna è atipica, salvo il caso dell'alexia, e può mantenersi in proporzioni così piccole, da permettere ancora un largo esercizio dei processi intellettuali: in un caso meritamente celebre di CHARCOT erano perdute le immagini delle forme e dei colori ed anche quelle delle lettere, ma l'ideazione, i discorsi e la lettura si compivano ancora, salvo che il malato doveva articolare mentalmente la parola interiore o leggere ripetutamente ad alta voce le frasi che voleva ben capire o ricordare. In ogni modo questo stato di cose non impedisce la percezione visiva degli oggetti, ma pone nell'impossibilità di figurarseli e di riconoscerli.

Il cieco psichico che *vede* un cappello non può più intendere che cosa esso sia, nè a che uso serva, perchè insieme a molte altre ha perduto le immagini congeneri, la cui sintesi formava la nozione astratta di quell'oggetto; o piuttosto perchè ha perduto il *segno simbolico* in cui si concretava tale astrazione e che è localizzato unilateralmente nell'emisfero sinistro e precisamente nel centro dei simboli visivi. Così il malato si trova davanti ad un cappello come di fronte ad un caso nuovo: non solo ignora che si tratti di un cappello, ma per l'obliterazione o la scomparsa dell'organo funzionante non può nemmeno mettersi in grado d'impararlo. Però, se il focolaio non compromette che il centro dei simboli visivi, il cappello potrà essere riconosciuto, classificato e nominato pel tramite delle sensazioni tatto-muscolari, i cui simboli sono sovente del tutto illesi.

Le traccie cancellate per distruzione di elementi nervosi possono forse tornare a formarsi in altri elementi simili, ciò che costituisce la *compensazione* e che si cerca di ottenere per mezzo della *rieducazione*, ma solo nel caso che esista un territorio di riserva non intaccato dal focolaio. Perciò la rieducazione dei ciechi psichici e degli afasici che si trovano in condizioni simili è un tentativo esposto a frequenti insuccessi, benchè del resto non presenti il menomo inconveniente.

Combinata con la cecità psichica, e a quanto pare anche separatamente, può aversi l'amnesia dei simboli tatto-muscolari: *astereognosia*, *asimbolia tattile* od *agnosia delle impressioni tattili e muscolari*. Secondo WERNICKE, che ne illustrò due casi assai nitidi sia dal punto di vista clinico, sia da quello dell'anatomia patologica, la sede dell'astereognosia sarebbe nelle due circonvoluzioni rolandiche di sinistra e più precisamente al terzo medio.

Quando si sommano insieme la cecità psichica e l'astereognosia, dando luogo al quadro dell'*agnosia completa* od *asimbolia totale* (WERNICKE) o *demenza asimbolica* (HEILBRONNER), i malati non capiscono più il significato degli oggetti, non potendo i simboli superstiti, cioè quelli dei suoni,

degli odori e dei sapori, fornire nozioni abbastanza larghe sul mondo esterno. Questi soggetti sono ridotti ad uno stato di quasi assoluto anideismo: mordono una chiave, leccano un calamaio, si accingono ad afferrare una fiamma, si scoprono involontariamente, non sanno tirare a sè le lenzuola, vorrebbero uscire dalla loro camera, ma non conoscono più l'uso della porta e della maniglia. Oppure, malgrado la combinazione delle due asimbolie, rimane ancora un barlume di coscienza tattile e visiva perchè le immagini relative sono in piccola parte conservate: allora i malati si mettono in bocca il sigaro per traverso, tentano di bere da una bottiglia vuota e tappata, scambiano i calzoni per la giacchetta, uno specchio per una finestra, l'orinale per il bicchiere, tengono il cucchiaio al rovescio, sbagliano i nomi dei famigliari.

Incerta anatomicamente e rara clinicamente è la *sordità psichica*, per cui si cessa di intendere il valore dei suoni, compresi i verbali: quello d'una campana, di un orologio, di uno sparo.

Un'amnesia specialissima, che sembra localizzata nel misterioso emisfero destro, alla 2.ª circonvoluzione frontale, consiste nella perdita dei ricordi muscolari necessari al canto, mentre può persistere l'attitudine a riconoscere le melodie e ad eseguirle sopra uno strumento: *amusia* (Mann, Monakow).

Nella categoria delle amnesie muscolari, vicino all'afasia motoria e all'amnesia d'esecuzione vocale, vale a dire come una forma di *apraxia*, benchè si riferisca a movimenti involontari, si annovera anche l'*amimia*, che sarebbe localizzata nel talamo ottico di destra (Idelsohn). Un'altra forma di apraxia è l'*agrafia*, la cui individualità clinica è però negata da quasi tutti i nevrologi, che la riguardano come una semplice complicazione dell'afasia motoria (d'articolazione vocale) o dell'alexia.

Qualunque forma di amnesia a focolaio, come del resto ogni paralisi corticale, può essere simulata, senza che siano distrutti gli elementi nervosi, dalle azioni tossiche della *paralisi progressiva* e dell'*uremia*. In questi casi le traccie mnemoniche non sono perdute, ma semplicemente paralizzate: e infatti è caratteristica, tanto nelle amnesie paralitiche come nelle amnesie uremiche, la *transitorietà*. Fra esse spesseggiano le *monoafasie* (senza emiplegia) che nei paralitici compaiono in forme d'accessi e negli uremici sono spesso altrettanto effimere (Lancereaux, Rose, Baginsky).

Un altro genere di amnesia, completamente diverso, ma sempre con soppressione di traccie organiche, è quello che si collega ai traumi. In seguito a cadute, ferimenti, tentativi di suicidio (specialmente per impiccamento), commozione cerebrale, spavento od altre gravissime emozioni, l'amnesia assume spesso, oltre alla forma anterograda che abbiamo

già menzionato, anche la forma *retrograda*. Si ha così il tipo misto, che è appunto il più frequente, di *amnesia retro-anterograda*, ossia non solo la mancanza di memoria per ciò che è avvenuto poco dopo, ma anche l'oblio retroattivo di ciò che è avvenuto poco prima. Chi è investito da una carrozza, oltre a non ricordare l'urto, lo spavento provato, la località e i soccorsi ricevuti appena tornato in sè, dimenticherà completamente dov'era diretto e persino d'essere uscito di casa.

Disordini dell'evocazione mnemonica. — L'evocazione di molti ricordi, specialmente di quelli che non hanno carattere personale e che sono attaccati ad una serie complessa di associazioni logiche, può sospendersi momentaneamente e diventare impossibile anche in individui psichicamente normali durante un periodo di *emozione* o per uno stato di *esaurimento nutritivo*: davanti ad un superiore, ad un'assemblea, ad un tribunale o ad una commissione d'esami, oppure sotto l'azione dell'anemia o di un violento dolore fisico. In quest'ultimo caso e in molti altri si tratta d'una vera inibizione esercitata sul processo evocativo dalla prevalenza di altre associazioni e sopratutto da un sentimento di soggezione. Cessata questa prevalenza, cessa l'inibizione, e l'evocazione del ricordo è di nuovo possibile, anzi può riescire facile e spedita.

Il processo d'evocazione può fallire anche per uno stato più o meno abituale di distrazione. Ciò avviene frequentemente negli *imbecilli* per difetto generale d'attenzione attiva; e per una causa ben diversa, ma che produce lo stesso effetto, nei pensatori la cui attenzione attiva è in eccesso, ma rivolta tenacemente ad un ordine chiuso di problemi astratti che distolgono dalla contemplazione mnemonica dei fatti insignificanti.

Anche gli individui normali in condizioni non ordinarie, per esempio nella convalescenza di una malattia qualunque e nel risveglio dal sogno o dall'ipnosi, sono soggetti a difficoltà spesso insuperabili d'evocazione per tutto o per parte di ciò che è avvenuto durante la malattia, il sogno o lo stato d'ipnosi. Eppure le traccie mnemoniche delle immagini relative non hanno mancato di formarsi e di conservarsi: qualche volta tornano a brillare in atti vivi di rimembranza durante una recidiva o un nuovo sogno o un nuovo periodo d'ipnosi.

Indipendentemente dall'ipnosi, uno stato di cose simile a questo può avverarsi con alternative più o meno regolari in certi casi singolarissimi di isterismo. Si hanno così le *amnesie transitorie* od a periodi con reintegrazione successiva dei ricordi sospesi. Talvolta la vita delle malate, che tuttavia non perdono per questo la loro lucidezza, nè il sentimento della loro continuità personale, è un continuo avvicendarsi di due stati, che in sostanza non differiscono l'uno dall'altro se non per la diversità dei ri-

cordi evocati ed evocabili dalla coscienza: nello *stato primo* (ordinario) si dimentica ciò che è avvenuto nello *stato secondo* (lo straordinario) e perciò i ricordi rimangono interrotti per lacune regolari; nello stato secondo può darsi parimente che restino attive le rimembranze dei periodi similari e sospese quelle dei periodi ordinarî, ma può anche avvenire che rientrino in attività entrambi gli ordini di memoria, come nel celebre caso di Félida stupendamente descritto dal chirurgo Azam di Bordeaux.

Le amnesie alternanti portano nell'umore, nel carattere e nella condotta curiose modificazioni, che sembrano basate sopra un preteso *sdoppiamento della coscienza* o della personalità, ma che si spiegano assai più semplicemente appunto con la differenza del materiale mnemonico di cui la coscienza può disporre. Gli effetti dell'amnesia si possono valutare pienamente immaginando quel che avverrebbe se si staccassero qua e là alcune pagine d'un libro: nello stato ordinario si ritrovano le pagine rimaste, ma non le pagine staccate; nello stato straordinario o si ritrovano soltanto le pagine staccate o si ricostituisce la memoria attiva di tutto il libro, a seconda dei casi. Ciò che rende più strana la condizione delle isteriche soggette a queste alternative è il fatto che, verificandosi nello *stato secondo* o straordinario il ritorno delle due memorie, mentre nello *stato primo* od ordinario non sussiste che la memoria delle fasi normali, il bilancio mnemonico viene ad essere più completo nel periodo morboso che nel normale.

L'oblio totale o parziale per impossibilità d'evocazione è di regola nei guariti d'una malattia mentale che sia decorsa con offuscamento della coscienza e confusione delle idee. Le immagini nate nel disordine d'un delirio non possono rinascere nella corrente delle associazioni normali, che si conformano alla realtà esterna e tendono a respingere ciò che è isolato, incomprensibile od assurdo. Fra il pensiero d'un pazzo confuso e il pensiero d'un normale vi è una tale incompatibilità, che esclude ogni vincolo anche di semplice coincidenza mnemonica. Perciò, salvo il caso di un'ipermnesia eccezionale, riesce impossibile ad una persona ragionevole di ricordare anche per un brevissimo frammento il discorso d'un incoerente. E chi guarisce dalla pazzia confusa o si desta da un sogno non riesce che raramente e con grandissimo sforzo a ricordare qualche brano di ciò che aveva fantasticato o sognato. Per una ragione analoga le rimembranze ordinarie, la cui evocazione è affidata allo svolgimento regolare dei processi associativi, sospendono la propria attività militante o per lo meno non possono più coordinarsi e spiegare la loro efficacia in mezzo alle associazioni tumultuarie del delirio. Vi è l'oblio degli errori nello stato di lucidezza, e l'oblio della verità nello stato morboso.

L'impossibilità d'un parallelismo fra una serie ordinata di processi psi-

chici intensamente illuminati dalla coscienza e un'accozzaglia irregolare di rappresentazioni che, qualunque ne sia il contenuto, si svolgono con legami insoliti nelle nebbie della semicoscienza, è forse l'unica causa per cui si dimenticano gli atti compiuti durante un accesso larvato d'epilessia. È probabile che in questi casi, come in quelli del risveglio e della guarigione dopo una psicosi, si atrofizzino a lungo andare anche le traccie mnemoniche di ciò che è accaduto nello stato di semicoscienza; e ciò spiegherebbe la rarità con cui, verificandosi una ricaduta, si presentano fenomeni di reviviscenza. D'altra parte certi *epilettici* e certi *sonnambuli* ripetono ad ogni accesso azioni e frasi stereotipate che dimenticano nello stato di lucidità e che forse risultano dal rinnovarsi d'un identico sforzo evocativo in condizioni morbosamente favorevoli, sempre eguali e che non possono riprodursi nella veglia.

L'andamento dei processi associativi, senza uscire dai limiti fisiologici, è soggetto a notevoli variazioni sotto l'influenza dello stato affettivo, qualunque sia la causa di quest'ultimo. Nella *depressione sentimentale* d'origine psicopatica risuscitano, per una specie di spasmo evocativo, tutti i ricordi più tristi, ancorchè remotissimi e insignificanti, le piccole colpe di gioventù, i presagi sinistri, le amarezze passeggere di tutta l'esistenza trascorsa; e da questa ipermnesia dolorosa che affolla la coscienza di rimembranze vere, ma d'un genere solo, chiudendo l'adito a quelle del genere contrario, nasce nei malati, per lo più *melanconici*, l'illusione retrospettiva d'essere sempre stati infelici e perseguitati da un destino tragico che talvolta diventa argomento d'un delirio.

Invece nell' *esaltamento sentimentale*, principalmente nell'ipomania, l'alacrità dei processi associativi favorisce le evocazioni insolite senza impedire la reviviscenza di tutti gli altri ricordi, ciò che produce uno stato d'ipermnesia attuale di cui i malati, ancora lucidi, si accorgono e si compiacciono. In compenso i maniaci, giunti a guarigione, dimenticano anche più dei melancolici i fenomeni troppo frettolosamente osservati della loro malattia, e spesso, sotto la vaga reminiscenza del benessere provato durante l'esaltamento, rimangono poco persuasi d'essere stati veramente ammalati.

Fra i disturbi dell'evocazione mnemonica tornano in iscena le amnesie circoscritte e specialmente le afasie che sono determinate da lesioni localizzate. La lesione, per lo più un focolaio, non invade punto la sede delle immagini, ma bensì le sue vie d'accesso. Perciò le traccie mnemoniche delle immagini non sono cancellate, ma resta impedito come per un taglio di nervo il processo d'evocazione. Anche se la lesione è irreparabile, l'immagine mnemonica, la cui mancanza costituisce l'unico sintomo visibile della malattia, potrà sempre rivivere per mezzo d'altri processi evo-

cativi, purchè esistano anatomicamente altre vie di conduzione e purchè il focolaio non le abbia tutte irreparabilmente interrotte.

Si hanno così le forme di afasia per difetto parziale di evocazione. In tutti questi casi (non è male ripeterlo) le immagini muscolari, acustiche e visive della favella sono tutte conservate, ma i loro rapporti associativi sono interrotti dalla presenza del focolaio internucleare, e si possono presentare i quadri clinici più bizzarri. Qualche volta gl'infermi intendono benissimo ciò che ascoltano e sanno pronunciare ad alta voce ciò che pensano o ciò che leggono, ma perdono la capacità di *ripetere* le parole udite; oppure, senza che vi sia sordità verbale od agrafia, viene a mancare l'attitudine a *scrivere sotto dettatura*; o continuerà intatto il potere di leggere mentalmente, di ripetere le parole udite e di parlare spontaneamente, ma sarà abolita la capacità di *leggere ad alta voce*; o infine non si perderà che la capacità di *copiare*.

Bisogna però soggiungere che queste forme isolate di afasia internucleare sono tutt'altro che frequenti, ed alcune di esse non hanno che una esistenza teorica. Spesso le lesioni delle vie associative sono multiple e creano afasie di conduzione internucleare, ma combinate; più spesso ancora, esse si sommano con lesioni nucleari d'un centro, e in questo caso anche i due quadri sintomatici si sommano e si confondono. L'obliterazione completa di tutte le vie conduttrici che convergono ad un nucleo equivale clinicamente al focolaio nucleare, perchè condanna le immagini mnemoniche, che vi giacciono senza possibilità di essere evocate dall'esterno, a rimanere inoperose ed a subire l'annullamento per atrofia.

Furono studiate clinicamente diverse altre forme di afasia per dissociazione. La lesione anatomica, invece di cadere sulle vie internucleari della favella, può intercettare o tutte o in parte le vie supernucleari o transcorticali, che Pitres con due espressioni ibride, ma chiare, chiama *ideo-nucleari* o *psico-nucleari*.

La separazione dei tre centri nucleari del linguaggio dal resto della corteccia cerebrale dà luogo all'*afasia amnestica*. Nell'afasia amnestica sono conservate tanto le idee come le diverse immagini delle parole e la capacità di comprenderle; ma ciò che manca è l'evocazione spontanea delle immagini verbali, ossia la *traduzione delle idee in parole*. I malati possono ripetere, copiare, scrivere parole dettate e recitare a memoria, ma non possono rivestire il proprio pensiero di una forma verbale, nemmeno mentalmente. E se tentano di esprimersi con parole, cadono nella *parafemia* o *parafasia* e nella *paragrafia*. Talvolta questi parafasici, dovendo dare una risposta, adoperano l'ultima parola che hanno udito o l'ultima che hanno pronunciato automaticamente; ciò che i clinici tedeschi denotano dicendo che quella parola è rimasta impigliata nell'ingranaggio del pensiero e subitamente utilizzata: *haftengeblieben*.

L'afasia amnestica può presentarsi sotto forme attenuate e parziali. In questo senso si distinguono i seguenti quadri clinici: l'*autonomasia,* che è l'impossibilità o la difficoltà di evocare i sostantivi; l'*agrammatismo,* che è l'incapacità di dare una forma grammaticale alle frasi pronunciate; l'*afasia sistematica dei poliglotti,* che è l'impotenza a ricordare le parole d'una data lingua. Tutti questi casi implicano l'abolizione del pensiero verbale. Ma può darsi che la dissociazione psico-nucleare non interessi che uno solo o due dei centri nucleari: è evidente che allora, se mancherà la traduzione del pensiero in simboli verbali di carattere muscolare, potranno rimanere quelli di carattere visivo od acustico, e viceversa.

L'importanza della lesione dipenderà dalle abitudini dei soggetti. Vi sono individui il cui pensiero verbale decorre esclusivamente per simboli muscolari ossia per immagini di pronuncia: *tipo oratorio.* Altri pensano invece le parole come se le udissero: *tipo uditivo;* ed altri come se leggessero: *tipo visivo.* Però la grande maggioranza appartiene al *tipo misto.* Quando si determina un'afasia amnestica di forma parziale, i malati cercano di portare al massimo grado di sfruttamento i rapporti superstiti di associazione, ciò che riesce abbastanza facile se il centro nucleare che è rimasto collegato è in pari tempo quello che è depositario dei simboli verbali più famigliari al malato. In ogni modo, qualora l'evocazione delle immagini verbali ancora evocabili non riesca abbastanza viva e fruttuosa, i malati possono corroborarla con movimenti mimici se si tratta di pensare parole da pronunciarsi o da scriversi e con la visione attuale d'un alfabeto se vogliono rappresentarsi una parola come se la leggessero.

Tutte le forme di afasia amnestica che furono menzionate sinora sono determinate dal distacco di uno o di più centri del linguaggio dal resto della corteccia cerebrale, ossia dagli altri centri ideo-mnemonici, senza distinzione alcuna. S'intende che a questo modo qualunque idea, indipendentemente dalla natura delle immagini che la compongono, si trova nell'impossibilità d'influire sui centri o sopra un centro del linguaggio e di trovarvi il simbolo verbale corrispondente. Ma può anche darsi che una simile incapacità d'espansione non colpisca che una singola categoria di immagini, mentre tutte le altre non cessano di trasformarsi in parole. L'unico esempio nitido di un'eventualità così singolare è appunto quello che ebbe da Freund il nome di *afasia ottica.*

L'afasia ottica è spesso l'avanguardia della cecità psichica o della totale afasia amnestica, ma non è nè l'una, nè l'altra di queste forme cliniche. Il malato riconosce esattamente l'oggetto che vede, poniamo un orologio, tanto è vero che vi legge le ore o lo carica: dunque non è un cieco psichico. D'altra parte, non ha alcuna difficoltà a pronunziare il nome dell'orologio, sia per imitazione, ripetendolo, sia anche spontanea-

mente, purchè gli venga porto il destro di toccarne i contorni o ascoltarne il battito o farne argomento di risposta ad un'apposita interrogazione: dunque non si tratta d'afasia amnestica, per lo. meno secondo il significato comune. Invece l'infermo sarà incapace di chiamare l'orologio col suo nome fino a quando l'ordine di traduzione verbale non partirà che dall'immagine visiva. Evidentemente, nei casi di afasia ottica seguitano a formarsi benissimo tanto le immagini verbali che le immagini ottiche, ma è interrotta la via associativa fra il centro del simbolismo visivo e il centro motorio della parola. Sul centro motorio della parola continuano ad influire normalmente i due nuclei sensoriali del linguaggio come pure i centri dei simboli tattili, muscolari ed acustici. L'afasia ottica non è dunque che un caso particolare e sistematicamente parziale di afasia amnestica; non tutte le immagini di cui si compone il mosaico dell'ideazione hanno perduto il potere di trasformarsi in parole mentali o in parole reali, ma questo potere è venuto meno per le immagini visive. E infatti spesso, progredendo la lesione, i malati di afasia ottica diventano poi ciechi psichici.

Irregolarità nell'atto del riconoscimento mnemonico. — Gli errori limitati al puro atto del riconoscimento non hanno quasi alcuna importanza nella patologia della memoria. La massima parte delle nostre idee sono appunto ricordi non riconosciuti, e solo un piccolo residuo dell'ideazione è rappresentato da ricordi completi. L'evocazione senza il riconoscimento è dunque il caso ordinario dell'attività psichica, e costituisce il primo grado della memoria; l'evocazione più il riconoscimento non sono che un caso speciale dell'attività psichica, e formano il secondo grado della memoria ossia il fine plenario, ma non sempre il più elevato di questa funzione.

Se un'impressione già provata viene evocata, ma non riconosciuta, ciò non le toglie che una porzione del suo valore, e infatti non si ha ancora che una forma d'amnesia incompleta: finchè non ha perduto l'idoneità ad essere rievocata, quell'impressione rimane sempre disponibile nel nostro patrimonio intellettuale allo stato d'idea. L'impossibilità del riconoscimento è dunque il risultato d'un processo che non degrada, ma in certo modo nobilita i ricordi, perchè favorisce notevolmente la loro trasformazione in idee sempre più astratte e generali.

Il meccanismo per cui viene a mancare la funzione del riconoscimento è assai semplice. Le traccie che corrispondono alle immagini elementari dell'impressione primitiva (che in pratica è sempre un *complesso*) perdono o subito o a poco a poco i legami associativi che mantenevano la loro coesione reciproca e con le altre impressioni contemporanee. Questo

fenomeno di dissociazione interna ed esterna, in quanto è un atto dinamico e momentaneo, costituisce il processo dell'astrazione che ci permette di costruire le nostre idee generali; in quanto poi diventa una condizione di cose permanente e legata ad una dissociazione anatomica, facilita questa funzione alta ed utilissima dell'intelligenza. Grazie alla dissociazione ed all'impossibilità del riconoscimento mnemonico, le immagini elementari che con la loro unione e i loro legami esterni costituivano il ricordo completo ed autentico, rimanendo disposte rozzamente per rapporti di contiguità, subiscono una irreparabile disgregazione, che permette loro di contrarre rapporti più stabili e più utili con altre immagini elementari o coi complessi simbolici di altre immagini elementari. Le frazioni non riconosciute del ricordo vanno così a formare o a ribadire le associazioni di somiglianza e di causalità che arricchiscono l'intelligenza in luogo d'ingombrare inutilmente la memoria di luogo e di tempo.

In questo senso un primo grado di attenuazione mnemonica, cioè la perdita dell'attitudine al riconoscimento, può dunque rappresentare un processo fisiologico ed utile, sebbene non strettamente necessario, all'evoluzione dell'intelligenza. Perciò l'involuzione parziale del ricordo (tuttora evocabile, ma non più riconoscibile) non è da considerarsi senz'altro come un fatto patologico. Essa non acquista questo carattere che quando colpisca i ricordi recentissimi e d'un alto interesse personale. Ora, nelle malattie mentali è ben difficile che l'amnesia si arresti al primo grado, e di solito insieme al riconoscimento va perduta anche l'evocazione, per cui s arriva alla dimenticanza completa. Tuttavia, in mezzo agli altri disordini della pazzia, possono anche manifestarsi singoli errori del riconoscimento mnemonico, errori che si confondono da un lato con le amnesie (incomplete e complete), dall'altro con delirî.

Qualche volta, anche trattandosi di fatti importanti o di recentissima data, i malati ne ricordano abbastanza bene l'argomento, ma rimangono incerti nel riconoscimento: *amnesia incompleta.*

Le stesse esitazioni possono nascere anche di fronte a rappresentazioni o percezioni che si producono per la prima volta, ma che assumono la maschera di vecchi ricordi: *paramnesie*, *false rimembranze*, *errori della memoria*, *illusioni* e persino *allucinazioni della memoria.* Meglio che dalle espressioni consacrate nella psicologia ufficiale, questo singolare stato psichico è definito da d'Annunzio in « *Giovanni Episcopo* » come il sentimento dell'*anteriorità* di ciò che accade o sta per accadere, per cui si crede di assistere alla ripetizione inevitabile d'avvenimenti già avvenuti. Cosa caratteristica, l'illusione paramnestica non è mai completa (paramnesia *dubitativa*), e il falso riconoscimento rimane allo stato d'una semplice tendenza. In realtà, tutto ciò ha ben poco a che fare con la patologia delal

memoria: la rappresentazione che è oggetto dei nostri dubbî ha un bel rassomigliare ad un ricordo, ma non è un ricordo e non ne possiede interamente neppure l'apparenza.

Questo fenomeno, molto studiato, è connesso con gli stati di commozione e di stanchezza affettiva. Lo s'incontra nella *nevrastenia*, nelle *psicosi d'esaurimento* e, più ordinariamente, nelle brevi *crisi di depressione* che sono così comuni fra i normali di mente raffinata.

Lo scambio d'una percezione nuova o d'una rappresentazione qualunque per un ricordo personale ha luogo abbastanza di sovente nei pazzi non più in forma di dubbio, ma in forma di certezza: *paramnesia affermativa*. Anche in questo caso la falsa certezza non dipende dalla funzione mnemonica, che non ha materia su cui agire dove manca una percezione o una rappresentazione anteriore, ma è il prodotto della credulità, dell'impotenza critica e dell'autosuggestione, che fioriscono negli stati di *confusione mentale*, d'*incoerenza* e di *deficienza*. Infatti la paramnesia affermativa è frequente nei *dementi senili*, nei *paralitici*, negli *amenti*, nei *paranoici* e negli *imbecilli*.

I *vecchi*, la cui mente è indebolita e la cui esistenza è una continua alternativa fra il sonno e la sonnolenza, scambiano spesso il ricordo ipnagogico per un ricordo genuino, e credono o dubitano che sia realmente avvenuto ciò che hanno soltanto sognato: rumori nella camera vicina, visite di parenti, assalti notturni di ladri. I *paralitici* dicono e credono, fra dubitosi e convinti, d'essere stati a banchetto, a nozze od in viaggio la sera innanzi, mentre non si sono mai mossi dal manicomio. I *paranoici*, infatuati dei loro deliri, li proiettano all'indietro, deformando i ricordi del passato non diversamente da quel che fanno con le percezioni del presente. Similmente gli *imbecilli*, sommando l'amnesia con la credulità o con la petulanza, riescono efficacissimi suggestori di sè medesimi e testimoni pericolosi nei processi. A tutti questi casi di paramnesia affermativa si devono aggiungere le notissime menzogne in buona fede delle *isteriche*, che scambiano per una rimembranza personale il prodotto d'una fantasia appassionata.

CAPITOLO VII.

I sentimenti

FISIOLOGIA DEI SENTIMENTI.

I sentimenti, accompagnandosi con le rappresentazioni, formano l'altro lato dell'attività psichica: il lato talvolta luminoso e soverchiante, spesso appena avvertibile, di rado del tutto assente, in cui sono contenuti i *motivi* della nostra condotta. Senza questa ripercussione sentimentale, che infonde ai fenomeni di cui siamo spettatori un certo interesse personale, rendendoceli graditi o sgraditi, noi non avremmo alcuna ragione d'uscire neppure per un istante da una passiva e sterile contemplazione, e l'intelligenza non servirebbe a nulla.

L'intelligenza ci fa conoscere la realtà rispecchiando i suoi innumerevoli aspetti mediante una serie di rappresentazioni interne, che corrispondono o letteralmente o logicamente all'ordine obiettivo dei fenomeni esterni e non ne sono che un duplicato più o meno fedele. L'attività sentimentale, invece di rispecchiare gli oggetti e gli avvenimenti per quel che sono in sè stessi, li segnala alla coscienza per quel che valgono rispetto a noi, ossia per quel che ci fruttano di piacere o che ci costano di disagio.

Questo dilemma fra il benessere e il malessere psichico, che si presenta incessantemente davanti a tutto ciò che è capace d'impressionare la coscienza, non è che la traduzione in termini subiettivi del bivio fra il bene e il male a cui il nostro organismo è esposto continuamente nello sviluppo e nell'esercizio delle sue funzioni. Per rendere possibili le discriminazioni, non basta che gli avvenimenti siano raffigurati nella coscienza come rappresentazioni, ma è necessario ch'essi siano sentiti come piaceri o come dispiaceri.

A questo modo anche i sentimenti rientrano nella legge di corrispondenza col mondo esterno, al quale sono legati indissolubilmente, benchè per mezzo d'un rapporto indiretto ed affatto unilaterale. Nel piacere e nel dolore psichico è racchiusa l'indicazione sottintesa, ma che di rado

fallisce, sui vantaggi o sui danni che l'organismo riceve dalle eccitazioni provocatrici, ed appunto in questa indicazione automatica, precisa ed irresistibile si deve ravvisare la vera funzione biologica delle reazioni sentimentali. Da essa scaturiscono le autosuggestioni che stimolano, trattengono e guidano la nostra attività.

Infatti il sentimento che proviamo a proposito d'una situazione presente o già avvenuta è destinato a diventare una norma preventiva di fronte alle situazioni future ed analoghe, che noi potremo raggiungere od evitare a seconda del piacere o del dolore che ci sembrerà di doverne ritrarre. Nell'economia funzionale dei processi psichici, le reazioni sentimentali sono dunque l'elemento intermediario fra il pensiero e l'azione, ossia l'epilogo pratico di tutto ciò che sappiamo e la premessa necessaria di tutto ciò che facciamo. Nell'economia generale dell'organismo, i sentimenti diventano un valido mezzo di protezione indiretta, perchè dietro al loro fine immediato e visibile, che è la ricerca positiva del piacere e negativa del dolore, si nasconde la legge biologica per cui è rivestito di colori gradevoli ciò che è conforme ai nostri bisogni organici, ed è reso antipatico ciò che è ad essi contrario.

Anche il semplice esercizio delle funzioni vegetative, purchè si compia con regolarità e con qualche partecipazione della coscienza, ciò che accade sopratutto dopo una malattia, risveglia un oscuro sentimento di benessere che ci incoraggia ad allargare e ad accrescere la nostra operosità. Ogni minima difficoltà nei processi del ricambio si riverbera similmente nella cenestesi, turbando il nostro stato sentimentale e imponendoci il riposo o il raccoglimento. Alle influenze interne (endoperiferiche) si aggiunge l'azione (epiperiferica) degli avvenimenti esterni. Qualunque sia lo stato d'animo che ne risulta, per poco che si prolunghi nella coscienza o che vi si ripeta per successive evocazioni mnemoniche, esso tende sempre a signoreggiarvi più o meno durevolmente finchè non è sopraffatto da un'impressione contraria e più forte.

Perciò gli eccitamenti che raggiungono una certa durata od intensità determinano in generale una maggior disposizione verso le reazioni sentimentali dello stesso genere, cioè un dato *umore*, che è come la risposta prestabilita a tutti i nuovi avvenimenti che per la loro importanza non impongano nell'indirizzo dei sentimenti un mutamento radicale. Si hanno così gli stati di *buon umore* o d'allegria e gli stati di *malumore* o di tristezza. Senz'alterare la nozione obiettiva delle cose (salvo i casi patologici) l'umore modifica entro certi limiti ragionevoli il punto di vista sentimentale da cui ce le rappresentiamo in rapporto coi nostri interessi personali. E vi sono individui che per particolarità straordinarie di cenestesi, di carattere o di fortuna presentano in tutto il ciclo o in un periodo

della propria vita un *umore abituale* che, per essere costantemente al disopra o al disotto della media comune, sembra sottrarsi alle vicissitudini esterne ed interne.

Le singole reazioni di piacere e di malessere psichico che seguono immediatamente gli avvenimenti benefici o nocivi variano d'intensità, talvolta fino ad invertirsi, sia nei varî individui, sia nello stesso individuo da un momento all'altro, senza che se ne possa arguire nulla di sicuro sulla natura della personalità psichica. Le aberrazioni isolate dell'umore non sono, in generale, riconosciute come un titolo sufficiente per la diagnosi di pazzia o d'anomalia mentale. Soltanto gli alienisti (e non tutti) osano considerare come patologiche quelle manifestazioni violente dei sentimenti che, quantunque nate fuori dai quadri ufficiali della psichiatria, smentiscono bruscamente tutta la condotta anteriore del soggetto o gli fanno compiere atti d'eccezionale gravità, ma evidentemente contrarî ad ogni suo interesse prossimo o remoto.

Un giudizio più facile e più deciso si dà generalmente su quelle estrinsecazioni vivaci ed improvvise di sentimento che chiamiamo col nome di *emozioni*. La sorpresa, il terrore, la gioia, la voluttà possono portare una nota d'estrema deviazione individuale sia per la diffusione dei loro effetti, sia per la singolarità delle loro cause. Tuttavia l'irregolarità delle reazioni emotive dipende assai più da idiosincrasie dell'innervazione spinale e infraspinale che da anomalie del carattere morale, e il fenomeno psichico non vi figura che come un fattore occasionale.

Fisiologicamente l'emozione non è soltanto il corrispettivo sentimentale e immediato d'una rappresentazione sorprendente o rallegrante, ma è sopratutto lo stato di coscienza complesso che persiste e ingrossa pel tributo sensitivo portato di contraccolpo dai visceri, nei quali si svolgono reazioni secondarie provocate dallo stato psichico automaticamente. Le reazioni viscerali si producono in modo rapido, intenso e molteplice per tutto il corpo, specialmente nei muscoli, nei vasi, nelle glandule, e danno luogo ad alterazioni del polso e del respiro, a tremiti, a sudor freddo, a pallore improvviso, a scoppî di riso e di pianto, a diarrea improvvisa; e noi non ci commoviamo tanto di ciò che è avvenuto, quanto del tumulto viscerale che ne abbiamo provato.

Dal punto di vista dell'innervazione in genere, più che da quello della psicologia, si può riguardare come anomala l'emozione che non è adeguata all'importanza obiettiva del contrasto, del pericolo, della fortuna o dell'insolito atto funzionale in cui l'organismo si trova impegnato; e molto spesso l'esagerazione o l'insufficienza con cui si producono gli stati emotivi di sorpresa, di terrore, di gioia, di voluttà non dipendono che dall'esagerazione o dall'insufficienza con cui si diffondono i riflessi secondarî nel campo dell'innervazione viscerale.

Le oscillazioni estreme dell'umore potrebbero senza dubbio, se oltrepassassero i limiti comuni d'intensità e di durata, esercitare una notevole influenza sulla nostra felicità, sulla nostra condotta e sulle nostre opinioni. Ma normalmente queste disposizioni generiche dell'umore non variano che in piccola misura. Contro le oscillazioni maggiori stanno le resistenze innumerevoli che gli organismi sani hanno in serbo e mettono in azione appena il dolore e il piacere, invece di servire come semplici segnalatori, minacciano d'esorbitare dal loro ufficio biologico e di compromettere quel benessere che dovrebbero tutelare. La stanchezza fisica e morale che segue le crisi d'allegria; la risurrezione organica e d'amor proprio, di coraggio, d'attaccamento alla vita, che tien dietro inevitabilmente ai parossismi di disperazione, compiono efficacemente l'opera di riparazione. Perciò le vicende dell'umore, mentre da un lato sono esposte a tutte le accidentalità degli avvenimenti esterni, sono in grado d'adempiere una funzione regolatrice sulla somma di piaceri e di dolori che toccano a ciascuno nel corso della vita; e in luogo d'alterare le linee della personalità psichica, tendono piuttosto a pareggiare la disuguaglianza delle sorti individuali e con essa, in parte, anche quella dei varî caratteri.

Questa notissima legge di compensazione, per cui l'eccesso del piacere acuisce occultamente la sensibilità al dolore, e l'abuso del dolore psichico prepara il risveglio inopinato della sensibilità al piacere, ha condotto qualche psicologo ad interpretare persino le violente e prolungate alternative d'umore che costituiscono la *pazzia circolare* come effetti di reazione reciproca fra sentimenti opposti. Ed anche la possibilità d'una simile interpretazione conferma quanto sia difficile rintracciare nella dinamica dei sentimenti quelle grossolane e indiscutibili alterazioni che sono invece così volgarmente riconosciute nei processi ideativi.

Nelle situazioni complicate i dati che ci vengono forniti dai sensi e dall'intelligenza e su cui possiamo spaziare coi nostri presentimenti sono così numerosi e disformi, che promuovono veri conflitti di tendenze, fra cui, risolvendosi lo stato di *perplessità* o addirittura d'*angoscia*, prevale sempre la più forte. Il piacere e il disagio, diventando materia di memoria, di previsione e di discussione interiore, assumono dunque nuovi aspetti, e danno luogo a stati di tensione sentimentale come il *desiderio*, la *speranza*, che indirizzano i nostri atti in senso di conquista, oppure il *disgusto* e il *timore*, che suggeriscono i movimenti di difesa o le astensioni mercè l'intervento attivo dei processi inibitori.

Oltre alle forme semplici e irreduttibili del sentimento, si deve tener conto degli *affetti* e delle *passioni*. La pietà, la simpatia, il timore, la collera, l'odio, l'invidia, la gelosia, l'avarizia, l'amor proprio, la vanità sono

altrettanti stati di coscienza complessi, ma precisi, dove il sentimento si associa in un rapporto obbligato con particolari rappresentazioni, perchè gli affetti presuppongono sempre un oggetto determinato sul quale il sentimento si specializza. Tutto ciò che vi è di vago e d'indistinto nella psicologia generale dei sentimenti tende a raggiungere un'evidenza quasi volgare nella psicologia degli affetti, che per la natura ben decisa della loro forma sentimentale e la limitazione nettissima del loro contenuto rappresentativo sono, in certo modo, gli atteggiamenti plastici e spesso caratteristici della personalità psichica. Gli affetti acquistano poi l'importanza di passioni quando s'instaurano nella coscienza come tendenze abituali e predominanti, nel qual caso diventano un connotato del carattere morale e quindi un segno distintivo della personalità.

Nell'orbita degli interessi umani, oltre alla conservazione dell'individuo e della specie, si è organizzato anche il bisogno della conservazione sociale, che permette una maggior espansione e sicurezza agli interessi individuali. Perciò, accanto ai sentimenti egoistici, sessuali e di famiglia (comuni a tutte le specie animali i primi, a parecchie l'ultimo), nascono nell'uomo anche i sentimenti sociali, che però sono fra i più tardi a comparire nell'ontogenesi come nella filogenesi.

Si è tentata più volte una classificazione del carattere, ma sempre con criterî o del tutto empirici o addirittura mistici. Un classico rudere dell'antica medicina è la dottrina dei quattro temperamenti (collerico, sanguigno, melancolico, flemmatico), che ha goduto una così lunga e immeritata fortuna ed è ancora accettata, p. es. (chi lo crederebbe?) da Wundt. Le applicazioni di questa classificazione, che mira alla medicina, ma non è che psicologia larvata, si riferiscono sopratutto alle varie indoli morali. Abbandonando il terreno della pseudo-fisiologia, Ribot condusse a termine una classificazione limitata alle personalità anomale, la cui base è l'incoerenza affettiva.

È assai probabile che l'umore e il carattere si affermino sotto una forma decisa e personale in dipendenza dalle modalità più intime del ricambio organico, i cui effetti si fanno sentire sulla funzionalità generale del sistema nervoso. La braditrofia e la tachitrofia sono forse le due cause principali ed opposte dei diversi temperamenti affettivi. Ed è certo che per lo meno l'umore momentaneo può subire le oscillazioni più manifeste secondo lo stato fisiologico dell'apparecchio digerente e circolatorio, secondo gli ondeggiamenti della nutrizione generale, secondo le variazioni appena avvertibili della cenestesi, anche se questi mutamenti siano ben lontani dal costituire una malattia od un disordine patologico.

Una serie d'influenze oscure, e simili a quelle che determinano le oscillazioni d'umore, conduce, svolgendosi in maniera continua ed uniforme,

a metamorfosi regolari del carattere individuale che stanno in rapporto coi processi evolutivi ed involutivi dei due sessi e delle varie età. Sono comunissimi e generalmente riconosciuti i tratti del carattere infantile, pubere, giovanile, adulto, senile, virile e femminile. Questi tipi di carattere riappariscono in patologia mentale o esagerati e sotto l'aspetto di vere caricature, o irremovibili oltre l'età di prescrizione, o precoci avanti l'età normale, o spostati in rapporto alla sessualità fisica.

Infatti nel bambino impubere mancano i sentimenti sociali, che sono in parte l'irradiazione della sessualità, in parte il frutto tardivo dell'esperienza organizzata: l'affettività, spoglia di qualunque movente altruistico, è puramente inspirata dal bisogno diretto ed urgente di protezione passiva. L'adolescenza sviluppa coi primi germi della sessualità i sentimenti d'amor proprio, d'ambizione e d'aspirazione vaga agli ideali inferiori del misticismo romantico e religioso; e insieme s'iniziano i primi differenziamenti fra sesso e sesso (il coraggio nei maschi, la civetteria nelle ragazze) che però dipendono in massima parte dalla grande e artificiosa diversità dei destini sociali. L'età adulta attenua o per lo meno sistematizza e sottomette a disciplina i più clamorosi fra i reflessi morali della sessualità, permettendo l'organizzazione e la prevalenza di passioni più temperate, più utili e più in armonia con gli interessi ordinari e duraturi dell'organismo. Infine la senilità, inaridendo le fonti più vive dei sentimenti, elimina qualche volta le esuberanze perturbatrici, ciò che determina una maggior serenità di carattere; ma assai più di sovente l'opera devastatrice del processo involutivo, per quanto apparisca naturale, sorpassa decisamente il confine della fisiologia, abbassando il carattere all'avarizia, alla grettezza ed al brutale egoismo della prima infanzia.

L'*imbecillità morale*, la *paranoia*, la *demenza giovanile* e *senile*, i *pervertimenti sessuali* rinnovano spesso, in proporzioni esagerate o in condizioni intempestive, la psicologia affettiva di un'altra età o d'un altro sesso.

PATOLOGIA DEI SENTIMENTI.

1.° **Variazioni patologiche dell'umore.** — In certe categorie d'alienati cronici si verificano varietà abbastanza tipiche dell'umore abituale, che non si possono considerare come sintomi nè della psicosi, nè d'una sua fase o stadio; ma simili varietà non si allontanano dalle proporzioni medie talmente da costituire un'anomalia, e si spiegano piuttosto come un *correlativo fisiologico* (per sè stesso normale) dei sintomi morbosi propriamente detti. Vi sono casi di *malumore cronico*, *chronische Verstimmung*,

che costituiscono o una forma abortiva, ma irreparabile, della *melancolia* o un suo reliquato parimente irreparabile. La tristezza, la timidezza, il pessimismo di questi anomali o valetudinari del sentimento, di cui fu forse un esemplare Filippo II di Spagna, non raggiunge le proporzioni morbose che si riscontrano nella vera melancolia: perciò la diagnosi sfugge e i malati non sono oggetto di cure, nè di ammissione nei manicomî. È abbastanza costante, ma non di natura patologica, la torpidezza dei *cretini* e dei *mixedematosi*, la vivacità di molti *imbecilli*, la serietà concentrata di molti *epilettici intelligenti*. In questi malati il malumore e il buonumore sono l'espressione naturale della cenestesi o d'uno stato affettivo conforme alla potenzialità fisica.

Lievi oscillazioni dell'umore sono conciliabili con la più perfetta integrità mentale anche se non sempre si riesce a riscontrarne la causa legittima nell'ambiente esterno o nell'ambiente somatico. Certi avvenimenti di scarsa importanza influiscono sul nostro umore benchè il loro ricordo rappresentativo non si trovi nel foco della nostra attenzione, ed anche i mutamenti cenestetici sono spesso oscuri ed ignorati o, piuttosto, trascurati nei quadri del movimento rappresentativo, mentre esercitano un'azione corrodente nell'intimità del movimento sentimentale.

Fanno eccezione a questa regola le *isteriche*, il cui umore, indipendentemente dalle anomalie del loro carattere, varia all'improvviso con oscillazioni troppo vivaci per poter riferirsi a motivi inavvertiti. Eppure, queste malate ignorano il motivo della loro tristezza e della loro allegria; talvolta lo cercano in fatti o disturbi reali, ma che evidentemente non sono imputabili del disordine sentimentale o ne sono semplicemente l'occasione. Le isteriche dimostrano la stessa indipendenza dai fattori fisiologici delle modificazioni sentimentali anche per la loro facilità alle emozioni intempestive. Esse impallidiscono, tremano, cadono in convulsioni e si commuovono fortemente per avvenimenti frivoli o per leggerissime perturbazioni della cenestesi provocate dalla vista o dal pensiero d'un oggetto ripugnante.

La tristezza e l'allegria sono in questi casi l'espressione di processi abnormi, che si svolgono nel cervello all'infuori dei loro stimoli fisiologici. Si tratta d'un vero errore del sentimento, d'una specie d'*allucinazione sentimentale* che, come l'allucinazione sensoriale, può essere riconosciuta per morbosa ed anche (in via d'eccezione) rettificata, ma per lo più genera errori di giudizio, alterando il significato o le proporzioni degli avvenimenti; e trascina anche ad errori di condotta, invertendo od esagerando le reazioni d'adattamento ad un ambiente rettamente percepito, ma erroneamente sentito. Donde, nel campo passivo del sentimento, le simpatie e le antipatie improvvise, gli scoraggiamenti e gli entusiasmi,

il rapido avvicendarsi della modestia e della petulanza; nel campo attivo della condotta, gli scoppi di riso e di pianto, gli atti di collera e di abnegazione, che sono così comuni fra le isteriche.

Con minor ricchezza di sfumature per la deficienza di materiale rappresentativo, ma con mutamenti di scena altrettanto repentini, si dimostrano eminentemente instabili d'umore i *dementi apoplettici* e i *dementi senili*. Ed anzi in questi casi risulta ancor più chiara l'origine morbosa del fenomeno. La presenza di lesioni materiali nel cervello di questi malati autorizza a credere che anche i loro mutamenti d'umore, che si esprimono con tanta sovrabbondanza di mimica, siano dovuti a processi non solo abnormi, ma vagamente paragonabili a quelli abbastanza noti e precisi che determinano gli altri sintomi della malattia e che si svolgono principalmente nel dominio dell'apparecchio circolatorio. Le emozioni e il passaggio dalla tristezza all'ilarità sono nei dementi senili ed apoplettici assai facili e superficiali. Lo stesso si verifica, ma con minor costanza, nei *paralitici progressivi*. Perciò, mentre le crisi sentimentali delle isteriche sono spesso drammatiche, quelle dei dementi senili, apoplettici e paralitici non danno luogo che a contrasti grotteschi o puerili.

L'umore è instabile, ma in modo più ragionevole, benchè ad oscillazioni estremamente vivaci, negli *epilettici*, che d'ordinario sono cupi ed irritabili o per lo meno seri con tendenza all'ipocondria; ma qualche volta, in uno stato di leggerissima confusione mentale, che forse è un equivalente abortivo dell'accesso, toccano per un momento l'apogeo del buonumore e sfoggiano un'allegria di cattivo gusto, antipatica, condita di crudeltà.

Più frequenti, più caratteristici e quindi più importanti per la psichiatria sono quegli spostamenti d'umore che si protraggono per settimane e per mesi senz'interruzione o sul tono della tristezza o sul tono dell'allegria, e che formano le sindromi della *depressione* e dell'*esaltamento sentimentale*. L'assenza morbosa e protratta di qualsiasi reazione sentimentale forma una terza sindrome: quella dell'*apatia*.

Depressione sentimentale. — La depressione sentimentale è il preludio di molte malattie mentali (secondo Guislain di tutte), è la fase obbligata di altre, è il sintomo unico della *melancolia semplice*, è il sintomo fondamentale delle altre varietà di melancolia.

I numerosi sintomi di quel ricco quadro clinico che corrisponde alla melancolia nascono e si moltiplicano appunto nell'atmosfera della depressione sentimentale. Sotto quest'atmosfera opprimente ogni processo psichico stampa nella coscienza il suo solco doloroso. La percezione del presente, la contemplazione del passato, la visione dell'avvenire, le sensazioni più innocue, gli avvenimenti più insignificanti diventano una sor-

gente di dolore, che da un'uggia sorda ed ostinata può arrivare fino alla disperazione. Il sentimento, scolta nascosta dell'organismo, in questa sua continua e falsata orientazione verso il male perde l'attitudine a segnalare il bene, e, fino a quando non cessa la malattia, non reagisce agli stimoli che dovrebbero recar piacere; o vi reagisce, ma in forma paradossa, cioè dolorosamente.

La tensione dolorosa può deformare i giudizî che il malato concepisce sopra il mondo e sopra sè stesso, e inspirargli diffidenze o paure che si consolidano in delirî. Di fronte al mistero d'un dolore senza motivo visibile o sufficiente, questi deliri costituiscono la soluzione patologica d'un dubbio subiettivamente insolubile: essi assumono raramente la forma della certezza, ossia d'un vero delirio, come nella paranoia, e si arrestano piuttosto alla fase di un'ipotesi irragionevole e dolorosa. Se poi il malato, conservando l'integrità dei suoi giudizî (com'è frequente), si astiene dalle interpretazioni deliranti, l'ignoranza dei motivi non è meno rattristante del delirio, perchè genera per lo meno il dubbio ragionevole d'un dolore indipendente da cause esterne e removibili, e perciò dovuto, forse, alla costituzione nervosa, ossia ad un privilegio funesto che incoraggia il più amaro pessimismo. In materia di patologia dei sentimenti non è fuor di proposito citare un poeta decadente quando, come Paul Verlaine, abbia conosciuto per esperienza propria anche questa nota della gamma melancolica:

Ce deuil est sans raison .
C'est bien la pire peine
De ne savoir pourquoi
Sans amour et sans haine
Mon coeur a tant de peine.

La depressione dell'umore spinge i malati anche ad irregolarità gravi della condotta: ad atti d'esitanza, di timidezza, di ritrosia, di fatalismo, di rinunzia, che mettono a repentaglio i loro interessi. Fra questi atti non è raro il suicidio. Se poi al disordine sentimentale si unisce anche il delirio; o se, come nel *raptus melancholicus*, il monoideismo doloroso oscura la coscienza, in tal caso le aberrazioni della condotta toccano l'estremo limite dell'insensatezza. Si vedono alienati al colmo della disperazione, che invece di finirla con la vita, ciò che nelle loro condizioni sarebbe forse logico, preferiscono mutilarsi i genitali, denunziarsi come rei di colpe immaginarie, avventarsi contro sconosciuti innocui e non odiati, nè temuti, senz'altra finalità che quella di procurarsi un diversivo a qualunque costo.

Esaltamento sentimentale. — L'esaltamento sentimentale si manifesta con sintomi più o meno esattamente contrarî a quelli della depressione, ed è

un episodio frequente della *paralisi progressiva*, è un elemento integrante di certe *psicosi cicliche*, e rappresenta la sindrome intera dell'*ipomania*.

Finchè l'esaltamento è lieve, tutti i processi psichici si compiono con un'insolita alacrità ed esuberanza, spandendo nella coscienza del malato la letizia, la soddisfazione e la confidenza in sè stesso. Come l'ubbriaco, l'esaltato diventa perciò più espansivo, più intraprendente, più coraggioso, più petulante e talvolta anche più prepotente, senz'accorgersi che la sua metamorfosi ha un'origine morbosa. Per lo più la consapevolezza della psicosi manca anche a cose finite, e non comparisce negli esaltati guariti che come una ragionevole acquiescenza all'opinione altrui.

Il buonumore dell'*ipomaniaco*, salvo qualche penombra, sembra incsauribile: non lo abbandona quasi mai, gli rende invisibili i pericoli, lievi le disgrazie, facile la vita, piacevole la lotta, al cui termine non prevede che sicuri trionfi. Un ostacolo improvviso accende qualche volta la sua collera; ma il rapido adattamento ad altri obiettivi e il sentimento della propria superiorità gli inspirano una tolleranza, una bonarietà, una facilità d'oblio, che fa del maniaco un alienato dei più mansueti.

Vi sono individui di carattere leggermente anomalo, che sono esaltati in permanenza per tutta la vita: progettisti impenitenti, sempre pronti ad abbracciare una nuova carriera, indiscreti senza volerlo, importuni senza saperlo, possono trascinare sè e gli altri a grandi intraprese politiche, filantropiche, finanziarie, che spesso falliscono miseramente. Simili individui si meritano appunto la fama e il nome d'*esaltati*: col loro atteggiamento sincero ma teatrale attirano l'attenzione momentanea del grosso pubblico, e finiscono per essere giudicati come paranoici o mattoidi, mentre in realtà non sono che anomali, nei quali l'esaltamento sentimentale è una qualità talvolta *continua*, talvolta semplicemente *periodica* del carattere costituzionale.

Infatti gli stessi soggetti possono presentare un lieve grado d'esaltamento con perfetta lucidità d'intelligenza anche sotto forma regolarmente interrotta. La loro anomalia è resa ancor più evidente dal contrasto con gli intervalli d'equilibrio, o da quello molto più stridente coi periodi depressivi, che s'intercalano fra quelli d'esaltamento. Nelle fasi d'esaltamento sentimentale gli anomali di questo genere diventano spesso affaristi, gratomani, accattabrighe, *querelanti*, e iniziano speculazioni, pubblicazioni, polemiche o processi che poi abbandonano, ma che riprendono ad un nuovo accesso. Questa facilità agli entusiasmi effimeri, ad imbarcarsi nel pelago delle avventure, a *s'emballer*, fu descritta recentemente da Ziehen col nome di *Ergriffenheit*, e il fenomeno in questione sarebbe comunissimo nei *paralitici*, raro nei *maniaci*. Per parte mia, lo credo piuttosto frequente nei casi d'ipomania costituzionale, continua od inter-

mittente che sia: questi *agitati lucidi*, che fanno disperare chi li avvicina, si trovano in tutte le professioni, in tutte le classi sociali, in tutte le gradazioni dell'intelligenza e della cultura. La loro lucidezza aumenta i pericoli della loro inesauribile agitazione.

Una miniera d'episodi simili, ma più gravi e senza periodicità (qui ha ragione Ziehen) è la *paralisi progressiva*. In questi malati l'incipiente deperimento dell'intelligenza scopre senza possibilità d'equivoco l'origine morbosa dell'esaltamento. È un vento di follia sentimentale che, soffiando sopra un edifizio già devastato, vi porta senz'altro l'incoerenza e lo sfacelo. Perciò l'esaltamento paralitico conduce spesso a millanterie così ridicole, ad una megalomania così ingenua, che se ne può ricavare la diagnosi di paralisi progressiva anche in assenza d'altri sintomi e in un'epoca affatto precoce. È interessante vedere come in questa malattia l'esaltamento sentimentale resista agli appelli dolorosi d'un organismo che si dissolve: esso sopravvive anche nelle fasi terminali, cioè quando il fallimento intellettuale sembra aver privato gli infermi non solo d'ogni incentivo all'allegrezza, ma anche d'ogni materia ad un sentimento qualunque. Così il paralitico emaciato, incapace di muoversi e di parlare, alla vigilia della morte, balbetta ancora, in modo appena intelligibile, la sua formula abbreviata di beatitudine demenziale.

Quando all'esaltamento sentimentale si aggiunge la confusione dei processi percettivi e ideativi, fino al punto da intorbidare la coscienza, si arriva qualche volta al *furore*, che è un'ira cieca e senza scopo. Il furore dei maniaci e dei dementi agitati si scarica con violenza bestiale su tutti e su tutto; ma molto spesso non è che un prodotto artificiale dei mali trattamenti a cui nelle famiglie paurose od ignoranti si assoggettano i malati di mente. In altri tempi questa parte di agente provocatore spettava al regime di severità militare inopportunamente adottato nei manicomi.

L'esaltamento del tono sentimentale non raggiunge mai quella continuità e quella coerenza che sono proprie della depressione. Mentre la depressione del sentimento dà luogo ai deliri così caratteristici della melancolia e serve di sfondo ad una serie di quadri clinici assai precisi e lussureggianti, la ripercussione dell'esaltamento sentimentale sul pensiero e sulla condotta è più disordinata e discontinua. Momentaneamente ed anche per giornate intere si vedono infermi al massimo dell'esaltamento, come gli ipomaniaci, in preda al pianto ed allo scoraggiamento; paralitici di buon umore, ma che hanno perduto la loquacità e la petulanza; dementi che esplicano il loro benessere con un contegno sarcastico ed arrogante. L'allegria morbosa, come l'allegria fisiologica, ha stanchezze, lacune e contraddizioni che sono quasi ignote al dolore. Perciò l'importanza clinica dell'esaltamento è inferiore a quella della depressione.

Indifferenza sentimentale. — La mancanza totale e continuata di qualunque reazione sentimentale caratterizza la *stupidità* od *amenza attonita*, dove la sospensione dei sentimenti va di pari passo con quella dei processi ideativi. Essa è il correlativo necessario di ogni affievolimento che colpisca i processi psichici, e perciò si riscontra anche nei vecchi sulla china della decadenza mentale. Questi malati, e in particolare gli amenti, presentano spesso associata con quella dei sentimenti l'anestesia delle impressioni dolorifiche. In ogni modo, l'inerzia del loro pensiero e del loro contegno e la presenza d'altri disordini più appariscenti tolgono quasi ogni interesse all'alterazione puramente negativa dei sentimenti, che in questi casi è una conseguenza ovvia di un'inattività generale.

Nel decorso della *melancolia*, in luogo della tensione dolorosa che ne è il sintomo più comune, si ha qualche volta uno stato d'aridità sentimentale, per cui i malati sono persuasi e si rimproverano d'esser diventati insensibili e sopratutto inaffettivi. Questa *vacuità affettiva* è piuttosto un'autosuggestione morbosa che un fatto reale; e in ogni modo, il melancolico che verifica o crede di verificare in sè stesso la perdita degli antichi affetti finisce per trarne motivo d'amarezza e ricade sempre nel dolore. Che del resto l'insensibilità affettiva sia apparente o per lo meno amplificata ad arte dai malati, lo prova la circostanza che sovente essi pretendono falsamente d'essere stati duri di cuore e noncuranti della propria famiglia o degli amici anche prima d'ammalarsi, dando così un saggio evidente d'illusione retrospettiva provocata dal loro pessimismo. D'altra parte è innegabile che alcuni infermi in istato di depressione non si occupano affatto dei loro famigliari e si dimostrano esigenti od impazienti a un segno tale da giustificare pienamente la loro confessione d'insensibilità affettiva.

2.° **Variazioni patologiche nel dominio delle emozioni**. — Tra i bambini nevropatici, molto più spesso che tra i normali, si verifica un fenomeno dei più caratteristici, quello del *paror nocturnus*. Durante il sonno, di solito poco dopo d'essersi addormentato, il bambino (tra i 4 e gli 8 anni) apre gli occhi, si mette a sedere sul letto con lo sguardo ansioso, agita le braccia come per liberarsi da un incubo, pronuncia parole incomprensibili o grida al soccorso senza riconoscere gli astanti. L'accesso si prolunga per mezz'ora e più, qualche volta si divide in due riprese: poi subentra la calma, e il resto della notte passa nel sonno profondo. Al risveglio manca il ricordo dell'accaduto. Queste crisi di terrore notturno si rinnovano due o tre volte per settimana, ma nel più dei casi anche tutte le notti; è affatto eccezionale che si presentino durante il sonno diurno, che pure è così comune nell'orario infantile; e non compaiono mai nella

veglia. Il periodo complessivo della malattia può abbracciare molte settimane, mesi ed anche anni. Io conobbi una monaca di 55 anni, semplice di spirito, che conservò quest'abitudine morbosa fino all'età adulta, che perciò dormiva in una camera separata, e che dopo la menopausa ha ancora di quando in quando brevi assalti di terrore con grida nel cuor della notte: non è nè isterica, nè epilettica.

Durante gli accessi di terrore notturno non mancano quasi mai le allucinazioni: i malati sognano. Tra le loro frasi confuse si possono afferrare espressioni allusive che non lasciano dubbi in proposito: mostri marini, vespe, catene, ladri, zingari, streghe, cimiteri e tutto il repertorio delle fiabe con cui si intrattengono i bambini durante la veglia fanno la loro apparizione nella notte dopo alcune ore di sonno.

Si è cercato di collegare le paure notturne ad una causa unica: chi ne ha addebitato l'epilessia, chi l'isterismo, chi il sonnambulismo; altri invocarono la dispepsia, le vegetazioni adenoidi della cavità nasale e la predisposizione morbosa della famiglia. Io credo che ognuna di queste cause possa determinare il fenomeno, che in ogni modo richiede o una gran violenza di stimoli abnormi o una straordinaria rilassatezza da parte dei centri nervosi che dovrebbero, anche nel sonno, segnalarli e dominarli. Infatti il pavor nocturnus non è che un'*emozione morbosa*, la meno intellettuale fra le emozioni, ma nello stesso tempo l'emozione per eccellenza, il terrore. La sorgente secondaria, ma necessaria di tutte le emozioni è un disordine dei processi vasomotori, gastrici, respiratori e viscerali, che succede ad un'impressione esterna e la avvalora. Nei bambini ammalati la sensazione del disordine viscerale, pel tramite dei nervi centripeti, invade il cervello, vi provoca un sogno sinistro, ed è scambiata per la reazione viscerale ad una catastrofe d'origine esterna: di qui le manifestazioni paurose. Se il disordine viscerale è grave, il tumulto psichico che lo esprime indica la profondità del sonno infantile e l'incapacità dei centri nervosi di resistere agli stimoli centripeti; se il disordine è minimo, l'emozione che si svolge nei centri indica un'anomalia speciale del sonno, ed è un documento, un preludio od un residuo di nevropatie e psicopatie diverse, tra cui primeggiano l'*epilessia* e l'*isterismo*. Se poi le paure notturne si protraggono nell'età matura, esse indicano che la funzione del sonno si è arrestata alla fase infantile: *infantilismo parziale*.

La particolare facilità a commuoversi per cause futili, talvolta per cause specifiche, per la vista d'un dato colore, d'un insetto, d'una faccia antipatica, per la percezione d'un suono, d'un odore o d'un sapore sgradevole, è una stigma fra le più caratteristiche dell'*isterismo*. Gli *epilettici*, a loro volta, presentano di fronte ad ogni minima causa d'emozione i segni d'uno scompiglio viscerale, che si manifesta nel pallore improvviso,

nella mimica concitata, nel viso tormentato, nel tremito della voce e delle labbra.

3.° **Variazioni patologiche dell'affettività e del carattere abituale.** — Le anomalie costituzionali del carattere, a differenza da quelle dell'intelligenza, non sono generalmente riconosciute come sintomi di malattia mentale. Bisogna ch'esse si trovino legate a delirî, a deficienza intellettuale o ad offuscamento della coscienza perchè il pubblico e molti fra gli stessi alienisti possano, svincolandole dal pregiudizio del libero arbitrio, rilerirle ad una causa morbosa e quindi assegnarle alla patologia mentale. Eppure le deviazioni, congenite od acquisite, dal tipo medio del carattere morale sono così frequenti in psichiatria, che non esiste psicosi di cui non possano essere un sintomo o un prodromo o una causa predisponente o un residuo. Ed è discutibile se si debbano considerare per completamente normali coloro in cui sono eccessive o mancanti certe passioni normali.

Alcune di queste passioni, come l'irascibilità, l'avarizia, la gelosia, lo stesso amore degli innamorati con la sua esclusività ossessionale, rasentano già per sè stesse la patologia, qualunque ne sia l'intensità e la durata. D'altra parte, se prendiamo in considerazione le malattie mentali propriamente dette, per quanto possano svolgersi con le complicazioni più gravi da parte dell'intelligenza, esse non creano affetti nuovi e speciali, ma si limitano a ravvivare straordinariamente, portandoli ad impeti patologici, certi affetti comuni, come la collera e la libidine; oppure ne spostano semplicemente l'oggetto, dando luogo a pervertimenti affettivi che si affermano sopratutto nel campo dell'erotismo e in quello delle fobie.

Le anomalie del carattere costituiscono spesso una predisposizione latente alle malattie mentali, e si trasformano in una vera e propria psicosi solo quando si acuiscono ulteriormente o pel maturare dell'età o per l'imperversare d'una discrasia organica o per l'accumularsi degli avvenimenti sfavorevoli. Allora il fattore affettivo trascina i malati ad irregolarità di pensiero e di condotta talmente contrarî al loro interesse ed alle abitudini medie, che anche l'opinione volgare finisce con l'ammetterne l'origine patologica, riconoscendo il diritto d'esistere anche alla patologia del carattere.

Nella sua classificazione delle anomalie affettive Ribot distinse tre gruppi di personalità abnormi, vale a dire:

1.° caratteri che si modificano in periodi successivi della vita fino al più palmare antagonismo (Francesco d'Assisi, Maria di Magdala);

2.° quelli che presentano tendenze coesistenti, ma opposte, da cui nasce o un dualismo permanente ed accanito nella personalità psichica

(asceti libertini) o una conciliazione più o meno felice per mezzo d'un sotterfugio logico (positivismo scientifico e credulità religiosa, abnegazione dell'uomo pubblico e immoralità del privato);

3.° i caratteri instabili, polimorfi, senza unità, la cui condotta è un indovinello, il cui avvenire è imprevedibile, e i cui prototipi sono le isteriche, gli avventurieri, gli inquieti, dove gli appetiti sono in eccesso e le inibizioni in difetto, e che si compendiano nell'espressione d'*infantilismo affettivo*.

Il saggio classificatorio di Ribot rappresenta un notevole progresso per la psicologia patologica, ma non è certamente completo. Ai caratteri che risultano anomali per successive o simultanee contraddizioni di tendenze morali bisogna aggiungere una categoria di personalità non meno ferme e unitarie delle normali, ma in cui predomina una passione abnorme per natura, come la crudeltà, la collera, la gelosia; o per grado, come la libidine e l'avarizia. Quest'ultima categoria di personalità patologiche che fu ommessa da Ribot, ma che forse abbraccia la massima parte dei predisposti alle psicosi costituzionali, sfugge per ora ad ogni possibilità di delimitazione.

L'azione remota d'una passione morbosa si scorge assai più facilmente dal punto di vista di un'alterazione schiettamente intellettuale, ma già in atto. Dietro all'*idea ineoercibile* si ritrova la *fobia*, ossia una forma speciale ed originaria di paura che varia d'oggetto da un caso all'altro, ma che conserva il suo inalterabile profilo in tutti gli innumerevoli quadri dell'ossessione. Per un processo di dissociazione affettiva, la timidezza del carattere, in luogo di rivelarsi logicamente di fronte a qualunque pericolo, si organizza parzialmente intorno ad un ordine limitato di sensazioni o di avvenimenti spesso quasi sprovvisti di qualunque temibilità. Queste disarmonie e contraddizioni si riscontrano sovente, ma assai attenuate e suscettibili di correzione, anche nei normali. Sono pochissimi i normali timidi che non possano vantare almeno una *forma parziale* di *coraggio*; e sono pochi i coraggiosi che non presentino almeno una forma limitatissima di *pusillanimità parziale*. Per poco che la disarmonia si esageri od esca dallo stato latente, per esempio col concorso d'un disequilibrio organico o dell'esaurimento nervoso, si forma l'ambiente ossessivo di fobia da cui scaturirà l'idea o l'impulso incoercibile.

Parimente, non è difficile rintracciare la passione che corrompe il giudizio anche dietro la convinzione delirante del *paranoico*, dietro ai dubbi del *melaneolieo*, dietro alle ostentazioni del *demente gioranile*.

Il *perseguitato* scopre complotti, nemici e premonizioni allegoriche perchè è sospettoso, superbo e mistico. Qualche volta le sue allucinazioni, perfettamente intonate al delirio, tradiscono anch'esse la medesima origine

emotiva. Fra l'ambizioso e il perseguitato non v'è che questa differenza: che l'uno crede alla realtà di ciò che *teme*, l'altro alla realtà di ciò che *spera*. Nell'eccessività di questo timore o di questa speranza è già contenuto il germe del delirio.

L'*ambizioso megalomane* sogna alleanze, sudditi e consacrazioni solenni perchè è vano, sciocco e cocciuto e, fra le molte interpretazioni possibili della propria posizione nell'universo, adotta con sicurezza la più lusinghiera pel suo amor proprio, anche se è la più infondata ed inverosimile.

Gli *ipocondriaci* sono inspirati da una esagerazione morbosamente egoistica dell'attaccamento alla vita, che nei normali non si impone alla coscienza se non in caso di pericolo o in brevi momenti di debolezza, ma senza provocare convinzioni, nè dubbî di natura delirante.

Del resto è comune in molte classi d'alienati lucidi il fervore precoce e segreto con cui si abbandonano alle audacie della fantasia. L'indefinito ha un fascino che è gustato anche dai normali raffinati, ma i degenerati e gli imperfetti se ne inebbriano fino al delirio. Nei momenti d'ansietà e di dolore ripullulano le superstizioni. La paura della morte, l'orrore della morte altrui, l'aspettativa d'una sentenza rigettano le intelligenze deboli nelle braccia della religione. Lo sgomento dell'ignoto spinge i bambini che si sono trovati qualche volta all'oscuro nei meandri del misticismo. Le misteriose impressioni di voluttà che preannunziano l'adolescenza tendono altri agguati, e talvolta legano alla coscienza idee sopranaturali che si trasformeranno in delirî. Gli infermi, già solitarî per la loro indole mistica ed antisociale, si isolano anche intellettualmente, allontanandosi sempre più dal modo di pensare della collettività, che è mistica soltanto per abitudine e per ragioni pratiche. La disaffezione del pazzo mistico arriva fino al disprezzo della propria famiglia, e lo induce a sconfessare i genitori e a credersi figlio di principi o di personaggi fantastici ed altolocati.

Le stravaganze e le impulsività vengono apprezzate anche volgarmente come manifestazioni morbose ogni qualvolta sono il frutto d'una metamorfosi così straordinaria e così peggiorativa in confronto coi precedenti dell'individuo, da metterlo sotto una luce assolutamente nuova. I suoi atti e i suoi sentimenti sembrano il prodotto di un'altra personalità e sarebbero inesplicabili senza l'intervento d'un fattore morbigeno. Questo fattore è spesso rappresentato da un trauma.

Le *psicosi traumatiche*, anche se non danno luogo a delirî e ad amnesie, si riconoscono nella passività del carattere, talvolta nell'irascibilità, nella dipsomania, nella scomparsa del senso morale. La stessa dissoluzione più o meno completa del carattere si osserva spesso nell'*alcoolismo cronico*: tal-

volta i malati, senza venir meno alle leggi dell'onestà, si limitano a trascurare i propri doveri o la nettezza della persona o le norme della creanza, diventando trasandati, cinici e grossolani.

Anchè il processo della *paralisi progressiva* s'inizia quasi sempre spogliando i malati di quei poteri inibitori che solevano trattenerli dagli atti di spensieratezza. I paralitici diventano arrischiati negli affari, poco scrupolosi, loquaci e talvolta sinceri fino all'ingenuità, appunto perchè hanno perduto non tanto la capacità intellettuale quanto l'*interesse morale* a riflettere ed a frenarsi. Sebbene siano ancora in grado di capire la portata dei proprî atti e delle proprie parole, rifuggono da uno sforzo d'inibizione di cui non sentono più l'importanza. Per essi tutto è semplice, senza veli e senza malizia. Il loro ottimismo puerile li rende insensibili ai pericoli ed alle disgrazie. Così si vedono paralitici ancor lucidi e validi, ma che per crisi precedenti hanno perduto l'impiego o la clientela, abbandonarne la riconquista all'iniziativa delle loro mogli, lasciandosi rimorchiare da esse senz'alcuna umiliazione e con passività completa, sia nel maneggio degli affari, sia nel governo della famiglia.

Il carattere morale subisce trasformazioni notevoli e tipiche nel processo involutivo della *vecchiaia*. Vi sono individui che, invecchiando, perdono ogni affettività: detentori principali e tenacissimi della ricchezza e dell'autorità, esercitano una tirannia gretta, testarda e bisbetica sui famigliari, sui dipendenti o sui popoli di cui disgraziatamente stanno a capo; spesso prendono a disamare e ad invidiare i proprî figli; o cedono a strani risvegli dell'erotismo, della vanità e dell'ambizione; o, scendendo agli ultimi gradini dell'egoismo, si disinteressano completamente di tutto ciò che oltrepassa i confini della loro camera, del loro scrigno o della loro mensa. D'altra parte, non mancano esempi del tipo contrapposto, cioè del vecchio che diventa più indulgente, più amabile, più generoso e sopratutto più sereno di prima. Eppure, anche questa specie di metamorfosi benefica è dovuta a lesioni distruttive, perchè in fondo non deriva da nuovi acquisti affettivi, ma dalla scomparsa delle passioni e preoccupazioni perturbatrici, ossia da un processo di semplificazione del carattere, che entra nel quadro dell'atrofia corticale. Vi è chi perde virtù (è il caso più generale) e chi non perde che qualche difetto. Queste perdite successive, se si complicano con l'indebolimento intellettuale e con l'amnesia, come avviene assai di sovente, comunicano un'impronta del tutto speciale ai noti deliri della *demenza senile*.

Il carattere dell'*epilettico* si distingue a sua volta per certe contraddizioni affettive che costituirebbero un enigma se non si spiegassero come un effetto della malattia. È nota l'intransigenza ardente con cui gli epilettici adempiono certe formalità del rito religioso o esercitano la propaganda,

mentre d'altra parte trasgrediscono le prescrizioni più essenziali della morale (Samt). Questo contrasto deriva dall'azione di due influenze opposte. Da un lato l'invalidità epilettica costringe i malati a considerare il mondo e sè stessi con un'austerità meditativa, che è imposta dalla gravezza dei loro bisogni e che è spesso una virtù fondamentale del loro carattere; dall'altro le vicissitudini svariate della malattia portano una varietà e una violenza d'impulsi che può trascinare gli epilettici ad azioni del tutto contrarie ai loro principî. Così si spiegano le alternative, a torto scambiate per segni d'ipocrisia, che fanno dello stesso epilettico un astemio e un dipsomane, un bigotto e un bestemmiatore, un asceta e un satiro.

Per cause simili, ma con metamorfosi di gran lunga più proteiformi e più irregolari, varia, come si è visto, l'umore; e con l'umore il carattere delle *isteriche*. Di queste malate spesso si esagera la falsità e la tendenza alla mistificazione perchè si disconosce che il carattere, come ogni altra manifestazione dell'attività nervosa, possa risentire le influenze patologiche, mentre esso è forse, fra tutte le funzioni psichiche, precisamente la più vulnerabile. Nei loro rapidi passaggi dalla perfidia alla lealtà, dall'odio all'amore, dalla crudeltà superba alla bontà calorosa e modesta, le isteriche sono assai più sincere di quanto sembra. Le metamorfosi del loro carattere non sarebbero accettate per morbose se si compissero lentamente, accompagnando l'evoluzione o l'involuzione dell'età; ma non possono passare per naturali quando, non essendo simulate, toccano a breve distanza di tempo gli estremi opposti della scala passionale.

Le ripugnanze che incontra la tesi della morbosità applicata al solo *carattere* risorgono più vive, e più in coloro che non si occupano di psichiatria, davanti ai casi puri di *pazzia morale*. Questa psicosi, che consiste appunto nella deficienza per lo più congenita del senso morale, ossia della simpatia e solidarietà che ci unisce agli altri uomini e persino agli animali domestici, è facilmente compresa ed ammessa quando si somma con l'imbecillità, ossia con la deficienza intellettuale. Ma se l'insufficienza morale si presenta come un fenomeno isolato, senz'essere accompagnata e giustificata dalla povertà dell'intelligenza, la diagnosi viene ad urtare direttamente contro l'assurda tradizione del libero arbitrio, forte della sua doppia scaturigine, empirica e metafisica; e riesce praticamente insostenibile di fronte a giudici o profani saturi di bizantinismo giuridico e religioso.

Lo stesso Lombroso ha forse preferito d'eludere questo preconcetto in luogo di combatterlo (lo combatte dal punto di vista psicologico e con molto vigore Enrico Ferri), quando, per far entrare la criminalità e l'insensibilità morale nel porto della patologia, le identificò con immenso sforzo all'epilessia. In realtà, siccome il carattere morale è una tendenza

organica dell'attività cerebrale e niente di più, non vi è alcun bisogno di documentare la fatalità morbosa delle sue anomalie con mostruosità grossolane, con traumi o con accessi convulsivi rientrati, che nella massima parte dei casi sono ipotetici o non influiscono sulla degenerazione etica. Bisogna poi guardarsi dal giudicare come abnormi i non pochi criminali intelligenti che portano il marchio della criminalità ingiustamente, cioè in seguito ad errori giudiziari o in base ai gretti criterî del codice e della morale corrente; e riflettere, invece, che la massima parte dei reati individuali sono l'espressione delle anomalie ed imperfezioni sociali.

L'incoerenza più completa e più evidente del carattere si riscontra nei *dementi giovanili*. Questi infermi, che spesso conservano intatto il tesoro dei proprî ricordi, che in certi momenti parlano non senza arguzia, che scrivono con apparente assennatezza, commettono le più madornali incongruenze di condotta e di contegno, e giungono ad un punto tale di assurdità, da generare, come le isteriche, il sospetto dell'ostentazione continuata. Nei dementi giovanili non si formano più o si dissolvono quelle abitudini d'inibizione sistematica, la cui misura e direzione costituisce il principale distintivo della personalità psichica: quantunque la coscienza conservi la lucidezza ordinaria, i malati si abbandonano a tutte le stravaganze suggerite dalla fantasia senza curarsi se riesciranno vantaggiose o nocive ai loro interessi più remoti. In possesso d'una discreta esperienza, di parecchie cognizioni e persino di qualche ingegno, i dementi giovanili, per l'ostinazione che spiegano nel non servirsene, sembrano la caricatura volontaria degli *imbecilli*.

A loro volta gli *imbecilli*, anche giungendo a tarda età, sono la caricatura, però evidentemente involontaria, dei fanciulli, a cui rassomigliano per la spensieratezza, la crudeltà e la vanità. E gli stessi *paranoici*, nella fede che prestano alle proprie costruzioni fantastiche, non fanno che sviluppare i germi ipertrofici di quel misticismo, che fra i normali fiorisce per breve tempo nell'adolescenza, ma per estinguersi appena sopravviene l'età adulta.

I turbamenti dell'affettività e del carattere possono venir confusi con quelle oscillazioni fisiologiche che consentono anche ai normali di differire tra di loro e con sè stessi a seconda dei momenti. L'equivoco è abbastanza frequente per le alterazioni lievi ed isolate con cui così spesso le malattie mentali incominciano. Del resto, anche individui apparentemente normali sono talvolta esposti a bufere passionali così violente, da lasciar adito al dubbio, che può concretarsi in un problema giudiziario, se non debbano essere interpretate e scusate come fenomeni patologici. Certe esplosioni d'odio, d'amore, di libidine, di collera e di paura, specialmente se si presentano in giovani, il cui carattere è tuttora un'incognita, costituiscono un quesito spesso insolubile per l'alienista chiamato a pronunziarsi.

Può anche darsi che la manifestazione passionale sia l'effetto d'una doppia causa: cioè che si debba in parte ad una personalità estrema, ma non decisamente anomala o psicopatica, in parte ad un disordine insolito e passeggero, che agisce come un fattore supplementare. Questo fattore esogeno, che qualche volta è dimostrabile praticamente, può agire anche da solo. È evidente che certe infermità o disordini momentanei dell'organismo, come la *nevrastenia*, l'*isterismo*, l'*alcoolismo*, l'*ubbriachezza*, le *nevralgie*, anche se rispettano completamente l'intelligenza e sono ben lontani dal raggiungere il grado di vere e proprie psicosi, minacciano da vicino tutti i processi nervosi, compresi gli affettivi. Non vi è motivo di meravigliarsi se, in un momento di soprasaturazione patologica, la minaccia si realizza, pervertendo od esagerando l'intensità della reazione passionale.

Queste ed altre raffinatezze di casistica morale non hanno ancora oltrepassata la soglia della psicologia letteraria, che del resto si è resa spesso benemerita della psichiatria con anticipazioni molto felici. Ma gli alienisti non sarebbero così spesso chiamati a pronunciare sulla responsabilità di delinquenti lucidi e passionali giudizî vani ed incompetenti, se la legge penale fosse più larga e ragionevole nei suoi criterî direttivi. Sotto l'influenza delle idee moderne i tribunali accordano facilmente l'irresponsabilità e quindi l'impunità ai criminali più incorreggibili perchè vi ritrovano anomalie e segni d'inferiorità che interpretano come causa necessaria ed organica del reato. I rigori della legge sono invece riservati ai delinquenti passionali, che per loro disgrazia rassomigliano assai di più al tipo medio della gente onesta e normale e che perciò sentono anche più vivamente il rammarico e la vergogna del castigo. Eppure i delinquenti passionali sono più meritevoli di simpatia e immensamente meno pericolosi dei così detti delinquenti nati.

CAPITOLO VIII.

I movimenti e le altre reazioni esterne

PSICOLOGIA DEI MOVIMENTI.

L'intelligenza si estrinseca principalmente per mezzo dei movimenti volontarî: gli atti e le parole d'un individuo sono il grande indice delle sue condizioni psichiche. Ma qualunque altro processo d'innervazione centrifuga, anche il più umile, può fornire all'occorrenza indizî indiretti. Negli archi diastaltici della vita vegetativa penetra dall'alto l'influenza psichica e qualche volta si rivela con reazioni visibili e perturbazioni caratteristiche. Negli atti psichici si deve poi sempre presupporre un antefatto sensoriale che proviene dal di fuori o ccnestetico che proviene dall'interno: per quanto remoto, indistinto o dimenticato, questo precedente necessario opera come uno stimolo fisiologico e riduce anche le iniziative volontarie al grado di reflessi, non diversi dalle reazioni comuni che per la loro maggior complicazione. Dalla secrezione d'una glandula alla contrazione dei muscoli lisci e da una singola determinazione ad un programma di condotta che si esplichi lentamente nel ciclo d'una vita umana, nonostante l'autonomia relativa con cui funzionano ordinariamente le diverse reti nervose del simpatico, del midollo spinale, dei gangli subcorticali e della corteccia cerebrale, è dunque una catena continua di reazioni simili e solidali.

Da questo punto di vista la psichiatria prende in considerazione non solo le manifestazioni motorie che sono il prodotto diretto del lavoro intellettuale, ma anche i reflessi incoscienti. Nella mimica facciale, nelle reazioni delle pupille, in quelle dei nervi spinali si leggono commenti importanti al dramma talvolta oscuro che si svolge internamente; e tutti questi reflessi formano una controscena muta che può vincere in evidenza, come sempre vince in semplicità, la serie sovrabbondante e contraddittoria delle azioni volontarie. Così si utilizzano per lo studio dei fatti psichici tutti quei fenomeni d'innervazione centrifuga che, essendo suscettibili d'esame, possono palesarci qualche cosa sullo stato degli organi corticali: gli atti *volitivi*, gli atti *istintivi*, i movimenti *espressivi*, e persino quei re-

flessi *volgari* (secrezioni, tono muscolare, trofismo) che non hanno alcun significato psichico, ma subiscono in qualche modo la pressione dei centri sovrastanti.

Si classificano fra le volizioni gli atti che compiamo in previsione d'un effetto preciso e conforme ai nostri desideri, ossia al nostro carattere. Spesso l'incertezza della previsione e il conflitto di desiderî contrari ritardano la risoluzione e ci fanno perdere la visione della sua fatalità: noi crediamo di *agire*, cioè di scegliere liberamente fra varie possibilità in seguito ad un'iniziativa autoctona e incondizionata della nostra volontà. Invece non possiamo mai far altro di meglio che *reagire*, obbedendo al desiderio preponderante nel modo che la nostra intelligenza ci suggerisce come il più opportuno.

L'indirizzo della volontà è strettamente limitato dalla struttura originaria del cervello e dalla fortuna degli avvenimenti. Infatti è da queste due condizioni che dipende l'economia generale dei sentimenti (desiderî) e dei pensieri (previsioni) da cui nascono le volizioni. Più precisamente, gli atti volontarî si devono interpretare come risposte intelligenti ed obbligate agli stimoli che pungono perennemente la coscienza sotto forma di desiderî. È appunto per ciò che obiettivamente le manifestazioni di volontà non differiscono dagli altri fenomeni riflessi, salvo per la loro lentezza. Non ne differiscono assai neppure subiettivamente se, come spesso avviene, non si presenta alcuna ragione d'incertezza preliminare e il processo d'elaborazione cosciente si riduce al minimo; o quando esista, come nelle menti filosofiche, la chiara nozione di tutti i motivi determinanti; o quando intervenga l'interesse di provare la propria irresponsabilità; o quando la causa occasionale ci spinge ad azioni così ripugnanti dalle nostre tendenze abituali, che finiamo per riconoscere la nostra passività. In tutti questi casi gli atti di volontà si confondono con gli atti d'istinto e prendono, anche visti dal di dentro, l'aspetto di *reflessi con coscienza* e nulla più.

Si ascrivono all'istinto e si chiamano col nome d'atti istintivi quei movimenti che compiamo coscientemente e sotto l'impulso d'una tendenza misteriosa, ma senza prevederne chiaramente l'effetto. La volontà non è che una forma lucida dell'istinto, l'istinto è una forma oscura ed incompleta della volontà. La volontà si manifesta in modi svariati e personali, l'istinto in modi uniformi e legati al tipo psichico della specie zoologica.

D'altra parte l'appropriatezza innegabile e spesso singolarissima degli atti istintivi ai fini dell'economia biologica, ossia la loro *utilità* per l'individuo e per la specie, rende assai discussa l'origine degli istinti. Sono *automatismi perfezionati* o *volizioni degenerate* (automatizzate)?

Ciascuna di queste due eventualità può avverarsi. Gli istinti acquisiti derivano spesso da atti volitivi che, a furia di ripetersi, si sono semplificati anatomicamente e psichicamente: il camminare, il vestirsi, il parlare sono atti spinalizzati o bulbarizzati, a cui ormai la coscienza non partecipa che limitatamente e senz'alcun sentimento di volontarietà. Ma gli istinti congeniti, che specialmente negli insetti formano una fra le più alte meraviglie dell'adattamento, non possono spiegarsi che come abitudini ereditate, ossia come automatismi la cui apparente oculatezza è il frutto della selezione.

Che gli atti istintivi dipendano dall'opera automatica della selezione e non da un disegno prestabilito ed antropomorfico o provvidenziale, lo prova il fatto che, malgrado la loro incontestabile utilità, essi non raggiungono lo stato di relativa perfezione che per gradi e per acquisti individuali. Le api del Messico non fabbricano celle esagonali, che sono le più economiche, ma cilindriche; e i calabroni le fanno irregolari; e il cuculo d'Australia non depone le ova nel nido degli altri uccelli. Ciò significa che la selezione si compie a poco a poco e, dove la concorrenza per la vita è meno aspra, permette alle specie ed ai loro istinti di perdurare in una fase d'organizzazione inferiore, per la quale sono certamente passati anche gli esseri e gli istinti più evoluti.

Perciò, se nell'ontogenesi gli atti istintivi sono qualche volta i succedanei delle azioni volontarie, essi ne sono sempre gli antesignani nella filogenesi. Praticamente, poi, gli istinti e la volontà si dividono il governo delle azioni umane, operando a seconda dei casi o di conserva o in antitesi od anche in modo indipendente.

Tutto sommato, la *condotta* dell'uomo risulta come una serie incessante e più o meno coerente di riflessi, che in parte s'inspirano all'abitudine ed alla tradizione, in parte alle iniziative innovatrici e personali. In ogni modo, o che risalgano ad un'origine istintiva o che dipendano da una determinazione volontaria, le nostre azioni non sono che un adattamento continuo alla *legge edonistica* (dell'utilità), per cui tendiamo sempre alla massima soddisfazione mediante il minimo sforzo.

Indizi diretti ed eloquenti dello stato mentale, quantunque involontari e per lo più anche addirittura incoscienti, si possono raccogliere nei riflessi espressivi, cioè nella mimica facciale e in quelle varie reazioni interne che formano come una specie di mimica complementare e segreta. La fisionomia umana è un semaforo automatico che denunzia i nostri sentimenti più intimi e le nostre passioni con una delicatezza ed una sincerità talvolta incomoda, a cui arriva difficilmente il linguaggio cosciente. Lo stesso significato hanno di sovente il rossore, il pallore, le modificazioni del polso e del respiro, il singhiozzo, il riso, la lacrimazione, la

salivazione, il sudor freddo, l'erezione e l'eiaculazione, ed altri fenomeni dello stesso genere, che a loro volta possono essere provocati da motivi psichici.

Nelle variazioni mimiche della faccia trova riscontro preciso e precoce ogni genere ed ogni sfumatura quantitativa di sentimento. Darwin sostiene addirittura che certi gesti sono ereditarî: bambini nati ed allevati in Inghilterra, ma d'origine francese, alzavano, per esprimere noncuranza, le spalle, gesto sconosciuto agli Inglesi. A parte l'eredità, vi sono gesti che, nell'infanzia, rispondono ad una finalità e poi persistono con significato simbolico. Un cattivo odore suscita come reazione l'arricciamento del naso accompagnato da una forte espirazione, che scaccia dalle narici l'odore invadente e temuto: la stessa reazione si ripete, per analogia, di fronte allo schifo morale. Per fissare meglio un'immagine visiva, aggrottiamo la fronte, sporgiamo le sopracciglia e socchiudiamo le rime palpebrali, ossia limitiamo il campo visivo e moderiamo la luce: una mimica affatto identica asseconda qualunque altro sforzo d'attenzione anche nell'ascoltare o nel meditare. Darwin interpreta bene anche il riso sardonico, che originariamente (e ancora adesso nel cane) è una minaccia, una specie di dimostrazione armata (l'arma è il dente canino), insomma un'ostentazione d'odio e di forza. Altre manifestazioni mimiche non sono che l'estrinsecazione motoria d'un sentimento senza sfogo diretto per la via della minima resistenza od anche per quella dei muscoli ordinariamente disoccupati (Spencer): l'ilarità si scarica facilmente per mezzo del riso; la gioia per mezzo di movimenti delle mani che sembrano palleggiarsi un sapone impalpabile in un'acqua invisibile; l'impazienza per mezzo di gesti rapidi, svariati e violenti, che non lasciano adito al menomo dubbio sul loro significato.

Finalmente, nel campo del simpatico, del midollo spinale, del bulbo e dello stesso cervello, ferve un lavorio incessante di processi centrifughi che non sono nè determinati dalla volontà, nè accompagnati da coscienza, nè esattamente conformati allo stato psichico: involontarî, incoscienti, inespressivi. Eppure anche queste forme completamente apsichiche di reattività reflessa costituiscono, se non altro, un esponente esatto delle condizioni organiche in cui versano i proprî rispettivi apparati d'innervazione; e così ci porgono un indizio indiretto, ma talvolta sicuro, se non del contenuto psichico, almeno dell'energia nutritiva o funzionale che, o per semplice analogia o per un nesso di causalità fisiologica, regna nelle vie corticali.

Infatti, oltre alle analogie volgari che possono manifestarsi fra i varî segmenti dell'asse cerebro-spinale per ciò che riguarda le condizioni generali (anemia, esaurimento, intossicazioni, neoformazioni a focolai mul-

tipli), si deve tener conto delle armonie e delle antinomie che esprimono rapporti di solidarietà più complicati e che risultano da uno scambio d'influenze agevolatrici (*bahnend*) e inibitorie (*hemmend*) fra i processi d'innervazione cosciente e i processi d'innervazione automatica. Questa duplice solidarietà, poco nota e poco studiata nella vita ordinaria, si mostra qualche volta a nudo in patologia.

Un'analogia semplice (senza solidarietà) è la midriasi che accompagna il coma in certe intossicazioni: qui si tratta d'un unico agente morboso che si localizza doppiamente. Quando invece osserviamo un maggior rigoglio dell'attività vegetativa e peristaltica sotto l'influenza d'un esaltamento psichico e vi è ragione di credere che l'agente morboso non si sia localizzato oltre al cervello, ci troviamo di fronte ad un caso ben chiaro di diffusione dinamica in senso armonico. Infine è un fatto classico di diffusione dinamica, ma in senso antinomico, quello per cui il tono muscolare si esalta nel campo spinale appunto quando la funzionalità nervosa si deprime, per paralisi motorie, nel campo cerebrale.

PATOLOGIA DELL'INNERVAZIONE CENTRIFUGA.

1.° — LA CONDOTTA.

La condotta dei pazzi si distingue per un gran numero di aberrazioni, positive e negative, che stanno in netto contrasto coi loro interessi e col loro carattere anteriore. Queste aberrazioni di condotta possono dipendere, a seconda dei casi, da tre ordini diversi di cause, cioè:

1.° da errori morbosi delle rappresentazioni,

2.° da disordini affettivi,

3.° da alterazioni intrinseche della volontà o degli istinti.

Ma, in pratica, tutte le singolarità di condotta che provengono da allucinazioni, da delirî, da offuscamento della coscienza, non essendo che un corollario logico del disturbo intellettuale, rientrano nella patologia della ideazione (v. capitolo V). Similmente gli eccessi d'attività, d'inerzia, di disperazione che sono motivati da esaltamento, indifferenza o depressione del tono sentimentale rientrano nella patologia dei sentimenti (v. cap. VII). In conclusione, gli allucinati, i deliranti, i confusi, gli esaltati, gli apatici, gli avviliti agiscono come sentono, sentono come pensano, e pensano come parlano. I loro atti si capiscono e si prevedono facilmente dai loro discorsi, e non vi è bisogno di studiarli, separatamente dai motivi, come un sintomo d'importanza speciale.

A questo modo la patologia della condotta viene a restringersi notevolmente e si identifica con quella della volontà e degli istinti. Anzi, a ri-

gore, la vera pazzia degli atti o impulsività non sussiste che quando, per un'anomalia misteriosa del meccanismo volitivo, vi è una palmare inconseguenza fra la condotta e le sue premesse subiettive, giuste o morbose che siano, questo poco importa. Le irregolarità delle manifestazioni istintive non dovrebbero figurare in questo capitolo, perchè non derivano quasi mai da incoerenza fra l'atto e il motivo. Al contrario, esse sono la conferma brillante o il primo segno rivelatore d'un pervertimento circoscritto, che risiede nell'*affettività*: più che un delirio degli atti, abbiamo dunque di fronte un delirio parziale degli affetti. Tuttavia bisogna che questa anomalia, appunto perchè è assai equivoca, si sia estrinsecata e documentata nell'azione prima che si possa determinarne con sicurezza l'esistenza e la misura; e questa circostanza sposta i pervertimenti dell'istinto dalla patologia dei motivi alla patologia della condotta.

È probabile che gli impulsi propriamente detti prorompano *ex abrupto* dai centri motori in seguito a stimoli locali ed insoliti che vi sono o casualmente portati da un agente morboso o fatalmente attirati da una lesione preesistente. Tuttavia, per non urtare contro difficoltà irresolubili e forse bizantine, la psichiatria deve quasi sempre evitare di pronunziarsi sull'intima genesi psicologica d'un movimento od atteggiamento che talvolta è un enigma anche per chi lo compie. Essa si arresta prudentemente all'esteriorità del fenomeno, e in generale ascrive ad assurdità intrinseca della condotta solo quei processi motori i quali, mentre per la loro complessità e per la compostezza del soggetto arieggerebbero gli atti volontarî, non sono o non *sembrano* che reflessi d'origine organica a causa della loro inesplicabile frivolezza ed incongruenza. Queste false volizioni, che meritano per eccellenza il nome d'impulsi morbosi, hanno una analogia di meccanismo con le allucinazioni. Anche le allucinazioni insorgono in modo simile, cioè da irritazioni locali ed insolite che accendono nei centri relativi le immagini d'oggetti non presenti.

La condotta dei pazzi che, senza queste distinzioni, offrirebbe lo spettacolo di aberrazioni innumerevoli e inclassificabili, può dunque studiarsi comodamente sotto due soli aspetti: da un lato nelle *volizioni false* o che sembrano false; dall'altro nelle manifestazioni (volitivamente regolari) d'*istinti pervertiti* che altrimenti rimarrebbero ignorati od incerti.

Anomalie della volontà.

Il fatalismo, l'immobilità, l'inazione totale, come si manifestano nello *stupore*, prendono il nome di *abulia* appunto perchè in questi casi è ammesso che vegli ancora la coscienza, e il contegno dei malati non è spiegabile che con una paralisi della volontà. Di ciò talvolta rendono conto i

malati stessi quando sono guariti o convalescenti. La malattia li lascia spettatori, spesso non indifferenti, di ciò che accade, ma li mette nell'impossibilità di reagire in armonia con le circostanze. Quest'impossibilità si estende anche alle iniziative più elementari.

I malati conservano per ore e giornate intere la stessa posizione, non rispondono a nessuna domanda, tollerano offese morali e fisiche e non desistono dagli atteggiamenti, ancorchè incomodi o ridicoli, che vengono loro inflitti passivamente: *catalessi*. Qualche volta ogni azione è inibita, e i malati si sentono come incatenati senza saperne il perchè (*Benommenheit*): eppure non sono incapaci di elaborare i motivi di un'azione, nè di riconoscerne l'opportunità e l'urgenza. La coscienza di questo *soggiogamento morale* genera sofferenze psichiche e talvolta paura o deliri.

In altri casi d'abulia si vede più chiaramente come la volontà non sia altro che una risultante. La reazione volontaria manca, non v'è dubbio, per limitazione qualitativa e quantitativa della coscienza: le idee sono poche, stereotipate e non destano associazioni che fra di loro. Per quanto l'abulico cosciente percepisca e ricordi le scene reali o fantastiche a cui assiste, esso impegna prevalentemente la sua attenzione in un monoideismo spastico, sterile e oscuramente doloroso, che esercita una specie d'ostruzione sui processi associativi capaci di suggerire o determinare la reazione. Oppure avviene che la limitazione della coscienza penda di preferenza dal lato dell'affettività, ed allora i malati, ancorchè capiscano e pensino, si astengono dall'azione per mancanza d'interesse. Insomma il loro *astensionismo* indica o siccità d'idee o siccità di sentimenti. Dell'anestesia morale si ha la controprova nel fatto che molti pazzi affetti da abulia presentano anche analgesia e immobilità mimica: evidentemente la paralisi colpisce anche i territorî estranei al processo volitivo, e l'abulia non è che un caso particolare della torpidezza che ha rallentato od arrestato tutti i processi d'innervazione.

Dal non volere alcuna cosa al volerne una sola, dall'abulia alla *monobulia*, la differenza sembra assai piccola, ma spesso è assai notevole. Intanto, si possono intendere come espressione di monobulia due specie di stati psichici abbastanza diversi. Vi è una monobulia statica o continua, che consiste in una volizione permanente e signoreggiante che inibisce ed elimina ogni altro fenomeno mentale. E vi è una forma di monobulia dinamica o discontinua, che consiste nel ritorno ripetuto e rodente d'una identica tendenza volitiva: qualche volta questa tendenza finisce per tradursi in atto e costituisce, se non un impedimento assoluto, una minaccia sempre sospesa sulla produzione d'altri fenomeni volitivi e mentali. La monobulia statica coincide con ciò che gli alienisti hanno descritto sotto il nome di catatonia; la monobulia dinamica è la forma attiva e caratteristica dell'impulsività.

S'intende per *catatonia* la persistenza d'un malato (per lo più un demente giovanile, qualche volta un'isterica, in casi eccezionali un amente, un paralitico o un melancolico) in un atteggiamento espressivo, statuario, irremovibile (fig. 41 e 42). Se si cerca di distogliere il catatonico dalla sua posa, di farlo scendere dal suo piedestallo ideale, s'incontra una resistenza straordinaria, ma per così dire marmorea, cioè senz'alcun supplemento di mimica passionale, nè di ribellione intelligente. Se poi il malato si decide ad alimentarsi, a spogliarsi, a cambiar di posto, gli atti relativi si compiono con incredibile lentezza e solennità, in maniera che la posa fondamentale non è quasi per nulla alterata. Gli atteggiamenti preferiti dai catatonici sono quelli di predicazione, di minaccia, di preghiera, d'estasi, di sospetto. Qualche volta il gesto è corroborato da un motto breve e invariabile. Un infelice studente di medicina, che vegetò per lunghi anni nel manicomio di Genova, pronunciava a denti stretti la parola *condanno!* e qualche volta aggiungeva *porcaccioni!*

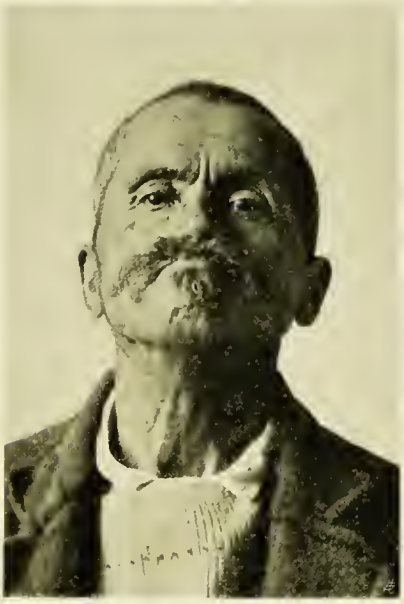


Fig. 41. — Paralitico progressivo in atteggiamento catatonico (l'ammalato si mantenne in questo stato per alcuni mesi di seguito).

Qualunque sia la sua forma, la catatonia è un sintomo assai ostinato. Kahlbaum, che lo illustrò per il primo nel 1874, pretese di elevarlo alla dignità d'una psicosi a sè. Recentemente Kraepelin fece rivivere il concetto di Kahlbaum, servendosi della catatonia per creare una varietà della *demenza precoce*. A questo modo la catatonia non ha perduto la sua importanza: scomparsa come psicosi, essa ha acquistato un significato sempre più largo come sindrome, perchè abbraccia, oltre a quella descritta, anche altre manifestazioni motorie di eguale origine clinica.

Fra le manifestazioni affini alla catatonia, e con lo stesso nome già proposto da Kahlbaum, primeggia il *negativismo*. Mentre la catatonia ordinaria è un atteggiamento plastico a tema fisso, il negativismo è una serie di negazioni plastiche a tema variabile, ma non libero: il malato si atteggia ora in un modo, ora in un altro, ma sempre con pose esatta-

mente contrarie alle suggestioni delle persone e dell'ambiente. È un oppositore sistematico e paradossale, che non parla e non ragiona, ma resiste energicamente ad ogni novità, anche contro il proprio interesse: respinge, chiudendo la bocca, il cibo che gli viene offerto, e tende avidamente le mani a quello che gli vien ritolto; non si lascia nè spogliare, nè vestire; torce la testa e lo sguardo se si fa appello alla sua attenzione, ma ritorna alla contemplazione intensa se si crede solo o inosservato; talvolta ride o va in collera, ma giammai a proposito; immobile e attaccato al suo posto, malgrado il sole e le intemperie, l'abbandona, per quanto sia comodo, appena è incoraggiato a restare; all'invito di coprirsi risponde denudandosi, ai primi approcci d'un esame clinico nascondendo il capo fra le lenzuola (fig. 43).



Fig. 42. — Catatonia: l'ammalato sta sempre ritto, a piedi uniti, con le braccia stese e addossate al tronco, tiene la testa rigida e lo sguardo volto in basso; da molti anni non proferisce parola.

Tanto la catatonia come il negativismo si manifestano anche sotto forme attenuate: la catatonia con singolarità stravaganti ed abituali di gesti, d'incesso, di maniere, di linguaggio e di scrittura, che prendono il nome di *movimenti sistematizzati*, *ecopraxia*, *ecolalia*, *neolalia*, *neografia*; il negativismo con *ribellioni* assurde, improvvise e poco frequenti, che costituiscono il sintomo patognomonico della demenza precoce in tutte le sue varietà.

Tutti questi sintomi hanno comune un carattere fondamentale. La monobulia, o che incomba senza interruzione come nella catatonia classica o che imperversi a soffi discontinui come negli altri casi, è talmente misteriosa nelle sue cause, nel suo scopo e nel suo meccanismo, che perde quasi tutti i distintivi della volizione. Si stenta a concepire una volontà che non è al servizio nè di previsioni, sia pure erronee, nè di sentimenti, sia pure patologici; e il meglio che si può concludere di simili monobulie è ch'esse siano al massimo *parabulie*. La natura enigmatica del sintomo non gli toglie però valore pratico per la diagnosi differenziale.

Infatti gli infermi che soffrono di *grande* catatonia, e quelli che presentano queste forme più o meno intermittenti di catatonia *frusta*, non mostrano nè sgomento, nè imbarazzo, nè meraviglia di fronte alla volizione eterogenea, a cui anzi si abbandonano con indifferenza e quasi con compiacenza. Qualche volta spiegano scherzosamente il proprio contegno, adducendo una scusa improvvisata, non vera e ancora più sciocca dell'atto catatonico: così un demente giovanile, richiesto perchè non camminasse, accampava come spiegazione la sua incertezza se doveva cominciare il primo passo con la gamba destra o con la sinistra. Questa pas-



Fig. 43. — Demenza precoce: negativismo catatonico e pseudo-contrattura. L'ammalata grida e resiste ogniqualvolta si tenti di modificare il suo atteggiamento.

sività demenziale crea un abisso fra le *monobulie catatoniche* e le *monobulie ossessive* che incontreremo, con caratteri ben diversi, in malati di tutt'altra specie.

I più comuni fra i *movimenti sistematizzati* sono quelli d'inginocchiarsi, di camminare in punta di piedi, di ripetere intempestivamente (anche davanti ad oggetti inanimati) il saluto militare, di proferire una frase stereotipata e insignificante (per esempio « dammi una lira per comprare un cavallo! »), d'adottare una variante incongrua e ridicola nel proprio vestiario, di passeggiare con brevi e ostinati andirivieni sempre nello stesso sentiero, di evitare certe linee del lastricato, di raccogliere sassi, pagliuzze e persino sterco, ma senza alcun criterio di collezionismo. Qualche volta il movimento sistematizzato è un residuo mnemonico dell'attività professionale: un bracciante caduto in demenza traumatica per lo scoppio d'una

mina atteggiava le gambe e moveva le braccia come se vangasse, e seguitò così per dieci anni. Questi movimenti passano anche sotto la qualifica d'*incoercibili* o di *coatti;* ma in realtà essi sono così spontanei, facili ed esenti da angoscie subiettive, che è meglio riservare la denominazione in parola alle monobulie ben diverse che descriveremo come un sintomo della nevrastenia. I farmachi sedativi, che sono così efficaci nel reprimere gli atti di furore ed anche nel trattenere i malati dalle reazioni ossessive non esercitano alcuna influenza sui movimenti sistematizzati. I movimenti sistematizzati si svolgono sotto la soglia della coscienza, nel dominio dell'automatismo; perciò sono più resistenti alle azioni terapeutiche e non subiscono la suggestione imperativa.

L'*ecopraxia* è un caso particolare di sistematismo motorio e consiste nella contraffazione o ripetizione speculare dei gesti altrui. Questa uggiosa ripetizione può estendersi ad ogni sorta di atti o limitarsi alle altrui parole: *ecolalia.* In quest'ultimo caso vi è da distinguere l'*ecolalia letterale* e l'*ecolalia per approssimazione,* che permette ai malati di esprimere bene o male qualche idea originale, copiando solo in parte le frasi che ascoltano. La *neolalia* e la *neografia* non sono poi che deformazioni sistematiche del linguaggio e della scrittura ordinarie, donde scaturisce un gergo con terminazioni e interpolazioni che rammentano certi giuochi d'infanzia. Questi gerghi individuali e più o meno comprensibili, che i malati si ostinano a parlare ed a scrivere in ogni occasione e spesso per tutta la vita come se fossero d'uso universale e senza curarsi d'esser capiti, sono un sintomo tra i più sicuri della *demenza precoce.*

Nei dementi precoci, qualunque sia la varietà clinica a cui appartengono, l'*assurdità del contegno* riverbera un'ombra di catatonia anche all'infuori della varietà catatonica. L'assurdità del contegno risulta appunto dalla disarmonia fra ciò che i malati pensano e sentono internamente e ciò ch'essi fanno e vogliono effettivamente.

Un contegno spensierato, iracondo, irragionevole è morboso, ma non assurdo, se la coscienza dell'infermo è travagliata da convinzioni sbagliate, da passioni insolite o da disordine generale. Ma i dementi precoci commettono stravaganze a sangue freddo senz'alcun fine, nè serio nè frivolo, nè remoto nè vicino. Queste stravaganze assumono più che mai il carattere della parabulia catatonica, perchè i malati che le mandano ad effetto godono l'ordinaria lucidità di coscienza e il pieno equilibrio dei sentimenti: narrano cose incredibili senza convinzione, senza rossore per le contradizioni in cui cadono e senz'alcuna speranza o interesse di farle credere; esplodono all'improvviso in atti violenti senz'odio nè collera; qualche volta cominciano un tentativo di suicidio da cui desistono senza mutar d'umore; ricusano comodità e divertimenti senz'essere mossi nè

da scrupoli, nè dal desiderio d'impressionare; e non tengono in alcun pregio nè l'interesse proprio, nè l'opinione altrui. Il loro contegno, volontario nell'apparenza, è la negazione della volontà nella sostanza, perchè è contrario a ciò che gli economisti chiamano il principio dell'*edonismo* e che consiste nella ricerca costante del massimo bene o, alla peggio, del minor male.

È probabile che questo disorientamento della condotta e degli atti derivi dall'inaridirsi dei sentimenti, sorgente e ragione d'ogni iniziativa normale. Per l'opposizione perenne in cui si trovano, più che con gli altri, con sè stessi, i dementi precoci sono negativisti tipici, e l'assurdità delle azioni ricade pienamente nella catatonia. La catatonia, il negativismo e i movimenti sistematizzati nelle loro varie forme non sono che casi specializzati del fenomeno che abbiamo indicato come assurdità degli atti.

Dalle monobulie e parabulie catatoniche si passa in ben altro campo con le *monobulie ossessive*. Quantunque le monobulie ossessive s'arrestino il più delle volte allo stato di semplice tendenza, la coscienza sempre lucida di questi malati non lascia alcun dubbio sulle condizioni della loro volontà. Si tratta certamente di volizioni morbose, ma che, a differenza dagli impulsi ciechi della catatonia, sono elaborate e combattute quanto e più di certe volizioni normali. L'origine morbosa di queste vere *ossessioni* risulta dalla circostanza caratteristica che il malato si sente invaso e dominato da una volontà estranea alla sua personalità psichica; e ne prova molestia, dispiacere, orrore, spavento o disperazione, secondo il contenuto rappresentativo dell'ossessione.

Queste monobulie ossessive nascono dalla *nevrastenia*, costituzionale ed acuta, dalla *melancolia*, dall'*isterismo*, insomma dalle *psicosi lucide*: nascono allo stato di semplice rappresentazione; passano nel novero delle ossessioni dolorose appena acquistano, pel loro ripetersi, una tenacia incoercibile; e si differenziano dalle ossessioni comuni solo perchè, in luogo di riferirsi ad un argomento astratto, raffigurano un'azione, di cui l'ossessionato è spinto — per continuità logica — a farsi il protagonista. Per questa stessa continuità accade anche (di rado) che la tensione si trasformi effettivamente in volizione compiuta.

Un medico di 37 anni, che ha sofferto a 27 di nevrastenia grave con insonnia e *fobie*, è ripreso da un nuovo attacco: esagerazione dei reflessi patellari, tremito delle palpebre ad occhi chiusi, debolezza sessuale, anemia, stipsi, paura d'impazzire. A questi sintomi s'aggiunge di quando in quando, più terribile di tutti, l'impulso ad uccidere la propria bambina, primo ed unico frutto d'un matrimonio recente e felice. « L'idea » mi scrive disperatamente il malato « attraversa il mio cervello all'improvviso come un ferro rovente; la sento arrivare, la vedo ingigantire; essa mi fa correre nella camera della piccina e mi spinge a commettere... quello che non

voglio. Prendo in collo la mia bimba e sarei per gettarla dalle scale o dalla finestra, secondo il luogo in cui mi trovo. Finora con uno sforzo supremo e insperato sono riuscito a vincermi, a stringere fra le mie braccia l'adorata creatura ed a baciarla come per chiederle perdono di quel che provo. Nessuno ha letto nel mio aspetto l'orrore che m'invade. Sembro un uomo normale e forse non lo sono. C'è dunque una frontiera che mi divide dalla pazzia o l'ho già varcata? ».

Le monobulie ossessive sono dunque l'esempio patologico dell'esitazione concentrata sopra un singolo atto volitivo, la cui rappresentazione si ripete in forma incoercibile; e a questa esitazione fiera si addice il verso robusto di Dante:

Il sì e il no nel capo mi tenzona.

Ma dallo stesso terreno della nevrastenia e della melancolia germogliano assai più spesso le manifestazioni molteplici d'una perplessità diffusa, ossia della *disbulia*. I malati sono ondeggianti per una penosa indeterminatezza dei loro giudizî e dei loro desiderî, che li trattiene da qualunque volizione completa anche di fronte alle pratiche volgari e innumerevoli della vita quotidiana; ed anche a questa indecisione meschina si attaglia il verso pittoresco d'un altro poeta, Francesco Petrarca:

Nè il sì, nè il no nel cor mi suona intero.

La disbulia porta l'elemento della tristezza nel quadro della nevrastenia e lo accresce in quello, già soprasaturo, della melancolia. Dal contegno di questi malati e dalle loro parole è facile misurare il profondo smarrimento in cui si trovano, malgrado la futilità delle esitazioni sempre nuove che ne sono la causa.

Il *nevrastenico* disbulico è un volubile a contradizioni simultanee: vorrebbe nello stesso tempo riposare e strapazzarsi, nutrirsi e digiunare, partire e restare. Il suo più vivo desiderio è quello di consultare il medico, ma la decisione è rimandata di giorno in giorno con motivazioni tanto frivole, che sembrano pretesti.

Il *melancolico* che soffra per giunta di disbulia, il che è molto frequente, incontra ad ogni passo un bivio doloroso che lo arresta. Ricoverato al manicomio, soffre egualmente di scrivere ai suoi cari e di lasciarli senza notizie, di eseguire un consiglio che gli pare troppo benevolo e di trasgredirlo contro i dettami d'umiltà che si è imposto; d'alzarsi e di coricarsi, di parlare e di tacere, di vivere e di morire. L'immagine d'un atto qualunque suscita nella mente stanca e dolorabile di questi malati il fantasma dell'atto contrario: è una specie di negativismo rappresentativo, che non si deve confondere con l'opposizione illogica ed automatica

dei negativisti propriamente detti. I melancolici sono soggetti ad una serie di dilemmi affannosi (*delirio di negazione* di COTARD, più rettamente *dubbio*): la soluzione ordinaria è l'inerzia con angoscia. I catatonici, invece, si fanno esecutori intransigenti d'un impulso che non discutono e che forse non capiscono. La volontà dei melancolici si sdoppia in due tendenze contrarie e di egual forza che la rendono del pari impotente all'affermazione come alla negazione; la volontà dei negativisti catatonici è snaturata in una negazione cieca e perenne, che, mancando quasi completamente di carattere volitivo e intellettuale, denota uno sciopero in massa delle idee.

Anomalie degli istinti.

Nella condotta dei pazzi e dei pervertiti si trovano le sole prove veramente sicure del disordine che presiede ai loro istinti. Le tendenze utili ed ereditarie che formano il patrimonio della specie umana subiscono profonde alterazioni per deficienze, eccessi e pervertimenti parziali o totali.

A) **Conservazione individuale.** — La conservazione dell'individuo è raccomandata ad una serie d'istinti, fra cui primeggia come il più fondamentale ed immediato quello d'*attaccamento alla vita*, che SCHOPENHAUER pretendeva d'innalzare metafisicamente a principio esplicativo dell'universo e che ZOLA ha dipinto con giuste proporzioni psicologiche e con colori incantevoli nel più bello dei suoi romanzi, la *Joie de vivre*. La povertà della nostra immaginazione ci permette di rappresentarci la morte con un certo stoicismo finchè essa apparisce lontana; ma lo stoicismo scompare o si svigorisce di fronte all'imminenza del pericolo, come si vede nelle epidemie, nei naufragi, nei grandi incendî, che spingono gli individui e le folle ad un furore talvolta bestiale di autoconservazione, soffocando ogni riguardo altruistico.

Fra i pazzi e i degenerati l'attaccamento alla vita persiste quasi sempre intensissimo. Il *paralitico*, ridotto all'ultima miseria fisica e morale, mostra una compiacenza singolare di trovarsi a questo mondo, e spenderebbe tutta la poca energia che possiede per difendere la propria esistenza, se la credesse minacciata. Lo stesso avviene in quei fanatici della vita che sono gli *ipocondriaci* e molti fra i *dementi senili*. Ma non manca, ed è certo più caratteristico, il caso contrario. Non parlo dei melancolici che si uccidono per sottrarsi a sofferenze insopportabili, e nemmeno di quei nevrastenici che preferiscono il suicidio alla paura tormentosa, continua ed incoercibile di morire (*tanatofobia*), perchè questi malati cedono ad un movimento ragionevole di disperazione che, sotto l'incubo d'una grande

sventura, può prodursi analogamente anche fra i normali. Parlo invece di quegli *anomali* lucidi (nevrastenici?) che si privano della vita in un momento d'impulsività improvvisa senza un motivo adeguato: per una minima contrarietà, per puntiglio, per una scommessa, per la suggestione d'un luogo, di un'arma, d'una tradizione famigliare. Qualche volta si tratta di coppie amorose, ma senza reciprocità di passione, di ragazzi fra i 5 e i 10 anni, o di famiglie in cui si contano due, tre e fin sette casi di suicidio per imitazione (Maccabruni), talvolta nelle identiche circostanze, con la stessa rivoltella, allo scadere d'un anniversario o d'una data prestabilita.

Intorno a questo istinto fondamentale di attaccamento alla vita ne fioriscono altri, accessorî, che servono non tanto a difenderla direttamente quanto a renderla più piena e gagliarda, perchè assicurano all'individuo l'integrità fisica, l'alimentazione, la proprietà di ciò che si è meritamente procacciato, la nettezza del corpo e l'indipendenza sessuale. Tutti questi istinti complementari sono esposti ad esorbitanze, ad avarie ed a pervertimenti che accompagnano in generale le forme di pazzia più gravi.

Contro l'istinto dell'*integrità corporale* agiscono quei malati, per lo più incoscienti, che incoraggiati da uno stato di analgesia praticano sopra sè stessi *mutilazioni* del tutto prive di scopo, cruente e più o meno pericolose, come l'estirpazione di denti, l'amputazione dei genitali o delle dita, l'enucleazione degli occhi, la bruciatura della pelle per mezzo di sigari accesi. In alcuni casi di profonda *melancolia* l'istinto dell'integrità corporale, peggio che sospeso, è addirittura invertito: i malati, prescindendo da ogni netto proposito di suicidio e di espiazione, si abbandonano ad atti d'impulsività inverosimile che sembrano muovere da un sentimento paradosso di *algofilia*. Tra affigliati a corporazioni chiuse, coercitive o segrete, marinai, soldati, corrigendi, carcerati, delinquenti abituali, prostitute e loro parassiti, è comune il *tatuaggio*. Questo sacrifizio, per quanto piccolo, dell'integrità cutanea in omaggio ad un simbolismo grossolano e spesso turpe, non è possibile che nelle collettività di tipo inferiore, e costituisce un'affermazione artistica di quella solidarietà primitiva e poco simpatica che è il così detto *spirito di corpo*. Il tatuaggio è indizio di rozzezza congenita od acquisita, o dell'una e dell'altra insieme.

L'*istinto dell'alimentazione* è spesso violato dai pazzi, che presentano *sitofobia*, *coprofagia*, *pica*, *bulimia*. Il rifiuto del cibo o sitofobia talvolta non è che un mezzo di suicidio, oppure è inspirato dal timore del veneficio; ma spesso, in malati incoscienti, è l'espressione automatica di un'alterazione cenestetica, legata quasi sempre all'innervazione dello stomaco, sede vera ed unica della fame (la così detta fame organica o dei tessuti, come sensazione subiettiva, è una chimera). Anche le *isteriche* soffrono di periodiche inappetenze che possono giungere alla sitofobia.

La coprofagia è per certi dementi paranoidi una specie di rito religioso. Gli *idioti* e i *dementi* mangiano anche paglia, capelli, tabacco per *ageusia*.

Quanto ai pervertimenti del gusto che si osservano in forma transitoria fra gli *adoleseenti* e fra le *isteriche* e che spingono queste persone a cibarsi di cenere, terra, sale, aceto, ecc., essi non rispondono a bisogni insoliti e latenti d'un organismo chimicamente imperfetto, ma sono aberrazioni prive di qualsiasi finalità biologica (*disgeusia*).

La fame insaziabile o *bulimia* è un sintomo compromettente ed assai comune fra i *paralitici* come pure fra gli *idioti*, che spesso per la loro ingordigia soccombono a soffocazione o ad intossicazioni secondarie. Lo stesso pericolo minaccia anche molti *epilettici* nei periodici risvegli di voracità a cui vanno soggetti.

L'*istinto della proprietà*, che è dei più antichi e che non si spegne, ma si nobilita nel passare dalla forma storica della conquista e dell'*ius abutendi* all'aspirazione verso altre forme più evolute e meglio subordinate all'interesse collettivo, rappresenta l'aspetto preventivo dell'istinto d'autoconservazione, perchè stimola l'individuo a procurarsi, a garantirsi, ad accrescersi i mezzi d'esistenza e di godimento per l'avvenire. Nei degenerati, negli avari e nei gelosi spesso questo istinto è senza freno, e diventa coi suoi eccessi la causa predisponente di *delirî*; in altre parole è il segno d'una *costituzione paranoica*.

Il prodotto clinicamente più singolare dell'esagerazione a cui va incontro l'istinto della proprietà, sempre assai prepotente, è il così detto *delirio dei querelanti*. I querelanti o processomani, malgrado una discreta intelligenza ed una completa lucidità, sono talmente infatuati e privi di moderazione nel giudizio sui proprî interessi, che si rendono inetti a riconoscere le limitazioni imposte dagli interessi degli altri e dalle disposizioni tassative delle leggi; e interpretando il codice in piena buona fede, ma con ogni sorta di cavilli, s'ingolfano in liti rovinose e senza fine.

Questo delirio, che costituisce una varietà della *paranoia*, decorre per anni allo stato latente; ma col tempo il suo carattere progressivo spinge i malati a manifestazioni litigiose che, per quanto rasentino ancora la legge e la logica, non lasciano più alcun dubbio sulla loro origine morbosa. Querelanti frusti o d'occasione si trovano, anche fuori dalla paranoia, fra i *maniaci*, specialmente nelle forme periodiche; ma il rapido svanire e le ripetute interruzioni della mania impediscono al delirio di svilupparsi attraverso alle lente fasi della procedura giudiziaria.

L'istinto della proprietà si afferma bizzarramente nel *collezionismo* (Mingazzini). I collezionisti raccolgono cenci, fili, sassi, pezzi di vetro o di carta, ed altri oggetti privi d'utilità e di significato; se ne riempiono le

tasche, la camicia e le materasse; consumano in quest'unica occupazione tutte le ore disponibili della giornata; difendono con accanimento da ogni manomissione il loro tesoro, o invece lo lasciano disperdere senz'amarezza, rimettendosi all'opera da capo; e in ogni modo dimostrano con questo sintomo l'estremo grado d'un abbrutimento irrimediabile. Infatti è ammesso che tutti i pazzi raccoglitori, cioè tanto i veri o specializzati o *monocollezionisti*, come anche (e più) i falsi od eclettici o *policollezionisti*, non si reclutano che nelle due classi degli *idioti* e dei *dementi*, primi fra i quali i *paralitici*. Questa manifestazione involutiva d'avarizia insensata spunta ad un tratto senz'alcun precedente ed è un sintomo fra i più tenaci della paralisi all'ultimo stadio.

Nei *paralitici* è però più frequente il sintomo opposto, la prodigalità. Sono spesso assai prodighi anche i *maniaci* e in particolare coloro che vanno soggetti ad accessi di *mania periodica*. La prodigalità non è in antagonismo con l'istinto della proprietà, anzi lo conferma, perchè in fondo non ne è che l'esercizio abusivo ed ottimistico.

L'esercizio e la concezione pessimistica della proprietà si osservano invece, come un sintomo dei più caratteristici, nei *melancolici* che si credono rovinati, ridotti alla mendicità, prossimi a morire di fame, e che perciò si astengono da qualunque spesa, respingendo, per paura di pagarli, anche i farmaci e i cibi gratuiti dell'ospedale. Il *delirio di povertà* non è che un caso particolare della *micromania* melancolica e sparisce al dissiparsi dell'accesso depressivo.

All'istinto della proprietà si deve addebitare, almeno in parte, anche il *delirio di gelosia*, cioè il sospetto ingiustificato, assurdo, ossessivo sulla fedeltà del coniuge. Questo sospetto si trasforma quasi sempre in certezza *paranoica*, e deriva non tanto da esclusivismo amoroso, quanto da un concetto autoritario di possesso giuridico sulla donna, analogo e storicamente coevo alla *patria potestas*. E infatti, se pare difficile che nascano deliri da un esagerato sentimento dell'autorità paterna, che è raddolcita dall'affetto (di rado mancante) verso i figli, non va dimenticato che nei vecchi, appena scompare l'affettività, si osservano per lo meno i germi assai chiari d'un *delirio autoritario* che stenta a sistematizzarsi solo per difetto d'attività e di coerenza intellettuale, ma che è fatto di invidie, di vanità e di diffidenze, come il *delirio di gelosia*.

L'*istinto della nettezza corporale* dà luogo, esagerandosi come avviene quasi esclusivamente nei *nevrastenici*, alla *misofobia* o *rupofobia*, che è una delle più frequenti tra le forme d'ossessione e trascina i malati a lavarsi centinaia di volte in una giornata. In una famiglia composta di due vecchie ragazze rachitiche e d'un fratello pure rachitico ho osservato la misofobia allo stato d'infermità cronica e comunicata per sugge-

stione reciproca. Nei casi più gravi d'*amenza*, nel *delirium tremens* e negli episodî confusionali della *paralisi progressiva* i malati diventano invece *imbrattatori attivi* (*Schmierer*), e spalmano del proprio sterco i mobili e le pareti. Un'affermazione così cinica di sudiceria non è possibile che fra pazzi incoscienti o semicoscienti; fra i pazzi relativamente lucidi, i soli che possano abbandonarvisi con discriminazione sono i *dementi precoci*.

Il *pudore*, moderando l'istinto di riproduzione, viene in soccorso alla previdenza e contribuisce a rendere più ponderata la scelta sessuale. A questo modo gli interessi e l'indipendenza dell'individuo non sono totalmente sacrificati alla continuità della specie. Un eccesso di pudore conduce ad uno stato di temporanea o perpetua impotenza, o per lo meno ad una straordinaria frigidità, non pochi malati fra i più lucidi ed ipercritici, come sarebbero i *nevrastenici*, i *paranoiei* con delirio mistico ed umanitario, ed anche quei *degenerati superiori* che, senza questo freno salutare, sarebbero spinti ad atti di pervertimento sessuale. Al contrario, il pudore manca o si eclissa nelle psicopatie caratterizzate da profonda deficienza intellettuale. Gli *idioti* e i *cretini*, che nella massima parte dei casi sono sessualmente invalidi ed innocui, possono, data l'eventualità d'eccezione, commettere stupri e incesti o masturbarsi in pubblico. I *paralitici progressivi*, gli *alcoolisti*, i *dementi senili* arrivano ben difficilmente a questo segno. Piuttosto, siccome in essi s'indebolisce quasi sempre la validità sessuale, le manifestazioni della loro impudicizia si limitano a discorsi scurrili e tentativi incompleti di seduzione su minorenni, o ad atti d'oscenità senza discernimento, nè ritegno, come l'*esibizionismo*, che è l'esposizione ingenua e *coram populo* degli organi genitali.

B) **Conservazione della specie**. — L'istinto genetico, in quanto soddisfa una forma di sensibilità, non è che l'espressione d'un bisogno individuale; ma il suo effetto più importante è quello d'aggiogare gli individui ad un interesse astratto, perchè li spinge a promuovere, senza pensarvi, la continuità della specie. I progressi dell'intelligenza umana hanno trasfigurato anche l'amore, conferendogli un carattere spirituale che modera e dissimula la sua brutalità, ma che non attenua la sua efficacia.

La psicologia dell'amore comprende due quesiti assai simili: il meccanismo dell' episodio passionale e la formazione graduale dell' indole amorosa.

Dalle prime impressioni erotiche, dalle loro rimembranze abbellite e dalle chiose estetiche, che ogni essere umano accumula, accarezza e coordina nell'archivio segreto della propria coscienza, nasce un orgasmo crescente che, per una serie di sofismi sentimentali, si risolve in un'auto-

suggestione imperiosa, precisa e più o meno continua. Questo processo di saturazione erotica si compie a preferenza in nome d'un idolo vivente, che l'innamorato prende a simbolo della felicità sessuale ed a cui dedica il tributo d'un culto ardente, particolare ed esclusivo: colei che sola a me par donna, dice Petrarca.

Ma anche quando l'infatuazione specifica è svanita e l'idolo è caduto, rimane quasi sempre sotto le ceneri della passione spenta un reliquato mnemonico che influisce durevolmente sugli amori successivi: muta l'idolo, ma non il culto. Per un processo involontario d'astrazione, pochi requisiti somatici, che si riattaccano all'attimo fuggito e idealizzato d'un lungo passato sensuale, e che si vorrebbero raggiungere in una nuova realizzazione per rinnovare la voluttà di quell'attimo, vengono assunti come emblemi della perfezione sessuale e quindi come punto di mira alle aspirazioni amorose. A questo modo, cioè in gran parte per caso, prendono consistenza le innumerevoli idiosincrasie, che fanno divergere l'erotismo dei singoli individui verso ideali distinti, e che determinano la varietà delle indoli amorose.

L'ideologia erotica della specie umana è dunque polisistematica; ma l'ideologia erotica di ciascun individuo tende a divenire monosistematica. Si deve alla pluralità capricciosa dei sistemi se è possibile fra gli uomini una certa perequazione delle fortune amorose, perchè i desideri degli innamorati, invece di rassomigliarsi e di convergere, come parrebbe naturale ed inevitabile, sopra i pochi campioni riconosciuti della grazia muliebre e del valore virile, hanno modo di sfogarsi in varie direzioni e senza rimpianti sul gregge numeroso dei mediocri. Si deve poi alle singolarità individuali del simbolismo erotico se i più degli amanti, in luogo di professare l'eclettismo amoroso, vagheggiano un ideale più o meno invariabile, che favorisce la stabilità dei rapporti coniugali. Così la collettività umana esercita e subisce la legge della selezione sessuale da un lato con una varietà di gusti che aumenta i fattori della sua fecondità, dall'altro con una determinatezza di propositi che preserva dalla dispersione.

Ma questo stato di cose, insieme ai varî vantaggi (e fors'anche ai danni) che presenta dal punto di vista sociale, racchiude il germe di gravi pericoli per l'individuo isolato. Lo scopo biologico dell'amore è spesso completamente travisato: nei meandri del pensiero amoroso l'estro genetico può smarrire con grande facilità la sua orientazione naturale ed associarsi ad un ideale sterile o compromettente. Di qui hanno origine i *pervertimenti sessuali*.

L'eccesso dell'astrazione simbolica è già una forma di traviamento, perchè restringe all'estremo il campo della scelta sessuale. I simbolisti ad oltranza (Binet li chiama benissimo *feticisti*) s'invaghiscono sistema-

ticamente non d'una bella persona o d'un bel viso, ma d'un piccolo piede o d'una mano bianca o d'una lunga treccia o d'un seno abbondante o d'una bocca carnosa. Nel loro particolarismo intransigente non vanno in traccia che di questo requisito parziale: sprovvista o povera del requisito prediletto, disprezzano la bellezza più completa e più squisita; ricca di quell'unico pregio ben discutibile, adorano qualunque carcassa.

Tutti i pervertiti sono *particolaristi;* ma, tranne nel caso precedente, all'eccesso del feticismo si mescola sempre anche l'aberrazione. Qualche volta la fantasia erotica, peggio che arenarsi ad una immagine circoscritta, ma viva e palpitante del corpo umano, procede ancora d'un passo nell'astrazione per fissarsi sopra un oggetto correlativo e inanimato, come uno stivaletto da donna, purchè lucido ed elegante, un guanto profumato con molti bottoni, un corsetto attillato, un paio di mutande con trine. E se non esiste o non è accessibile l'essere umano che lo possieda e lo indossi nel modo sognato, il feticista insatirito finisce spesso per soddisfarsi sul simbolo isolato e vuoto: una calzoleria, un magazzino di mode, un armadio di biancheria, acquistano ai suoi occhi il valore d'un *harem.*

In altri casi l'orgasmo venereo è risvegliato da contatti o da immagini di contatti che non hanno un rapporto diretto e neppur dimostrabile con l'atto sessuale. Si chiamano *masochisti* i pervertiti che raggiungono la massima voluttà sentendosi percossi o imbrattati di sputi, d'orina, di sterco per opera del coniuge: forse il masochismo è un derivato patologico dell'umiltà o della confidenza reciproca, che anche nei normali non è priva d'una speciale attività erogena. I *sadisti*, al contrario, hanno bisogno di esercitare la violenza, minacciando, picchiando, talvolta uccidendo o sfogando la propria libidine nei visceri squarciati della vittima, e forse non rappresentano che la degenerazione mostruosa dell'amore bestiale.

La forma più frequente e più celebre d'aberrazione erotica è l'omosessualità o *conträre Sexualempfindung* o *inversione* delle tendenze sessuali, che consiste in una deviazione degli ideali amorosi sul sesso a cui appartiene il malato, e che prende rispettivamente il nome di *amor greco* nei maschi, di *amore lesbico* o *saffico* nelle donne. Le difficoltà che devono superare gli invertiti per trovare chi li contraccambi, e le lotte che devono sostenere con sè stessi per resistere alla passione funesta, aggravano questa forma di pervertimento, come del resto tutte le altre, fino al grado di un'*ossessione.*

L'aberrazione omosessuale è di due gradi. Sulle prime il maschio invertito non cerca il simbolo della voluttà nella donna perchè l'ha già trovato nell'adolescente del proprio sesso; la fanciulla invertita non si compiace delle carezze maschili perchè trova più confacenti alla sua ti-

midezza quelle di un'altra donna. Finchè l'anomalia rimane fra questi limiti, non si tratta veramente che di un'omosessualità a mezzo: le disposizioni psichiche dei due sessi non sono ancora smentite, perchè il maschio non si dimostra meno aggressivo, nè la femmina meno remissiva che d'ordinario. Un simile stato di cose si produce facilmente dove ha vigore lo sciocco sistema della clausura, ma non è irrevocabile, anzi sparisce di regola al primo soffio di vita promiscua e senza pastoie. Tuttavia si danno casi in cui, per la doppia combinazione d'una sensualità precoce e d'una fantasia esuberante, le prime immagini erotiche allo stato nascente, ancorchè inspirate ad un ideale obliquo, restano subito circonfuse di un'aureola così sfolgorante, che sfidano qualunque contraltare fisiologico.

L'omosessualità compie la sua rotazione intera da un sesso all'altro quando il maschio invertito, ma fino allora attivo, fa della passività la sua unica bandiera e diventa un *cinedo*, un *pederasta passivo* con tutti gli istinti della donna; o quando la donna omosessuale, ma fino allora passiva, adotta la tattica maschile e fa la corte alle donne con tutti i propositi del maschio. D'audacia in audacia, di sofisma in sofisma, d'ossessione in ossessione, l'invertito cerca di trasferire negli altri l'orgasmo particolare che vorrebbe provare egli stesso, sia perchè dalla viva rappresentazione dell'altrui voluttà ritrae più acuti piaceri che dalla realtà della propria, sia perchè con questo scambio delle parti amorose gli riesce più facile di trovarsi un complice.

Fra gli omosessuali vi sono psicopatici di varia origine: *nevrastenici costituzionali*, *paranoici*, *degenerati superiori* nel pieno vigore dell'ingegno, ed anche *degenerati inferiori* a livello degli *imbecilli*. Tutta questa gente si può dividere in due classi: invertiti *militanti* e invertiti *idealisti*.

La figura del sodomita di mestiere, con la faccia imbellettata, i capelli lunghi, i fianchi oscillanti, il passo breve e il vestiario effeminato, non rappresenta sempre il colmo dell'omosessualità, perchè più spesso è indizio d'imbecillità morale e intellettuale cinicamente sfruttate. Il tipo dell'invertito passionale, e più ancora quello del semi-invertito, che nasconde le proprie tendenze e le reprime o che attende con trepidazione l'ignoto compagno su cui potrà soddisfarle senza pericolo e senza vergogna, indovinandone l'annuenza da uno sguardo o da un improvviso rossore, si ritrova di preferenza fra gli uomini raffinati, come un effetto delle abitudini sedentarie: nel cinquecento ne furono più specialmente incolpati gli eruditi, nell'epoca attuale i superuomini, e in ogni tempo i frati. Non è raro il caso di pervertiti idealisti (e sono principalmente quelli di primo grado) che immolano la loro chimera erotica ai riguardi sociali od agli scrupoli di coscienza, e che, se non riescono a correggersi,

sanno almeno imporsi un'austera castità per tutta la vita, causa ed effetto, insieme, di *crisi nevrasteniche*. Queste crisi, di cui il medico non fatica a discernere il significato segreto, sono il solo fenomeno rivelatore di un'anomalia che seguita a rimanere ignorata da tutti gli altri.

Possono prodursi pervertimenti d'ogni sorta anche in persone che erano solite ad un esercizio perfettamente normale delle funzioni sessuali. Ciò avviene nell'*alcoolismo* cronico ed acuto, nella *paralisi progressiva* e nella *demenza senile*, come conseguenza di intossicazioni che agiscono sul cervello in doppio modo, cioè da un lato irritando la sensibilità genetica, dall'altro paralizzando la personalità psichica e quindi i freni inibitori che prendono l'aspetto del pudore, del ritegno estetico, della coerenza morale. Simili casi, del resto frequenti, non hanno nulla di comune coi pervertimenti d'origine infantile: piuttosto che come un marchio della costituzione psichica, sono da considerarsi come un effetto fortuito del disordine mentale. Gli stessi agenti tossici, se la loro influenza locale sulla sensibilità genetica è più accentuata, sono in grado di produrre (ed è il caso più comune) anche il fenomeno opposto, cioè l'*impotenza*. E precisamente: il sintomo più comune fra quelli presentati dagli alcoolisti, dai paralitici e dai dementi senili in materia sessuale è la *dissociazione* fra due processi ordinariamente paralleli: la fantasia è in tumulto e l'erezione in letargo.

Sono da considerarsi come perversioni anche l'*onanismo* in età adulta, e l'esagerazione *ossessiva* delle pratiche masturbatorie nell'adolescenza. Gli abusi d'onanismo esercitano un'influenza caratteristica, talvolta anche per la loro cessazione totale ed improvvisa, sul decorso della *demenza precoce*.

2.° — MIMICA, FAVELLA E SCRITTURA.

Le irregolarità, talvolta assai delicate, di questi processi essenzialmente espressivi si riferiscono non tanto al *contenuto* di ciò ch'essi esprimono, quanto alla *forma* dell'espressione. Il contenuto delle espressioni mimiche, verbali e grafiche, che è sentimento per gli atteggiamenti del viso ed è pensiero per la parola, appartiene, se è morboso, alla patologia del sentimento ed a quella del pensiero. Qui, di tutte queste anomalie profonde e interiori non saranno menzionate se non quelle che si manifestano in modo caratteristico ed esclusivo o nella mimica o nella favella o nella scrittura, e che, senza un tale connotato, resterebbero ignorate. La forma, invece, dei processi espressivi, non essendo che puro movimento, appartiene per intero, se è alterata, alla patologia dell'innervazione centrifuga.

Anomalie dell'espressione mimica.

Nei bambini qualunque specie di dolore, fisico o morale, si manifesta rumorosamente per mezzo del pianto. Negli adulti il pianto è assai raro, ma non vi è sfumatura anche lieve e momentanea di tristezza, che non si tradisca sul viso rannuvolato, malgrado ogni sforzo per nasconderla. La tristezza del viso non è che un pianto parziale: senza lagrime e senza singhiozzo. La fronte aggrottata, gli angoli della bocca abbassati, il viso allungato, il capo inclinato sul petto, le palpebre cascanti, lo sguardo velato costituiscono l'espressione completa del dolore psichico. Un'espressione simile in permanenza è indizio certo di *depressione sentimentale* e assai probabile di *melancolia* (v. fig. 44).



Fig. 44. — Melancolia semplice.

Vi sono *melancolici* che di quando in quando piangono dirottamente come bambini. Ma basta la contrazione parziale d'un solo o di pochi muscoli perchè si renda visibile di fuori, a dispetto di qualunque protesta in contrario, il cattivo umore o l'umiliazione che rodono l'anima di dentro. Quando agiscono i due corrugatori, le sopracciglia si avvicinano, abbassandosi verso la radice del naso, e la cute della glabella si piega in solchi longitudinali: ora, anche le forme più gravi di melancolia non si palesano, qualche volta, che nella fronte leggermente, ma invincibilmente accigliata. Questo atteggiamento prende il nome di *omega* o segno di Schüle, benchè più spesso abbia la forma di un M o d'un quadrilatero privo del lato inferiore (fig. 45).

Il dolore psichico si afferma ancor meglio per mezzo d'un altro muscolo, il triangolare del mento, che è bilaterale ed ha l'ufficio di abbas-

sare gli angoli della bocca. Questo muscolo, come osservò DUCHENNE, si sottrae più degli altri al dominio della volontà. Se un'idea dolorosa o umiliante traversa il cervello d'un adulto sano, vi sono, dice DARWIN, alcune cellule nervose che per un'abitudine d'origine infantile trasmettono subito a tutti i muscoli respiratorî ed a quelli della faccia l'ordine di contrarsi, disponendosi ad un accesso di pianto. La volontà interviene e spicca a tempo un contrordine; ma, purchè il dolore sia piuttosto intenso, come nella melancolia, il contrordine non è mai rispettato per intero, e i due triangolari del mento sono appunto, fra i muscoli facciali, i meno docili ad obbedire. La loro contrazione determina il così detto *allungamento della faccia*, che è la prova più dimostrativa della mestizia, perchè, a differenza del corrugamento della fronte, non può essere nè dissimulato, nè simulato per opera della volontà.

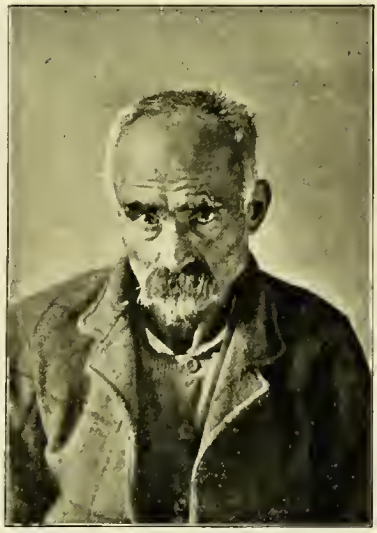


Fig. 45. — Melancolia con viva espressione di tristezza: delirio ipocondriaco.

Finchè non si dissipa ogni traccia dell'espressione dolorosa, per quanto siano scomparsi o latenti gli altri sintomi della melancolia, è vano far diagnosi di guarigione. E infatti, il melancolico veramente guarito si presenta addirittura trasfigurato. Dalla sua fronte spianata, dalla bocca sorridente, dall'atteggiamento rinfrancato del capo e della persona traspare una compiacenza profonda e serena che è la vera antitesi dello stato precedente.

Al raccoglimento doloroso e quasi difensivo dei melancolici fa riscontro l'espansione energica, per non dire provocante, degli *esaltati*, che varia a seconda dei casi (come l'umore) tra l'allegro, l'erotico e l'iracondo. L'allegria ha per suo sfogo classico il riso; il sorriso non è che un riso incompleto; e l'espressione statica del buon umore non è che un atteggiamento semisorridente del volto senza partecipazione del diaframma. A comporre questo atteggiamento d'ilarità pacata cooperano appunto gli stessi muscoli del riso, ma non tutti, anzi solo in piccola parte e per mezzo di contrazioni appena accennate. A questo modo il viso, che nel dolore si allunga, è allargato nella gioia: le due estremità della bocca si rialzano, il naso si raccorcia, le guancie si distendono lateralmente, gli angoli

esterni degli occhi s'increspano come per preludere ad un sorriso (figure 46 e 47). Si ha un bel reprimere il sorriso; ma il buon umore traluce istessamente dallo sguardo più vivace e dalla rima palpebrale più aperta.



Fig. 46. — Stato d'eccitamento maniaco; *allargamento della faccia.*

Nei *maniaci*, e più specialmente negli *ipomaniaci*, i muscoli del riso sono sempre in festa, anche quando non ridono: primi fra tutti il grande zigomatico e il triangolare del naso. L'apertura oculare è più ampia e lo sguardo è più mobile.

Qualche volta i maniaci tendono un po' all'*erotismo*. Il loro viso acceso assume un'espressione tra languida e maliziosa. Lo stesso avviene nelle *isteriche*. Il retto superiore e il grande obliquo nascondono sotto la palpebra immobile una parte dell'iride, e lo sguardo evanescente, a volte anche tremulo, sembra smarrirsi in un sogno d'amore; ma alla contemplazione mistica e indeterminata si alternano occhiate *ad hominem* che, nella loro precisione, non ammettono equivoci. Questa manovra degli occhi è così istintiva, che nella loro civetteria primordiale possono adottarla persino gli *imbecilli* (fig. 48).



Fig. 47. — Pazzia circolare: fase maniaca.

Si osserva uno sguardo simile, ma esagerato al colmo e solo per un istante e sempre accompagnato da nistagmo, nell'imminenza della *grande*

ipnosi, ciò che costituisce come una specie di *aura ipnotica;* e più continuamente, per ore intere, con e senza nistagmo, nelle fasi d'*estasi* che fanno parte del *grande accesso isterico*. Così nel celebre affresco di Giannantonio Bazzi detto il Sodoma è raffigurata Santa Caterina da Siena.

La forte contrazione dell'elevatore solleva la palpebra superiore e lascia scoperto, al di sopra dell'iride, il bianco della sclerotica. Ne risulta uno sguardo energico e strano che non si riscontra mai nei normali, nemmeno in circostanze eccezionali, e che, a seconda del contorno mimico, può esprimere l'orrore, la paura o la collera. Non esprime nulla, appunto per la mancanza d'un contorno mimico, nei *basedowici*. Lo sguardo di questi malati è dovuto alla contrazione attiva dell'elevatore delle palpebre ed all'effetto passivo dell'esoftalmo. Ma negli *esaltati* l'occhio spalancato prelude spesso al furore, e basta, per determinarlo, un lampo d'indignazione anche assai lieve. Il furore non si esprime così che nei *maniaci*. E infatti, per quanto il furore si presenti con pari violenza e intempestività anche all'infuori della mania, nell'*alcoolismo*, nell'*epilessia*, nella *paralisi progressiva*, è ben difficile che vi raggiunga mai altrettanta evidenza d'espressione. Lo stato di confusione o addirittura d'incoscienza che accompagna gli episodi d'esaltamento in quest'ultime forme di malattia dà luogo ad un disordine tale dei movimenti mimici, che non è conciliabile con un'espressione determinata.



Fig. 48. — Imbecille con tendenze erotiche in atteggiamento di civetteria. Nessuna stigma cerebroplegica.

Nei *paralitici* vi è un'altra ragione che rende, più che sbiadita, manchevole qualunque espressione d'affetti. Questi malati, benchè non di rado vadano soggetti ad impeti di collera pazza e d'allegrezza sfrenata, sono colpiti fin dai primordi del processo morboso da un'*amimia* patognomonica (fig. 49). Il loro viso un po' cascante è una maschera inalterabile ed inespressiva che difetta di mobilità e di tonicità, specialmente dagli occhi in giù (fig. 50). Non già che siano interrotti o cessati i processi d'innervazione mimica, ma essi arrivano alla faccia con grande e visibile lentezza, ad uno ad uno, sommariamente. Per causa della lentezza

spicca maggiormente la successività dei movimenti, e manca quell'effetto d'insieme che si scorgerebbe in più contrazioni quasi simultanee ; per la parzialità delle contrazioni muscolari manca quell' irradiazione mimica che è il complemento necessario di un'espressione veramente sentita, comunicativa ed estetica.

L'amimia si può mettere in evidenza invitando il malato a compiere qualche movimento combinato ed insolito, per esempio quello di aprire la bocca e chiudere gli occhi o viceversa (Morselli). Simili associazioni di movimenti, che i sani improvvisano a perfezione di primo acchito, riescono difficili ai paralitici, che non le effettuano se non applicandovi la massima attenzione.

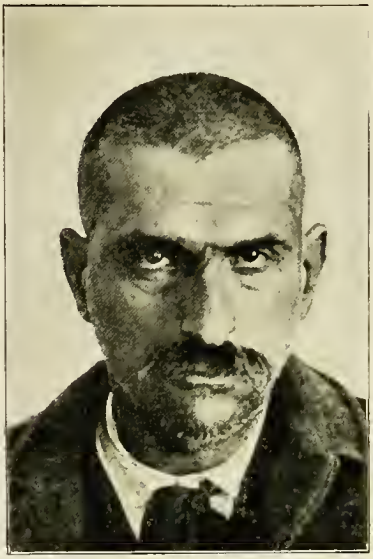


Fig. 49. — Paralisi progressiva : amimia.

La deficienza dell'innervazione si osserva principalmente nel pianto ed ancor meglio nel riso. Il riso del paralitico è disarmonico e privo di finitezza per quanto sia clamoroso : qualche volta non ridono che gli occhi e il diaframma. Il pianto poi non è più che un singhiozzo sommato con un po' di lacrimazione. Quanto alle gradazioni medie del dolore e del piacere, la loro espressione è così scialba e irriconoscibile, che qualche volta avviene di non capire se il malato è ilare o afflitto. Oppure si manifesta uno strano contrasto fra la fronte pensosa e la faccia gaia o indifferente (fig. 49): *dismimia*.



Fig. 50. — Paralisi progressiva: amimia assoluta nel campo del facciale inferiore con mantenimento della innervazione mimica nella parte superiore del viso.

L'*amimia* è assai più rara, ma talvolta altrettanto profonda negli *epilettici inveterati*, e ciò denota che i nervi tormentati dalla convulsione

o piuttosto i loro nuclei d'origine cominciano a diventare la sede di lesioni organiche.

Vi sono persone dall'aria impassibile, in cui l'*animia* è congenita e sembra un marchio dell'aridità affettiva. Negli *imbecilli ereditari* e nei *semplici di spirito* è frequente un'*ipermimia* scimmiesca. Nell'*involuzione senile* l'innervazione mimica perde il potere di esprimere le sfumature affettive per mezzo di movimenti minuti e complementari (amimia delle espressioni minime); ma acquista, quasi per compenso, un maggior vigore nell'esprimere i sentimenti fondamentali mediante i movimenti principali (ipermimia delle espressioni massime), come osservò assai bene Tonnini.

Questo fatto non è ignorato, anzi è abilmente sfruttato dagli attori che rappresentando la parte di vecchi si fanno per così dire *macromimici*; e può servire, quando non è simulato, come contributo alla diagnosi dell'arteriosclerosi cerebrale o della senilità precoce. Forse la causa del fatto sta in questo: per l'involuzione dei loro centri speciali (corticali?), i movimenti mimici perdono la facoltà d'irradiarsi separatamente e non si determinano più che in massa, partendo da un unico centro subcorticale, sede di reazioni più grossolane ed energiche, ma appunto per ciò un po' meno differenziate.

L'esagerazione delle espressioni mimiche raggiunge il colmo negli *emiplegici* senza paralisi del facciale. Ed anzi la facilità al riso ed al pianto è un indizio importante di *demenza apoplettica*. Essa si può estrinsecare con veri accessi di riso e di pianto spasmodici (fig. 51 e 52). Sembra che questo sintomo sia più frequente nell'*emiplegia sinistra*, e ciò fa supporre che il centro mimico sia unilaterale e localizzato nell'emisfero destro. Secondo Brissaud e secondo Bechterew, che pervennero ad un'egual conclusione l'uno ad insaputa dell'altro, il centro dei movimenti espressivi, o per lo meno del riso e del pianto, risiede nei talami ottici. Da questo punto di vista sembrerebbe che il contegno puerile dei vecchi apoplettici non sia tanto dovuto allo stato di sfacelo psichico quanto piuttosto ad una irritazione puramente locale e forse unilaterale del talamo ottico.

Questa localizzazione del riso e del pianto entra in giuoco come causa meccanica d'una sindrome affatto particolare che si presenta nell'*isterismo* e fuori dell'isterismo, e consiste in accessi di riso spasmodico o (più raramente) di pianto spasmodico od anche di riso e pianto alternati. Vi sono *nevropatici* nei quali ogni risata assume il carattere d'una crisi prolungata, esauriente ed infrenabile, non molto diversa da un accesso *jacksoniano*: nel *Morgante maggiore* di Pulci il gigante Margutte, personaggio grottesco, muore d'una risata convulsiva e interminabile, vedendo una scimmia con le scarpe. Il riso silenzioso e senza causa è frequente

nella *demenza precoce*, anzi ne è un indizio patognomonico e prezioso, perchè la contraddistingue dallo stupore semplice.

La *nevrastenia costituzionale* è il terreno d'elezione su cui fiorisce un'altra singolarità mimica, vale a dire il *tic* o *ticchio*. Il ticchio consiste nello spasmo involontario, intermittente ed abituale di uno o pochi muscoli, la cui contrazione fisiologica è dotata d'un valore espressivo. E infatti alla loro origine queste contrazioni spasmodiche non sono che gesti od atteggiamenti mimici, per lo più asimmetrici ; una preoccupazione morbosa col carattere della *fobia* ossessiva finisce per renderli incoercibili. La sede più frequente dei ticchî è nel viso, nelle braccia, nelle spalle, nei muscoli del respiro. Il malato ammicca ad ogni istante con le palpebre ; od alza la spalla torcendo il collo come se fosse molestato da una camicia troppo stretta ; o intercala il discorso con qualche inspirazione rumorosa (abitudine piuttosto comune fra i Tedeschi del Nord) ; o succhia la saliva con un angolo della bocca. I ticchî sono un fenomeno quasi ordinario, ma effimero, nei ragazzi fra i 7 e i 10 anni ; e ne sono quasi totalmente risparmiate le femmine. Ma in luogo di dileguarsi a poco a poco, persistono e rappresentano un marchio di nevra-

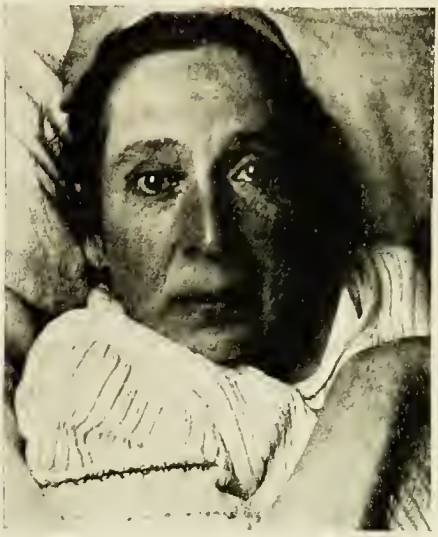


Fig. 51. — Demenza apoplettica : espressione mimica allo stato ordinario di riposo.



Fig. 52. — La stessa malata in una crisi di pianto spasmodico provocato da una parola banale di compassione.

stenia quando l'inaccortezza degli educatori e la costituzione nevropatica dei bambini formano un buon ambiente alla loro definitiva acclimatazione. Fra i pazzi non bisogna confondere i ticchî coi movimenti sistematizzati.

Anomalie della favella.

Difetti d'articolazione acquisiti. — L'articolazione della parola subisce le sue maggiori traversie nella *paralisi progressiva*. I paralitici iniziali discorrono abbastanza speditamente, ma ogni tanto incespicano in modo appena percettibile, specialmente quando devono pronunciare parecchi suoni labiali o linguali l'uno di seguito all'altro, come nella celebre locuzione *quarta brigata d'artiglieria*. Questo fenomeno è assai conosciuto sotto il nome di *disartria*, ed è una squisita prova diagnostica del processo paralitico. Alcuni tra i paralitici non sanno più emettere che una serie di suoni inarticolati ed indecifrabili: ciò significa che dalla disartria sono passati all'*anartria*, e che la paralisi è assai vicina al suo stadio terminale. Ma anche nello stadio terminale l'anartria assoluta non è molto comune.

Un altro disturbo della favella che è caratteristico della paralisi inoltrata, ma assai più frequente dell'anartria, è la *bradilalia*. La bradilalia è determinata più che dalla paresi, da un *tremito intenzionale* dei muscoli destinati alla parola. Il tremito è più accentuato al principio del discorso ed è assai visibile nell'orbicolare delle labbra; ma può estendersi alla lingua, al velo pendulo ed anche alle corde vocali. In questo caso, oltre all'articolazione, è alterata la fonazione.

La disartria, l'anartria e la bradilalia s'associano spesso, oltre che fra di loro, anche con l'amimia, e sono un sintomo raro, ma scultorio e tipico anche nell'*epilessia*, dove indicano sempre un processo lento e irreparabile di decadenza fisica e mentale.

Il tremito intenzionale dei bradilalici non è da confondersi con quello di natura emotiva che si può osservare per timidezza in persone non malate. Di solito i normali che siano colti all'impensata da tremito della voce e delle labbra dimostrano col turbamento della fisionomia il loro imbarazzo o se ne scusano o smettono di parlare. Invece i paralitici e gli epilettici, ai quali la bradilalia è abituale, non se ne danno per intesi e continuano a sciorinare parole lente, stentate e monotone con un accento sentenzioso ed impassibile, che dimostra la mancanza di qualunque emozione.

Raramente il tremito o piuttosto un certo grado d'atassia danno luogo ad una forma di *balbuzie acquisita*, che si può osservare nelle encefalo-

patie con lesioni organiche come conseguenza di crampi muscolari, specialmente nel dominio dell'ipoglosso. Questi crampi raggiungono il massimo nell'*aftongia*, che rende la favella impossibile.

Anche i *melancolici*, gli *amenti attoniti*, le *isteriche* in istato d'estasi e gli *epilettici* in istato di confusione postaccessuale sogliono parlare con una lentezza straordinaria. Ma questa bradilalia d'origine psichica è assai dissimile dalla bradilalia d'origine organica. I malati, gravemente preoccupati o confusi, introducono pause talvolta interminabili fra una frase e l'altra ed anche fra le varie parole; ma le singole parole non subiscono interruzioni, nè rallentamenti uniformi. Nei *melancolici* la bradilalia è il prodotto di speciali inibizioni psichiche: diffidenza, vergogna, intolleranza dello sforzo, allucinazioni imperative; ma vi sono melancolici gravissimi che non ne soffrono affatto e parlano speditamente. Negli *amenti attoniti* la parola non è ritardata che dalla lentezza dei processi ideativi.

Anche negli *ebefrenici* si può notare, fra le varie stranezze di cui danno saggio per abitudine, una forma di *bradilalia ostentata* con pause illogiche e silenzi prolungati senza causa organica, nè emotiva. L'irregolarità di queste pause e il loro carattere capriccioso rendono assai facile la diagnosi differenziale di fronte al fenomeno della parola scandita, che è proprio della *sclerosi a placche*. La parola scandita è dovuta alla lentezza dei movimenti espiratori che determinano la fonazione e si rileva assai bene nelle parole plurisillabe, come *costantinopolitano*, o invitando il malato a pronunciare ripetutamente e con rapidità una data vocale, ciò che i sani eseguiscono in ragione di 6 ad 8 ripetizioni per minuto secondo, e le persone affette da sclerosi a placche non più di due o tre volte.

La difficoltà della favella può arrivare fino alla completa *afasia*. Accessi di afasia acquisita, oltre che nella *demenza apoplettica*, si presentano come un episodio effimero anche nella *paralisi progressiva*, nella *psicosi uremica* e nella *demenza senile* (forse per complicazioni uremiche).

Difetti d'articolazione congeniti. — Fra gli *imbecilli* accade spesso di trovare in gran numero ed assai accentuate quelle stesse imperfezioni congenite di pronuncia o *disartrie letterali* che eccezionalmente e in forma isolata s'incontrano talvolta anche fra i normali. Nei normali l'origine di queste imperfezioni è quasi sempre l'*imitazione* od anche, ma più di rado, una incapacità all'atto parziale e limitata a certi specialissimi atteggiamenti della lingua. Negli imbecilli le imperfezioni di pronuncia dipendono piuttosto da un arresto generale o, in altri termini, da un'incapacità di progresso che impedisce a molti processi d'innervazione motoria, compresi

quelli dell'articolazione e della fonazione, di differenziarsi con qualche raffinatezza. E infatti, non solo gli imbecilli pronunciano male le parole, cioè come bambini che appena cominciano a parlare, ma spesso dimostrano un'inettitudine analoga in altri esercizi muscolari, per esempio nell'incesso (Morselli e Tamburini), nel correre, nel ballare, nel gesticolare, nell'infilare un ago, nel chiudere un occhio solo, nell'estendere due o tre dita della mano contratta a pugno, nel cantare, nel declamare.

Le più comuni fra le disartrie letterali congenite sono la *balbuzie*, il *rotacismo*, il *lambdacismo* e la *blesità*, che nel linguaggio corrente le comprende tutte. Si dà il nome di balbuzie congenita a quella difficoltà nella pronuncia di determinate lettere, specialmente delle labiali, linguali e nasali (i così detti *suoni esplosivi*), che si manifesta con un ritardo o con una violenza spasmodica o con la reiterazione dei suoni relativi. Il rotacismo è l'incapacità di pronunciare correttamente l'*r*, che perciò viene o del tutto saltato o sostituito con un *v* o trasformato in un *rh* grasso d'origine laringea. Il lambdacismo è l'ommissione o la deformazione dell'*l*, deformazione che porta a pronunciarlo come *d*, come *g* o come *ng* (nasale). La blesità in senso stretto è la scorretta pronuncia dell'*s*, che si converte in *f* od anche in un suono sibilante, come se uscisse da una fenditura sottile e lineare, od anche in un *ch* aspirato (*quechto* per *questo*). Tutti questi difetti si possono reprimere momentaneamente con uno sforzo d'attenzione.

Nei casi molto gravi d'*imbecillità* che raggiungono l'*idiozia*, le imperfezioni di pronuncia restano sopraffatte e nascoste dall'*alalia*. Però sono ben pochi gli idioti che non parlino per assoluta deficienza d'idee. L'alalia dipende assai più spesso da lesioni locali che si connettono a processi di *cerebroplegia infantile*, e che colpiscono o direttamente il centro dell'articolazione o indirettamente i centri sensori del linguaggio.

Una combinazione morbosa che clinicamente è nota da secoli è quella dell'alalia con la sordità completa: *sordomutismo*. Ma vi sono, fra i sordomuti da un canto e fra i semplici imbecilli dall'altro, non pochi casi intermedî di *sordità parziale* che presentano forme e gradazioni di grande interesse, sebbene di non facile studio. Da Mygind, da Liebmann e da Urbantschitsch fu dimostrato che un buon numero di sordomuti, circa la metà, possiede tracce di udito. Il loro difetto d'udizione ha, più che altro, il carattere della *sordità psichica* (Heller). Essi non sono in grado di percepire le frasi, ma percepiscono parole o singoli fonemi, per esempio le vocali, od anche determinati rumori, come uno sbatter di mani, una chiamata ad alta voce e da vicino, od alcuni fra i toni musicali con esclusione di altri; e questa capacità parziale dell'udito è già utilizzata, non meno della vista e del senso muscolare, nella loro educazione. Per-

sino un'affezione periferica del nervo acustico, come esito di un'otite infantile, può dar luogo a *sordità per il linguaggio* e conseguente *alalia*, con l'apparenza d'un sordomutismo completo, ma senza *sordità tonale* e senza notevole diminuzione dell'intelligenza (Righetti).

Se i casi più gravi di sordità parziale sono scambiati per sordomutismo volgare, è assai probabile che i casi più lievi vengano erroneamente ascritti all'imbecillità o, per lo meno, all'*afasia motoria* congenita.

Forme di disfrasia. — Il nome di *disfrasia* è stato riservato da Kussmaul a quelle anomalie abituali del discorso che dipendono non da un'incapacità nell'articolazione o nella rappresentazione delle parole, ma da una lieve anomalia del pensiero, anomalia che si è cristallizzata in un difetto caratteristico della loquela.

La più limitata ed innocua fra le disfrasie è l'*intercalare*, che consiste nell'interposizione illogica, ma involontaria, d'una data parola tra le frasi della conversazione corrente e talvolta persino tra le sillabe delle altre parole. L'intercalare non è che un *ticchio verbale*. In origine il vocabolo che degenera in un intercalare è adoperato a proposito, o per lo meno come un pleonasmo tollerabile. Talvolta è il correttivo deliberato d'un eloquio troppo lento o distratto o balbuziente; ma l'eccesso della preoccupazione, assumendo il carattere d'una fobia, rende il correttivo più tenace e quindi più patologico del male, perchè dall'uso si passa all'abuso e dall'abuso all'incoercibilità. La favella, come la mimica, è una funzione così automatica, che si emancipa assai facilmente dal concorso dell'attenzione: da questa facilità d'automatismo nasce la facondia, ma insieme alla facondia anche la ripetizione quasi incosciente di frasi fatte, di luoghi comuni e d'intercalari, che rappresentano del resto per molta gente il novanta per cento della conversazione.

Una forma di disfrasia assai più intima e significativa è il *neologismo*. Non già che l'inventare parole costituisca per sè stesso un sintomo morboso: al contrario, non v'è parola che, o prima o dopo, non sia stata coniata da un inventore isolato, e il vocabolario non è altro che un cumulo di neologismi più o meno invecchiati. Ma i neologismi patologici hanno un'impronta propria che tradisce la loro origine illegittima. L'uomo normale che si dà la pena, rispettando certe regole etimologiche, di creare un nuovo vocabolo, riesce quasi sempre a metterlo o poco o tanto in circolazione. Il suo neologismo nasce da un pensiero e da un bisogno individuale, ma non solitario, perchè risponde in qualche modo ad un pensiero e ad un bisogno collettivo; e questa rispondenza gli dà ali a divulgarsi e a perpetuarsi nell'uso corrente e talvolta lo attira nel lessico della

lingua ufficiale. Se poi il neologismo, malgrado tutto, non attecchisce nella comunità, l'autore di mente sana lo ripudia e lo dimentica, mentre il pazzo vi insiste sopra con un'ostinazione tra ingenua e spavalda, che dimostra una fede mistica nella *virtù delle parole,* e quindi una disposizione di spirito prettamente psicopatica.

I neologismi morbosi hanno un significato ben diverso a seconda delle psicosi da cui germogliano, e perciò costituiscono un buon elemento per la diagnosi differenziale. Spesso sono la sentinella perduta d'un delirio che si nasconde e che sfuggirebbe senza questo segno rivelatore: *neologismi paranoidi,* come *prinzina*, *basturlo*, *conquiteseenza*, *Baroleno I.* Altre volte la parola inventata dall'infermo non rivela nulla di nuovo, ma conferma il grado di morboso predominio a cui possono arrivare certe apprensioni ipocondriache: *neologismi dei nevrastenici* (De Sanctis). O infine, non si tratta di vocaboli regolarmente coniati e abitualmente adoperati, ma di metatesi, mutilazioni e rigonfiature verbali che sorgono e cadono in un'improvvisazione logorroica: *neologismi effimeri* dell'*amenza* e della *mania*. Si possono poi considerare come neologismi anche quelle parole della lingua comune a cui i pazzi attribuiscono sistematicamente un senso diverso dall'usuale e più o meno recondito, ma attinente al loro delirio: *fisica*, *magnetismo*, *allusione*.

La molteplicità dei neologismi conduce alla *neolalia,* che implica una trasformazione generale del contegno. Appunto per ciò la neolalia è già stata presa in considerazione fra le anomalie della condotta. Questo sintomo ha ben poco di comune con quello del neologismo isolato, che è quasi sempre unico; e infatti, mentre quest'ultimo è proprio della *paranoia* e della *nevrastenia,* la *neolalia sistematica* non si riscontra che nei *dementi precoci* ed è anzi una nota caratteristica degli ebefrenici più aggravati.

Un sintomo talvolta assai ostinato e sempre assai importante di disordine mentale è il *mutismo volontario* e senza depressione affettiva, che i Tedeschi chiamano *mutaeismo*. Lo si riscontra nei *paranoiei* come mezzo più o meno acconcio a dimostrare un risentimento dignitoso, ma più spesso nei *dementi precoci* come effetto d'un voto capriccioso o come espressione di negativismo cieco, e nelle *isteriche* come una paralisi psichica ossia un'abulia localizzata che può, in modo analogo, determinare anche un semplice stato d'*afonia* (ma con sonorità della tosse). Ordinariamente tutti questi taciturni d'elezione manifestano benissimo il loro pensiero con gesti, scritti o disegni che non lasciano nulla a desiderare per prontezza, evidenza ed abbondanza. I loro silenzi durano talvolta alcuni anni.

Anomalie della scrittura.

Negli scritti degli alienati si notano irregolarità di forma che dipendono da perturbazioni dei movimenti e irregolarità di sostanza che dipendono da perturbazioni del pensiero. Di quest'ultime non sarebbe qui il caso di parlare se qualche volta non si palesassero per l'unica via della scrittura, sia perchè il malato è morto o lontano, sia perchè nei suoi discorsi ed atti non lascia trapelare l'errore occulto che confida alla carta.

Fra le irregolarità del movimento è importante il *tremito*. Gli autografi degli *alcoolisti* hanno un valore non inferiore a quello d'un tracciato raccolto sopra un cilindro di Baltzar. Guardandoli da vicino, si scorge che sono composti di aste regolari, ma sottilmente serpeggianti, quasi per una specie di ornamentazione volontaria. La scrittura dei

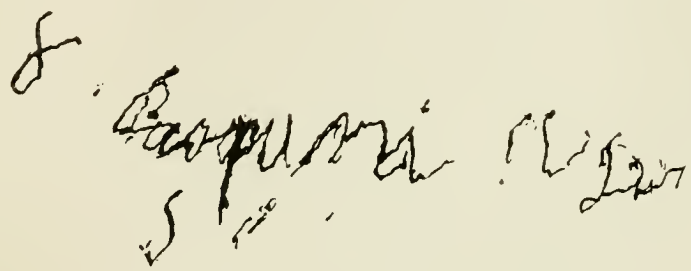


Fig. 53. — Scrittura di paralitico. Firma: Pasquini .....

vecchi presenta oscillazioni analoghe, che cioè non deformano le linee calligrafiche; ed anche queste oscillazioni minute acquistano una certa importanza dimostrativa nei casi incipienti e ancor dubbi di *senilità anticipata*. Si tratta, evidentemente, d'un tremito che i malati non riescono a padroneggiare, ma che permette loro di scrivere passabilmente e senza grande sacrifizio della velocità. Questi connotati della scrittura offrono il destro di distinguere il tremito dell'alcoolismo e dell'involuzione senile dal tremito *frenabile* della *paralisi agitante* come pure dal tremito *polimorfo* ed *iperbolico* della *mogigrafia* o *crampo degli scrivani*, che è un semplice elemento d'un disordine ben più generale, cioè di un'*atassia* professionale a forma monospastica e spesso dolorosa.

Nei casi iniziali di *paralisi progressiva* il tremore assume un carattere specifico, perchè colpisce esclusivamente i muscoli abduttori della mano e quindi i filetti ascendenti d'una o più lettere.

Quando la paralisi progressiva è più inoltrata, si entra decisamente nel

campo dell'*atassia grafica*. Un sintomo grossolano, ma probatorio, è la

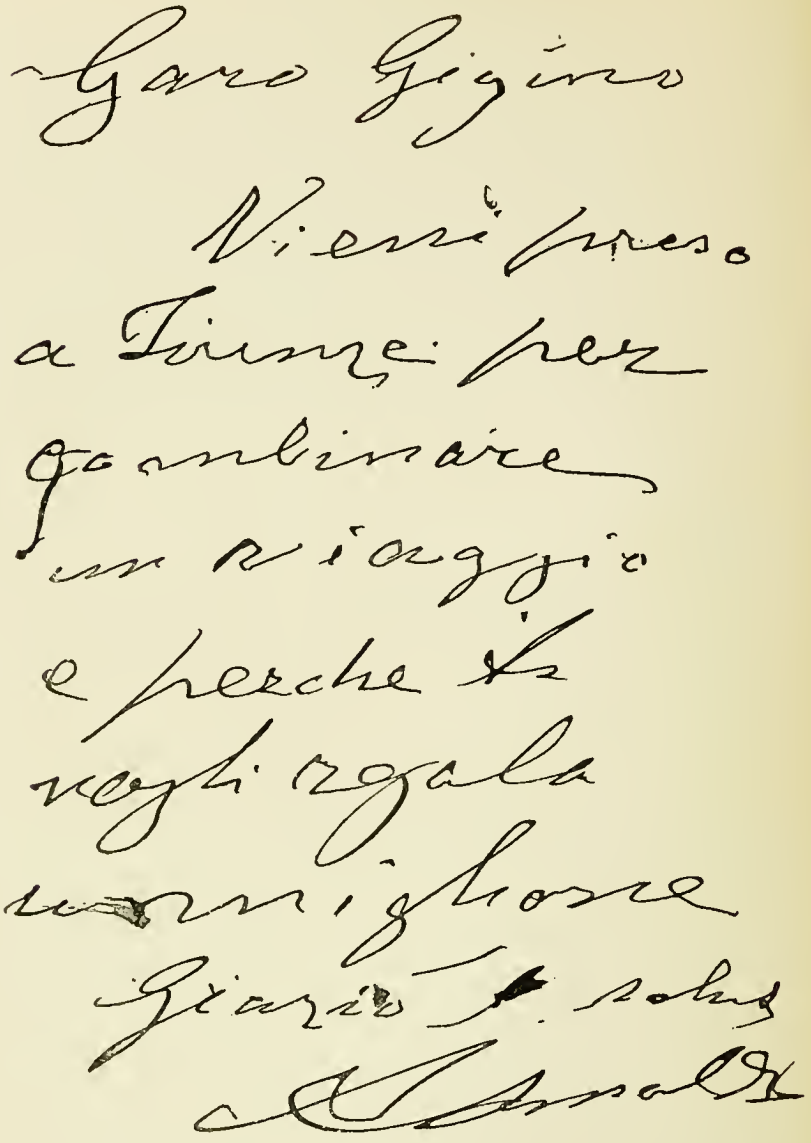


Fig. 54. — Scrittura di paralitico, interessante anche pel contenuto: idee pnerili di grandezza, errori ortografici, ommissione di lettere e sillabe. L'infermo era un impiegato abbastanza istruito.

macrografia. Chi ha difficoltà a scrivere cerca di superarla scrivendo più in grande. Questo espediente è istintivo, e lo adottano senza riflettervi

anche i non paralitici, per supplire alla deficienza della vista, dei muscoli o dell'attenzione. Negli scritti dei paralitici avanzati si scorgono in più le seguenti alterazioni di forma: gli occhielli e le volute senza rotondità, angolosi o troppo ampî; una lettera è molto più piccola della vicina e più grande della terza; le aste discendenti sono qua e là spezzate in due branche perchè la penna troppo premuta e quindi troppo divaricata esaurisce subito tutto l'inchiostro di cui è provvista; l'insieme della pagina manca di parallelismo e si vedono linee che tendono ad incrociarsi.

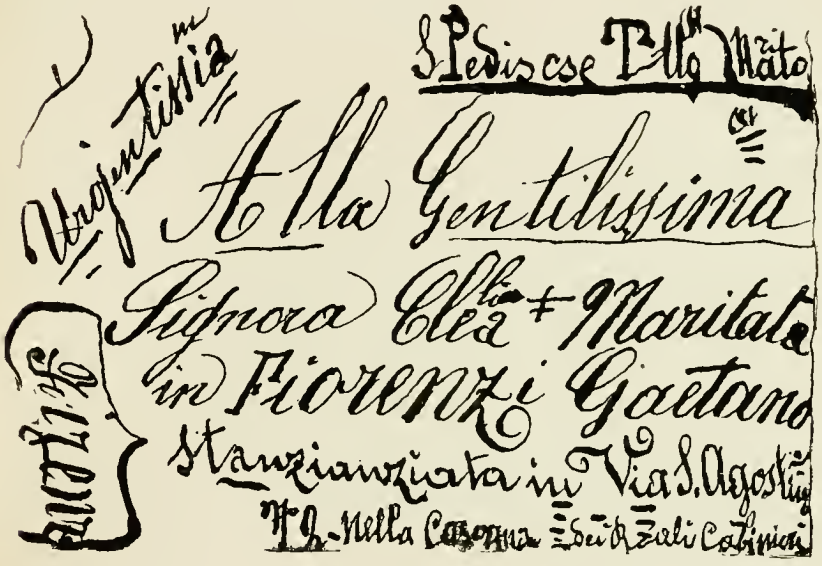


Fig. 55. — Soprascritta di una lettera inviata da un paralitico a sua moglie. Da notare: ommissioni di lettere e sillabe malamente corrette: ripetizione di sillabe nella parola *stanzianziata*. La busta era chiusa con mollica di pane. Il malato uscì dal manicomio in istato di completa remissione, durante il quale scriveva correttamente.

Quanto ai *paralitici terminali*, la loro atassia è così pronunciata, che qualche volta non riescono nemmeno a tenere debitamente la penna (fig. 53). A rendere la scrittura ancor più irregolare e quasi indecifrabile, fino alla vera *disgrafia*, non basta l'incapacità muscolare: occorre anche quella dei centri rappresentativi (fig. 53). Questa incapacità specifica non è sempre dovuta a lesioni distruttive, ma può presentarsi transitoriamente anche per lesioni egualmente localizzate. Tale è il caso d'un paralitico che in una fase relativamente precoce del processo morboso era quasi ridotto all'*agrafia* e pareva insuscettibile di miglioramento; ma in seguito, diventò di nuovo capace di tracciare qualche parola.

Fra i disordini del pensiero che possono produrre alterazioni caratteristiche della scrittura sono da menzionare la disattenzione, la volubilità e l'impulsività sistematizzata dei *dementi precoci*. Per disattenzione sono sopratutto i *paralitici* che ommettono lettere e sillabe o che le ripetono, non ricordandosi d'averle già scritte (fig. 54 e 55). Per volubilità peccano nello scrivere i *maniaci* che adottano caratteri diversi, sottolineano molte parole e abusano di punti esclamativi. Per impulsività sistematizzata si distinguono i *dementi precoci* che usano vere forme di *neografia* con alfabeti fantastici (fig. 56) o una specie di *paragrafia* con lettere eccessivamente calligrafiche o esclusivamente maiuscole o stampatelle o arabescate o uncinate, e ciò senza tener conto dello stile prolisso e inconcludente.

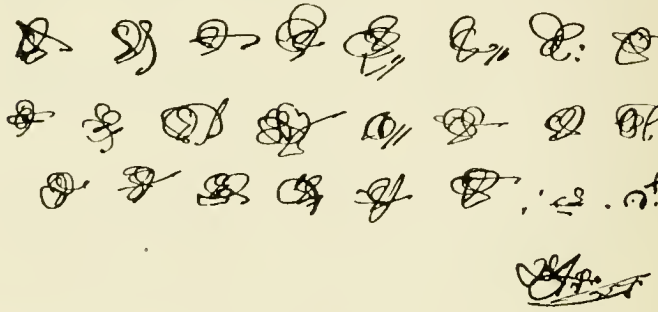


Fig. 56. — Pseudografia in un caso di demenza precoce. L'ammalato è solito mescolare questi segni coi caratteri ordinari. Per lo più interpola una sigla del genere ogni otto o dieci parole comuni (anch'esse prive di qualunque significato). Qui le sigle pseudografiche sono esposte una di seguito all'altra; alle tre righe ne precedevano altre dodici, tutte simili. Ogni sigla, malgrado la costanza del tipo, è disuguale dalle altre.

Vi sono molte persone che con la mano sinistra non sanno scrivere che *a specchio*, cioè in direzione esterna, come con la mano destra; e ciò dà luogo a caratteri invertiti come quelli della litografia. Evidentemente, quando l'emisfero sinistro detta alla mano destra, l'emisfero destro risente vagamente gli stessi stimoli al movimento, ne conserva la rimembranza allo stato latente, e così si mette in grado di riprodurli all'occorrenza. La *scrittura a specchio* è dunque una riprova dell'automatismo muscolare che presiede a questa funzione, indipendentemente dalle immagini visive. Di qui la conseguenza: tutte le condizioni favorevoli all'automatismo in genere, la disattenzione, il sonnambulismo, l'ipnosi, e le malattie mentali accompagnate da annebbiamento della coscienza, rendono più agevole anche quell'automatismo particolare che è la scrittura a specchio.

3. — Reflessi volgari.

Le alterazioni morbose dei reflessi motori, secretori e trofici non sono collegate ai sintomi psicopatici per mezzo d'un rapporto semplice e diretto, e perciò non dicono nulla sulla *qualità* di questi sintomi. Per esempio: il restringimento delle pupille può conciliarsi egualmente col delirio ipocondriaco della paralisi progressiva, col delirio megalomaniaco della stessa psicopatia, col disordine mentale dell'alcoolismo cronico e del delirium tremens e con la lucidità della tabe spinale. Ma gli insegnamenti che scaturiscono dalla verificazione di questi disturbi reflessi non sono perciò meno preziosi: sebbene lascino impregiudicato il soggetto del quadro psicopatico e spesso anche il nome della malattia mentale, essi ci porgono una base assai solida per valutare lo stato nutritivo ed anatomico del nevrasse e quindi anche in particolare della corteccia encefalica. Dalle condizioni in cui si trovano gli apparecchi di reazione esterna noi possiamo arguire se siano *presenti* o *prossime* lesioni corrispondenti dei centri psichici, quand'anche da parte di questi non sia partita alcuna manifestazione psicopatica o non esistano che sintomi ambigui.

Reflessi viscerali. — La *stipsi* è piuttosto frequente negli stati depressivi: essa è uno dei sintomi caratteristici della *melancolia*, dove non manca quasi mai, e della *nevrastenia*, dove è però molto più rara. Nell'*isterismo* si ha molto spesso *stipsi abituale* o periodi di stipsi alternati con periodi di *diarrea;* ma ciò dipende in parte dal fatto che l'isterismo colpisce quasi esclusivamente le donne e che le donne sono soggette alla stitichezza più degli uomini, fors'anche a motivo del regime di vita più sedentario. In ogni modo le isteriche possono passare 10 o 12 giorni senz'alcuna deiezione; e soffrono spesso di *meteorismo*. Esse hanno talvolta anche la capacità e l'abitudine di deglutire dell'aria, procurandosi una *dilatazione effimera* dello stomaco, a cui danno sfogo con *eruttazioni d'una straordinaria sonorità*. Ma è assai più frequente una certa incapacità di deglutire, non che l'aria, gli stessi cibi; e ciò per uno stato di contrazione dell'esofago che produce oppressione, tachicardia e inquietudine: *esofagismo*. Questo disturbo periodico non è da confondersi con la incapacità di deglutizione che si osserva nella *paralisi bulbare*, in casi di *tumore cerebrale* e come un reliquato della *difterite*.

La paralisi intestinale è spesso conseguenza di malattie dei centri nervosi con lesioni organiche: *paralisi progressiva*, *apoplessia cerebrale*, *tabe*, *meningite*, e più specialmente delle affezioni spinali localizzate al tratto dorsale, dove stanno i centri dei muscoli addominali. Negli stati di

profonda *incoscienza*, nel *coma postepilettico* e *postapoplettico*, nell'*amenza grave*, nella *demenza senile*, nella *paralisi progressiva* inoltrata e nell'*idiozia* vi può essere *incontinenza intestinale*, senza diarrea. Lo stesso vale per l'*enuresi* (senza poliuria). Le *diarree colliquative* sono poi un sintomo fra i principali di certe intossicazioni specifiche, come quella della *pellagra:* tuttavia nella pellagra non è infrequente anche il fenomeno opposto, cioè una stipsi ostinata.

Il *vomito* si presenta come un sintomo importante di parecchie psicopatie. Ostinato, ma senza nausea, nei casi di *tumore cerebrale;* parimente senza nausea, ma in forma di crisi nella *paralisi progressiva* e nell'*uremia;* incoercibile, qualche volta, nell'*isterismo;* quotidiano (mattutino) e composto di muco nell'*alcoolismo cronico.*

Il *merieismo* è un rigurgito volontario, moderato, indolente, anzi piuttosto piacevole dei cibi dallo stomaco alla bocca, dove vengono rimasticati e rigustati come per una specie di ruminazione. Quest'abitudine singolare è propria di alcuni *idioti* e *dementi* fra i più abbrutiti.

Reflessi tendinei. — L'interesse dell'esame clinico si concentra principalmente sui *reflessi patellari.* Spesso aboliti, più spesso esagerati, assai di rado normali nella *paralisi progressiva*, i reflessi patellari indicano lesioni diverse o dei fasci piramidali (secondarie, talvolta anche primarie) o dei cordoni posteriori (tabe-paralisi) che, una volta accertate, contribuiscono validamente a consolidare sia il concetto patogenetico della paralisi progressiva in genere, sia la sua diagnosi nel caso concreto.

Oltre alle irregolarità più o meno stabili e in ogni modo d'origine lenta che sono dovute a vere e proprie lesioni progressive, i *paralitici* vanno soggetti ad irregolarità analoghe, ma transitorie, che si presentano bruscamente nel contegno dei reflessi patellari, talvolta anche in *forma asimmetrica* e che dipendono da lesioni circoscritte, ma riparabili della corteccia cerebrale. Simili fatti si osservano in concomitanza con gli accessi apoplettiformi ed epilettiformi che sono prodotti appunto dalla stessa causa, cioè dall'opera talvolta irritante, talvolta paralizzante dell'agente morbigeno.

L'esagerazione dei riflessi rotulei è un sintomo costante delle *cerebroplegie infantili*, dove spesso sopravvive alla paralisi ed alla stessa ipertonia, come il documento ultimo e più tenace d'un processo esaurito; ed è sempre bilaterale, spesso di pari intensità, anche se i fatti paralitici, spastici o coreici siano distribuiti sotto forma emiplegica. Questo sintomo costituisce un prezioso criterio sia per ammettere una pregressa cerebroplegia infantile in certi casi d'*imbecillità* che sembrerebbero idiopatici o ereditari, sia per differenziare i reliquati d'una paralisi infantile con le-

sione cerebrale da quelli che si devono ad un processo spento di *poliomielite anteriore*.

I reflessi rotulei sono non di rado esagerati nella *nevrastenia*, dove all'incontro è eccezionale la loro depressione od abolizione. In generale, salvo il caso di vere e proprie lesioni degenerative o distruttive, l'esaurimento leggero, la debolezza irritabile, la dormiveglia e il riposo parziale dei centri cerebrali dotati di azione inibitoria valgono soltanto a ringalluzzire i reflessi spinali. Perchè essi subiscano una sensibile depressione è necessaria la totale inazione del cervello, come nella narcosi profonda e nel sonno completo.

Una grande vivacità dei reflessi rotulei conferma la diagnosi di *pellagra* anche molto tempo dopo la cessazione dell'intossicazione acuta, della diarrea e del delirio. Evidentemente il significato di questo sintomo è d'una lesione primaria nei fasci piramidali che risentono le conseguenze protratte del veleno passato attraverso l'organismo.

Il *elono del piede* e la *trepidazione della rotula* non sono che una conferma dell'esaltamento in cui si trova l'attività reflettoria del midollo spinale; e perciò non si presentano, in genere, che quando sono esagerati i reflessi rotulei.

Il sintomo di Babinski consiste in questo: che, titillando la pianta del piede, si provoca l'*estensione dell'alluce* mentre in condizioni normali l'unica reazione è la flessione delle dita. Questo sintomo si verifica quando vi è lesione del fascio piramidale, vi sia o no contrattura dell'arto. È un eccellente segno diagnostico per differenziare le paralisi organiche dalle paralisi isteriche.

Reflesso delle pupille. — Non vi è irregolarità reflessa delle pupille che non possa presentarsi, come un sintomo tipico, nelle malattie mentali: *miosi*, *midriasi*, *rigidità*, *asimmetria*, fenomeno d'Argyll-Robertson, *inversione*. Per lo più tutte queste irregolarità dipendono da lesione, irritativa o paralizzante, bilaterale o unilaterale, del nervo oculomotore e del suo nucleo d'origine; anzi, in modo particolare, dei fasci e del nucleo che presiedono tassativamente alla reazione della pupilla di fronte agli stimoli luminosi. Infatti all'irregolarità della pupilla non si accompagna quasi mai nè lo strabismo, nè la ptosi; e spesso le pupille che reagiscono male alla luce non sono punto paralitiche o contratturate di fronte agli stimoli d'altra specie.

Accanto alle lesioni specifiche che abbiamo mentovato possono agire sulle pupille anche disturbi d'ordine generale, che colpiscono sia il cervello, sia il simpatico. La degenerazione senile del simpatico è probabilmente la causa per cui le pupille sono spesso miotiche nei vecchi.

La *miosi* è un segno precursore della *tabe* e della *paralisi progressiva*, e, meno spesso, anche un indizio ulteriore. Nell'*alcoolismo cronico* la miosi si presenta pure, ma ad uno stadio più o meno inoltrato. La *midriasi* è più frequente nelle fasi terminali della *paralisi progressiva*. Non è inutile ricordare che le pupille si dilatano temporaneamente (da alcune ore ad una settimana e più) anche per l'uso di certi medicamenti. Non solo l'atropina, l'ioscina, l'iosciamina, la duboisina, ma anche il bromuro di potassio ha la proprietà di produrre midriasi; ed anzi, secondo alcuni, sarebbe questo il segnale da cui si può arguire che l'azione del bromo è veramente efficace.

Nelle malattie mentali che dipendono da lesioni organiche, oltrechè nell'isterismo, si presentano svariati disturbi delle funzioni motorie: *paralisi*, *paresi*, *contratture*, *spasmi* tonici e clonici. Di questi sintomi è superfluo intrattenersi qui, perchè non hanno in psichiatria un valore diverso da quello che è loro riconosciuto nella comune nevropatologia.

CAPITOLO IX.

Classificazione delle malattie mentali

Nella patologia comune, a differenza della patologia mentale, le malattie sono distinte così chiaramente, che non vi è gran bisogno di classificarle. Per esempio: le infezioni da schizomiceti, le reazioni prodotte da parassiti animali, gli avvelenamenti d'origine esterna e quelli provocati da tossine autoctone formano una serie naturale di malattie che in certo modo si classificano da sè; e il loro ordinamento è così poco discusso, che rimane addirittura sottinteso. È altrettanto ovvia ed irreprensibile la divisione per sede anatomica tra le malattie di cuore, quelle degli organi respiratorî e quelle dell'apparecchio digerente, del fegato, dei reni, del sistema nervoso, della cute. Si può adottare un punto di vista affatto diverso, ma non meno giustificato dei precedenti, e classificare le malattie per meccanismo d'origine: anomalie dello sviluppo, neoplasmi, infiammazioni. E così di seguito.

Questa molteplicità di criterî, che s'incrociano senza contraddirsi, non altera le linee di confine tra le diverse malattie. L'individualità d'ogni singola malattia è anzi avvalorata dalla pluralità dei posti ch'essa può assumere senza smentirsi in mezzo a tutte le altre, secondo il criterio momentaneo che si vuol seguire nell'esposizione della materia clinica. Nemmeno le varietà cliniche, talvolta numerose e assai differenziate, in cui si scompongono certe malattie con lesioni e decorso caratteristico, valgono a comprometterne la compagine. Così il concetto della polmonite resta indissolubile se anche si fraziona, a seconda della sua origine, in varie forme. Le polmoniti da diplococco, da inspirazione, da inazione del vago, da bacillo di Pfeiffer sono sempre polmoniti.

Nella patologia mentale il quesito della classificazione è più complicato perchè le malattie sono meno distinte. La speculazione si sostituisce all'empirismo. Salvo la paralisi progressiva, la pellagra, l'alcoolismo, la demenza senile, le cerebroplegie infantili e pochi altri quadri clinicamente assodati perchè anatomicamente ben certi, non si conoscono che sin-

dromi. Ma come il vestiario d'un teatro serve a coprire i personaggi più differenti, così la stessa sindrome calza qualche volta alle malattie più diverse. Depressione mentale, esaltamento, confusione, incoscienza, delirio sistematizzato, ossessione lucida, immoralità, incoerenza della condotta sono sindromi che non dicono nulla se non si connettono con una lesione, con la nozione d'una patogenesi, con l'esperienza d'un decorso determinabile. Queste manifestazioni psicopatiche non sono malattie, come non sono malattie la febbre, la debolezza, la convulsione, l'acetonuria. Il concetto di malattia richiede un parallelismo costante e rigoroso o per lo meno approssimativo tra i sintomi e i processi organici. Per la mancanza d'un tale parallelismo o perchè, se esiste, non è certo, i fenomeni della pazzia non si lasciano abbracciare in totalità secondo una visuale unica. Ognuno li vede un po' a suo modo, e le classificazioni sono o malfide o incomplete.

Spesso in una serie d'alienati sembra di scorgere una grandissima varietà di malattie mentali solo perchè i fenomeni psichici sono normalmente assai numerosi, le loro alterazioni morbose sono infinite e le manifestazioni individuali della pazzia variano in conseguenza. I delirî della paralisi progressiva si complicano di mano in mano che risaliamo nelle classi sociali; quelli della paranoia, raffinandosi con l'istruzione, prendono a prestito la terminologia e qualche concetto della scienza moderna; la melancolia d'un pensatore nutrito di studî filosofici è ben differente da quella d'un contadino. Invece gli agenti provocatori delle malattie in genere, comprese le cerebrali, sono semplici e piuttosto uniformi. È vero che le cellule corticali, a differenza da quelle del fegato e dalle fibre del cuore, non si equivalgono funzionalmente; ma di fronte alle malattie hanno press'a poco la stessa vulnerabilità, qualunque sia il tesoro psichico che racchiudono. Nè la superiorità individuale dell'ingegno, nè la superiorità gerarchica d'una cellula sulle altre sembrano aumentare la resistenza all'azione d'un veleno. Il processo morboso è dunque come un colpo di vento che, passando sopra una scacchiera, abbatte indifferentemente l'alfiere o la pedina. Ciò che importa è la posizione e la mole del pezzo in un caso; la posizione e lo stato nutritivo della cellula nell'altro. Per il quadro sintomatico hanno gran valore il numero e la qualità delle cellule rispettate; per il processo morboso non ha valore che la quantità degli elementi offesi.

A grandi linee si deve tenere in conto anche la categoria anatomica e funzionale della cellula, perchè certe affinità specifiche non si possono negare: vi sono malattie che colpiscono di preferenza le cellule motorie o le sensitive o le psichiche. Ma il contenuto psichico e particolare della cellula ammalata non è un fatto accessibile all'anatomia patologica. Perciò

le malattie della mente, per quanto la loro patogenesi e la loro anatomia patologica possano essere grossolane e poco variabili, appariranno sempre, anche se distruggono profondamente l'intelligenza, assai più personali e varie che non siano le malattie comuni. La loro patogenesi è povera, mentre la loro sintomatologia è ricca, anche troppo ricca.

Così nella classificazione delle malattie mentali lottano due opposte tendenze. I sintomatologi, ossia gli alienisti pratici, sono spinti a moltiplicare le distinzioni e le forme cliniche; mentre gli anatomici, che rappresentano un indirizzo più scientifico ed obiettivo, sono condotti a semplificare sintetizzando; e se vogliono, riescono forse ad una psicologia meno sottile, ma più giusta.

Qualche volta avviene che tutti concordino nel vedere la stessa sindrome e nel formulare la stessa diagnosi; ma è diverso il decorso e forse è diversa la malattia mentale. Un adolescente, un adulto, un vecchio presentano tutti i segni caratteristici della *melancolia*, e noi li classifichiamo senz'altro tra i *melancolici*. Tuttavia è assai probabile che il primo cadrà per sempre in demenza, che il secondo guarirà, che l'ultimo rimarrà psicopatico fino alla morte, senza mai scendere all'incoerenza demenziale. Si può asserire che la patogenesi sia nei tre casi la stessa e che si tratti veramente di un'unica malattia? Se anche lo ammettessimo per deficienza di dati necroscopici e in omaggio alla somiglianza dei sintomi, è verosimile che i processi morbosi di queste tre melancolie siano in realtà differenti.

Altre volte non è l'età, ma un elemento speciale e più intimo che modifica la sorte d'infermi apparentemente colpiti dalla stessa psicosi. Vi sono disordini parziali e costituzionali della mente che durano tutta la vita e che spuntano a poco a poco senza l'intervento d'una causa verificabile, come i delirî paranoici; lo stesso sintomo può comparire transitoriamente per intossicazione od anemia in casi leggieri d'amenza; o si produce cronicamente, ma preceduto da altri disordini gravi ed improvvisi che costituiscono una vera infermità, com'è il caso dell'ebefrenia. Qui il fattore più importante della malattia è personale: per un alto grado di predisposizione al delirio si avrà un paranoico che delira spontaneamente; per una predisposizione più debole e nascosta si avrà un amente con un delirio tossico d'occasione, ma di natura paranoide; per una predisposizione complessa, ma poco visibile nell'infanzia, si avrà un demente precoce con delirio paranoide più o meno duraturo.

Oppure accade nelle malattie mentali, e più ancora nelle nervose, che il quadro dei sintomi dipenda non tanto dalla natura dell'agente morboso, nè dalla costituzione psichica dell'individuo, quanto invece dal punto o dal sistema in cui esso si localizza. Un focolaio apoplettico, un tumore,

un trauma, un'irritazione passeggera e circoscritta d'origine uremica possono provocare la stessa sindrome se offendono gli stessi elementi o sistemi.

Appunto per questa indeterminatezza di criterî direttivi la psichiatria s'ingegna a tracciare i confini e i legami dei suoi quadri clinici con uno zelo che è superfluo nelle altre parti della medicina. La classificazione delle malattie, che nel resto della nosologia è un pleonasmo, è in psichiatria uno sforzo ostinato e non sempre felice, ma necessario, o per lo meno utile a dimostrare la legittimità di certe psicosi e il valore pratico della psichiatria. Questo momentaneo contrasto fra l'utilità quasi indispensabile d'una classificazione e la difficoltà quasi insormontabile di condurla a termine spiega la tenacia degli alienisti in tentativi sempre rinnovati e sempre imperfetti.

Per evitare errori e rimproveri, bisogna contentarsi d'una classificazione poco rigorosa, piuttosto eclettica ed essenzialmente provvisoria o magari d'un semplice elenco. Quando le malattie mentali saranno più conosciute, la loro coordinazione in serie nascerà spontaneamente; ma si può prevedere che sarà meno complessa delle artificiose classificazioni finora adottate o proposte dagli alienisti sotto l'inspirazione di concetti teorici. L'incertezza dei confini tra le varie psicopatie ha abbandonato gli alienisti alle seduzioni della fantasia e dello schematismo; ma il progressivo accrescimento delle nostre cognizioni, chiudendo gli orizzonti dell'immaginazione, per quanto seria e ragionevole, costringerà la classificazione delle malattie mentali a quella modestia da cui la psichiatria contemporanea si è spesso scostata.

Il fine immediato d'una classificazione nosologica è doppio. Da un lato bisogna distinguere le malattie una per una, ciò che implica la verifica della loro esistenza, del loro numero e del loro nome (la nomenclatura non è in psichiatria un quesito del tutto indifferente). Dall'altro lato, per non consegnare all'insegnamento una pura lista di nomi, bisogna riunire in gruppi le malattie che abbiano qualche elemento comune e scomporre i gruppi generali in sottogruppi particolari. Ogni volta, dice De Sanctis, che si fa un tentativo di coordinazione dei fenomeni clinici passa nei nostri studî un lampo di filosofia. Tuttavia questo lavoro di coordinazione applicato alle malattie mentali poggia sopra criterî in gran parte ipotetici, che potrebbero essere erronei. Costruire classificazioni complesse, minuziose, inflessibili sopra un terreno così precario è arrischiare un capitale di indagini e di propaganda per un'impresa destinata quasi indubbiamente a non dare che un profitto illusorio e non durevole. Basta un soffio di realtà a distruggere le classificazioni più elaborate. L'enumerazione semplice e senza pretesa delle varie psicopatie nasconde già una

timida intenzione di classificare, e corre il pericolo di sfasciarsi al primo sopraggiungere di nuove nozioni e di nuovi metodi clinici.

Difetto principale di tutte le classificazioni finora in uso fu appunto quello dell'intemperanza. La classificazione di Esquirol, che dominò nella prima metà del secolo XIX, benchè fosse estremamente incompleta come enumerazione, era abbastanza ardita nei suoi raggruppamenti. Mancava in essa la paralisi progressiva; mancava la paranoia persecutoria; mancavano le forme di malattia mentale caratterizzate da idee incoercibili e le psicosi periodiche; ma pure si pretendeva di dividere tutte le psicosi in *parziali* o *monomanie*, di cui l'esemplare più spiccato era la monomania ambiziosa, e in *generali*, di cui il tipo più evidente era la mania. In accordo con questo preconcetto, la monomania si divideva nelle tre forme: *intellettuale*, *affettiva* ed *impulsiva*.

La monomania intellettuale era la paranoia ambiziosa, spesso confusa con la megalomania della paralisi progressiva. La monomania affettiva era la melancolia o *lipemania*. E la monomania impulsiva comprendeva una quantità infinita di casi in cui un atto qualunque, o che rappresentasse lo sfogo di un'ossessione lucida e continuata, o che fosse l'espressione d'un delirio, o che scaturisse all'improvviso e automaticamente dal disordine della coscienza, solo perchè destava raccapriccio o ilarità o meraviglia, veniva interpretato alla stessa maniera, cioè come un segno patognomonico della monomania impulsiva. Questa diagnosi servì poi d'etichetta generale a tutte le stravaganze della pazzia che venivano classificate per piromania, necrofilia, mania omicida, coprofagia, mania errabonda, scelotirbe. Il nome eteroclito di scelotirbe indicava, p. es., la tendenza dei pellagrosi al suicidio specifico mediante l'annegamento: e tanta è la suggestione delle parole, che molti medici colti, ma poco esperti di psichiatria, credono ancora a questa singolarità di determinismo da parte del veleno maidico.

Ciò che meglio risultava nella classificazione di Esquirol era la distinzione, del resto assai facile, tra l'imbecillità (congenita) e la demenza (acquisita).

Seguì lo schema ancora più semplice di Griesinger (1855-1865); ma per quanto semplice, conteneva anch'esso il suo errore. Le forme di delirio sistematizzato che oggi si ritengono primitive e vanno sotto le insegne della paranoia e della demenza precoce erano interpretate come un esito terminale della melancolia e della mania. Ed anzi parve a Griesinger che tutte le malattie mentali si potessero dividere in due gruppi: le emotive o primarie, come l'ipocondria (la nevrastenia?) la melancolia, la mania e la monomania agitata (paralisi progressiva?), e le intellettuali o secondarie, come la demenza, la pazzia sistematizzata e le

demenze parziali. In questa antitesi vi è una certa esagerazione, ma non manca l'intuito d'una verità fin allora ignorata.

È arbitaria la separazione assoluta delle malattie affettive dalle intellettuali nel senso che tutte le psicosi affettive siano primarie ed acute, mentre le malattie intellettuali sarebbero secondarie e croniche; ma è conforme al vero che il disordine degli affetti caratterizza gli esordî delle malattie mentali, e che il disordine dell'intelligenza è piuttosto il prodotto graduale e tardivo d'un carattere moralmente anomalo o l'epilogo di passioni morbose che arrivano lentamente al parossismo, deformando i giudizî.

Come saggio d'una classificazione personale ricorderò quella di Guislain (1830-1860). Dopo aver delineato astrattamente le poche alterazioni fondamentali delle singole funzioni psichiche che siamo in grado d'immaginare come possibili, Guislain credeva poi di riscontrare nella comparsa semplice o nelle combinazioni binarie, ternarie e quaternarie di queste alterazioni più o meno teoriche i quadri morbosi della realtà. La frenalgia era la melancolia (che Schüle chiamò *disthymia*); la frenolepsia, l'estasi, ossia la sospensione degli atti intellettuali accompagnata da rigidità generale; l'iperfrenia, ritenuta per la più frequente delle psicosi, equivaleva all'esaltazione ossia alla mania; la parafrenia comprendeva le impulsività e le altre anomalie della volontà; l'ideofrenia consisteva nell'irregolarità delle idee; e l'afrenia era la demenza. Questo schema corrisponde male ai fatti speciali di cui dovrebbe essere la sintesi fedele, e finisce col rimanere, senza possibilità d'uscita, nel campo della psicopatologia generale. Tranne la melancolia e la demenza, i quadri clinici di Guislain sono astrazioni e non rappresentano i decorsi completi, coerenti, caratteristici e necessarî delle malattie mentali come si manifestano nella realtà e come, data la causa e l'individuo, si dovrebbero prevedere ai primi stadî.

Più ricca di criterî pratici, e fra tutte più ricca d'influenza sui progressi della psichiatria, fu la classificazione di B. A. Morel, che ha per base l'etiologia. Questo eminente alienista inaugurava nel 1857, appunto con la sua classificazione, un'idea nuova, quella della *degenerazione ereditaria*. E non fu la sola: si deve a Morel anche d'aver riunito insieme le *pazzie tossiche*, tra cui peraltro non figurano (e non era ancora possibile che figurassero) le autointossicazioni. Così le malattie mentali si compendiano in sei gruppi:

1.° pazzie ereditarie (nevropatici, eccentrici, deliranti lucidi e cronici, imbecilli, idioti);

2.° pazzie tossiche (alcoolisti, oppiofagi, ecc.);

3.° pazzie provenienti da altre malattie (isterici, epilettici, ipocondriaci);

4.° pazzie idiopatiche (paralitici progressivi ed altri cerebropatici);
5.° pazzie simpatiche (da malattie extracerebrali);
6.° stati terminali (dementi).

Tra le malattie del primo gruppo vi era da notare la loro tendenza a trasmettersi per eredità in forme sempre più gravi e con data sempre più precoce di generazione in generazione. Dalle semplici nevropatie all'eccentricità, dall'eccentricità al delirio sistematizzato, da questo alla pazzia grave della condotta, all'imbecillità e all'idiozia con infecondità era tutto un programma fatale di decadenza morale e somatica, che conduceva all'estinzione della stirpe e costituiva le fasi d'una vera malattia famigliale: la *degenerazione psichica.*

Il concetto della degenerazione serve di pernio alla classificazione di Krafft-Ebing, che dal 1880 al 1890 fu in gran favore presso le scuole tedesche ed italiane di psichiatria e che è tra le più complete ed appropriate. I confini tra le varie psicosi vi sono felicemente determinati; la psicosi delle idee fisse (ora a base nevrastenica, ora a base degenerativa) si stacca con vigore dalla paranoia, secondo quanto ci fu insegnato da Westphal; ed hanno il loro posto le psicosi rare, come la pazzia ragionante, o d'interpretazione difficile, come la pazzia morale. Ma non tutti gli errori tradizionali della psichiatria sono rettificati: persiste tra le psicosi acute una forma di demenza o stupidità che dovrebbe essere guaribile e che Kraepelin finirà per aggregare più tardi alla demenza precoce, come una varietà catatonica poco facile alla guarigione. I delirî paranoici sono sempre mescolati coi paranoidi; e toccherà a Kraepelin di operare anche questa seconda correzione, dimostrando le diversità d'origine, di natura e di significato clinico che inducono a separare questi due sintomi, malgrado le loro somiglianze apparenti.

Per Krafft-Ebing la *melancolia* e la *mania* sono malattie accidentali che colpiscono soggetti validi e non predisposti, e in tale qualità rappresentano l'antitesi delle psicosi degenerative ed ereditarie: la pazzia periodica e circolare, come la paranoia e la pazzia morale, sono tutt'altra cosa dalla melancolia e dalla mania ad un solo accesso o con poche recidive irregolari. Ora la tendenza odierna, dopo accurate osservazioni di Kraepelin e le numerose conferme ch'esse ebbero da ogni parte, è piuttosto di riferire anche la melancolia e la mania ad una diatesi costituzionale, che non esclude l'eredità. Così viene a mancare la base principale alla contrapposizione tra le così dette *psiconevrosi* o malattie acquisite e guaribili da una parte e le *psychische Entartungen* o malattie costituzionali ed ereditarie dall'altra; contrapposizione che forma la parte originale della classificazione ideata da Krafft-Ebing sull'esempio di Morel. Infatti la classificazione di Krafft-Ebing è questa:

I. *Psiconevrosi:* melancolia, mania, stupidità o demenza acuta guaribile, delirio allucinatorio (*Wahnsinn*), pazzia sistematizzata secondaria (*secundäre Verrücktheit*), demenza terminale (*Blödsinn*).

II. *Degenerazioni:* pazzia ragionante, pazzia morale, pazzia delle idee fisse (che può anche aver per fondo la semplice nevrastenia), paranoia, pazzia periodica e circolare, isterismo, epilessia, ipocondria.

III. *Cerebropatie* con prevalenza di sintomi psichici: demenza paralitica, sifilide cerebrale, alcoolismo cronico, demenza senile, delirio acuto.

IV. *Arresti dello sviluppo psichico:* imbecillità, idiozia, cretinismo.

Del resto la critica rivolta a Krafft-Ebing per aver disconosciuto il carattere costituzionale e forse ereditario della *melancolia* e della *mania* è giusta fino ad un certo punto. In fondo, la predisposizione organica alla melancolia, alla mania o ad entrambe queste psicosi non implica alcun vizio o difetto immanente del carattere e dell'intelligenza; e perciò non ha nulla di comune coi pervertimenti e con le lacune congenite dei degenerati. Quando Krafft-Ebing dice che il melancolico e il maniaco, ammalandosi, non rassomigliano affatto a sè stessi, mentre i degenerati non fanno che accentuare gradualmente in senso anomalo la loro personalità anteriore, egli enuncia una verità incontrastabile ed una distinzione che si avrebbe torto di voler bandire dalla psichiatria.

La classificazione di Krafft-Ebing, lievemente modificata nell'ultima edizione del suo trattato, fu per dieci anni la guida agli studî degli alienisti italiani, almeno nel campo della tassinomia, e la conferma autorevole alle teorie della degenerazione, sebbene oggi queste teorie siano divenute anche troppo popolari per opera di Max Nordau e d'altri evoluzionisti disoccupati, che cercano con mezzi troppo facili di scoprire le cause e le leggi psicologiche del delitto, della pazzia, delle anomalie morali e intellettuali. Per le ricerche statistiche, che richiedono unità di criterî e di nomenclatura, vige invece la classificazione di A. Verga. Secondo questa classificazione, antica se non antiquata, le malattie mentali o *frenopatie* si dividono in congenite ed acquisite. Sono congenite l'imbecillità, l'idiozia e il cretinismo (*frenastenie*). Tra le frenosi acquisite si distinguono le semplici e le complicate. *Frenosi semplici* (con manifestazioni puramente psichiche): pazzia morale, pazzia ciclica, mania con e senza furore, monomania intellettuale (la moderna paranoia), monomania impulsiva (oggi scomparsa dalla nosologia), melancolia semplice e con stupore, demenza primitiva e consecutiva. *Pazzie complicate* (che cioè presentano anche sintomi sensitivi, sensoriali o motorî): frenosi sensoria (acuta, con allucinazioni), frenosi ipocondriaca, frenosi isterica, frenosi puerperale, frenosi epilettica, frenosi sifilitica, frenosi alcoolica, frenosi pellagrosa, frenosi paralitica, frenosi senile.

Attualmente la classificazione di A. Verga continua ad essere usata nei registri dei manicomî italiani da cui il governo trae le notizie demo-

grafiche. Come lume, invece, al processo scientifico della psichiatria le classificazioni più seguite sono quelle di Enrico Morselli e di Emilio Kraepelin.

Secondo Morselli (1885-1898) le malattie mentali si possono disporre (più che per altro per opportunità didattica) in gruppi, sottogruppi, sezioni e sottosezioni.

1.° *Gruppo.* — Frenastenie o arresti di sviluppo.
1. Idiotismo.
2. Cretinismo.
3. Imbecillità e sue gradazioni.

2.° *Gruppo.* — Parafrenie (anomalie dell'evoluzione cerebrale).
1.° Sottogruppo. — Degenerazioni psichiche.
1. Psicosi criminale.
2. Follia o temperamento mattoide.
3. Pazzia ragionante.
4. Inversione dell'istinto sessuale.
5. Paranoia originaria degenerativa.
2.° Sottogruppo. — Psicopatie costituzionali.
Sezione I. — Su costituzione neuropatica semplice.
1. Paranoia rudimentaria (idee fisse).
2. Pazzia periodica.
Sezione II. — Su costituzione neuropatica grave.
1. Pazzia epilettica.
2. » isterica.
3. » ipocondriaca.
4. » coreica.
5. » nevrastenica.
3.° Sottogruppo. — Psicopatie critiche.
1. Ebefrenia.
2. Pazzia climaterica.
3. Demenza senile.

3. *Gruppo.* — Frenopatie (affezioni del cervello completamente sviluppato).
1.° Sottogruppo. — Psiconevrosi.
Sezione I. — Forme tipiche primitive.
Sottosezione 1ª. — Con alterazione fondamentale del sentimento.
1. Mania semplice.
2. Melancolia semplice.
3. Mania grave.
4. Melancolia grave.
Sottosezione 2.ª — Senza alterazione fondamentale del sentimento.
5. Frenosi sensoria acuta.
6. Stupidità o demenza acuta.
7. Catatonia.
Sezione II. — Forme tipiche secondarie.
Sottosezione 1.ª — Con delirio allegorico.
1. Pazzia sistematizzata secondaria o paranoia secondaria.
Sottosezione 2.ª — Senza delirio allegorico.
2. Demenza consecutiva.
2.° Sottogruppo. — Cerebro-psicopatie o encefalopatie con psicosi.
Sezione I. — Cerebro-psicopatie croniche.
Sottosezione 1.ª — Forme tipiche da lesioni primitive dei centri corticali.
1. Paralisi generale progressiva.
Sottosezione 2.ª — Forme atipiche da lesione secondaria dei centri corticali.
2. Demenza emiplegica.
3. » tabetica.

4. Demenza da sclerosi a placche.
5. » da meningite cronica.
6. » da tumore cerebrale.
7. » senile grave.

Sezione II. — Cerebro-psicopatie acute.
1. Delirio acuto.

Sezione III. — Cerebro-psicopatie specifiche.
1. Frenosi sifilitica.

3.° Sottogruppo. — Encefalopatie tossiche.

Sezione I. — Per abuso di alimenti nervosi.
1. Pazzia alcoolica.
2. Nicotismo cronico.
3. Oppiofagismo.

Sezione II. — Per alimenti alterati.
1. Pazzia pellagrosa.
2. Ergotismo.
3. Latirismo.

Sezione III. — Per abuso od azione eccessiva di dati rimedi.
1. Pazzia morfinica.
2. » cloroformica.
3. » eterica.
4. » iodoformica.
5. » cloralica.
6. » bromica.

Sezione IV. — Per influenza di date industrie.
1. Pazzia saturnina.
2. » carbonica.

La classificazione di E. KRAEPELIN (1897) è più semplice ed ha ormai preso il posto d'onore fin qui tenuto da quella di KRAFFT-EBING. La sua originalità consiste nell'immensa estensione accordata alla demenza precoce (ebefrenia, catatonia e demenza paranoide); nella scomparsa della demenza secondaria; e nella riduzione della mania e della melancolia a semplici fasi d'una psicosi maniaco-depressiva più o meno periodica. La melancolia come forma a sè non è riconosciuta che nei vecchi.

A. **Disturbi mentali acquisiti.**

I. STATI D'ESAURIMENTO:
a) Delirio da collasso.
b) Confusione acuta od amenza.
c) Demenza acuta.
d) Esaurimento nervoso cronico (nevrastenia acquisita, ipocondria).

II. AVVELENAMENTI:
1. Avvelenamenti acuti.
a) Delirio febbrile.
b) » infettivo (per microrganismi).
2. Avvelenamenti cronici.
a) Alcoolismo.
b) Morfinismo.
c) Cocainismo.

III. MALATTIE DEL RICAMBIO:
a) Pazzia mixedematosa.
b) Cretinismo.
c) Processi demenziali, demenza precoce, catatonia, demenza paranoide.
d) Demenza paralitica.

IV. Pazzia per malattie organiche del cervello:
Malattie diffuse: gliosi della corteccia cerebrale, sclerosi cerebrale diffusa, lue ereditaria tardiva, arteriosclerosi del cervello, encefalite, sclerosi multipla.
Malattie circoscritte: tumori, ascessi, emorragie, embolie, trombosi, traumi del capo.

V. Pazzie involutive dei vecchi:
a) Melancolia.
b) Demenza senile.

B. **Disturbi mentali per predisposizione morbosa.**

I. Costituzionali:
a) Pazzia periodica, forma maniaca, forme circolari, forme depressive.
b) Paranoia (*Verrücktheit*).

II. Nevrosi generali:
a) Pazzia epilettica.
b) » isterica.
c) Nevrosi da spavento.

III. Stati psicopatici (pazzia degenerativa):
a) Depressione costituzionale o nevrastenia congenita.
b) Pazzia ossessiva (*Zwangsirresein*).
c) Pazzia impulsiva.
d) Inversione sessuale.

IV. Arresti dello sviluppo:
a) Imbecillità.
b) Idiozia.

Questo schema di Kraepelin ha il merito di inspirarsi a criteri di clinica generale che tolgono la psichiatria dal suo isolamento. Le malattie mentali vi sono aggruppate in modo non troppo diverso da quello che tutti adottano per le malattie dei visceri, cioè specialmente secondo le cause e le lesioni.

Ma d'altra parte non si può dimenticare che ogni malattia si presenta agli occhi come una successione di sintomi. Ora, alle differenze delle cause e delle lesioni si stenta, e spesso è impossibile, stando alle suddivisioni minuziose di Kraepelin, di mettere in riscontro differenze reali, costanti e caratteristiche dei quadri morbosi. Per es.: che divario vi è tra amenza e demenza acuta? Lo stesso Kraepelin si accorge della loro identità, e nella sesta edizione del suo trattato sopprime la demenza acuta. Ma non semplifica la serie dei casi sotto cui si ripetono e non variano i delirî sempre caotici dell'esaurimento, delle infezioni, degli avvelenamenti, delle autointossicazioni; e questa sovrabbondanza di quadri clinici, che sembrano riprodotti con lo stampo, si osserva anche riguardo ad altre psicosi troppo tormentate dall'analisi nell'intento di trovare una apposita veste sintomatica ad ogni lesione e ad ogni agente morboso.

La classificazione rifatta da Kraepelin nel 1899 non è ancora libera da questo difetto, benchè abbia il grande merito d'aver consolidato il quadro della demenza precoce.

I. Pazzia da infezioni:
Delirî febbrili.
» infettivi: iniziali, vaiuolo, tifo, rabbia.
Stati infettivi d'esaurimento.
II. Pazzia da esaurimento:
Delirio da collasso.
Confusione acuta (amenza).
Esaurimento cronico del sistema nervoso: nevrasteuia aequisita, ipoeondria.
III. Avvelenamenti:
Avvelenamenti acuti.
» cronici: alcoolismo, morfinismo, cocainismo.
IV. Pazzie tiroidee:
Mixedema.
Cretinismo.
V. Demenza precoce: forma ebefreuica, forma eatatonica, forma paranoide.
VI. Demenza paralitica.
VII. Pazzia per encefalopatie: *a*) *diffuse*, gliosi eorticale, sifilide creditaria tardiva, arteriosclerosi eerebrale, gliosi perivaseolare, encefalite subcorticale, sclerosi multipla; *b*) *circoscritte*, tumori, aseessi, emorragie, embolie, trombosi, traumi del capo.
VIII. Pazzie critiche da involuzione: melaneolia, delirio presenile di *querimonia* (o di persecuzione spicciola) (*Beeinträchtigungswahn*), demenza senile.
IX. Pazzia maniaco-depressiva: stati maniaei, stati depressivi, stati misti, pazzia circolare.
X. Paranoia.
XI. Nevrosi generali: pazzia epilettica, pazzia isterica, nevrosi da spavento.
XII. Stati psicopatici (degenerazioni): malumore costituzionale, pazzia ossessiva (*Zwangsirresein*), inversione dell'istinto sessuale.
XIII. Arresti dello sviluppo psichico: imbecillità (apatica, eretistica, morale), idiozia.

Anche in questo secondo schema la sindrome amenziale è disseminata in parecchie malattie che, di fronte alla psichiatria, dovrebbero coincidere. Nel delirio infettivo e nel delirio febbrile si ha una confusione più o meno profonda, più o meno continua, più o meno violenta dell'intelligenza, ecco tutto ciò che siamo in grado di riconoscere, con la stessa probabilità, nelle due serie di casi. Il delirio febbrile, il delirio infettivo, ed anche il delirio da collasso non sono dunque altro che amenza acuta.

Invece la nevrastenia acquisita con decorso cronico, che è sempre lucida, ha ben poco di comune con queste forme confusionali ed acute, tra cui non si capisce come si trovi mescolata. Piuttosto a me pare che meriti di star vicina ai delirî amenziali quella forma di delirio sistematizzato che dipende da esaurimento e guarisce, sebbene possa svelare uno stato di paranoia latente o di predisposizione paranoica.

Quanto al gruppo delle malattie mentali da alterato ricambio chimico, esso è giustificato per il mixedema e il cretinismo, ma non altrettanto per la demenza precoce, la cui origine è oscura e forse ereditaria, la cui sindrome è mobile, i cui esiti sono vari.

E chi ci dice che non siano malattie del ricambio anche le psicosi af-

fettive e specialmente la pazzia circolare? Se poi prendiamo in considerazione la gliosi della corteccia cerebrale e gli altri processi psicopatici che dipendono da lesioni organiche e diffuse del cervello, dov'è la differenza dei quadri clinici che possa render facile, sicura e concludente l'identificazione di tante pretese malattie prima della necroscopia? Quello di KRAEPELIN non è dunque uno schema di psicosi già note ed accertate, ma un programma di studi e di ricerche da cui io credo che dovrebbe uscire una classificazione delle malattie mentali meno analitica.

Seguitando: perchè mai l'arteriosclerosi del cervello è separata dalla demenza senile? E perchè la melancolia involutiva dei vecchi, che è così rara e sbiadita in confronto alla melancolia ordinaria degli adulti, sopravvive sola come una malattia autonoma, mentre le forme classiche di melancolia, tanto più frequenti e scultorie, figurano senza nome in mezzo alla pazzia maniaco-depressiva? Anche la vicinanza della pazzia maniaco-depressiva con la paranoia apparisce forzata. Per quanto tutte e due possano essere malattie costituzionali, il paranoico presenta certe singolarità permanenti del carattere e dell'intelligenza di cui non v'è la minima traccia nel melanconico o nel maniaco, nè durante la crisi nè durante i lunghissimi intervalli. E mentre il paranoico passa quasi insensibilmente dalla lucidezza al delirio, che è una concentrazione laboriosa ed intensa del suo pensiero abituale, il melancolico ed il maniaco sono da riguardarsi come individui psichicamente normali, che di tanto in tanto (od anche una sola volta in tutta la vita) vanno soggetti a crisi affettive e si presentano sotto un aspetto nuovo. Avvicinare ai paranoici i melancolici ed i maniaci, infliggendo anche ad essi il marchio della degenerazione, è più che un arbitrio, un errore.

Nella classificazione di KRAEPELIN è eccessiva anche la distinzione tra *nevrastenia congenita* e *pazzia ossessiva* o *Zwangsirresein*. È più semplice ammettere una nevrastenia sola con o senza complicazioni. Il grado più leggiero di nevrastenia costituzionale non oltrepassa il campo della sensibilità e dell'affettività; l'altro, più grave, disturba l'associazione delle idee e genera le immagini ossessive. Se poi l'immagine ossessiva si riferisce ad un atto da compiere, ed è così impellente che la volontà del malato non riesce a frenarlo, ecco che la nevrastenia raggiunge un terzo grado, più che una terza forma, e diventa, malgrado la lucidezza del nevrastenico, *pazzia impulsiva*.

Oltre ai problemi che si riferiscono alla suddivisione delle malattie mentali, ve n'è uno che riguarda in genere il concetto di malattia mentale. Dipende dalla delimitazione di questo concetto l'estensione più o meno vasta che si assegnerà alla psichiatria.

Sono o non sono malattie mentali i perturbamenti affettivi senza delirio? L'amnesia cronica e generale dei vecchi senz'alterazione dell'intelligenza? Le amnesie circoscritte, le afasie, le astereognosie, la cecità psichica? Le anomalie del carattere, le varietà estreme dell'indole passionale? La delinquenza d'individui intelligenti e non privi d'affettività? L'inversione dell'istinto sessuale? La paranoia senza sistema fisso? La malattia del dubbio e le numerose fobie che, per quanto croniche, non inceppano l'attività intellettuale, non arrestano il suo sviluppo progressivo, non deformano il carattere, non influiscono sulla condotta e non ingannano l'autocritica dell'infermo che ne è anzi un giudice severo e desolato? Se la psichiatria non dovesse occuparsi che dei pazzi in un senso stretto e se per pazzia si dovesse intendere, come sostiene Morselli, una malattia od un'anomalia della personalità umana tutt'intera, è certo che gli stati psicopatici or ora enumerati sfuggirebbero alla competenza dell'alienista. I perturbamenti affettivi, le amnesie, le afasie, le nevrastenie con idee ossessive cadrebbero soltanto sotto l'osservazione del medico comune. La paranoia senza delirio, l'inversione sessuale, la criminalità, le anomalie del carattere verrebbero comprese nelle graduatorie psicologiche dell'antropologo, come deviazioni estreme del tipo umano. Dal canto mio non credo che convenga rimpiccolire così il dominio della psichiatria. Ogni malattia che presenti come manifestazione caratteristica l'offuscamento dell'intelligenza o la metamorfosi del carattere (intossicazioni, traumi, stati d'esaurimento); ogni perdita circoscritta, ma improvvisa e sistematica di ricordi e di abilità speciali (afasie, amnesie da focolai distruttivi, paralisi d'origine psichica); ogni oscillazione non motivata dell'umore (psicosi affettive, isterismo, prodromi nevrastenici di molte gravi malattie, nevrastenia costituzionale); ogni reazione inadeguata, insolita e irragionevole della volontà, anche se isolata (come nelle fasi iniziali della demenza precoce e senile, nell'isterismo, nella degenerazione alcoolica ed epilettica), appartengono di pieno diritto alla psichiatria, ancorchè non conducano alla disintegrazione della personalità psichica.

Nondimeno la disintegrazione della personalità psichica è un elemento di sommo interesse per la psichiatria; e si deve dar lode a Morselli d'aver messo in rilievo questo elemento, considerando la personalità come la sintesi subiettiva d'un organismo senziente e reagente. Solo è da soggiungere che questa sintesi, sempre mal distinta, non sempre presente e di rado operante nell'uomo valido e normale, non si lascia facilmente cogliere nemmeno nel malato di mente. Le variazioni quotidiane della personalità nei normali e nei pazzi non vanno scambiate con la trasformazione totale e patologica. Restano le metamorfosi straordinarie e ra-

dicali della personalità come pure le sue incarnazioni teratologiche. Ora, più che a criterio generico della pazzia, queste variazioni complesse possono essere utilizzate a criterio discriminativo tra la pazzia grave o da manicomio e le malattie od anomalie più lievi che non legittimano la privazione della libertà. Nelle pazzie da manicomio, quando cioè la personalità del pazzo è sostanzialmente cambiata, si deve ammettere l'irresponsabilità civile e penale. Nelle malattie mentali che lasciano alla personalità la sua fisonomia antecedente, e nelle anomalie più lievi, che la rendono solo parzialmente dissimile dal tipo medio dell'uomo ordinario, permane la responsabilità civile e penale (salvo possibili attenuanti), perchè permane la capacità di vivere liberamente e magari utilmente nel consorzio sociale.

La psichiatria corrente non tien conto che delle pazzie grossolane con disintegrazione o insufficienza o manifesta anomalia della personalità che trascinano gl'infermi al manicomio e implicano la perdita, momentanea o duratura, dei diritti civili. Ma la psichiatria scientifica deve occuparsi delle irregolarità minori, che, appunto perchè non bastano ad alterare sensibilmente il tipo della personalità, non ricevono, e in realtà non meritano, il nome di pazzie. Così non si può dire che siano vere pazzie, ossia che alterino la personalità, quelle malattie dei sentimenti od anomalie del carattere di cui i soggetti, per quanto malati od anomali, valutano giustamente l'importanza e che non ottundono nè falsano il loro giudizio sopra sè stessi; ma esse non cessano per questo d'essere malattie od anomalie mentali, pazzie lucide, se si vuole, o pazzie incomplete, parziali. Del resto, anche nei più gravi disordini dell'intelligenza e dei sentimenti, è ben difficile che di tratto in tratto la personalità antecedente e normale non riprenda il sopravvento; e non si deve dimenticare che entro certi limiti, come osserva lo stesso Morselli, la personalità è in preda a un continuo divenire anche nell'uomo fisiologico, e che non vi sono due istanti identici nella successione biografica di queste incessanti variazioni. Solo le metamorfosi e le anomalie gravissime della personalità, che presentano evidentemente l'impronta patologica, perchè rendono l'individuo *inetto ad apprezzare i proprî interessi* prossimi e remoti, possono servire di norma all'alienista; ma in questo caso esse provano l'esistenza di *certe* malattie mentali, non sono la condizione necessaria d'un disordine psichico qualunque sia.

Ciò premesso, quali sono, nel momento presente, i requisiti d'una buona classificazione? Le malattie mentali devono anzitutto esservi rappresentate nella loro totalità, ma senza distinzioni troppo unilaterali o di genere teorico. Inoltre occorre che un filo direttivo stabilisca il loro ordine, ravvicinando le forme simili e scostando le dissimili. A questo sc criterio più alla portata è quello delle *cause*.

La causa d'una malattia mentale si può riconoscere nella massima parte dei casi: essa dà l'intonazione al decorso ed è, per ora, la base delle nostre previsioni cliniche, delle nostre cure, della nostra diagnosi differenziale. Vi sono psicopatie la cui causa non risiede affatto nella struttura mentale dell'individuo. La mente del malato, come funzione ordinaria, apparisce non diversa da quella di tutti gli altri, ma vi è un agente esterno che viene a sconvolgerla in modo acuto. Non si diventa alcoolizzati senz'alcool, nè pellagrosi senza le muffe del mais. È vero che di fronte ai veleni la costituzione individuale conta pur sempre per qualche cosa; qualcuno ha per l'alcool un'attrazione fatale; e vi sono individui che, per piacere o per forza o incoscientemente, introducono nel proprio organismo quantità ingenti di un determinato veleno senza soffrire alcun danno intellettuale, mentre altri non resistono a dosi minime. Ma in ogni modo la costituzione individuale non è sufficiente a produrre la psicosi, che è del tutto specifica; e se pure influisce come concausa, non ha alcun rapporto colle attitudini costituzionali dell'intelligenza e del carattere. Queste psicosi, per causa esterna, sono da considerarsi come semplici accidentalità. E infatti il loro decorso, se cessa l'azione della causa morbigena, è acuto e breve; si prolunga indefinitamente solo quando l'agente morboso incoglie un cervello non ancora sviluppato, provocando reazioni organiche difficili a ripararsi, per es. un processo diffuso di gliosi; e può riuscir mortale quando l'intossicazione è assai violenta e determina febbre elevata o collasso, come nelle forme gravi d'amenza che sono consociate col nome di delirio acuto.

Vi sono altre psicopatie, la cui insorgenza è ancora dovuta a cause esterne, ma che richiedono necessariamente il concorso attivo dell'organismo ammalato. Sotto lo stimolo di un'infezione, di un'intossicazione o d'una lesione viscerale, l'organismo sviluppa tossine secondarie od autotossine capaci di compromettere le funzioni psichiche. E qui si ritrovano altre forme d'amenza, come pure l'idiozia mixedematosa, il cretinismo, la paralisi progressiva, la pazzia uremica. Anche queste psicosi sono di natura più esogena che endogena, e non hanno bisogno, per nascere, d'un terreno degenerativo. Al più basta un terreno cachettico; ma la degenerazione psichica non c'è o non è dimostrabile o si presenta bensì, ma solo in casi eccezionali, per cui non sembra affatto necessaria. In ogni modo essa è sempre insufficiente senza il concorso di cause esterne. Queste psicosi meritano di stare accanto a quelle per veleni esterni o per tossine primarie; ma preparano il passaggio ad una categoria di malattie mentali la cui genesi è più intima, cioè a quelle per cause miste. Prima di arrivare al gruppo in parola, incontriamo le cerebropatie infantili e quelle degli adulti, la cui causa immediata è un complesso impor-

tante e noto di lesioni cerebrali; ma dietro a questa causa, che potrebbe passare per interna, ve n'è quasi sempre un'altra, che è esterna e fortuita. Per le cerebropatie dei bambini si tratta spesso d'infezioni, di traumi, di distocia. Per la demenza senile la causa prima consiste quasi sempre in un'arteriosclerosi più o meno anticipata del cervello che spesso è famigliale, ma che altrettanto spesso è dovuta a sifilide, ad alcoolismo, ossia (in ultima analisi) a cause esterne ed accidentali. La stessa eredità dell'arteriosclerosi, ed anche l'eredità specifica dell'arteriosclerosi cerebrale, se è interna riguardo all'organismo ed al cervello, è esterna riguardo allo sviluppo psichico, perchè non lo compromette e non lo tocca finchè rimane allo stato di predisposizione. L'intelligenza dei candidati alla demenza senile è normale; essa resta ferita dall'arteriosclerosi come lo sarebbe da un trauma o da una malattia casuale. Lo stesso si può ripetere per le demenze da emorragia cerebrale, dove la fragilità dei vasi, per quanto costituzionale, lascia integra l'intelligenza e il carattere finchè non si traduce in atto con l'apoplessia.

In antitesi con le malattie accidentali ed esogene che colpiscono cervelli validi o destinati ad una probabile validità, e prescindendo per un momento dalle forme intermedie che analizzeremo più innanzi, vi sono altre psicosi che si manifestano in individui psichicamente anormali od incompleti la cui ascendenza ha già pagato il suo tributo, di solito in grado più modesto, alla psichiatria. Si tratta, più che di vere malattie, di anomalie endogene dello sviluppo mentale che vengono con ragione riferite alla decadenza della stirpe.

La paranoia, l'isterismo, l'immoralità costituzionale, l'inversione sessuale, la nevrastenia cronica con idee ossessive, la gracilità ereditaria dell'intelligenza, la demenza precoce fanno parte di questo gruppo che dunque riunisce i predestinati. Gente che impazzisce senza un determinismo visibile, in modo ambiguo, spesso a cavalcioni tra la malattia e la normalità, e che talvolta è soggetta alle malattie mentali dell'altro tipo, ma con decorso effimero ed affrettato. Salvo una parte dei dementi precoci, tutti questi degenerati non arrivano mai alla perdita completa dell'intelligenza.

Tra le degenerazioni psichiche e le psicopatie accidentali stanno le psicosi affettive, che sotto un certo aspetto si presentano come malattie costituzionali, perchè assai facili a recidive talvolta regolari; in parte invece si manifestano come malattie acute, perchè colpiscono intelligenze normalmente sviluppate e, guarendo, non hanno tolto all'intelligenza il vigore e i lineamenti che aveva. Se la natura costituzionale dei disordini affettivi, che possono persino alternarsi ad accessi strettamente ravvicinati di melancolia e di mania (psicosi circolare) per tutta la vita, ci in-

duce a sospettare una causa endogena, noi dobbiamo riconoscere che questa causa è ben diversa da quell'anomalia visibile dello sviluppo psichico donde nascono le psicosi degenerative. I melancolici, i maniaci, i circolari ammalano di solito dopo i trent'anni; nella loro biografia non si trova alcun indizio di decadenza o stravaganza o ristrettezza mentale; gli accessi sono spesso assai radi, talvolta unici, e i lunghissimi periodi di equilibrio affettivo che succedono all'accesso formano un netto distacco dal breve periodo di malattia in atto. Anche durante l'imperversare della bufera affettiva vi sono individui che non accennano mai a delirare; gli stessi circolari possono sottrarsi in perpetuità, malgrado il ripetersi indefinito dei loro accessi, ad ogni errore palmare di logica, ad ogni turbamento formale di giudizio, ad ogni delirio, ad ogni assurdità di condotta.

È vero che una minoranza di melancolici, di maniaci, di circolari cade in veri deliri paranoidi, smarrisce la coscienza, compie reati, si mutila, si uccide, reagisce in modo violento; ma se queste manifestazioni morbose indicano un'inferiorità e, diciamo pure, una costituzione degenerativa, bisogna convenire ch'essa sarebbe rimasta latente forse per tutta la vita senza l'intervento della psicosi acuta. D'altra parte tutti coloro, e sono i più, che sotto l'azione acuta della melancolia o della mania sfuggono agli errori di giudizio, alle allucinazioni, al delirio, danno prova d'una robustezza intellettuale e si direbbe d'una costituzione anti-degenerativa, che li rende sotto un certo aspetto più normali dei normali. Qui dunque il criterio etiologico, invece di affermarsi genericamente ed uniformemente nella *malattia*, si dimostra caso per caso e sotto due aspetti diversi nei *malati*. La melancolia e la mania, come astrazioni cliniche, sono psicosi in parte costituzionali, in parte acquisite; ma i melancolici e i maniaci, come individui, sono, a seconda dei casi, o infermi predestinati o infermi d'occasione.

E qualche volta i due ordini di cause, le endogene e le esogene, operano di conserva sullo stesso individuo, senza che si possa determinarne la misura. Ecco perchè le psicosi affettive formano il gruppo intermedio ed un po' ambiguo delle malattie per cause miste.

Seguendo questi criterî e tenendo presenti non le reazioni teoricamente possibili dell'organismo alle possibili cause di psicosi, nè le rarità nosologiche, ma i fenomeni clinici che si scorgono nella loro realtà coi loro confini naturali, noi possiamo enumerare le malattie mentali con un ordine meditato che ci indica, purchè ne conosciamo la chiave, la loro causa probabile e quindi la loro natura.

- **Avvelenamenti.**
  1. Pellagra.
  2. Alcoolismo.
  3. Morfinismo, cocainismo.
- **Tossi-infezioni ed auto-intossicazioni.**
  4. Amenza
     - allucinatoria.
     - apatica.
     - lieve (pazzia sistematizzata acuta).
     - gravissima (delirio acuto).
  5. Psicosi uremica.
  6. Psicosi tiroidee
     - mixedema acquisito.
     - cretinismo (endemico e sporadico).
     - basedowismo.
  7. Paralisi progressiva.
- **Encefalopatie.**
  8. Cerebropatie infantili (idiozia acquisita).
  9. » degli adulti
     - tumori cerebrali.
     - traumi al capo.
     - sifilide cerebrale.
     - demenza apoplettica.
     - » senile.
- **Psicosi affettive.**
  10. Melancolia.
  11. Mania.
  12. Psicosi circolare.
- **Neuro-psicosi costituzionali.**
  13. Nevrastenia costituzionale (psicosi ossessiva).
  14. Isterismo.
  15. Epilessia.
- **Demenza precoce.**
  16. Forma ebefrenica.
  17. » catatonica.
  18. » paranoide.
- **Anomalie degenerative della mente.**
  19. Perversione dell'istinto sessuale.
  20. Immoralità costituzionale.
  21. Paranoia.
  22. Gracilità intellettuale (imbecillità ereditaria).

In questo schema le cause morbigene, decisamente esterne e accidentali per le malattie da intossicazione, diventano mano a mano più costituzionali e più intime; ma in modo che solo le ultime (anomalie più che malattie) si possono dire assolutamente degenerative.

Nella pellagra, a cui non si sottrae nessun mangiatore di mais avariato o immaturo, la costituzione individuale non ha la minima importanza. Ha qualche volta un'importanza secondaria nell'alcoolismo, quando preesiste lo squilibrio nervoso che spinge alla ricerca di forti eccitamenti. L'amenza, che comprende la massima parte dei casi acuti e a rigore anche quelli di pellagra e di alcoolismo, è ancora una psicosi da causa esterna, e la costituzione individuale vi esercita un'influenza poco costante, anzi talvolta addirittura dubbia. Vengono poi le psicosi tiroidee, la paralisi progressiva, le cerebropatie infantili, la demenza apoplettica, la demenza senile. Qui si ha un substrato organico che cambia la costituzione generale del malato e forma, indipendentemente da ogni causa esterna, un terreno propizio allo sviluppo di disordini cronici della mente.

Ma è un substrato che si prepara dopo la nascita e richiede quasi sempre, per formarsi, l'intervento di fattori esterni. Quando un tale substrato è maturo, non abbiamo ancora che una semplice predisposizione alla malattia mentale. Vi sono basedowici, mixedematosi, gozzuti endemici, metasifilitici, cerebroplegici dall'infanzia, arteriosclerotici e individui con tumori endocranici, che non sono nè pazzi nè deficienti.

Un posto a parte meritano la melancolia, la mania e la psicosi circolare. La frequenza con cui questi disturbi affettivi si rinnovano in uno stesso individuo indica l'esistenza di una diatesi melancolica e d'una diatesi maniaca; la possibilità d'una psicosi circolare con alternative ripetute ci dice che le due diatesi, benchè opposte, possono associarsi. Ma d'altra parte, se pensiamo che vi sono melancolici con uno o due accessi di melancolia in tutta la vita; che lo stesso avviene riguardo alla mania; che i melancolici ed i maniaci sono psichicamente normali durante gl'intervalli talvolta lunghissimi; e che la melancolia può derivare in modo evidente ed inoppugnabile da cause esterne, come per es. da un forte dispiacere, bisogna concludere che in questo caso la legge etiologica è fatta dai malati stessi, non dalla malattia. E pei malati essa suona ora in un modo, ora nell'altro. Se anche preesiste una diatesi melancolica o maniaca o a binomio, si tratta d'una predisposizione intima, ma non di natura psicologica. Nel periodo d'intervallo il melancolico non è più serio d'un normale; nè il maniaco è più violento; nè il circolare è più oscillante.

La genesi della melancolia non è dunque un'orientazione unilaterale e triste dell'affettività; la mania non nasce da una personalità volubile ed ilare; ma l'una e l'altra dipendono da condizioni probabilmente generali dell'intero organismo, forse da speciali prodotti del ricambio organico, la cui sorgente non è nemmeno nel cervello, ma che, versandosi nel circolo, esercitano un'influenza più o meno continua sulle funzioni cerebrali. In questo caso il cervello non sarebbe che l'organo segnalatore di un'autointossicazione generale, le cui cause sono da cercarsi nella costituzione organica, non nella struttura psichica.

Oppure può darsi che il ricambio sia normale, ma che si abbia da parte del cervello una speciale reattività e delicatezza alle tossine normali. Anche in questo secondo caso la causa della psicosi affettiva è interna per rispetto all'organismo, ma è esterna per rispetto alla subiettività del malato. Del resto alla causa costituzionale, fosse pure di natura degenerativa e psichica, si aggiunge spesso un fattore fortuito, cioè un avvenimento esterno che pone la melancolia tra le malattie non del tutto fatali.

Le nevropsicosi, nevrastenia costituzionale, isterismo, epilessia, indi-

cano un'eccitabilità specifica e individuale dei centri nervosi, anzi di certi speciali centri. Quest'eccitabilità rappresenta una vera varietà della costituzione nervosa che per lo più influisce direttamente e permanentemente anche sulla costituzione mentale. L'epilettico è un passionale; l'isterico è un emotivo: il nevrastenico è un sensitivo, un valetudinario, un casuista; e non farà meraviglia se fra i nevrastenici si recluta la maggior parte degli studiosi e dei sedentarî. Nelle neuropsicosi spunta già, se non la degenerazione psichica, la degenerazione nervosa. Noi abbiamo che fare con cervelli intelligenti, ma esagerati nelle reazioni motorie o troppo pronti a modificare inutilmente il giuoco dei processi automatici o troppo sensibili alla stanchezza.

La degenerazione mentale, e non più soltanto nervosa, si afferma con una certa chiarezza nella demenza precoce. Questa malattia, eminentemente psichica, è spesso famigliale; scoppia di preferenza nell'età giovanile; ha un decorso cronico e progressivo, salvo i casi piuttosto rari in cui guarisce od abortisce con reintegrazione imperfetta. È un vero fallimento dell'evoluzione mentale; le funzioni psichiche, che rappresentano nella filogenesi e nella ontogenesi un'organizzazione d'utilità generale a favore della specie e dell'individuo, tradiscono il loro mandato e si mettono a contrasto con gl'interessi che erano chiamate a proteggere e promuovere. Il demente precoce, giunto allo stadio terminale ed anche prima, si mette al disotto degli animali meno intelligenti; non solo omette di compiere ciò che dovrebbe, ma compie ciò che non dovrebbe. La coscienza non gli suggerisce che reazioni inutili o sbagliate. In questo senso la demenza precoce è una vera degenerazione. Ma essa è in pari tempo anche una vera malattia; insorge bruscamente; progredisce e s'interrompe; può guarire e migliorare; si accompagna spesso con fugaci dimagramenti e con periodi d'ingrassamento; è connessa frequentemente con parossismi e con estinzione della sessualità; dà luogo ad episodî di vero disordine mentale come nella mania e nell'amenza; e in molti casi termina con uno sfacelo completo dell'intelligenza che sembra ed è l'epilogo d'una grave malattia, non la mèta di un'evoluzione aberrante. La causa della demenza precoce, almeno con ogni probabilità, è dunque più morbosa che evolutiva, più generale che cerebrale. La degenerazione psichica è più nel risultato finale che nel periodo premorboso e nei prodromi, evidentemente acuti, della malattia.

L'aberrazione dello sviluppo intellettuale si vede più chiaramente nella perversione dell'istinto sessuale, che per lo più è congenita, nell'immoralità costituzionale, che rende l'uomo simile ai bruti, nella paranoia, che lo assimila ai primitivi, nella gracilità intellettuale ereditaria, che lo arresta al livello dei bambini. Queste sono le vere degenerazioni psichiche: non naufragi

o infortunî accidentali e riparabili, ma false rotte, parafrenie, anomalie di sviluppo. Di fronte alle malattie mentali, nel senso stretto della parola, queste anomalie costituzionali presentano la particolarità di favorirle. Non solo; ma in simile connubio d'anomalia e di malattia mentale, che del resto non è poi frequentissimo, si nota un'altra particolarità: gli episodî di psicosi acuta che si osservano nei degenerati si distinguono per l'insorgenza improvvisa e l'eccezionale brevità del decorso.

Che anche quest'ultimo gruppo d'anomalie sia costituito in modo naturale lo prova la circostanza che talvolta si associano fra loro, che nessuna di esse presenta un decorso progressivo, che fra i degenerati delle varie specie vi è qualche elemento comune: il carattere fantastico, la spensieratezza della condotta, l'egoismo.

Così le malattie e le anomalie mentali si classificano, secondo la causa che le ha prodotte, senza sforzi dialettici e con una discreta corrispondenza tra l'etiologia e il decorso. Ma non bisogna dimenticare che le cause esterne e le interne non formano tra di loro un'antitesi incompatibile. Vi è un po' di causa interna in ogni avvelenamento, per quanto accidentale; e vi è un po' di causa occasionale in ogni anomalia, per quanto ereditaria. Dietro il corpo delle cause esterne c'è l'ombra d'una causa interna, e viceversa: le distinzioni sono scolastiche e la realtà è sintetica.

CAPITOLO X.

La pellagra

La pellagra è una malattia endemica, a decorso remittente e per lo più non febbrile, che a lungo andare uccide e che deriva da una causa specifica, cioè dall'alimentazione per mezzo di mais ammuffito: polenta o pan giallo. Il quadro clinico della pellagra è quello di una cachessia da intossicazione; e quand'è completo, si presenta con sintomi non solo intestinali, gastrici e cutanei, ma anche motori e psichici.

ETIOLOGIA.

Il mais o frumentone o grano turco è il cibo prevalente, talvolta esclusivo, delle popolazioni rurali in molte regioni di clima caldo o temperato, come il Messico, l'Argentina, l'Uruguay, l'Egitto, la Turchia, la Grecia, la Rumenia, la Bulgaria, la Serbia, la Croazia, la Dalmazia, l'Italia settentrionale e centrale, la Spagna (Aragona e Galizia) ed alcuni dipartimenti meridionali della Francia. Dove per ragione di latitudine o d'altitudine vi sono stagioni e territori poco soleggiati, il grano turco non matura pienamente; o matura, ma poi ammuffisce, perchè è tenuto in locali umidi, in soffitte aperte, in cortili senz'alcun riparo dalla pioggia. I proletari della campagna, non potendo concedersi il lusso di una farina migliore, nè d'altri cibi più confacenti, si nutrono con la polenta infetta, di cui ignorano o sfidano i pericoli.

Essi non sentono il disgusto di quel cibo insipido o magari addirittura amaro; o se ne accorgono e superano la ripugnanza, perchè tra un veleno a buon mercato e un cibo sano, ma caro, non sono liberi di scegliere. Se poi il sole è generoso e il mais rimane asciutto, basta che il raccolto sia scarso, perchè si apra l'adito al mais avariato. L'inerzia dell'abitudine e l'interesse dei rivenditori, rifuggendo da cambiamenti radicali ed arrischiati della coltura agricola, attirano il mais d'importazione

dai paesi che ne abbondano e che possono venderne a prezzo di concorrenza. Ed anche in questo caso la merce cattiva, che costa meno e che non manca mai, si fa più strada della buona. Gli esportatori di grano turco o spediscono addirittura ciò che hanno di peggio o, per compensare il sopracosto del trasporto, affidano la loro merce a stive umide e mal ventilate, dove la pioggia e il cattivo tempo guasteranno almeno una parte del carico.

Il mais avariato non resterà invenduto: *laissez faire, laissez passer*, dicono gli economisti classici. I sequestri alla frontiera doganale, oltre a contrariare il liberismo, non conferiscono al quieto vivere dei governi troppo rispettosi dell'igiene nazionale. La Repubblica di Venezia, che possedeva un Consiglio di Sanità, fu lo Stato che per primo osò intervenire a difesa dei pellagrosi. Nel 1776 l'alimentazione per mezzo di mais guasto era stata interdetta agli uomini ed agli animali domestici; il mais avariato non doveva essere mescolato col buono; si praticavano ispezioni nei mulini; l'importazione era vigilata; i medici che curavano pellagrosi erano obbligati a domandare ai loro malati dove avevano comprato il grano turco; l'acquisto clandestino di mais guasto era soggetto a processo d'inquisizione; e ai preti era prescritto di divulgare queste norme nei giorni di festa.

Lo Stato italiano intervenne con energia, benchè fugacemente, nel 1895 per tutelare gli umili consumatori di polenta; ma il grande commercio sa sopraffare lo Stato ed ottenere la revoca di decreti incomodi. Si fa credere che il mais ammuffito non serva all'alimentazione, ma all'industria. Eppure basterebbe una legislazione, se non savia, onesta, per impedire l'uso alimentare del mais avariato o immaturo, che si dovrebbe distruggere o disperdere.

Da un anno in qua, per iniziativa di Baccelli, furono adottati provvedimenti legislativi che non mancano di previdenza e di cui potremo presto verificare l'efficacia. I mezzi profilattici, sanzionati dalla legge Baccelli, sono inspirati ad un concetto scientificamente preciso, cioè alla convinzione che la pellagra sia un avvelenamento e che la sorgente del veleno sia il mais ammuffito. Il mais asciutto non è punto tossico; e nel Messico, dove non esiste e non arriva mais ammuffito, non si conosce pellagra. Sarebbe stato desiderabile che la legge vietasse la coltivazione del mais in quelle regioni di montagna dov'è certamente impossibile la maturazione. Ma il Senato italiano respinse questa provvida misura per non limitare la libertà e l'iniziativa individuale che, si dice, è sempre utile all'interesse collettivo della società. « Eppure » soggiunge Badaloni « noi siamo abituati a tante menomazioni di libertà in omaggio alla finanza dello Stato, alla conservazione del patrimonio artistico, alla protezione degli animali,

dei vigneti, delle selve, degli argini, che potremmo sopportarne una di più in nome della pubblica salute per la redenzione di 100.000 pellagrosi ».

CARATTERI MORFOLOGICI E VENEFICI DEL MAIS AMMUFFITO.

I caratteri del mais avariato o immaturo non sono difficili a verificarsi. Il chicco immaturo è bianchiccio o bianco sporco e raggrinzito; avvolto in uno strato trasparente e sottile, lascia scorgere il germe e la perispora col suo colore bruno. Il germe è rinchiuso in una cavità semivuota, e dentro alla quale si osservano anche detriti polverulenti. La corteccia è macchiata; e nell'interno delle cavità sono visibili ad occhio nudo gli *acari della farina*. Quando poi il chicco di grano turco è maturo, ma guasto, la sua superficie è screpolata e grinzosa, macchiata di nero o di verde, priva di lucentezza; il germe è spesso rattrappito; la radichetta è annerita; tutt'intorno vi sono cavità con un contenuto verdastro di polvere, di spore, d'ifomicèti. Ha odore di muffa e sapore amarognolo. I punti neri della superficie, visti col microscopio, corrispondono a colonie di grossi bacilli che continuano nell'interno della sostanza radicolare e formano dei cordoni (Babes, Sion, Elena Manicatide). Questi batterî sono corti, un po' rotondeggianti, e ve ne sono di varie specie, con e senza spore. Nessuno di essi è patogeno e possono trovarsi nelle feci di pellagrosi come anche di non pellagrosi. Alcuni appartengono al gruppo del *bacterium coli*, vi sono anche protei e microrganismi inoffensivi, come se ne trovano nell'acqua sudicia (Monti e Tirelli).

La marcedine del mais è dovuta non solo a batterî, ma anche a diversi funghi: *ustilago maidis*, *uredo carbo*, *sporisorium maidis* (verderame), *penicillium glaucum*, *mucor racemosus*, *vidium maidis*, *cretium mesentericum*, *sporotrichum maidis*, *aspergillus niger*, *flaveseens* e *fumigatus*. Il più frequente è il *penicillium glaucum*. Ora parecchi di questi parassiti del mais, nè più nè meno dei batterî, si ritrovano anche nelle feci, nella pelle, nelle mucose d'individui che, oltre a non essere pellagrosi, non hanno nemmeno mangiato grano turco. Dunque i parassiti del mais, almeno per la massima parte, non sono nè una particolarità di questo cereale, nè la causa immediata della pellagra. Essi sono l'agente alla cui presenza l'uomo resta indifferente e il mais ammuffisce. Ma l'organismo umano, che non soffre al contatto dei batterî e delle muffe maidiche, si ammala per l'ingestione del mais ammuffito. Il mais è dunque o la sorgente diretta d'un veleno o il tramite d'una sostanza che diventa velenosa nel-

l'organismo umano; e questo veleno o questa sostanza che diventerà veleno sono il prodotto specifico di un'azione chimica che i bacteri e le muffe esercitano sui chicchi del mais facendolo ammuffire. Tolto il cereale intermediario e lasciati di fronte i parassiti da una parte e l'uomo dall'altra, non esiste più pellagra.

In realtà, pare che i prodotti di decomposizione del mais guasto siano velenosi anche prima di arrivare nell'intestino umano. Neusser oppone che essi acquisterebbero tale proprietà al loro passaggio in un intestino ammalato, dando luogo ad una sostanza simile all'aldcide e capace di uccidere le rane con paralisi e letargo. Ma questa teoria si fonda su dati insufficienti ed è contraddetta da studi posteriori. Secondo Lombroso la pellagra si deve a sostanze estrattive che si ricavano direttamente dal mais guasto, estraendole per mezzo dell'alcool. Il principale di questi veleni sarebbe la *pellagrozeina*. Proseguendo le ricerche di Lombroso, Erba avrebbe trovato nell'estratto alcoolico dei germi infetti, oltre alla pellagrozeina, una sostanza azotata, amarissima, con le reazioni di un alcaloide e che rassomiglierebbe alla *stricnina*, ma senza la proprietà di cristallizzare e di dare chinolina.

Le ricerche di Pellizzi e Tirelli dimostrano che nel mais mal seccato, anche se il suo aspetto è abbastanza vicino al normale, si trovano bacteri che, coltivati, danno luogo a sostanze molto tossiche.

Se le culture si fanno in polenta, si ha uno sviluppo di tossine analoghe. Ma bisogna ricordarsi che i veleni della pellagra si formano nel grano, non nella polenta; e inoltre rimane dubbio se si tratti di sostanze che agiscono chimicamente, come la pellagrozeina di Lombroso, o di fermenti.

Tale questione fu analizzata da Gosio e da Ferrati. Essi isolarono i germi di mais guasto che poterono raccogliere in località pellagrose; praticarono culture pure di *penicillium glaucum*, che era tra i vari funghi il più rappresentato, sia in liquido di Raulin sia in polenta di mais sano; ed estrassero dalle colture una sostanza della serie aromatica, probabilmente un fenolo.

La tintura di mais penicillare uccide un topo in poche ore; mentre la tintura di mais sano non è tossica nemmeno ad un dose decupla, ed è del pari innocua la farina sana a dose di due grammi.

PATOGENESI.

La natura tossica della pellagra è ormai fuori di discussione; ma circa al modo di azione del mais le opinioni non sono ancora pienamente concordi. Si contendono il primato cinque teorie differenti:

1.° Il mais, anche sano, è velenoso (Roussel). La sua costituzione chimica è tale che contiene certi veleni naturali e produce una tossicosi cereale simile al latirismo: *zeismo*, e i seguaci di questa teoria si chiamano *zeisti*. I paesi dove è in uso il mais, e tuttavia non vi è pellagra, come il Messico, la Dalmazia, l'Irlanda, dimostrano la falsità di questa teoria.

2.° Il mais non è sempre velenoso, ma in alcune qualità di mais che tardano a maturare, come il *quarantino* e il *cinquantino*, si trovano regolarmente veleni che sono la causa della pellagra. Teoria in assoluto contrasto coi fatti: la pellagra infierisce anche dove non si coltivano e non vengono importati il quarantino e il cinquantino.

3.° Il mais, per sè stesso, non è velenoso; ma, sano o guasto che sia, acquista proprietà venefiche nell'intestino umano quando si trova sotto l'influenza chimica di secrezioni (morbose?) o di fermentazioni (speciali?) che riescono innocue a contatto di altri cibi. Teoria puramente fantastica: chi ha verificato queste secrezioni? come si rivelano questi fermenti?

4.° La formazione del veleno maidico avviene nell'organismo dell'uomo, ma solo a spese del mais guasto. Il mais guasto non è dunque velenoso (e tanto meno il mais buono), ma è il veicolo di sostanze che diventano velenose nell'organismo umano (quando? dove? in che modo?).

5.° Il mais guasto è velenoso, il mais buono è innocuo, e la pellagra è un avvelenamento puro e semplice (Balardini, Lombroso). Insomma, la pellagra è una malattia dell'uomo e d'altri vertebrati che deriva a sua volta da una malattia del grano turco. Delle due malattie, quella degli animali è un'intossicazione e quella del mais è un'infezione. I parassiti del mais non sono infettivi per gli animali.

Quest'ultima teoria raccoglie oggi i suffragi di quasi tutti i pellagrologi. Essa è fondata sull'osservazione e sull'esperimento. Gli animali da esperimento, cani, gatti, conigli, cavie, polli, rane, furono alimentati con mais sano e con mais guasto o con cibi ricavati dal mais; si usò l'alimentazione esclusivamente maidica e l'alimentazione mista; si adottò anche il trattamento con le sostanze estrattive; e non si mancò di ricorrere ai sieri nella speranza di confermare la pátogenesi tossica e di scoprire le antitossine. Ne risultò la verità di ciò che Balardini, prima che fiorisse la patologia sperimentale, aveva felicemente intuito e che Lombroso aveva sagacemente dimostrato.

I cani, abbondantemente nutriti di mais ammuffito, quantunque privati di carne, di pane e di latte, non presentano alcun segno d'inanizione, anzi aumentano di peso; ma soffrono d'ipertonia muscolare con esagerazione dei reflessi tendinei e persino (due volte su dieci casi) di tetano; sette su dieci ebbero diarrea; uno presentò eritema; altri dimostrarono

anestesia, spasmi, tremito, depressione psichica, diffidenza (Lombroso). Gli estratti di pellagrozeina preparati da Erba riescirono estremamente tossici: un'iniezione di 50 cgr. nelle rane produsse convulsioni, esagerazione dei reflessi, tetano, letargo ed anestesia. Nei topi delle chiaviche bastano 12 cgr. a provocare torpore, anoressia, paralisi degli arti posteriori, e la morte in capo ad un'ora od a 12 ore. Un gatto morì in 10 ore con rigidità degli arti posteriori, tremito, febbre e letargo per 1 cgr. e mezzo di veleno maidico. Nei cani l'estratto a 2 $^0/_{00}$ del peso individuale determina vomito, contrattura degli arti posteriori, dilatazione delle pupille, esagerazione dei reflessi, difficoltà del respiro e del polso, paralisi e morte in poche ore.

Peccato che l'autopsia di avvelenamenti così rapidi non dia risultati molto istruttivi. È certo peraltro che il mais guasto contiene diversi veleni. Strambio, e più tardi Hebra, avevano già notato l'analogia della pellagra con l'ergotismo. E Husemann, avendo proceduto all'estrazione chimica, conclude per l'esistenza d'un *veleno cerebrale* d'azione simile a quella della *picrotoxina* o della *solanina*. Ma vi è di più.

Secondo Mario Serena gli animali allenati all'alimentazione maidica, e che sono stati abituati a dosi crescenti del veleno, acquistano una certa resistenza alle dosi più alte: e il loro siero acquista proprietà antitossiche. Anche Babes, in unione con Elena Manicatide, sperimentò il siero di pellagrosi guariti (un uomo ed una donna); e verificò che i conigli a cui s'iniettava il solo estratto maidico morivano in 9, 17, 20 giorni con crampi, opistotono, desquamazione della pelle e perdita dei peli; mentre quelli a cui s'iniettava una miscela di estratto maidico e di siero morivano in 32, in 60 giorni e persino dopo varî mesi. Il siero ricavato da uomini che non erano mai stati pellagrosi non aveva la stessa virtù. I topi, sottoposti alle iniezioni di puro estratto, morivano alla più lunga in 12 ore con enterorragie; se alla tossina si aggiungeva siero normale, la morte avveniva in 15, in 17 ore; se il siero aggiunto era di pellagrosi guariti, duravano in vita 36 ore fino a 17 giorni. Il siero antidifterico agiva come il siero normale. Si può dunque concludere che nel sangue dei pellagrosi si forma un'antitossina capace di neutralizzare l'azione tossica del mais guasto.

Secondo Ceni, la pellagra non sarebbe una pura intossicazione, ma un'infezione *sui generis* prodotta direttamente dalle spore dell'*aspergillus fumigatus* o da quelle dell'*aspergillus flavescens*. Le spore di questi aspergilli, introdotte nell'intestino con l'alimentazione maidica, riescirebbero a penetrare in circolo e a depositarsi in varî organi, nella pleura, nel polmone, nel pericardio, nelle meningi, suscitando processi d'infiammazione cronica. Esse avrebbero la proprietà di elaborare sostanze molto virulente e

diffusibili che darebbero luogo al quadro dell'intossicazione pellagrosa. Che si abbia un quadro simile, anzichè quello dell'*aspergillosi* o *pseudo-tubercolosi aspergillare*, come lo si ottiene sperimentalmente per iniezione endovenosa delle spore, è cosa piuttosto strana. Ma Ceni la spiega ammettendo che le spore dell'aspergillo, esposte all'azione dei succhi gastro-intestinali, perdano la capacità germinativa, conservando quella di elaborare sostanze tossiche.

L'ipotesi di Ceni non è molto d'accordo con le nozioni generali sulla vita delle spore e richiederebbe per conto proprio schiarimenti più laboriosi di quelli che è in grado di dare alla patogenesi della pellagra.

Per quanto non sia ben sicura l'origine specifica della sostanza velenosa che è causa della pellagra e non sia accertato ancora quale fra i parassiti del mais è incriminabile in modo prevalente o addirittura specifico di questa endemia, non vi è nessun dubbio che il processo essenziale della pellagra è un'intossicazione. Ce lo dicono, come vedremo, anche la sintomatologia, così diversa da quella della semplice inanizione, e l'anatomia patologica con le degenerazioni sistematiche che ci addita nel sistema nervoso. Che poi quest'azione tossica si sprigioni primitivamente dal mais guasto e non costituisca una triste prerogativa del mais normale, lo provano, fra altri argomenti, le esperienze di Tebaldi ed Ellero che nel 1882 riescirono a guarire diversi pellagrosi pazzi, alimentandoli per breve tempo con polenta abbondante d'ottima qualità e coi cibi sussidiarî che erano soliti a prendere a casa loro, in modo che tutti aumentarono di peso. Così la pellagra non è riuscita a penetrare in Irlanda, dove il mais è usato largamente, ma dove d'altra parte si ha la cautela di ventilarlo con metodi speciali che lo preservano dalle avarie. In questo paese, ch'era soggetto a varie endemie da esaurimento finchè la popolazione povera si cibava di sole patate, il mais, introdotto da non lungo tempo come sostitutivo, si è affermato come un cibo assai nutritivo ed esente da pericoli.

Basta sorvegliarne il raccolto e curarne la conservazione allo stato asciutto per essere sicuri di evitare la pellagra.

SINTOMI.

La pellagra comincia senza brividi, nè febbre, e senza quei disturbi prodromici che caratterizzano le malattie infettive. Il contadino, che ha vissuto di stenti e di polenta infetta durante l'inverno, ma senz'accorgersi d'essere ammalato, cova già la pellagra allo stato latente quando, al cominciare della primavera, deve rimettersi al lavoro dei campi. Fin dai

primi giorni si avvede di non durare alla fatica: le braccia non si levano che con grandissimo sforzo, le gambe non lo reggono, la testa gli pesa. Il suo malessere è aumentato dalla secchezza della gola, dalla difficoltà di deglutire e dalla sete ardente. Il pellagroso è stanco ed avvilito. Spesso si aggiungono dolori vaganti alle estremità ed alla schiena, dolorabilità alle articolazioni, formicolìo, ronzìo agli orecchi, debolezza visiva, emeralopia, diplopia, vertigini. La vertigine dei pellagrosi è molto caratteristica, e si deve o all'inanizione o alla dispepsia o alla diretta influenza dei centri nervosi(STRAMBIO), che risentono più vivacemente e pei primi l'azione del veleno.



Fig. 57. — Pellagra: eritema e desquamazioni delle mani.

Alla sete si associa una fame morbosa: un senso di vampa alla gola, allo stomaco, alle mani, la cefalea, tremore e gonfiore della lingua e delle labbra, *eritema*.

Ai primi contatti coi raggi del sole, la *pelle*, scoperta alla faccia, al collo, al petto, al dorso delle mani e dei piedi scalzi, diventa lucente, iperemica, scura, poi si screpola e si desquama: è l'*eritema pellagroso* che, a furia di ripetersi, lascerà la pelle inelastica ed atrofica (fig. 57).

Sul principio il rossore è accompagnato da leggiero gonfiore e sparisce alla pressione; si presenta ad isole o diffuso; e la pelle congesta brucia come la bocca. Questo senso di bruciore è così intollerabile, che spinge i malati incoscienti a precipitarsi nell'acqua, dove talvolta trovano la morte.

L'eritema non è rigorosamente limitato alle parti scoperte della pelle, ma tuttavia occupa territorî cutanei a limiti netti e distinti. Talvolta è simmetrico. Spesso si riduce alla semplice congestione della rete papillare; altre volte passa ad essudazione sierosa o purulenta. L'epidermide si solleva in bolle e si sfalda a larghi frammenti, lasciando senza difesa il corion che s'infiamma. Oppure si forma un essudato che, esposto all'aria, si dissecca e si converte in croste. Queste croste riparano il tessuto sottostante e ne permettono la reintegrazione.

Se poi la desquamazione è lenta, la crosta non si forma: si ha l'eritema secco a decorso cronico con l'epidermide rossa, scura, pigmentata, o addirittura di color caffè, che presenta macchie a vasta superficie ed a limiti netti, ma senza lesioni di continuo. Anche le labbra sono gonfie e screpolate. La distrofia si estende frequentemente alle *unghie* che diventano fragili.

La mucosa dello *stomaeo* è anch'essa tra le prime a risentire l'azione lenta e insidiosa del veleno che ha più facile giuoco in un organo logorato, anche meccanicamente, dall'elaborazione quotidiana d'un cibo ingombrante. I malati si sentono bruciare la bocca, la gola e lo stomaco come se fossero toccati da un ferro rovente, e bevono senza tregua per estinguere l'incendio che li divora, benchè non abbiano febbre.

Sopraggiunge la stomatite: le gengive si gonfiano e si congestionano, la lingua si screpola; una parageusia disgustosa (con sapore di salato, popolarmente *mal salso*) si manifesta nel digiuno e dopo il pasto, ma non toglie allo stomaco dilatato il bisogno insaziabile di riempirsi ancora. Il potere digestivo dello stomaco è fiacco per ipocloridria e fors'anche (Agostini) per ipotonia e insufficienza d'innervazione. Nel decorso della pellagra sono frequenti le eruttazioni, la gastralgia, la bulimia, la sete intensa; e qualche volta vi è anoressia, nausea e vomito. È immancabile la *pirosi* (Lombroso).

In questo momento della malattia, sempre senza febbre, si ha spesso *stitichezza* con dolori di ventre e meteorismo. Talvolta la stitichezza continua; ma più spesso, o fin dal principio o dopo un periodo di stipsi, si ha *diarrea* abbondante, ostinata, sierosa, per lo più scompagnata da dolori. Qualche altra volta la diarrea è sanguinosa, simile a quella della dissenteria, e vi è difteria del crasso.

Nei pellagrosi si riscontra abbastanza spesso la *nefrite parenchimatosa cronica* con degenerazione grassa, con desquamazione epiteliale dei canalicoli e con cilindri (Vassale). Le orine sono scarse e poco dense.

Oltre alla debolezza muscolare, alla stipsi, alla diarrea, si hanno altri disturbi di origine decisamente spinale: *ipertonia generale;* andatura spastica, incerta, barcollante; esagerazione dei *reflessi patellari.* Strambio

descrisse il *tetano pellagroso:* i malati sono spinti innanzi violentemente, cadono a terra, urtano contro gli ostacoli. Nel 1883-1884 Tonnini per il primo riunì questi fenomeni spinali della pellagra mettendoli in rapporto con lesioni primarie (pigmentazione cellulare) delle corna anteriori e posteriori. Si può arrivare fino alla *paresi spastica* (Belmondo). Negli arti superiori si osserva qualche volta il *tremore intenzionale* (Antonini). Non sono rare le contratture parziali, la corea, le convulsioni. L'esecuzione di certi movimenti ad occhi chiusi svela un principio d'*atassia:* questo fenomeno può forse spiegarsi anche con processi di neurite e di polineurite che completano talvolta il quadro dell'intossicazione pellagrosa.

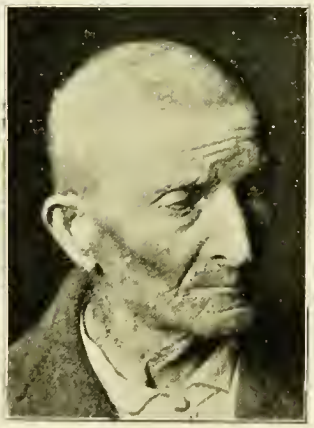


Fig. 58. — Pellagra: stato depressivo, emaciazione, senilità anticipata (45 anni).

Più tardi sopraggiungono i disturbi cerebrali. Il *sonno* è scarso e tormentoso. L'*umore* assai depresso: spuntano deliri con fatuità e confusione mentale. Le condizioni generali sono pessime. Un rapido dimagramento fa sparire i segni della gioventù, e il pellagroso di lunga data sembra decrepito a qualunque età (fig. 58). Se non è assistito e nutrito dalla pubblica carità deve mettersi a letto.

Si hanno episodi di *febbre* nei casi di diarrea fortissima e quando la mucosa intestinale è in preda a processi d'ulcerazione. Anche l'eritema cutaneo, se è molto diffuso, è capace di determinare lievi rialzi di temperatura. Ma la febbre raggiunge i 39°, i 40°, i 41° e fino i 42° nel così detto *tifo pellagroso*. Questo gravissimo incidente della pellagra che di solito si avvera nei casi molto inveterati, parecchi anni al di là dal principio della malattia, non è da confondersi col vero *ileotifo* (Belmondo). All'autopsia non si nota nè tumore di milza, nè ingrossamento delle placche di Peyer: solo fu descritta una forma speciale di degenerazione grassa dei reni. Il decorso del tifo pellagroso è sempre breve; non vi è roseola; i sintomi addominali sono accompagnati da opistotono, accessi epilettiformi, rigidità delle gambe e costante delirio, che risentono dell'origine speciale. Talvolta si aggiungono nefrite ed uremia con odore ammoniacale del sudore; ma l'orina è abbastanza abbondante e, pur contenendo cilindri, è quasi priva d'albumina.

Il *tifo pellagroso* è un episodio mortale, che in una o due settimane al

più tardi raggiunge la sua soluzione, con frequenza assa maggiore che nel tifo genuino.

I tubercolosi, i malarici, gli alcoolisti, i cretini (in Rumenia), i degenerati e gl'indigenti sono soggetti alla pellagra assai più facilmente di tutti gli altri. Queste malattie, l'eredità degenerativa e la povertà formano una predisposizione che talvolta si rivela con un abito costituzionale. L'abito cachettico di questi pellagrosi nati è abbastanza spiccato da permettere, in un paese dove la pellagra sia endemica, di anticipare la diagnosi.

La pellagra si accompagna quasi sempre con disturbi psichici, che spesso assumono il carattere di vere malattie mentali. Si calcola che i pellagrosi ricoverati nei manicomi rappresentino il 4 % dei colpiti da pellagra; e questa proporzione fu elevata alla dignità di un criterio statistico (D. Maragliano) da utilizzarsi nel censimento dei pellagrosi. Ma il numero dei pellagrosi che pagano il loro tributo alla pazzia è senza dubbio assai maggiore: una parte di essi sfugge al manicomio, perchè è inoffensiva, un'altra parte è avviata agli ospedali, perchè l'infermità del corpo è assai più grave dell'infermità mentale.

Fu descritta una *melancolia pellagrosa* che sarebbe la forma più comune di psicosi nell'intossicazione maidica. Fu pure descritta una *mania pellagrosa*. Ma la psicosi caratteristica della pellagra è l'*amenza*, che si manifesta acutamente con disorientamento, smemoratezza, confusione, allucinazioni e parestesie, donde nascono impulsi e delirî. L'amenza pellagrosa assume spesso una forma depressiva che simula la melancolia; e qualche volta, o episodicamente o durante l'intero decorso della psicosi, si accompagna con un esaltamento che la fa rassomigliare alla mania.

I primi attacchi d'amenza prorompono quando la pellagra è già in corso da qualche anno e ha già dato luogo ad eritemi, diarree e intermittenze ripetute. In altre parole il pellagroso pazzo è per lo più un pellagroso cronico. Ma finchè la pellagra, per quanto cronica, mantiene un decorso remittente, i disturbi mentali del pellagroso stanno ancora nei limiti d'una pazzia acuta che corrisponde appunto all'amenza, cioè alla più tipica delle pazzie acute, sia pe' suoi sintomi, sia pel suo decorso. L'episodio amenziale è brevissimo e di sicura guaribilità, purchè i malati siano ben curati e nutriti. Se invece il pellagroso, uscito dal manicomio o dall'ospedale, ritorna al suo ambiente abituale, in modo da esporsi a nuovi assalti di pellagra e di pazzia, il quadro dei sintomi psicopatici comincia a mutare di aspetto e di natura. Ai sintomi ed alle lesioni riparabili dell'amenza sottentrano i sintomi e le lesioni irreparabili della *demenza*.

Così la psicosi pellagrosa è qualche cosa di diverso dalla comune melancolia e dalla volgare mania; è qualche cosa di più della semplice amenza; e si può concludere che rappresenta la somma di due quadri distinti, quello dell'*amenza* nei suoi primi attacchi, quello della *demenza* nella fase ultima e continuativa che accompagna la cachessia cronica e irrimediabile. È un'amenza intermittente e progressiva che, se non guarisce o non riesce precocemente mortale, termina in demenza. Infatti la morte avviene spesso anche prima che l'ultimo stadio sia raggiunto; e in questo caso i malati muoiono in istato di *delirio acuto* senz'essere passati per la demenza.

Che i pellagrosi, anche quando si mostrano depressi ed esaltati, non siano dei veri melancolici, nè dei veri maniaci, si deduce da molti indizi sicuri. Il pellagroso depresso non ha mai la lucidezza del melancolico senza delirio; e i suoi errori di giudizio raggiungono difficilmente la coerenza caratteristica dei delirî melancolici. Il pellagroso esaltato rivela più paura che furore, più confusione che allegria: sotto la depressione e sotto l'esaltamento si scorge senza sforzo il disordine, se anche non caotico, dell'amente. Le sue percezioni interne sono alterate dalle parestesie, le percezioni esterne dalle allucinazioni; e l'associazione delle immagini è sconvolta dal disordine diretto dei processi ideativi indipendentemente dal turbamento affettivo.

Nella melancolia e nella mania gli errori di giudizio sono meno gravi, meno costanti e in ogni modo rappresentano l'effetto secondario di un turbamento dell'affettività. Inoltre il pellagroso è quasi sempre trasognato, smemorato, melenso. È ben difficile che renda conto del suo passato, che sappia d'essere al manicomio, che riconosca con prontezza e precisione i medici e gl'infermieri. Questi infimi rappresentanti del proletariato rurale non parlano che di miseria, rifiutano il cibo per timore di pagare il conto, diffidano del modesto lusso che li circonda nell'ospedale o nel manicomio ed a cui non sono abituati; spesso sono tormentati da un delirio di dannazione. O invece dimostrano un'estrema umiltà, un ottimismo singolare riguardo ai cibi che vengono loro ammanniti, un delirio di grandezza che desta compassione per la meschinità delle sue proporzioni. Un sacco di patate, un podere, un vestito nuovo, un sigaro scelto sono il più alto ideale della loro ambizione. In generale il pellagroso è abbattuto, ha la *testa vuota*, parla poco e a voce sommessa, e la sua fisionomia porta l'impronta della tristezza e della rassegnazione. Anche la breve durata dell'accesso di pazzia acuta depone per l'amenza più che per la mania o per la melancolia.

Questo stato di avvilimento con lieve disordine mentale e smemoratezza può verificarsi anche nei primi anni. Solo al terzo, al quarto anno,

quando l'infermo è già fuori dal suo noviziato, la confusione aumenta e si ha un vero delirio con mutacismo, sitofobia, singhiozzo, pianto, atti impulsivi ed agitazione. Ma di solito l'agitazione è breve, e ad essa succede presto un nuovo accesso di depressione con immobilità, taciturnità ed un aumento massimo della confusione mentale.

Qualche volta la psicosi pellagrosa assume la forma d'una *pseudo-paralisi progressiva* con euforia e con alcuni dei sintomi motorî propri di questa malattia classica. Per riprodurne il quadro, la pellagra fornisce già varî sintomi caratteristici, come la rigidità pupillare, l'esagerazione dei reflessi rotulei, la bradilalia, (benchè di origine più mentale che disartrica): l'amenza e la demenza completano la rassomiglianza. I reflessi patellari possono anche mancare; e come si parla di pseudo-paralisi pellagrosa, così si ammise anche l'esistenza d'una pseudo-tabe. Ma Tuczek osservò ben 300 pellagrosi con reflessi del ginocchio esagerati, soli 8 con abolizione; e in questi 8 casi non vi era alcun segno di tabe. La pseudo-tabe è dunque una complicazione per lo meno rara.

I pellagrosi possono durare in vita per decine di anni, presentando ad ogni primavera un accesso di esacerbazione. La loro decadenza fisica e mentale è spesso di un'estrema lentezza. Naturalmente gli accessi diventano d'anno in anno più gravi, e gli ultimi sono accompagnati da cachessia e da demenza. La morte, se non avviene nei primi accessi per mancanza di cure e per collasso, arriva più tardi per cachessia e malgrado ogni cura. O invece ha luogo per suicidio, per tubercolosi polmonare (specialmente nei fanciulli), per broncopolmonite, per tubercolosi intestinale, per scorbuto.

La cachessia dei pellagrosi non è associata alla demenza con un rapporto assoluto. Anche negli ultimi stadî della malattia l'infermo può fermarsi alla frontiera d'una lieve confusione con indebolimento della memoria. Ed anche nei primi assalti d'amenza la confusione può manifestarsi in maniera piuttosto mite, senza veri deliri.

ANATOMIA PATOLOGICA.

La pellagra ferisce principalmente l'asse cerebro-spinale, gl'intestini e la cute; ma spesso non risparmia i reni, il fegato, la milza, il cuore, i vasi, i muscoli. Delle lesioni che si riscontrano nei cadaveri di pellagrosi, alcune sono dovute alla cachessia generale, altre sono la conseguenza diretta dell'intossicazione. Ed anche tra queste ultime bisogna distinguere le lesioni croniche dalle acute.

Asse cerebro-spinale. — L'asse cerebro-spinale, oltre alle alterazioni morbose, è sede così frequente d'asimmetrie e d'eterotopie (Tonnini, Tuczek, Babes), che se ne trasse argomento per interpretarle come l'esponente anatomico d'una speciale proclività alla pellagra. Nei casi inveterati si ha edema generale o parziale del cervello, iperemia e ingrossamento delle meningi, idrocefalo interno cronico, e qualche volta rammollimento della sostanza cerebrale, emorragie. Le meningi del cervello e del midollo sono spesso pigmentate (Babes). Accumuli di pigmento si riscontrano anche nelle cellule del midollo spinale e nei gangli del simpatico. Il simpatico addominale, e specialmente il plesso di Auerbach del tenue, dimostra, secondo Babes, una speciale sensibilità di reazione ai veleni della pellagra; e Fox vi notò dilatazione dei vasi, degenerazione grassa di cellule gangliari, sclerosi del tessuto interstiziale.



Fig. 59. — Midollo cervicale di un pellagroso: degenerazione dei cordoni posteriori, specialmente nei fasci di Goll; degenerazione dei fasci piramidali, specialmente a sinistra.

La sostanza cerebrale non rivela in particolare nulla di macroscopicamente visibile, salvo nei casi molto inoltrati e con demenza. Ma il midollo spinale presenta più precocemente le traccie della degenerazione sistematica in forma combinata. Sono lesi i cordoni posteriori e i fasci piramidali incrociati (fig. 59), come dimostrarono Tuczek e Belmondo. Si osserva molto spesso anche infiltrazione parvicellulare delle meningi spinali, meningomielite acuta e proliferazione dell'ependima, specialmente nei casi (del resto piuttosto rari) di tifo pellagroso. Mentre nella tabe le lesioni dei cordoni posteriori cadono di preferenza sul midollo lombare, nella pellagra le lesioni prevalenti si osservano lungo il tratto cervico-dorsale. Alla degenerazione si associa naturalmente la sclerosi.

Secondo Tuczek e secondo Marie degenerano principalmente i fasci piramidali incrociati, la zona radicolare posteriore, i cordoni di Goll e la virgola di Schultze: perciò avrebbero una parte importante nell'anatomia patologica della pellagra le fibre endogene che, durante la vita fetale, si mielinizzano per ultime. Questo modo di vedere non è diviso da Babes che, nella massima parte dei casi, riscontrò lesioni di quasi tutti i cordoni posteriori, escluse le zone radicolari anteriori e la zona di Lissauer, e potè descrivere importanti alterazioni nelle

colonne di Clarke. Le colonne di Clarke racchiudono qua e là piccoli focolai di sclerosi e di necrosi che appunto per la loro piccolezza e discontinuità richiedono una ricerca diligente, benchè siano visibili ad occhio nudo. Queste lesioni della sostanza grigia non si limitano alle colonne di Clarke, ma intaccano anche le corna anteriori. Esse sono la sorgente locale di molte tra le lesioni della sostanza bianca, e possono diffondersi ad essa per contiguità e con gli stessi caratteri. In questo caso la sostanza bianca presenta anch'essa le impronte d'un processo infiammatorio: adesione con la pia madre, scomparsa delle fibre nervose, ingrossamento ed occlusione dei vasi. Ma il maggior numero di questi focolai è sempre nelle colonne di Clarke. Anzi le colonne di Clarke non sono soltanto la sede preferita di questi processi infiammatori e localizzati, ma anche di lesioni che si estendono in tutta la loro lunghezza o in buona parte di essa. Si vedono allora le cellule rigonfie, spesso prive di nucleo, con cromatolisi periferica e addensamento centrale di pigmento a zolle grossolane. Da queste lesioni estese non sono esenti le corna anteriori (Babes); ed anzi ne sono colpite altrettanto spesso, sebbene in minor grado.

Nella corteccia cerebrale sono sopratutto interessanti le lesioni che colpiscono i casi a decorso acuto. Dai casi acuti balza netto il quadro citologico delle alterazioni acute e riparabili: rigonfiamento delle cellule nervose, sia per riguardo al loro corpo, sia per riguardo al nucleo, colorabilità esagerata del nucleo stesso, disgregazione della sostanza cromatica. Nelle cellule motrici della corteccia, quando durante la vita si siano manifestati fenomeni spastici attribuibili a lesione, sia pure incipiente, del fascio piramidale, si verificano i segni della reazione caratteristica per ferita del cilindrasse (Marinesco, Camia). Il nucleo è spostato fortemente verso la periferia della cellula, la cellula è arrotondata, i processi protoplasmatici si rendono atrofici, la parte centrale della cellula è scolorata, e sulla faccia del nucleo che guarda l'interno della cellula si vede spesso un piccolo accumulo di sostanza cromatica. Vedremo che questi tipi di alterazioni acute nelle cellule corticali si ripetono tali e quali in altri processi acuti, che presentano grandi analogie di sintomi con la pellagra: primo di tutti quello della confusione mentale. Così avviene nel *delirium tremens* e in molti casi d'amenza (Camia).

Nei casi di demenza pellagrosa anche il cervello presenta lesioni di carattere cronico come quelle che abbiamo descritto nel midollo spinale: focolai di sclerosi, a cui corrispondono degenerazioni delle vie piramidali, proliferazioni di nevroglia intorno ai vasi, presenza di linfociti.

Anche i nervi periferici sono spesso alterati e vi si scorgono forme più o meno lente di *nevrite parenchimatosa*, che in certi casi è abbastanza accentuata.

Lesioni viscerali. — Tra le lesioni viscerali primeggiano quelle dell'*intestino* che sono tra le più costanti.

L'intestino tenue ed anche il crasso sono spesso atrofici ed iperemici; la mucosa è assottigliata, povera di pieghe; le tuniche muscolari talvolta in degenerazione amiloide. Nel crasso sono frequenti le ulcerazioni.

I *reni* si trovano generalmente in istato di degenerazione parenchimale. Ciò avviene più spesso nei casi acuti; nei casi cronici si può avere il quadro d'una sclerosi renale. Vassale e Belmondo ammettono anzi un tipo speciale di nefrite cronica da pellagra.

Il *fegato* può essere ingrossato e lacerabile oppure impiccolito e cirrotico.

La *milza* è in generale impiccolita, non esclusi i casi di tifo pellagroso.

La *cute* è alterata in modo corrispondente ai sintomi che si osservano in vita. Nelle regioni eritematose, come verificò Griffini, vi sono strati atrofici e strati ipertrofici. Sul principio della malattia l'epidermide è un po' ingrossata, ma spesso anche assottigliata; appena subentra la desquamazione è sempre ingrossata, e così pure lo strato corneo. Lo strato di Malpighi è ora ingrossato, ora assottigliato. La superficie è ineguale e le papille sono aumentate di volume.

Si riscontrano anche iperemia, emorragie, trasudazione sierosa con leucociti. Gli strati più interni dell'epitelio contengono pigmento giallo.

DATI DEMOGRAFICI.

Si calcola che in Italia vi siano da 70.000 a 100.000 pellagrosi. I censimenti anteriori al 1879 erano parziali, perchè non riguardavano che il Piemonte (nel 1846), la Lombardia ed il Veneto (nel 1856). Nel 1879 la direzione dell'agricoltura presso il Ministero dell'interno aveva segnalato 97.855 pellagrosi, ossia una proporzione di 343 pellagrosi per ogni 100.000 abitanti. Nel 1881 il Ministero di agricoltura contò 104.020 pellagrosi sopra una popolazione *agricola* di 10.049.652 abitanti, ossia 1,03 %; e il numero dei Comuni infestati dall'endemia era di 2.453. Nel 1899, per iniziativa privata, fu intrapresa un'inchiesta da cui risultò il numero di 72.603 pellagrosi sopra una popolazione agricola di 7.023.440 abitanti, cioè la proporzione antecedente di 1,03 %. L'inchiesta contemporanea del Governo dava 78.882 pellagrosi sopra una popolazione agricola di 11.385.359 abitanti, ossia il 0,68 %. Questo numero, riscontrato dall'Ufficio nazionale di Sanità, si riduceva nel 1900 a 59.464 pellagrosi; ed anche le notizie

raccolte nel Congresso pellagrologico di Bologna confermano, sul finire del 1900, una diminuzione della pellagra con un numero di 66.390 malati.

Certamente la statistica della pellagra non può essere molto esatta. Il computo della popolazione agricola si pratica in modo indiretto e quello dei pellagrosi non è nominativo. La diagnosi di pellagra, soggetta ad

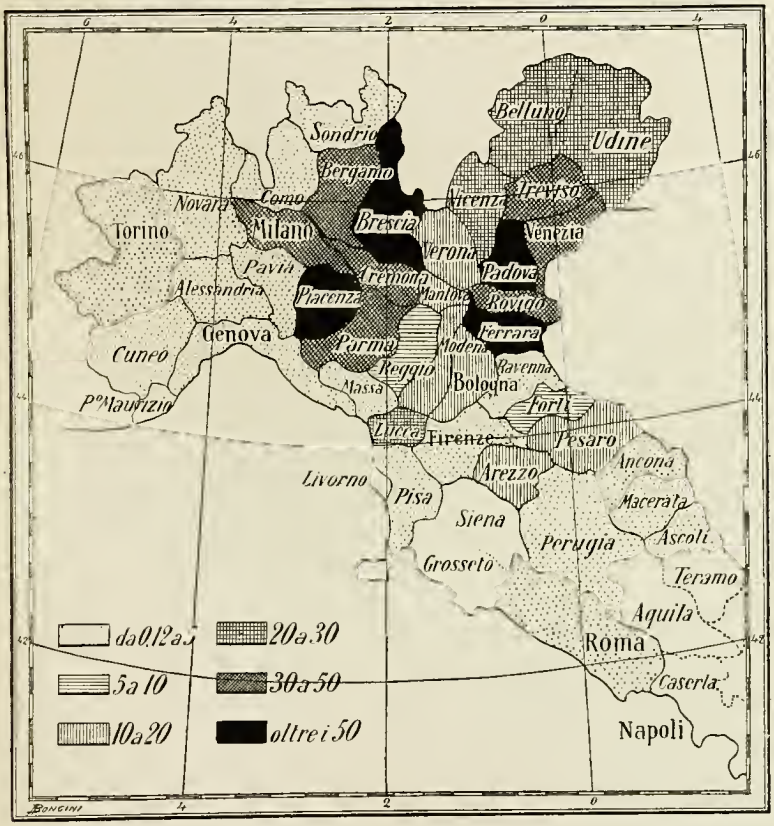


Fig. 60. — Distribuzione della pellagra in Italia nell'anno 1881: numero dei pellagrosi per 1000 agricoltori.

esagerazioni abusive dove l'endemia è molto generalizzata e i medici sono proclivi a ravvisarla da per tutto, è spesso disconosciuta nelle regioni dove si presenta con poca frequenza e con forme più lievi. È probabile che dai contingenti alti, se fossero suscettibili di verifica caso per caso, si dovrebbe sottrarre, mentre ai contingenti bassi si dovrebbe aggiungere; e non è punto sicuro che le due ipotetiche operazioni si compenserebbero. In ogni modo la diminuzione assoluta della malattia e della mortalità, dal 1881 al 1900, e l'evidente spostamento avvenuto nella di-

stribuzione geografica della pellagra (fig. 60 e 61), a breve distanza d'anni, tra le varie provincie d'Italia dimostrano che l'endemia pellagrosa è tutt'altro che refrattaria alle influenze curative. È puerile parlare di una fatalità ereditaria o di fame cronica quando si vede la statistica della pellagra seguire fedelmente le sorti della cultura maidica e delle istituzioni



Fig. 61. — Distribuzione della pellagra in Italia nell'anno 1899: numero dei pellagrosi per 1000 agricoltori.

adottate per vincerne le funeste conseguenze. La pellagra scema nelle regioni che vanno emancipandosi dal grano turco, come il Piemonte e la Liguria; decresce nella Lombardia, dove si vengono organizzando mezzi potenti di terapia e di profilassi; s'alza e scende con l'alzarsi e lo scendere del prezzo della farina bianca; ed arriva immancabilmente, come lo spettro del grano turco, in quelle provincie centrali e meridionali d'Italia che ne hanno introdotto da poco tempo la coltivazione.

Così la pellagra non fu avvertita nella Spagna che verso il 1730, e

Gaspare Casal la descrisse per la prima volta col nome di *mal de la rosa;* in Italia verso il 1740. Non si estese in Francia che verso il 1815, in Rumenia verso il 1830. Varcò da poco la catena dell'Appennino, penetrando o aumentando d'intensità nelle provincie di Siena, di Grosseto, di Perugia, di Ancona, Ascoli-Piceno e Macerata, di Campobasso, di Teramo, di Aquila, in Toscana, nell'Umbria, nelle Marche e negli Abruzzi (Badaloni).

In Rumenia vi sono 5 milioni di contadini che si nutrono di mais, e la statistica non denunzia che 20.000 pellagrosi. Pare che il mais bianco e giallo sia esposto ad ammuffire, mentre il mais rosso è poco attaccabile e perciò riesce sempre innocuo. In ogni modo è evidente che l'alimentazione maidica, per sè stessa, è tutt'altro che dannosa. Le proprietà nutritive del mais sono superiori a quelle del riso; anzi fu dimostrato che il mais di buona qualità e ben cotto viene assimilato più facilmente e più completamente degli altri cereali (König e Rubner). Gli albuminoidi del mais sono assorbiti dall'intestino in ragione dell'85 %, mentre quelli del pane bianco non vi penetrano che in ragione del 74 % e quelli del pane nero in ragione del 58 %. Se mai, il grano turco è povero d'idrati di carbonio, non già di albuminoidi. Perciò la pellagra infierisce soltanto dove si coltiva il grano turco; ma non in tutti i paesi che lo coltivano, nè presso tutte le persone che ne mangiano: e la geografia della pellagra è assai più ristretta di quella del mais.

PROFILASSI E CURA.

La profilassi della pellagra, dal punto di vista scientifico, è un quesito semplicissimo e già risoluto. Dal punto di vista pratico la repressione preventiva della pellagra è un problema alquanto più complesso, ma tutt'altro che difficile. Lo Stato deve vigilare sulle importazioni, sul raccolto, sulla macinazione, sulle maniere di conservazione, sul commercio e sul consumo del mais, adottando misure proibitive contro il mais ammuffito. È facile sequestrare al loro arrivo nei grandi porti, il cui numero è assai limitato, le grosse partite di mais avariato che provengono dall'estero. Un buon mezzo di render quasi impossibile il consumo del mais avariato è quello di praticarne *gratuitamente* il cambio con una quantità corrispondente di farina buona. Il sistema del *cambio* fu inventato nelle Marche ed è largamente applicato nel territorio di Brescia. Il Ministero d'agricoltura l'ha incoraggiato con sovvenzioni.

Furono instituiti forni gratuiti per l'essiccazione del grano turco. In Irlanda si procede alla ventilazione del grano turco con l'apparecchio

Devaux, che è molto raccomandato da Lombroso e che basta a preservarlo dalle muffe. In Italia i pubblici essiccatoi sono poco diffusi: la provincia di Bergamo nel 1902 ne possedeva 10, quella di Brescia 101, sussidiati dalla Provincia o dai Comuni, quella di Cremona uno, e quella di Rovigo diversi, ma tutti di proprietà privata e non gratuiti. Ve ne sono di stabili e di mobili.

Nella scelta dell'essiccatoio si preferirà il sistema che non tolga al grano turco la facoltà germinativa e che gli conservi il sapore, come avviene nell'essiccamento naturale ai raggi del sole.

Un parroco lombardo, don Rinaldo Anelli, che si era consacrato alla redenzione dei contadini dalla pellagra e che morì suicida per le disillusioni provate nella sua nobilissima propaganda, aveva instaurato *forni rurali* per sostituire alla polenta un pane di segala a buon mercato. Ma i contadini, che non usano nè brodo, nè carne, nè legumi, nè latte caldo, preferiscono al pane di segala e al pane di farina bianca la polenta, che dà loro la sensazione del calore e della sazietà e che, condita di sughi estremamente economici, può assumere sapori forti e svariati.

Oltre ai mezzi preventivi, e in attesa che la profilassi della pellagra possa esplicare la propria efficacia sui casi futuri, non si devono trascurare i mezzi curativi a favore dei pellagrosi in corso di malattia. Tra questi mezzi si è rivelata assai utile, perchè economica e spiccia, l'istituzione delle così dette *locande sanitarie*. La diminuzione della pellagra in Lombardia e in alcune provincie del Veneto è dovuta alle locande sanitarie più che ai provvedimenti preventivi, la cui adozione è appena incominciata e finora assai incompleta. Le locande sanitarie sono cucine improvvisate dalla pubblica carità nei municipi di campagna, nelle parrocchie, nelle osterie, nei casolari isolati, dovunque vi sia un focolaio e un locale, a cui i pellagrosi poveri e debitamente inscritti possono recarsi a piedi dalle loro case, consumando il loro pasto sul luogo. Il pasto consiste di carne cotta, pane bianco, legumi e vino; ad ogni malato di pellagra se ne distribuisce uno al giorno; il valore di ogni razione varia tra i 50 e i 60 centesimi. La distribuzione gratuita di questi pasti si fa per 30 fino a 60 o al massimo 70 giorni di seguito, in uno o in due periodi dell'annata, cioè in primavera oppure in primavera ed in autunno. In alcuni paesi questa cura ricostituente si pratica solo a giorni alterni; e così può estendersi ad un periodo di tempo doppiamente lungo. I contadini che ne fruiscono sono pellagrosi di primo grado; essi possono accedere alla locanda sanitaria senza rinunziare al lavoro, nè separarsi dalle loro famiglie. Lo spostamento degli interessi economici è minimo: si possono guarire moltissimi pellagrosi con una spesa complessiva ed un disturbo che non basterebbero se non ad un piccolissimo numero d'in-

fermi spedalizzati. Per facilitare la distribuzione delle vivande ai contadini che abitano in luoghi remoti e che non potrebbero, malati come sono, recarsi ogni giorno senza disagio alla sede della cucina, le locande sanitarie dispongono di succursali senza cucina e meno lontane dalle abitazioni dei consumatori, dove le razioni vengono portate ad ora fissa per mezzo di carretti a mano forniti di riscaldamento e vengono consumate sul luogo come nelle locande centrali.

Nel 1901 l'Italia annoverava 319 locande sanitarie distribuite in 23 provincie: 117 in Lombardia, 118 nel Veneto, 76 nell'Emilia, 6 nelle Marche, 1 in Toscana ed 1 nel Lazio.

I pellagrosi che ne fruiscono salgono a parecchie migliaia. Il Governo sussidia anche le locande sanitarie, che in generale sono più numerose e più frequentate dove la pellagra è più intensa. Nei paesi invece dove la pellagra è ancora poco diffusa e sarebbe perciò assai facile l'estirparla, non si fa nulla contro di essa: la sua esistenza e persistenza è un'arma di opposizione reazionaria contro la politica liberale e serve di pretesto a domandare protezione ad industrie che si additano come il vero e il solo rimedio all'endemia pellagrosa. Così in Toscana non si vuol sentir parlare nè di locande sanitarie, nè di vigilanza sullo spaccio del mais guasto; si finge di credere che la pellagra possa scomparire togliendo alle capre la proibizione di pascolare nelle foreste ch'esse rovinano e favorendo la confezione di certi formaggi che vengono elevati alla dignità di una panacea sociale.

Ma la popolazione e il Governo hanno iniziato contro la pellagra una campagna aggressiva e coraggiosa: la popolazione, creando associazioni alleate con vincoli interprovinciali, promovendo congressi, pagando di borsa; il Governo legiferando senza preconcetti di scolastica liberista. Il liberismo doganale potrebbe giovare alla causa dei pellagrosi se, invece d'impedire le misure proibitive contro il mais avariato, togliesse di mezzo gli ostacoli all'importazione del grano bianco, abolendo i forti dazi che proteggono l'indolenza dei produttori nazionali. In questo caso il forte ribasso del pane determinerebbe una limitazione nel consumo delle peggiori farine di mais.

CAPITOLO XI.

L'alcoolismo

CAUSE.

L'abuso delle bevande alcooliche è la condizione necessaria dell'alcoolismo; ma a questa condizione esterna si uniscono sempre fattori interni, predisposizioni e speciali suscettibilità congenite od acquisite che da una parte determinano la viziosa abitudine e dall'altra concorrono a produrre la reazione morbosa. All'infuori delle circostanze individuali, premono i numerosi e svariati fattori sociali, che danno la spinta all'abitudine di alcoolizzarsi o la conservano aumentandola.

Le proprietà tossiche degli alcool variano con la loro composizione chimica. Accurate esperienze dimostrano che la tossicità aumenta coll'aumentare del peso molecolare. Praticamente ha sopratutto importanza la differenza tra il vino, che contiene alcool etilico, poco tossico, e i liquori, specialmente la cattiva acquavite, che contiene una quantità notevole di alcool amilico, molto tossico. All'azione dannosa dell'alcool si aggiunge quella degli eteri contenuti nel vino e delle essenze contenute nella maggior parte dei liquori: notevole sopratutto l'essenza di assenzio. Benchè l'azione di tale essenza non sia certamente trascurabile, pure ad essa è stata data, forse ad arte, un'eccessiva importanza di fronte a quella dell'alcool, che è la predominante. Recentemente anzi da difensori troppo zelanti dell'alcool si è voluto fare delle essenze quasi il capro espiatorio dell'alcoolismo, attribuendo ad esse la massima parte dell'azione venefica. Qualunque sia l'influenza di queste essenze nel determinare o nel facilitare alcuni sintomi dell'alcoolismo, è certo ad ogni modo che tutti i sintomi di questa malattia si possono riscontrare anche in individui che bevono vino e che di fronte ai liquori sono astemî.

La disposizione interna per cui si può cadere in preda all'alcoolismo ci si presenta sotto un doppio aspetto: come *attrazione* verso l'alcool, per cui ben presto si stabilisce l'abitudine di bere grandi quantità di alcoolici;

e di *intolleranza*, per cui bastano piccole quantità a determinare, sia acutamente, sia cronicamente, dei disturbi psicopatici.

Basandosi su statistiche, si è molto parlato di una ereditarietà dell'attrazione per l'alcool; e si è riscontrato il 40-50 % di casi in cui fra gli ascendenti degli alcoolisti vi erano individui neuro- e psicopatici e in special modo alcoolisti. Si arrivò ad ammettere una eredità similare dell'alcoolismo. Se questa eredità si interpreta alla lettera e come un puro fatto organico, bisogna accettarla certamente *cum grano salis*. Vi è grande differenza dal riconoscere l'alcoolismo negli ascendenti degli alcoolisti al dire che esiste una vera eredità organica dell'alcoolismo. Trattandosi di una malattia assai diffusa, è naturale che in molti casi l'eredità non sia che un'apparenza. Del resto debbono avere grandissima importanza, più che la vera eredità, la comunanza di ambiente, l'esempio, le abitudini di famiglia. Molto maggiore importanza ha invece la predisposizione neuropsicopatica considerata genericamente: è certo che una gran parte degli alcoolisti si reclutano tra predisposti a malattie del sistema nervoso, tra ammalati del sistema nervoso, come neurastenici e psicastenici, tra squilibrati con larga tara ereditaria. In tutti costoro la tendenza non solo all'alcool, ma agli eccitanti del sistema nervoso in genere è sempre assai spiccata.

Una forma caratteristica di attrazione morbosa per gli alcoolici è la *dipsomania*, che insorge *periodicamente* in forma d'impulso incoercibile. Negli intervalli i dipsomaniaci possono ridursi senza sforzo all'astinenza, dimostrandosi addirittura ripugnanti da tutti gli alcoolici. I fenomeni accessorî che accompagnano l'impulso al bere provano nella maggioranza dei casi che l'accesso di dipsomania altro non è che un *equivalente* di epilessia psichica. Gli eccessi di bevande alcooliche durante le crisi possono condurre a fenomeni d'intossicazione subacuta e cronica.

L'attrazione per l'alcool può essere ed anzi è molto spesso acquisita. In seguito a gravi malattie sofferte, specialmente a malattie infettive, a traumi del capo, a traumi psichici, a gravi strapazzi professionali, può svilupparsi in individui dapprima astinenti o moderati una viva attrazione per l'alcool. Anche negli stati di eccitamento legati a malattie mentali diverse può insorgere la tendenza all'alcoolismo: così negli accessi periodici di eccitamento dei maniaci e dei circolari, nella paralisi progressiva, nella demenza senile.

Ma la causa più comune d'infrenabile tendenza agli alcoolici deriva dal malessere crescente che provano gli alcoolizzati quando non si sentono sazî d'alcool e dal graduale innalzarsi del loro coefficiente personale di sazietà. Conobbi un malato che, per lo sgomento di trovarsi senza vino durante la notte, teneva sotto il letto un barile pieno, da cui per mezzo d'un

tubo di gomma poteva aspirare il contenuto senza scomodarsi dalla posizione orizzontale. Questo bevitore convinto ammalò di pseudo-paralisi alcoolica e poi guarì.

La *tolleranza* dell'alcool varia enormemente da individuo ad individuo. Vi sono i tolleranti che possono bere quantità enormi di vino e di liquori per molti anni senza presentare il minimo disturbo, o tutt'al più alcuni tra i segni fisici dell'abitudine alcoolica (tremore, tendenza alla obesità, ectasia dei piccoli vasi cutanei della faccia), ma nessun fatto psicopatico. Vi sono invece gli intolleranti che con un uso relativamente moderato di vino finiscono per presentare vere forme di psicosi alcoolica. In certi casi l'intolleranza si manifesta con fenomeni acuti, con facilità all'ubbriachezza, spesso in forma aberrante, patologica; in altri casi si manifestano fenomeni di alcoolismo cronico per uso limitato, ma abituale di alcoolici. Spesso l'origine dell'intolleranza è congenita e connessa a condizioni oscure del sistema nervoso od anche a vere malattie. Sono intolleranti molti epilettici, nei quali l'abuso degli alcoolici può cagionare non solo una maggior frequenza degli accessi, ma anche forme di reazione insolitamente violenta ed anomala allo stimolo degli alcoolici.

L'intolleranza è spesso acquisita: lo stesso uso degli alcoolici è causa di una intolleranza progressiva. Mentre da una parte si forma e si mantiene l'abitudine a dosi più o meno alte di alcoolici, d'altra parte la tolleranza decresce di giorno in giorno: minime quantità di vino determinano l'ubbriachezza o lo scoppio di fenomeni psicopatici a decorso lungo.

L'uso dell'alcool trova la sua ragione subiettiva nel senso di euforia e di agevolezza psichica che procaccia così facilmente, nell'attenuazione che esercita sul senso della fatica e sulle molestie fisiche, nell'ottimismo che inspira, dando alle idee un corso più saltuario e slegato e facilitando così la dimenticanza delle preoccupazioni abituali. Si comprende perciò come la miseria e gli strapazzi che son legati all'esercizio di certi mestieri diano una spinta inesorabile all'alcoolismo. L'alcool diventa un mezzo per sopportare la soma d'un lavoro eccessivo, spesso compito in condizioni di nutrizione addirittura insufficienti. A ciò si aggiunga che, per buona parte del proletariato, la mancanza di tempo, di denaro e di educazione fa dell'alcool l'unica sorgente possibile di godimento. È in questo fattore subiettivo che la propaganda antialcoolica trova la massima resistenza. I danni obiettivi che l'alcoolismo produce, sia nell'organismo dell'alcoolista, sia nella sua posizione sociale, sono lontani e teorici; e l'alcoolista non può sacrificare ad un vantaggio problematico e negativo il benessere immediato e positivo che prova bevendo.

Un'altra causa generica che favorisce lo sviluppo dell'alcoolismo, specialmente nei paesi nordici, sta nell'insensibilità che procura subiettiva-

mente di fronte al freddo e nel calore che comunica a chi ha bevuto, dilatando i vasi cutanei e riscaldando la pelle (sede delle terminazioni sensitive) a danno dei visceri. L'uso degli alcoolici aumenta d'inverno e diminuisce d'estate.

A convalidare la tendenza all'abuso degli alcoolici concorrono anche i pregiudizi, volgari e dotti, sull'azione dell'alcool. Si ritiene, per esempio, deducendolo dall'esperienza subiettiva, che l'alcool aumenti la forza muscolare, che favorisca la termogenesi, che acuisca la percezione. E si finisce per convincersi che possa spiegare una influenza favorevole e continuativa sullo sviluppo fisico: donde la consuetudine diffusissima di somministrare vino ed alcoolici ai bambini più teneri, vincendone la naturale ripugnanza e spingendoli a diventare col tempo alcoolisti per vocazione.

Non occorre dire che le ricerche sperimentali parlano contro questi convincimenti popolari: l'alcool diminuisce la somma di lavoro muscolare che si può attuare in un dato tempo, ottunde i processi psichici più elevati, non dà che un senso subiettivo di calore, e a dosi elevate abbassa anzi la temperatura. È assai dubbio che esso venga impiegato nell'organismo, sia pure scarsamente, come alimento e che subisca processi di ossidazione completa. È invece certissimo che riesce dannoso allo sviluppo e che può determinare una ipotrofia generale. Ciò, s'intende, indipendentemente dai danni che l'abuso dell'alcool reca ai visceri più importanti: il cervello, il cuore, lo stomaco, il fegato, i reni.

DIFFUSIONE E DISTRIBUZIONE.

Per le ragioni che abbiamo ricordato si comprende come l'alcoolismo debba essere assai più diffuso nei paesi industriali e più specialmente nei climi freddi. La Norvegia, la Svezia, la Danimarca, la Russia, la Germania, la Francia, il Belgio, l'Olanda, l'Inghilterra e gli Stati Uniti d'America primeggiano nel consumo enorme degli alcoolici e per conseguenza nel numero degli alcoolisti. L'Italia sta agli ultimi posti, presentando peraltro enormi diversità da regione a regione. Tiene il primo posto la Liguria, ove gli alcoolisti rappresentavano nel 1891 il 15,84 per cento di tutti i ricoverati nei manicomî: seguono il Lazio (13,21), la Lombardia (7,02), il Veneto (5,91); ultimi tra tutti il Napoletano e la Sicilia con le basse percentuali di 2,31 e di 0,97. L'alcoolismo è molto più diffuso tra gli uomini che tra le donne, specialmente nelle classi popolari. La distribuzione professionale dell'alcoolismo mostra chiaramente quanta sia l'influenza dei varî fattori sociali. Nei lavoratori dell'industria si ha la mas-

sima diffusione per ragione dello strapazzo fisico; negli osti, nei cuochi, nei sensali di vino per tentazione professionale; nei vetturali per l'esposizione alle intemperie. Non è da trascurarsi una forma di alcoolismo che potrebbe dirsi farmaceutico e che infierisce tra i nevropatici e valetudinari dediti al consumo di vini e liquori medicati, elixir, tinture. Tra le alcooliste delle classi elevate il veicolo dell'alcool, sotto veste terapeutica od igienica, è spesso l'acqua di Colonia.

L'età più propizia per lo sviluppo dell'alcoolismo è quella dai 25 anni in poi. Tuttavia non è raro l'alcoolismo in età inferiore. Anche nei fanciulli può sorgere, come abbiamo accennato, un alcoolismo infantile, che qualche volta assume forma cronica ed è accompagnato da caratteristici episodi di *delirium tremens*. Persino nei lattanti si sono osservati qualche volta sintomi d'alcoolismo trasmessi di seconda mano dalla nutrice. In questo senso si può ammettere persino un alcoolismo fetale.

FORME.

Gli effetti psicopatici dell'alcool si possono presentare acutamente nell'*ubbriachezza*. L'ubbriachezza è un episodio isolato: raro in individui abitualmente temperanti, periodico negli individui dediti all'alcool, nel qual caso i suoi sintomi si sovrappongono a quelli dell'alcoolismo cronico. Vi è una forma di ubbriachezza che può dirsi fisiologica: essa rappresenta la reazione di un organismo normale all'intossicazione alcoolica acuta; ma vi sono anche forme schiettamente patologiche di ubbriachezza nelle quali organismi degenerati reagiscono in maniera anomala.

L'*alcoolismo cronico* può decorrere a lungo senza provocare una vera forma di psicosi conclamata. Assai spesso non si notano dell'alcoolismo che i sintomi fisici, nervosi, e dal lato mentale si ha un grado variabile di decadimento psichico, di *degenerazione alcoolica*, che presenta note assai caratteristiche. Ove questo stato di degenerazione alcoolica sia molto accentuato, si giunge alle forme deliranti croniche dell'alcoolismo, ai *deliri sistematizzati* di persecuzione e di gelosia, che somigliano molto per la loro coerenza a quelli della paranoia. Un certo grado di *indebolimento mentale* vi è in ogni alcoolista; ma l'indebolimento mentale può raggiungere veri caratteri di *demenza*, con deliri svariati ed effimeri, che ricopiano quelli della paralisi progressiva. Questi stati deliranti con indebolimento mentale sono accompagnati da fenomeni fisici che si riscontrano a loro volta anche nella paralisi progressiva: si ha per ciò in complesso una forma di *pseudo-paralisi progressiva* che differisce dalla vera per la sua etiologia e per il suo speciale decorso. Nell'alcoolismo cronico si possono

anche osservare episodî di delirio persecutorio dipendenti da allucinazioni dell'udito e della vista, il *delirio sensoriale degli alcoolisti*. Si ha infine una forma a decorso acuto, schiettamente confusionale, che è il cosidetto *delirium tremens*.

UBBRIACHEZZA FISIOLOGICA.

L'intossicazione acuta per alcool ha gradazioni infinite. In rapporto con la sua intensità variano i sintomi, che possono andare da un leggero eccitamento iniziale sino ad uno stato di paralisi e di coma.

Anche a piccole dosi l'alcool esercita un'azione paralitica sui processi psichici più elevati. Gli atti più complessi ed elevati d'inibizione interiore, l'autocritica, la modestia, il ritegno, il pudore, la prudenza, restano affievoliti o sospesi. L'azione segue il pensiero con maggiore prontezza e inconsiderazione. L'uomo brillo, in luogo d'essere l'esecutore coerente del programma impostogli dal proprio carattere, diventa lo zimbello, passivo e mutevole, delle immagini che il caso affaccia disordinatamente alla sua coscienza. A ciò si aggiunge un certo grado di eccitamento psicomotorio con uno stato di euforia caratteristica e di agevolezza illusoria nelle estrinsecazioni improvvisate della volontà. La condotta dell'ubbriaco rispecchia questa mancanza di freni e questo eccitamento: i timidi acquistano coraggio, gli audaci sfrontatezza; l'ubbriaco è loquace, di una sincerità inopportuna e spesso offensiva, facile a trascendere con atti d'ira, di prepotenza, di scurrilità, d'impudicizia, di cinismo. Le sue percezioni perdono di prontezza, l'associazione delle idee tende a sbandarsi per vie illogiche. Prevalgono quindi le associazioni futili, fonetiche, per assonanza: si ha tendenza ai giuochi di parole, al linguaggio in gergo, all'uso intempestivo e infelice di lingue straniere mal conosciute. L'umore varia da individuo a individuo: gaio nella generalità dei casi e nelle forme più miti d'ubbriachezza, può assumere un colorito patetico, sentimentale, piagnucoloso, bisbetico, superbo, iracondo quanto più s'accosta all'ubbriachezza patologica. Gli ubbriachi ordinarî, benchè fiacchi nell'ideazione, nella fonazione e nella parola, si credono pieni di brio. Sotto il dominio di questa illusione offrono spesso e volentieri saggi non richiesti di canto, di declamazione e d'eloquenza; e non si scoraggiano se l'uditorio è troppo umile o troppo solenne o del tutto assente. Ma tranne qualche breve momento di vento in poppa, la nave del loro ingegno va a sghimbescio e non fa cammino: l'ubbriaco si ripete, e ciò rende stucchevoli i suoi discorsi. La ripetizione monotona d'arguzie mediocri o di cattivo gusto o non riescite è il difetto a cui si riconoscono i gradi minimi d'ubbriachezza.

Lo stesso inceppamento che si riscontra nei processi psichici si manifesta anche nelle funzioni motorie. La parola è lenta, strascicata, disartrica con tutte le possibili gradazioni e, nelle fasi più avanzate, fino alla completa anartria, come nei paralitici. La voce cade di tanto in tanto nelle intonazioni nasali. La mimica è ampia e impacciata, priva di precisione e spesso grottesca, benchè l'ubbriaco cerchi di renderla dignitosa. Questa difficoltà di parola e di movimenti, la ripetizione fastidiosa di frasi insignificanti, come se fossero spiritose ed umoristiche, e la sconclusionatezza delle idee formano un singolare contrasto con la baldanza dell'ubbriaco, che lo rende sentenzioso, sermoneggiante e qualche volta lirico, apostolico, filosofico, ma senza un contenuto adeguato al *pathos* animatore.

Nell'andatura si manifesta il caratteristico disordine atassico, per cui i passi si succedono a gruppi rapidi in senso obliquo e mirano, più che a condurre avanti, ad impedire la caduta. Più tardi non solo l'incesso sarà impossibile, ma anche la stazione eretta. L'ubbriaco cade, per non rialzarsi che alla mattina seguente, in preda ad un sonno comatoso che qualche volta si protrae oltre le 24 ore.

Spesso il sonno catastrofico dell'ubbriachezza è seguìto da uno strascico di disturbi minori. Si ha cefalea, vertigine, nausea, sete, inappetenza, stanchezza alle gambe, ossia il complesso di quelle sensazioni piuttosto disgustose che i Tedeschi hanno compendiato nel nome di *Katzenjammer*. Bechterew osservò come postumo dell'ubbriachezza un quadro caratteristico di atassia cerebellare, che si verifica negli ubbriaconi abituali.

UBBRIACHEZZA PATOLOGICA.

In alcuni individui, per lo più degenerati predisposti alle psicopatie, epilettici, isterici, imbecilli, o che hanno antecedentemente subìto traumi al capo, l'ubbriachezza assume un carattere spiccatamente patologico. Ora si tratta di veri accessi convulsivi che scoppiano nell'acme dell'intossicazione, ora di stati psicopatici che possono riguardarsi come *equivalenti* di epilessia psichica: impulsi omicidi o suicidi, accessi di furore, stati stuporosi, stati crepuscolari di semicoscienza, nei quali l'ubbriaco compie azioni turpi o criminose, violenze carnali, esibizionismo, ferimenti, incendi con amnesia completa dell'accaduto. Si può avere anche la così detta *ubbriachezza apoplettica* che conduce improvvisamente al coma e dal coma alla morte.

Gli individui che soggiacciono a queste forme d'ubbriachezza patologica presentano sempre in modo stereotipato lo stesso quadro *tutte le volte che*

s'ubbriacano. L'affinità di questi stati con gli accessi epilettici è tale, che si può ammetterne senz'altro l'identità; si tratta di fenomeni epilettici provocati dalla intossicazione alcoolica.

SINTOMI DELL'ALCOOLISMO CRONICO.

L'alcoolismo cronico si manifesta con un corteo di sintomi nervosi assai caratteristici, che sono più costanti e più precoci dei sintomi psichici. Essi si devono in massima parte a lesioni dei nervi periferici, ma in parte sono di origine centrale.

Notevoli sono i disturbi della *sensibilità cutanea*, che si presentano distribuiti ad isole e corrispondono al territorio dei nervi maggiormente affetti. Obiettivamente si può verificare un indebolimento della sensibilità tattile che va sino alla anestesia completa. Talvolta si ha termoanalgesia. Talvolta invece si ha iperestesia vivissima e ogni contatto riesce doloroso. Subiettivamente l'alcoolista cronico prova sensazioni di formicolio, punture, dolori a trafittura. Questi disturbi della sensibilità sono determinati da alterazioni nevritiche più o meno avanzate. Ove le alterazioni dei nervi sono più accentuate si manifestano fenomeni di *paresi motoria*, specialmente negli arti inferiori e in particolar modo, con sede quasi di predilezione, nel campo degli estensori del piede. La forza muscolare è generalmente diminuita, specialmente negli arti inferiori, e facilmente si arriva alle atrofie muscolari più o meno circoscritte. Le anestesie riferite a paralisi alcoolica, a pseudotabe alcoolica, a neurotabe periferica dipendono da lesioni nevritiche eccezionalmente accentuate: in questi casi la distinzione dalla tabe si può fare, oltrechè in base ai dati anamnestici, scoprendo i fatti obiettivi di nevrite, le atrofie, il dolore alla pressione, e il contegno spesso normale o quasi normale delle pupille.

Nel campo dei sensi specifici sono assai frequenti le *lesioni dell'ottico* e della *retina*. Moltissimi alcoolisti cronici presentano un indebolimento dell'acutezza visiva, discromatopsia e persino completa acromatopsia. Subiettivamente possono soffrire di fotopsie svariate. L'oftalmoscopio svela spesso una caratteristica pallidezza della papilla nella sua parte temporale. Più rare sono le emorragie retiniche e l'intorbidamento generale della papilla. I disturbi pupillari di rado sono assai accentuati, possono peraltro in certi casi giungere alla completa rigidità. Talvolta si hanno paralisi dei muscoli oculari.

Nel campo dell'*udito* sono frequenti i ronzii, i sibili, gli scrosci. Per ciò che si riferisce al gusto, è frequentissimo il pervertimento o addirittura la quasi completa anestesia gustativa, ma accompagnata da percezioni subiettive di sapori disgustosi.

Oltre ai fenomeni nevritici, nel campo della motilità si riscontra con singolare frequenza il *tremore*, spiccato sopratutto alla lingua ed alle mani e che si mette facilmente in evidenza facendo divaricare le dita. È un tremore a rapide e minute oscillazioni, che si rivela con molta chiarezza nella scrittura: brevi tratti di una lettera appaiono talvolta spezzettati da parecchie ondulazioni di tremore (fig. 62). La tendenza ai fenomeni spasmodici è in certi casi accentuatissima e si possono avere cloni fascicolari diffusi agli arti ed alla faccia, tics, crampi.

Non di rado gli alcoolisti inveterati vanno soggetti a *convulsioni epilettiche*. Si è voluto da taluno differenziare questi accessi da quelli della classica epilessia, avvicinandoli piuttosto agli episodî epilettiformi della paralisi progressiva, del diabete, dell'uremia, perchè sono più protratti e l

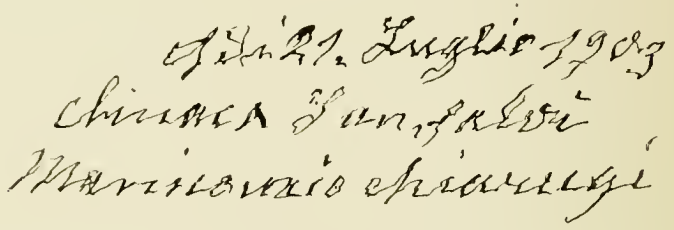


Fig. 62. — Scrittura di un alcoolista.

hanno maggior tendenza a ripetersi in serie. È assai verosimile che una tale distinzione non abbia alcuna ragione di essere. Anzi è ormai opinione prevalente che gli attacchi epilettici che compaiono nell'alcoolismo cronico non debbono essere considerati come costituenti una vera epilessia alcoolica, ma come manifestazioni di un'epilessia rimasta latente per molto tempo e posta in evidenza dall'alcoolismo. Wartmann trova ingiustificata la figura clinica di un'epilessia alcoolica: l'analisi accurata di molti casi permette di trovare nella maggior parte di essi una notevole predisposizione o la concorrenza di altre cause, come traumi, od infezioni. Secondo Wildermuth l'alcool svela l'epilessia, non la determina; e talvolta basta un solo eccesso alcoolico per mettere in luce una epilessia insospettata.

Dell'epilessia che si manifesta nell'alcoolismo cronico sono state incolpate, più che l'alcool, le essenze contenute negli alcoolici, sopratutto quella dell'assenzio. Magnan è stato il sostenitore di questa tesi in modo assoluto, tanto da formularla « point d'attaques, pas d'absinthe ». Ora non vi è dubbio, e gli esperimenti lo dimostrano nel modo più chiaro, che l'essenza di assenzio ha sul sistema nervoso una spiccata azione convul-

sivante; ma è certo d'altra parte che l'epilessia si manifesta anche in regioni dove l'assenzio è sconosciuto ed anche in bevitori di puro vino.

Nel campo dell'innervazione vasomotoria l'alcoolismo cronico determina *paralisi vasomotoria* ed *ectasie dei vasi cutanei*, specialmente nella faccia (*facies potatorum*). Il naso è specialmente colpito e presenta un'ipertrofia caratteristica. L'acne rosacea è frequente nei bevitori ed è popolarmente nota come indizio di intemperanza abituale. Ma è un segno tutt'altro che sicuro, e si possono incontrare nasi calunniatori in individui temperanti.

L'abuso cronico delle bevande alcooliche porta anche come conseguenza diversi *disturbi viscerali*. In prima linea per ordine di frequenza stanno quelli dello stomaco. Lo *stomaco* può essere *dilatato*: ciò avviene specialmente nei bevitori di vino o meglio ancora di birra. Si aggiungono i fenomeni della *gastrite cronica*: inappetenza, nausee, vertigine, *vomito mattutino*. Finchè l'alcool è ben tollerato dallo stomaco, esso favorisce l'ingrassamento e la corpulenza; ma quando i disturbi digestivi sono accentuati e si determina anche anoressia e vera ripugnanza al cibo, decade subito la nutrizione sino a stati di vero marasma. Il *fegato* è spesso alterato dall'alcool; come è noto, l'alcoolismo è la causa più frequente di *cirrosi atrofica*. Anche i reni sono lesi assai di spesso, sia direttamente per azione dell'alcool sugli elementi epiteliali specifici, sia indirettamente per mezzo dell'arteriosclerosi che l'alcoolismo determina o favorisce in tutti gli organi, e a preferenza nei reni e nel cervello. Il *cuore* è spesso *ipertrofico* anche per riverbero delle lesioni renali e dell'arteriosclerosi diffusa, e finisce col presentare degenerazione adiposa. La *nevrite del vago*, non rara negli alcoolisti, può determinare anche disturbi di innervazione per eccesso di eccitazione o per paralisi: *polso raro*, *tachicardia*.

I *disturbi mentali* nell'alcoolismo cronico si presentano in modo insidioso e lentamente progressivo, sì che non è possibile stabilire un limite netto tra lo stato normale e gli stati schiettamente psicopatici. Molto spesso l'abitudine delle bevande alcooliche non determina che un *arresto*, un precoce esaurimento della perfettibilità individuale, senza determinare una evidente decadenza mentale. Ma da questo arresto ad una vera involuzione, o per dir meglio ad una *degenerazione psichica*, il passaggio è insensibile. L'alcoolista consumato presenta segni di decadenza sopratutto nella sfera morale. Le attitudini già acquisite si conservano discretamente, ma si perde la capacità e il desiderio di opere nuove e più alte. Il lavoro diventa penoso e per essere compito richiede il concorso dell'abituale eccitamento alcoolico. I poteri inibitivi scemano grandemente, il carattere si fa fiacco: facilmente l'alcoolista cade in preda al fatalismo o ad uno scetticismo che non è poi che un comodo mezzo per giustificare di fronte a sè ed agli altri la propria inerzia. L'*umore* diventa irritabile, facile a

deprimersi; l'alcoolista si lascia abbattere da piccole contrarietà perchè non si sente la forza di vincerle. Trascura i rapporti sociali, diventa misantropo, viene a facili transazioni con la propria coscienza, decade gradatamente sino all'estrema abbiezione. La noncuranza si rende visibile con la sporcizia esteriore della persona. Il *senso genetico* soffre una grave *decadenza* o è spinto a *pervertimenti*. Nei casi più accentuati anche l'intelligenza soffre: la capacità di attenzione è affievolita, la memoria debole, incapace di fissare nuovi ricordi, sicchè tutto il campo dell'attività psichica è più limitato.

Di questa decadenza deve necessariamente risentirsi la posizione sociale dell'alcoolista, il quale non di rado è tratto all'indigenza, a cambiamenti di mestiere, alla disoccupazione cronica, al vagabondaggio: e queste sventure economiche non fanno che ribadire la tendenza al bere, che diventa l'unico sollievo, l'unica fonte di passeggero benessere.

Su questo terreno è facile che germoglino *deliri sistematizzati*. Un primo accenno di delirio si ha già nella maniera tutta speciale di considerare le cose che è frequente negli alcoolisti. Specialmente se intelligenti e dotati di una certa cultura, gli alcoolisti cronici sono condotti dal loro stato d'animo abituale ad una visione cinica del mondo e della vita. Il bevitore letterato fa pompa d'un *umorismo pessimista* sugli altri e su di sè, e contempla la propria disgrazia non come un effetto dell'abitudine morbosa, ma come una conseguenza naturale degli ordinamenti sociali, dell'etica umana, del male che trionfa nell'universo.

Dal pessimismo si passa facilmente a deliri di persecuzione. L'alcoolista tende ad attribuire le proprie sventure al malvolere altrui, alle ingiustizie, alle sopraffazioni, agli attacchi malevoli, alla concorrenza sleale, oppure rivolge le sue recriminazioni alle persone di famiglia: egli si è rovinato per avere una famiglia troppo numerosa, una moglie rozza o infedele, sono i contrasti domestici che lo hanno spinto a bere per dimenticare.

In questi stati di degenerazione alcoolica è più specialmente comune il *delirio di gelosia*. Forse, come osserva uno scrittore letterario, Edmondo de Amicis, la impotenza sessuale che affligge molti di questi alcoolisti è il movente di questo delirio, che può talvolta assumere forme minacciose e violente.

DELIRIO ALLUCINATORIO.

Fin qui i deliri si mantengono nei limiti della verosimiglianza e non sono accompagnati da altri fenomeni manifestamente psicopatici. Non è così invece di altri deliri che possono presentarsi episodicamente nel corso dell'alcoolismo cronico e che per la loro insensatezza e per le allucinazioni

a cui sono associati assumono un carattere più schiettamente patologico. Si tratta del *delirio allucinatorio degli alcoolisti*, nel quale predominano le idee di persecuzione e le allucinazioni uditive. Queste allucinazioni si iniziano per lo più con una esagerazione degli ordinarî ronzii e scrosci frequentissimi negli alcoolisti cronici. Ma assumono ben presto un contenuto verbale e un significato minaccioso per l'ammalato. Si tratta dapprima di parole indistinte od insensate, alle quali peraltro il malato attribuisce un significato delirante; poi di minacce, accuse, allusioni, insinuazioni maligne, parole di disapprovazione o di condanna, generalmente esorbitanti, paradossali, incoerenti e quindi incredibili. Tuttavia l'ammalato ne rimane atterrito, ansioso; crea su queste allucinazioni delirî di persecuzione ancor più paradossali delle allucinazioni stesse. Lo stato di eccitamento, di irrequietezza, di insonnia, con cui l'accesso si inizia ordinariamente si accentua sempre più e può condurre ad atti di violenza od al suicidio. Le allucinazioni uditive sono spesso unilaterali. Talvolta esse ricopiano i pensieri più intimi del malato, si ha il fenomeno del pensiero ad alta voce.

Le allucinazioni visive sono più rare, e generalmente si limitano a fotopsie, possono assumere peraltro aspetto configurato, specialmente in condizioni favorevoli, di notte all'oscuro: ed anche in questo caso il loro contenuto è minaccioso, terrifico: uomini in aspetto minaccioso, bestie, meccanismi di tortura. Allucinazioni intense e persistenti dell'olfatto e del gusto spingono talvolta ad ostinato rifiuto del cibo.

Se l'ammalato è sottoposto all'astinenza, si ha ordinariamente la guarigione in un termine relativamente breve, di pochi mesi al più. Vi è peraltro grande tendenza alle recidive, e specialmente in questo caso la reintegrazione dell'intelligenza non è completa, ma si ha uno stato di *demenza stabile* più o meno accentuato.

PSEUDO-PARALISI ALCOOLICA.

Una forma di psicopatia non infrequente nel corso dell'alcoolismo cronico ed assai importante, sopratutto per la diagnosi, è la così detta pseudoparalisi progressiva. Si tratta di accessi psicopatici che insorgono per lo più improvvisamente con tutti i caratteri della paralisi progressiva, non solo nel campo delle perturbazioni psichiche, ma anche dei sintomi somatici. Gli ammalati presentano spesso la caratteristica euforia, la spensieratezza, i delirî paradossali di grandezza, i noti fenomeni pupillari, tremore, atassia, disgrafia, disartria. La sindrome paralitica può essere così chiara e completa, da indurre in errore, tanto più che spesso gli alcoolisti

tengono occulto il loro vizio e non lo denunziano, anzi lo negano persino al medico.

I rapporti ancora non del tutto definiti tra paralisi progressiva ed alcoolismo, la somiglianza sintomatologica che va sino all'identità hanno potuto far sì che molti autori negassero l'esistenza di questa forma morbosa ed hanno fatto ritenere che in questi casi si trattasse piuttosto di una vera paralisi progressiva determinata dall'alcoolismo. Ma ogni giorno più l'esistenza della pseudo-paralisi come una varietà ben distinta si va affermando sopratutto in base all'esito della malattia, che contrariamente a quello della paralisi progressiva è spesso a breve scadenza completamente fausto. Un adatto regime di vita e il semplice fatto della reclusione in manicomio determinano nella maggioranza dei casi in capo a pochi mesi il recedere di tutti i sintomi sino a scomparsa più o meno completa. Naturalmente, come avviene per tutte le forme di psicosi che hanno per base l'alcoolismo, è assai grave il pericolo della recidiva, e Régis ha potuto riferire un caso in cui un paziente nel corso di 12 anni presentò ben 16 volte il quadro completo della paralisi progressiva, ma tutte le volte guarì.

Parecchi autori si sono affannati a ricercare i caratteri differenziali tra questa forma di pseudo-paralisi e la paralisi vera. I criterî migliori sono in realtà quelli che derivano dall'anamnesi, che può accertare l'abuso abituale e di lunga data degli alcoolici, e dal decorso, che è manifestamente regressivo nella pseudo-paralisi.

Computi statistici sulla frequenza dei varî sintomi hanno potuto mettere in rilievo la maggior frequenza di alcuni sintomi nell'una o nell'altra forma. Così Godet pone in rilievo che le allucinazioni, l'atrofia muscolare, la reazione degenerativa sono più frequenti nell'alcoolismo che nella paralisi; Beca ritiene come caratteristiche della pseudo-paralisi l'inizio brusco, le allucinazioni, il tremore e i disturbi di coordinazione, le anestesie cutanee, la diarrea, il rapido dimagramento, la maggior frequenza e la minor gravità degli accessi apoplettiformi.

Più importanti e più significativi sono i rilievi fatti da Furstner; egli ritiene che l'inizio in età avanzata, la rarità della rigidità pupillare, la presenza di sintomi nevritici ben caratterizzati, punti dolenti alla pressione, isole cutanee di anestesia ed altri disturbi obiettivi della sensibilità, la mancanza di disturbi vescicali e rettali, depongono a favore della pseudo-paralisi. Ma è evidente che su simili criterî non può mai basarsi una sicura diagnosi individuale, trattandosi sempre di sintomi che non sono infrequenti anche nella paralisi progressiva.

In realtà non si può fare che una diagnosi di probabilità: quando risulti alcoolismo manifesto dall'anamnesi; quando si possano osservare

disturbi nevritici in atto e tremore a tipo alcoolico; e sopratutto quando la sindrome paralitica si presenti incompleta per difetto di sintomi pupillari o della disartria o dell'amimia, la diagnosi di pseudo-paralisi si presenta come assai probabile. Ma non può ad ogni modo venire accertata che successivamente, verificandosi un decorso regressivo ed un esito favorevole.

La mancanza dimostrata di sifilide (per esempio in individui che non ebbero mai contatti carnali) è un altro elemento a favore della pseudo-paralisi alcoolica.

DELIRIUM TREMENS.

L'episodio psicopatico più caratteristico dell'alcoolismo cronico è il delirium tremens. A torto esso è stato considerato come un fenomeno subacuto derivante da una soprasaturazione di alcool per abusi eccezionali. Assai spesso il delirium tremens si determina in modo indipendente dagli eccessi alcoolici, potendo persino insorgere in un periodo di astinenza, ma esso scoppia costantemente sul terreno dell'alcoolismo.

La sintomatologia del delirium tremens ripete nelle sue linee generali il quadro delle psicosi acute confusionali, cioè dell'amenza. Meynert lo definì addirittura come un'amenza nel corso dell'alcoolismo cronico. Dopo un periodo prodromico, nel quale il paziente è irrequieto, insonne, di cattivo umore, depresso, e nel quale si manifestano anche acusmi e fotopsie elementari, come scrosci, sibili, scintillii, lampeggiamenti, insorge il periodo confusionale allucinatorio, caratterizzato sopratutto da ricchissime e caratteristiche allucinazioni visive. L'ammalato vede intorno a sè una grande quantità di figure allucinatorie in locomozione incessante: omuncoli, bestie di ogni sorta, che si arrampicano per le pareti, invadono il letto, coprono la sua persona, traversano a frotte lo spazio, ed egli cerca invano di allontanarle o di afferrarle. L'impressione che l'ammalato ne riporta è sgradita o addirittura angosciosa, ma qualche volta è anche piacevole e gaia. L'ammalato è irrequietissimo, intento al suo raccolto, alla sua caccia, alla sua pesca miracolosa o alla spazzatura del suo letto che è divenuto il bersaglio della manna celeste, il teatro delle invasioni barbariche, il vivaio degli insetti. In questo stato allucinatorio tutto dà luogo a illusioni, le persone presenti sono trasfigurate, appaiono in aspetto minaccioso, terrificante, e non di rado l'ammalato è violento contro di esse. Benchè siano sempre preponderanti le allucinazioni visive, non mancano le uditive: fischi, urli, parole insensate o minacciose, chiamate per nome. E anch'esse contribuiscono ad alimentare lo stato di angoscia in cui si trova il malato.

In questo periodo la coscienza è un po' obnubilata, in istato sognante, si ha disorientamento grave. Di rado si giunge sino a perdere la nozione della propria personalità. L'ammalato è insonne, irrequieto, angoscioso, spaventato, in preda a vivo tremore caratteristico, da cui il nome della malattia. Ma ha momenti di completa lucidezza non appena svaniscono le immagini allucinatorie.

In una fase ulteriore possono accentuarsi i fenomeni allucinatorî e l'agitazione motoria, e accompagnarsi con violenti e ripetuti accessi di convulsioni epilettiche. È frequente in questo stadio una *elevazione di temperatura*, che può raggiungere gradi elevatissimi di febbre (delirium tremens febbrile di Delasiauve) e può precedere di poco la morte per accessi accumulati di epilessia o per collasso. La febbre è dovuta talvolta a infezioni concomitanti, specialmente a polmonite, o a complicazioni renali. In moltissimi casi l'orina contiene *albumina*, talvolta in quantità rilevanti.

Nella maggior parte dei casi non si giunge sino a quest'ultima fase, e si ha invece la guarigione dopo un *sonno critico* che può durare persino da 30 a 40 ore. Qualche volta dopo il sonno critico e alcuni giorni di tranquillità e lucidezza, può insorgere un secondo accesso di delirium tremens. In ogni modo, la recidiva nel delirium tremens è oltremodo frequente: in certi alcoolisti si sono avuti 20 od anche più accessi.

Dopo svanito l'accesso, rimane ancora per parecchi giorni uno stato di prostrazione generale e l'apparato visivo è tuttora così eccitabile, che con la semplice compressione dei bulbi oculari si possono provocare allucinazioni (Liepmann).

Di grande importanza dal punto di vista pratico sono i molti casi in cui il delirium tremens, in luogo di presentarsi con la sua forma più completa e più grave, si limita ad uno stato di confusione allucinatoria assai più simile a quella che si osserva nei comuni casi di amenza. Questi casi attenuati di delirium tremens si distinguono tuttavia da quelli di semplice amenza per la minor gravità della confusione e del disorientamento e per l'abbondanza relativa delle allucinazioni. Talvolta le allucinazioni visive si manifestano intermittentemente, e nei periodi intervallari, che possono durare parecchie ore od anche dei giorni, l'umore dell'ammalato è sereno e la coscienza lucida. Oppure mancano del tutto le allucinazioni uditive, e le stesse allucinazioni visive non assumono l'aspetto caratteristico di figure multiple e semoventi. Quando queste forme attenuate si presentano associate con fenomeni nevritici, si ha il quadro della così detta *psicosi polinevritica* di Korsakoff. Ma un simile quadro si può verificare anche in altre forme di psicosi confusionale.

PATOGENESI.

Circa alla patogenesi dei disturbi nervosi e mentali che si osservano nell'alcoolismo, si può dire che di essi la sola intossicazione acuta, l'ubbriachezza, può considerarsi come un effetto diretto ed immediato dell'alcool sul sistema nervoso. Già nei casi di ubbriachezza patologica noi abbiamo la cooperazione di fattori interni, come la degenerazione nervosa e l'epilessia latente.

Quanto ai sintomi dell'alcoolismo cronico, essi non possono attribuirsi all'azione diretta dell'alcool se non in parte. Ognuno di questi sintomi si protrae per parecchio tempo dopo un'astinenza assoluta; e non solo nel suo aspetto negativo, cioè come fenomeno di difetto, ma anche come fenomeno irritativo. Bisogna dunque ammettere che l'alcool possa produrre alterazioni generali ed ignote del ricambio che alla loro volta si ripercuotono sul sistema nervoso. D'altra parte l'alcool, come offende il sistema nervoso, lede molti altri apparati organici, lo stomaco, il fegato, i reni, le cui alterazioni funzionali non possono riescire indifferenti per il sistema nervoso. Ed è anche certo che i disturbi nervosi sono sempre più accentuati in quegli alcoolisti abituali, la cui nutrizione generale ha maggiormente sofferto, come avviene quando sono compromesse le funzioni gastriche, renali ed epatiche.

Ma la patogenesi indiretta è sopratutto evidente nel delirium tremens. È assodato che l'accesso di delirium tremens può scoppiare in un periodo di *completa astinenza*, ed anzi talvolta è appunto l'improvvisa astinenza che può apparire come l'unica causa diretta dell'accesso. Alcoolisti imprigionati e costretti improvvisamente al regime carcerario vanno facilmente incontro al delirium tremens. Su queste osservazioni si è anzi fondata l'opinione, certamente eccessiva ed unilaterale, di alcuni autori i quali considerano il delirium tremens come un fenomeno di astinenza negli alcoolisti.

L'accurato esame di numerosissimi casi ha indotto concordemente tutti gli autori a rilevare la eccezionale importanza che hanno le cause debilitanti nel determinare lo scoppio del delirium tremens. Spesso si tratta di infezioni, sopratutto della polmonite, di traumi, di spavento, di strapazzo psichico, di contrarietà. Sicchè l'alcool non farebbe che preparare il terreno, indebolendo l'organismo e predisponendolo all'influenza di svariate cause morbose. È sopratutto verosimile che si tratti di una alterazione del ricambio determinata dall'alcool e che ha per risultato una intossicazione interna (KRAEPELIN).

Importantissimi sono da questo punto di vista i reperti ematologici di Elzholz. Elzholz trovò nel delirium tremens una spiccata *leucocitosi*, che svanisce durante la convalescenza; anzi in questo periodo i leucociti discendendo al disotto della norma. Prevalgono i leucociti polinucleari, neutrofili, sui mononucleari; e la proporzione si inverte pochi giorni dopo il sonno critico. Le cellule eosinofile nell'acme dell'accesso scompaiono del tutto o sono fortemente ridotte di numero; ricompaiono ed aumentano di numero nel sonno critico o subito dopo; e ciò tanto nei casi con febbre come in quelli interamente afebbrili. Donde apparisce che debba entrare in giuoco una sostanza tossica che non è l'alcool, perchè l'alcool per sè stesso non determina affatto leucocitosi. Forse si tratta di una sostanza tossica analoga alla tossina pneumococcica, perchè nella pneumonite si ha un reperto ematologico assai simile. Elzholz richiama l'ipotesi di Marmè sull'astinenza morfinica, secondo la quale le sofferenze della privazione sarebbero dovute all'ossimorfina, antagonista della morfina (v. pag. 306). Analogamente nell'alcoolismo si produrrebbe una sostanza tossica capace di essere neutralizzata dall'alcool, ma che spiegherebbe la sua naturale influenza in caso di astinenza. L'alcoolismo cronico troverebbe la sua scusa nella fatalità di questo circolo vizioso tra l'azione primaria dell'alcool come veleno e la sua azione secondaria come contravveleno. Così sarebbe avvalorata anche l'ipotesi che considera il delirium tremens come fenomeno di astinenza. Se non che, mentre è vero che il delirium tremens può insorgere malgrado l'astinenza, non è ammissibile che esso ne sia causato. E in ogni modo quest'ipotesi non è un complemento necessario dell'ipotesi tossica basata sul reperto ematologico.

Merita ancora considerazione l'ipotesi di Hertz, il quale, avendo osservato la straordinaria frequenza dell'albuminuria nel delirium tremens, ritiene che questo sia un effetto di insufficienza renale, un sintomo della nefrite alcoolica. Nei casi di delirium tremens associato a polmonite non sarebbero le tossine della polmonite che danno la spinta all'accesso, ma l'accesso sarebbe determinato da una nefrite concomitante. Ora è indubitato che le lesioni renali sono frequentissime nel delirium tremens; ma siccome peraltro esse non sono costanti e anche anatomicamente non si riscontrano spesso in tale grado da spiegare l'insufficienza renale, è più verosimile che le lesioni renali siano un effetto concomitante, un fenomeno associato, non già la causa dell'accesso di delirium tremens.

Sicchè in conclusione, pur essendo fondatissima l'ipotesi generica che attribuisce il delirium tremens ad una intossicazione secondaria che è determinata dall'alcoolismo, non si può venire a precisare in modo particolare di che intossicazione si tratti.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Il reperto anatomo-patologico dell'alcoolismo comprende da un lato alterazioni che possono riferirsi alla intossicazione cronica e sono stabili dall'altro alterazioni che vanno collegate ai fenomeni acuti e subacuti degli ultimi giorni nel caso che la morte sia avvenuta in un accesso d delirium tremens. Si intende che la morte può d'altra parte essere determinata da ogni sorta di malattie intercorrenti, che portano naturalmente le loro lesioni caratteristiche.

All'osservazione macroscopica sono le alterazioni di natura cronica che si offrono più facilmente. Aprendo il cranio, si può osservare iperostosi, assottigliamento delle ossa, pachimeningite esterna od interna. La *pachimeningite emorragica interna* è un reperto tra i più frequenti negli alcoolisti inveterati. Nel *cervello* si possono osservare *alterazioni ateromatose dei vasi*, suffusioni sanguigne sottomeningee, e, se vi fu delirium tremens, *emorragie puntiformi*. Lo stomaco presenta i caratteri della *gastrite cronica*; il *cuore* è spesso *ingrandito*, dilatato, flaccido, degenerato; il *fegato* presenta *degenerazione grassa* più o meno accentuata, spesso un grado di *sclerosi* atrofica considerevole; la *milza* è frequentemente *ingrandita*, iperemica; i *reni* con note di *atrofia arteriosclerotica*.

Più importanti sono le *lesioni cerebrali* che si riscontrano col microscopio. Indagini recenti e intraprese con tecnica perfezionata, sopratutto coi metodi di Nissl, Marchi, Weigert, per opera di Trömner, Bonhöffer, E. Meyer, Camia, hanno messo in luce qualche fatto nuovo e non privo d'interesse. Nella corteccia cerebrale si scorgono qua e là, isolatamente, cellule più o meno atrofiche in mezzo ad elementi normali. Assai diffuse sono invece le alterazioni acute che si osservano nel delirium tremens. Si tratta di una tipica reazione acuta da parte della cellula nervosa, con disgregazione e diminuzione della sostanza cromatica, che interessa largamente ogni categoria di elementi corticali. Le grandi piramidi e qualche volta esclusivamente le cellule di Betz presentano in abbondanza il reperto caratteristico della reazione alla ferita del cilindrasse (fig. 63). Questo tipo di alterazione si riscontra anche nelle altre forme di psicosi tossica confusionale, nella pellagra e nell'amenza; ma nel delirium tremens è oltremodo più frequente. Lo stesso tipo di alterazione si riscontra anche nelle cellule delle corna anteriori e in quelle dei gangli spinali, ove è un indice delle lesioni polinevritiche: si direbbe per ciò che la stessa intossicazione che lede le fibre periferiche e determina la polinevrite intacca anche le fibre lunghe dei centri nervosi, specialmente quelle del sistema pirami-

dale, determinando nei centri alterazioni corrispondenti. La lesione delle vie piramidali è ad ogni modo sempre più lieve e meno evidente che quella dei nervi; talvolta non è rilevabile con alcuno dei mezzi di ricerca. Si direbbe in questi casi che debbano esser lese le estremità amieliniche spinali delle fibre piramidali, e che da simili alterazioni, non ancora verificabili con gli attuali mezzi d'indagine, derivino le caratteristiche reazioni delle cellule. Del resto in molti casi il metodo di Marchi basta a mettere in evidenza nella corona raggiata la presenza di un discreto numero di fibre degenerate. È probabile che queste fibre corrispondano a cellule corticali che hanno subìto, al di là della fase di reazione, un vero processo distruttivo. Anche nella sostanza bianca del cervelletto si riscontrano fibre degenerate.

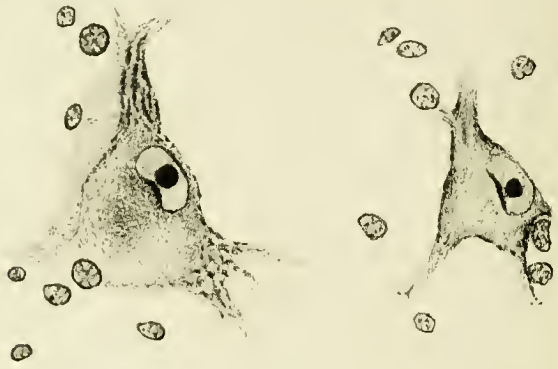


Fig. 63. — Cellule piramidali, grande e media, della zona motrice in istato di reazione a lesione del cilindrasse, in un caso d'alcoolismo (da M. Camia).

Il metodo di Weigert per la *nevroglia* in certi casi non lascia scorgere alcun cambiamento; in altri invece permette di osservare una *proliferazione di fibre*. Questo aumento di nevroglia deve esser considerato come l'indice di un processo cronico che ha per sede i centri; esso sta più in rapporto coi fenomeni cronici dell'alcoolismo che non coi fenomeni acuti del delirium tremens.

Nel *midollo* può mancare ogni alterazione delle vie lunghe anche se nella corteccia cerebrale vi sono segni sicuri che le cellule di Betz hanno reagito morbosamente. Non è peraltro infrequente una lesione *primaria* delle vie piramidali, la quale può anche essere complicata da diffuse degenerazioni secondarie di fibre, simili a quelle che si osservano col metodo di Marchi nella corona raggiata (fig. 64) Il fenomeno della reazione a lesioni del cilindrasse, oltrechè nelle cellule delle corna anteriori, si osserva

molto di frequente nelle cellule delle colonne di Clarke. Nei cordoni posteriori e specialmente nei fasci di Goll sono comuni le *degenerazioni sistematiche*, che accompagnano ordinariamente i casi inveterati di polinevrite alcoolica.

I nervi periferici sono spesso sede di *nevrite* prevalentemente od anche esclusivamente *parenchimatosa*. Tutti i nervi possono essere colpiti, ma lo è con speciale predilezione il *nervo peroneo*. Si osservano pure tutte le lesioni caratteristiche della fibra nervosa, dalla più leggera *nevrite periassile* alle forme gravi di *degenerazione walleriana* che dipendono da

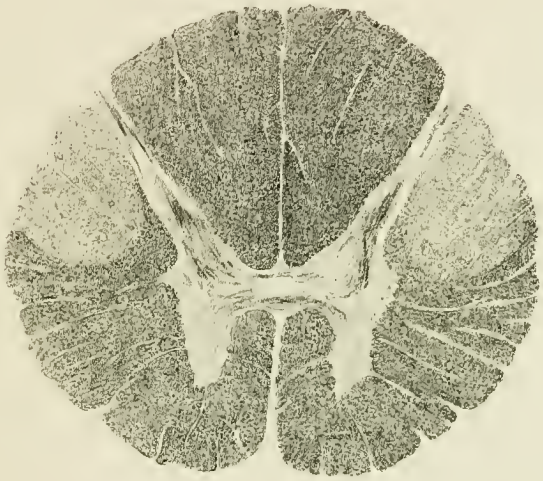


Fig. 64. — Midollo dorsale con degenerazione parziale dei fasci piramidali in un caso d'alcoolismo. Metodo di Weigert (da M. CAMIA).

interruzione fisiologica. Si può anche osservare semplice atrofia primaria delle guaine mieliniche con conservazione del cilindrasse. Il processo nevritico è in ogni caso più spiccato nei piccoli rami periferici che nei grossi tronchi centrali.

Nei *muscoli* si osservano lesioni degenerative secondarie alla lesione delle fibre motrici. SENATOR e SIEMERLING ammettono inoltre una speciale forma di *miosite*, che sarebbe primariamente determinata dall'azione dell'alcool.

CURA.

La cura dell'alcoolismo ha come base necessaria e come mira principale la soppressione radicale dell'abitudine al bere. Ben diversamente da quanto avviene in altre intossicazioni croniche volontarie, come ad esem-

pio il morfinismo, la soppressione completa dell'alcool non dà luogo necessariamente a fenomeni morbosi; per l'alcoolismo non vi è un quadro di fenomeni da astinenza. Pare bensì che in alcoolisti denutriti l'astinenza improvvisa possa determinare alla seconda o terza giornata lo scoppio del delirium tremens; ma simili accessi, che non sono soggetti a rinnovarsi, decorrono in modo più blando e breve dell'ordinario (Bonhoeffer). Anche il delirium tremens, nel quale da alcuni clinici si fa eccezione alla regola e si continua la somministrazione d'alcool a piccole dosi per evitare fenomeni di collasso, sopporta nella grandissima maggioranza dei casi la soppressione dell'alcool senza che nasca alcun inconveniente. Nelle forme peggiori di delirium tremens la tendenza al collasso non è più pericolosa nè più frequente che in altre intossicazioni, come quelle di tifo pellagroso e di amenza grave. Essa dipende non dalla soppressione dell'alcool, ma piuttosto dalla intossicazione immediata che ha provocato l'accesso e dall'esaurimento nervoso che ne è stato l'effetto in seguito all'agitazione o a ripetuti accessi epilettici. E in ogni modo la tendenza al collasso può essere combattuta più efficacemente colla caffeina e con la canfora.

Per combattere l'intensa agitazione e l'insonnia nel delirium tremens sono state suggerite numerosissime sostanze. Dei comuni ipnotici sono da preferire il sulfonal, il trional, la paraldeide. Il cloralio è meno indicato; tuttavia si dà qualche volta in forti dosi allo scopo di troncare bruscamente l'accesso. Allo stesso scopo sono stati suggeriti il metilal per iniezioni di 0,10 ogni due ore sino ad ottenere il sonno (Krafft-Ebing) e il cloruro di ammonio a forti dosi (Cottam). Queste cure energiche e quasi violente saranno certamente efficaci in molti casi, ma non sono certo da preferire a mezzi più blandi, tanto più che una semplice cura aspettante e sorvegliante, unita a dieta corroborante, prevalentemente lattea, dà d'ordinario ottimi risultati. Tuttavia è opportuno nei casi di viva agitazione, di elevazione termica e di convulsioni ricorrere sia all'uso dell'oppio per via interna o per iniezioni, sia alla morfina.

Nel periodo postaccessuale giovano piccole dosi di stricnina; e così pure nell'alcoolismo cronico.

A prevenire le ricadute è utile che l'alcoolista rimanga in cura sino a che siano interamente dissipati i disturbi gastrici e che la nutrizione sia notevolmente migliorata. Bisogna inculcare agli ammalati la più assoluta astinenza. Il concedere un uso anche moderato di alcoolici è misura inefficace perchè dall'uso moderato si passa troppo facilmente, anche senz'accorgersene, all'abuso. Compito del medico deve essere di fare dell'alcoolista un astemio. Questo compito è difficile in Italia, ove gli alcoolisti passano pei manicomi come meteore per pochi giorni, e la loro promiscuità con altri malati impedisce di sottoporli ad abitudini di temperanza assoluta.

Queste abitudini non possono essere coltivate che in apposite case per alcoolisti, come ve n'è in gran numero all'estero. A prevenire le ricadute e a ribadire i propositi di astinenza FOREL, BONNE, STEGMANN si giovano con successo dell'ipnotismo.

PROFILASSI SOCIALE.

L'alcoolismo, come causa di decadenza individuale e della razza (la prole degli alcoolisti è spessissimo affetta da idiozia ed epilessia congenite) e perciò di delinquenza e di miseria, è una tal piaga sociale, che ha inspirato provvedimenti d'indole legislativa, oltrechè una continua e crescente campagna di propaganda anti-alcoolica.

A ben poco son valsi i mezzi legislativi: le sanzioni penali hanno scarso effetto su individui decaduti moralmente, privi di inibizioni morali e abbrutiti dal vizio. Del resto esse trovano quasi sempre un'applicazione assai indulgente: in Italia l'art. 488 del codice penale punisce soltanto l'ubbriachezza in luogo pubblico; ma anche con questo limite l'articolo non è stato mai applicato. Altri provvedimenti legislativi sono diretti a frenare il consumo, imponendo forti tasse di produzione, l'obbligo delle patenti per lo spaccio degli alcoolici, e un numero prestabilito di spacci. In alcuni Stati è proibito di bere sul luogo della vendita. Questi provvedimenti hanno dato ottimi risultati fiscali, ma non hanno impedito l'incremento dell'alcoolismo. Non si può peraltro escludere che forse senza di essi l'incremento sarebbe stato anche maggiore.

Più efficace è stata l'azione delle società di temperanza che con la propaganda scritta e orale, ed anche assicurando vantaggi materiali agli astinenti — in America alcune società di assicurazione accordano il 10 per cento di ribasso agli astinenti —, sono riuscite a limitare il consumo degli alcoolici, e più che altro a costituire dei forti nuclei di astinenti, che spargono silenziosamente il salutare contagio del buon esempio. Più efficace d'ogni altra pare sia stata l'azione delle società di temperanza nella Norvegia e nella Svezia. Queste società monopolizzano il mercato delle bevande alcooliche: ma contrappongono allo spaccio degli alcoolici quello di bevande igieniche a basso prezzo. Ai consumatori di alcoolici è proibito di trattenersi e di consumare sul luogo; mentre agli altri consumatori sono offerti vasti e comodi locali, sale di conversazione e di lettura, e si fa anche credito. L'azione di questa propaganda antialcoolica ha fatto scendere il consumo nella Svezia da litri 6,2 all'anno per abitante (nel 1876) a litri 3,5 (nel 1896); e in Norvegia da litri 3,4 a litri 1,5.

Tuttavia non è da sperare che con questi mezzi, del resto lodevolissimi e degni del massimo incoraggiamento, si possa giungere ad estirpare la piaga dell'alcoolismo. Essa ha profonde radici sociali nel basso tenore di vita delle classi operaie e nello sfruttamento intensivo delle energie umane che è una conseguenza della odierna lotta industriale. Solo le progressive riforme nell'organizzazione della produzione industriale e di tutta la società coordinate ad un progressivo elevamento delle classi operaie possono condurre allo scopo.

Quando potrà essere meno imperiosa la richiesta di lavoro e l'operaio avrà tempo di educarsi, d'istruirsi, d'attendere agli interessi pubblici e di coltivare ideali elevati, la tendenza all'alcoolismo scemerà spontaneamente e non si affermerà che in pochi nevropatici afflitti da una predisposizione costituzionale.

Il morfinismo

Quarant'anni fa non si conoscevano morfinisti, ma soltanto oppiofagi: oppiofagi europei od americani, cioè bevitori di laudano, ed oppiofagi cinesi, cioè fumatori d'oppio. Il morfinismo è una malattia moderna, che comparve quando fu introdotto in terapia l'uso delle iniezioni sottocutanee. Da principio, i medici somministravano la morfina spensieratamente senz'avvertire e senza sospettare i pericoli dell'abitudine; i primi casi di morfinismo furono descritti non come esempi d'avvelenamento, ma come prove singolari di tolleranza per alte dosi di morfina (un grammo e più al giorno). Oggi le siringhe di Pravaz si trovano dappertutto, i morfinisti le adoperano da sè con perfetta conoscenza dell'asepsi, e il morfinismo si è volgarizzato. Persino nel paese classico dell'oppio, in Cina, s'infiltra ormai il morfinismo, che è più economico e più spicciativo, perchè la pipa turca o *narghilè* non si può fumare che in casa, stando sdraiati; e a Hong-Kong vi sono apposite baracche, dove si riceve ambulatoriamente un'iniezione di morfina per due soldi. Del resto tra gli effetti clinici della morfina e quelli dell'oppio non vi è gran differenza.

PATOGENESI.

Basta un centigrammo di morfina (cloridrato o solfato), iniettato sotto la pelle, per produrre in un uomo non indurito al vizio un benessere profondo e caratteristico. La parola *euforia* si pretende coniata appositamente (da Laehr nel 1871 o piuttosto da Levinstein nel 1875) appunto per indicare il benessere meraviglioso di chi ha in corpo qualche centigrammo di morfina. Questo benessere deriva da un eccitamento attivo, ma leggero, generale ed armonico di tutta la cenestesi e di tutte le funzioni coscienti, a cui si somma la cessazione completa e immediata di tutte le sofferenze anteriori, se ve n'erano. Le torture della peritonite svaniscono e cedono il posto a rosee illusioni; la poliartrite si ammansa e permette di muovere senza gran pena le membra doloranti; le nevralgie, o almeno certe nevralgie e in certi malati, si sospendono come per incanto. Il benessere della morfina penetra ogni fibra dell'organismo, lo abbevera di dolcezza e trasporta lo spirito nel mondo dei sogni, ma senza ottenebrarlo come nell'euforia melensa dei paralitici, come nell'allegrezza sconcia degli ubbriachi, come nell'eccitamento irrequieto e rumoroso dei maniaci.

Questa specie di felicità effimera, ma senza nubi, richiede una costituzione tollerante; ma anche in tal caso non sorride pienamente che ai morfinisti d'occasione ed ai novizî. L'intolleranza è abbastanza frequente e si manifesta con nausea, vomito, capogiro, lipotimia e sonnolenza: ma conduce subito al sonno, da cui si esce pienamente guariti. I morfinisti inveterati sono invece paragonabili ai marinai che, o per refrattarietà congenita o per abitudine, non patiscono il mal di mare. Ma in cambio di questa intolleranza immediata e ammonitrice, essi provano, superato il periodo dell'euforia, che dura qualche ora o anche meno, un malessere immenso, un abbandono disperato, uno sgomento ignoto ai principianti, e che per disgrazia non cessa se non ricorrendo ad una nuova iniezione. Inoltre la nuova iniezione dovrà raggiungere una dose più alta o una ricorrenza più affrettata della precedente per determinare l'effetto desiderato. Così si perpetua un circolo vizioso, che fa del morfinismo un'abitudine fatalmente progressiva. Il malessere caratteristico del morfinista disubbriacato, non potendo placarsi che con la morfina, assume l'aspetto della *sete morfinica*, del *digiuno*, dell'*astinenza forzata*, dell'*amorfinismo*, della *morfiomania*; e questi nomi terribili, col loro significato di necessità impellente, d'ossessione attiva, d'impulso incoercibile, dicono chiaramente lo stato angoscioso e contradittorio dei malati, che nella morfina

trovano insieme la causa e il rimedio dei loro mali, ma più la causa che il rimedio.

Infatti i morfinisti d'abitudine sono dominati non tanto dal desiderio di godere l'ebbrezza morfinica quanto dal bisogno di liberarsi dal malessere amorfinico. Per essi l'azione diretta e piacevole della morfina si fa sempre più debole, tanto che debbono aumentarne la dose e che a lungo andare finiscono bensì col risentirne sollievo, ma non un godimento positivo; invece non s'indebolisce mai, anzi cresce continuamente il disgusto dell'amorfinismo. Sembra che la morfina, quando sorpassa le minime dosi o quando le dosi successive si accumulano, sviluppi un'intossicazione secondaria trasformandosi in *ossimorfina* (Marmé). Di questo veleno secondario la morfina è in pari tempo la sorgente e l'antidoto. Ma, mentre l'organismo si abituerebbe abbastanza bene ai primi effetti della morfina, l'azione successiva dell'ossimorfina non è tollerata. Il potere della morfina come antidoto va decrescendo, la sua portata come sorgente del vero veleno attivo resta invece inalterata: per rinforzare il rimedio si è dunque costretti ad aggravare il male. E questo, a parte l'interpretazione chimica di Marmé, è il vero cardine del morfinismo e della sua sintomatologia.

SINTOMI.

Prescindendo dalle crisi periodiche d'amorfinismo e dall'ebrezza positiva del morfinismo soddisfatto, l'intossicazione morfinica provoca a lunghissima scadenza anche una serie di lente metamorfosi organiche, che terminano con la cachessia. Così ai varî quadri e momenti clinici del morfinismo se ne aggiunge un ultimo, che tende alla costanza e che finisce per soverchiare i rimanenti. La sintomatologia complessiva dell'intossicazione si può dunque scomporre come segue:

A) *Quadro dell'intolleranza morfinica:* breve, poco importante, proprio del morfinizzato inesperto. Dopo mezz'ora dall'iniezione comincia la nausea con vertigini, vomito, sonnolenza; ed eccezionalmente (*intolleranza morbosa*) con discromatopsia, allucinazioni e delirio. In capo a qualche ora od anche prima un lungo sonno riparatore riconduce il malato allo stato normale senz'alcun residuo e senza il menomo indizio di rinnovata sete morfinica. I malati gravi sono meno intolleranti dei normali e possono facilmente godere un beneficio spesso negato ai semplici dilettanti d'impressioni nuove. I bambini sono assai più intolleranti dei vecchi, indipendentemente dalla mole del corpo.

B) *Quadro dell'euforia morfinica*: effimero, poco accentuato nei morfinisti d'abitudine, si presenta immediatamente uno o due minuti dopo

ogni iniezione, ed è la reazione più caratteristica, ma non la più importante, alla morfina, da parte di tutti coloro che non soffrono d'intolleranza. Si chiudono le porte alle sensazioni dolorose o moleste, sopratutto a quelle che costituiscono la sete morfinica, e il soggetto dimentica ogni noia. Le membra paiono più leggiere, sale al capo un piacevole tepore, il corpo è tutto invaso da un senso di agevolezza, scompare ogni idea di sforzo e di fatica; la creazione e l'elaborazione delle idee si svolgono più vivaci, più agili, senz'alcuna pena; si colgono rapporti lontani tra le cose, si aumenta il brio del lavoro mentale ed anche fisico, e l'individuo può scrivere, parlare, discutere senza riposo (Morselli). Questo benessere è più intenso nei morfinisti novizi, mentre nei morfinisti molto allenati si avvicina assai (almeno subiettivamente) alla mediocrità sbiadita delle condizioni ordinarie.

C) *Quadro dell'amorfinismo* (dell'ossimorfinismo?), penoso, durevole, restìo a scomparire con altri mezzi dalla morfina infuori. La vita del morfinista abituale è un'alternativa continua di due stati opposti, per cui ad un'euforia sempre più debole succede un accasciamento amorfinico sempre più grave. Il bisogno di morfina si fa così imperioso, che assume il carattere dell'*ossessione incoercibile* e talvolta trascina, come tutte le ossessioni, a reazioni inadeguate e persino violente. In certi casi gravissimi scoppia lo *stato d'eccitamento*, il *delirium tremens*, che ha analogie con quello dell'alcoolismo (Levinstein). In casi meno gravi si vedono morfiomani a cui è necessario e bastevole, per il momento, lo sfogo della semplice puntura o un'iniezione d'acqua pura, che agisce come un'illusione volontaria od anche come un inganno di cui il malato non si accorge: tanto è ossessiva con tutti i suoi particolari l'immagine dell'iniezione. Del resto, durante lo stato d'amorfinismo i malati non sono tormentati soltanto dalla sete psichica della morfina, ma anche da una serie di sofferenze materiali e d'incomodi obiettivi: nausea, vertigini, gastralgia, brividi, irritabilità, impulsività; e talvolta da convulsioni, delirî, amaurosi, allucinazioni, sopore, sudor freddo, aritmie del polso, tendenza al collasso, albuminuria e glicosuria. Ma il sintomo culminante dell'amorfinismo è la deformazione della volontà, ridotta allo stato di *monobulia* o di *morfiomania*. La monobulia del morfinista in istato d'amorfinismo si esplica con l'offuscamento della rettitudine, della dignità, dell'intelligenza, e prepara rammarichi, rimorsi, timori, che gli amareggeranno il periodo del soddisfacimento. Il morfiomane, prigioniero della casa di salute o della solitudine o della miseria, commette qualunque bassezza pur di procurarsi la morfina: si racconta di uomini che discesero alla frode, al furto, alla violenza; di donne che si prostituirono per questo scopo. È poi comune fra i morfinisti la menzogna nell'indicare le dosi e la frequenza delle iniezioni.

D) Quadro della cachessia morfinica: permanente, progressivo, ma assai lento a maturare. Con la sua tendenza a rendersi stazionario questo quadro attenua sempre più i quadri precedenti, perchè si sovrappone alle crisi dell'una e dell'altra specie, confondendone un po' i caratteri e distruggendo il loro violento antagonismo. Il morfinista sovraccarico di veleno cronicamente accumulato dimagra in modo spaventevole; la sua pelle è un mosaico di punture e di ascessi; talvolta sopravviene l'erisipela; l'aspetto è decrepito. La sensibilità è più ottusa, il campo intellettuale più circoscritto, e il malato è rassegnato alla sua sorte. Non solo, ma qualche volta insorgono amnesie, allucinazioni e delirî che alterano profondamente l'intelligenza. Se da una parte i malati non provano più il disgusto acuto dell'intolleranza iniziale, nè il malessere ineffabile dell'amorfinismo, perchè non rifuggono dal soddisfarlo prontamente con iniezioni senza misura (ed hanno ormai consacrato tutto il resto della propria intelligenza ad organizzarne il modo), non godono nemmeno la voluttà dell'euforia, a risvegliare la quale occorrerebbero dosi più alte ancora. Nel periodo terminale di cachessia l'umore è sempre tetro; si fanno frequenti i crampi muscolari e le convulsioni, è costante la miosi; i riflessi patellari si rendono clonici; il polso è piccolo e irregolare, la termogenesi fiacca. Talvolta i morfinisti soffrono di diarrea, catarro oculo-nasale, alterazioni dentarie, edemi, emorragie del naso, della bocca, dell'utero.

Spesso l'eccitabilità genesica, che nel morfinismo cronico si assopisce, va soggetta a risvegli inopinati durante lo stadio terminale. Ciò dà luogo, come nella demenza senile, a sogni voluttuosi, a priapismo ed a pervertimenti sessuali.

La *morte* avviene in generale per marasmo; talvolta per paralisi del centro respiratorio; talvolta per avvelenamento acuto — involontario, semivolontario o deliberato mediante un'iniezione a dose insolita —; e spesso per complicazioni morbose, che insorgono più facilmente in un organismo debilitato; tra queste è da ricordare l'infezione purulenta.

CAUSE.

Vi sono morfinisti che si potrebbero dire *sportivi* e che soccombono al vizio per un'attrazione irresistibile verso gli eccitanti in genere e verso gli eccitanti costosi, aristocratici, romanzeschi in particolare. Li trascina la libidine di vivere e di godere intensamente, la voglia sfrenata di emergere sugli altri, l'ambizione di sfoggiare una sensibilità più squisita, un'intellettualità più raffinata, un'attività più irrequieta di quelle spiegate spontaneamente dagli uomini equilibrati, intelligenti e sani. Il movente di questi *sportmen* del morfinismo è dunque lo *snobismo*, ossia la vanità.

Ma la massima parte dei morfinisti ha tutt'altra origine. Vi sono individui che soffrono di malattie dolorose e croniche, come la *tabe*, o subacute e periodiche come le *nevralgie*, e che, divenuti morfinisti per necessità, continuano nell'uso della morfina per divertimento. Vi sono i morfinisti per *nevrastenia*, spinti all'abuso dall'insuccesso di ogni rimedio. Vi sono i morfinisti per *imitazione*: gli spiriti deboli, coloro che convivono con morfinisti, le mogli e i clienti di medici morfinisti. I medici stessi che debbono esporsi (specialmente in campagna) a fatiche indicibili e che possono con facilità procacciarsi la morfina, figurano sempre tra i primi, in tutte le statistiche del morfinismo. Il morfinismo nell'opinione pubblica è meno ignobile dell'alcoolismo e raccoglie vittime più elette: da un lato il movente del morfinismo non è rozzo come quello dell'alcoolismo, anzi talvolta è scusabile; dall'altro le sue conseguenze sono più drammatiche e più interessanti, perchè il morfinista ha la consapevolezza e l'orrore della propria sventura.

CURA.

La cura del morfinismo è doppia: da un lato si ricorre ai sostitutivi innocui, specialmente ai *tonici cardiaci* (Jennings), dall'altra al divezzamento sistematico.

Si conoscono tre metodi di divezzamento:

1.° *Metodo brusco*: crudele perchè porta al parossismo le sofferenze dell'amorfinismo; pericoloso perchè la privazione improvvisa della morfina può condurre al collasso; non è da adottarsi che in via affatto eccezionale, su morfinisti robusti, da poco dediti alla morfina e che ne consumino dosi insignificanti.

2.° *Metodo lento*: incerto appunto per la sua lentezza e soggetto ai danni dell'imprevisto, non è consigliabile che sui morfinisti estenuati dalla cachessia e su quelli che, liberati dal morfinismo, rimarrebbero in balìa di dolorose infermità organiche, come la tabe dorsale, i tumori cerebrali, i neoplasmi progressivi dello stomaco. Anzi, se queste infermità sono assai dolorose, se la morte è inevitabile, e se per di più è a breve scadenza, non è il caso di tentare nemmeno il divezzamento in piccolo. Questo metodo si applicherà ai morfinisti di vecchia data e assai deperiti, riducendo giornalmente la razione di morfina in ragione di due, tre centigrammi o poco più. Del resto, le difficoltà non cominciano che quando si è discesi alla dose minima di 10 centigrammi al giorno. Talvolta si arriva allo zero, ma si è poi costretti a ricominciare.

3.° *Metodo rapido*: consiste nel ridurre di giorno in giorno la razione

di morfina con diminuzioni in serie, partendo dalla dose massima a cui il morfinista era arrivato. Questo metodo razionale conduce con sicurezza e senza pericolo alla soppressione totale della morfina in capo a cinque o sei giorni; e in dieci giorni se la dose era di 1 gr. e mezzo o 2. Esso si deve ad Erlenmeyer, che per primo lo preconizzò e che lo usa largamente nel suo *Sanatorium*. Ma la soppressione della morfina non è ancora la guarigione; perchè il divezzamento sia sopportabile e durevole occorre un periodo di consolidamento.

La cura del morfinismo richiede da parte del medico fermezza, autorità, abnegazione e una sorveglianza continua per mezzo d'infermieri educati, incorruttibili e ben pagati: perciò non è possibile che in case di salute bene organizzate o speciali, come quella di Erlenmeyer. I morfiomani sono straordinariamente proclivi alla ribellione, alla calunnia, alla frode ed alla menzogna per procurarsi di contrabbando la morfina, per negare d'averla ricevuta, o per liberarsi da una cura opprimente. Alcuni, conoscendo il metodo di divezzamento rapido, denunziano una razione abituale superiore alla vera, per arrivare più tardi alla privazione completa; e così si guadagnano una giornata d'orgia con l'assentimento del medico. Il procedimento usato da Erlenmeyer è il seguente:

Metodo del divezzamento rapido.

Dose abituale:	10 a 30 cg.	30 a 40 cg.	40 a 50 cg.	0,50 a 1 gr.	1 a 2 gr.
1.° giorno	8	15	25	30	50
2.° »	6	12	15	20	30
3.° »	5	10	12	15	20
4.° »	3	6	7	12	15
5.° »	2	4	4	8	10
6.° »	1	3	3	6	6
7.° »		2	2	4	3
8.° »		1	1	2	2
9.° »				1	1

3.° *Metodo dei sostitutivi*. Consigliato da Obersteiner, questo metodo non è che un complemento della demorfinizzazione graduale. Non bisogna confondere il metodo di Obersteiner con la sostituzione empirica ed imprudente d'un veleno mediante un altro veleno qualunque, come il cloralio, l'alcool o la cocaina. Per rendere tollerabile lo stato d'amorfinismo Obersteiner, che applica il metodo del divezzamento rapido, somministra bensì la *cocaina*, ma sempre per bocca e solo in momenti di estrema agitazione: la dose è rifratta, non supera mai il mezzo grammo in una giornata, e deve decrescere di giorno in giorno. Si accompagna questo sostitutivo con quello, ben più efficace e meno pericoloso, del bagno

caldo: i malati in istato d'angoscia amorfinica stanno per 5, 10, 15 minuti nell'acqua a 36°, e poi passano all'affusione fredda od al lenzuolo bagnato anche per un'ora o due.

Più completo, più sicuro, e meno insopportabile per i malati è il metodo che consiste nell'impiegare tutti i tonici che si conoscono allo scopo di rendere nulli gli inconvenienti subiettivi ed obiettivi dell'amorfinismo. La digitale e la sparteina prevengono il collasso; e per giudicare quand'è il momento di adoperarli, si terrà d'occhio il contegno del polso. Qualche volta si ricorre alla trinitrina (qualche goccia di soluzione sulla punta della lingua) o si dà a respirare la piridina. Mattison usa il bromuro di sodio, la codeina e il trional; Bernabei la duboisina.

Ma il mezzo più efficace e più razionale di combattere le sofferenze dell'astensione è quello di trattare i malati con le acque alcaline. La morfina iniettata per via ipodermica, come dimostrò Conrad Alt, si elimina per la via dello stomaco; e Hitzig, vuotando lo stomaco con la sonda, verificò un eccesso d'acidità nel succo gastrico, che è causa della nausea, del vomito e di parecchi fra i più disgustosi fenomeni dell'amorfinismo. Questa verifica di fatto condusse al metodo della così detta *demorfinizzazione chimica*, suggerito da Hitzig e largamente applicato da Erlenmeyer. L'acqua minerale preferibile è quella di Vichy.

Si deve prendere in considerazione anche il procedimento sussidiario della *psicoterapia*, che si basa principalmente sulla suggestione ipnotica e che costituisce una specie di demorfinizzazione morale. Io l'ho applicato con fortuna, ottenendo una guarigione radicale in pochi giorni, ma passo per passo e senza combattere la morfiomania troppo direttamente. A tal fine è necessaria l'ipnosi completa con amnesia successiva, non importa se spontanea o comandata; solo allora le suggestioni riescono veramente efficaci, per quanto ardite e spinte oltre al dominio delle funzioni volontarie. L'ipnotizzatore potrà imporre l'appetito, il sonno ad ora fissa, il coraggio, il buon umore, la voglia della fatica, l'elevatezza della cenestesi, e preparare così il terreno all'abbandono spontaneo della morfina per mancanza del bisogno relativo o addirittura per repulsione, senza esporre l'ipnotizzato alle pene dell'amorfinismo, nè al rischio d'una controsuggestione improvvisa e categorica, che, non riuscendo efficace, comprometterebbe la cura. Infatti, quando l'ipnotizzatore urta violentemente la volontà o gli istinti o le abitudini del suo soggetto, ne perde ben presto il rispetto e la simpatia: senza questi requisiti la suggestione scema di efficacia e a lungo andare lo stesso sonno ipnotico finisce col rendersi del tutto impossibile.

Cocainismo

Nel 1880 Berkley propose la cocaina come sostitutivo della morfina e quindi come rimedio al morfinismo. Da quell'epoca nacque e si diffuse in un attimo il cocainismo, ma sempre accompagnato e in coda al morfinismo, di cui è l'ombra e lo scudiero.

Gli effetti del cocainismo sono più profondi e più rapidi di quelli che produce il morfinismo, ma assai simili. Tranne la maggior gravità, il cocainismo non offre di caratteristico che alcune particolarità accessorie, tutte di natura più che mai sinistra: il periodo d'euforia è breve e poco sensibile, sono assai frequenti le disestesie e le allucinazioni, si ha un'estrema irrequietezza con irascibilità, e infine sopravvengono i delirî. Il cocainista crede d'essere pedinato, solleva scandali sulla pubblica strada, protesta perchè non si rispetta la sua libertà ed entra facilmente in furore. Rodet racconta le peripezie d'un medico morfinista che, datosi alla cocaina, era divenuto bisbetico, pedante, litigioso, insopportabile. « Dava spiegazioni sulle proprie richieste d'onorario in lettere interminabili; nell'esame dei suoi malati moltiplicava e imbrogliava tutte le domande, ripetendole più volte; dimenticava le prescrizioni e le ricette da un giorno all'altro; non si rammentava degli appuntamenti dati ai clienti e li apostrofava villanamente vedendoli entrare in casa; contestava tutte le loro osservazioni e le loro lagnanze. Si finì col trattarlo come un pazzo e con l'internarlo in un manicomio ».

I cocainisti, come i morfinisti semplici, ma più di sovente, subiscono un'*involuzione etica*: divengono ingrati, bugiardi, calunniatori. I loro delirî assumono facilmente la forma della *persecuzione attiva*.

Per quanto si può sceverare tra gli effetti di due veleni che agiscono contemporaneamente o quasi, sembra che i fenomeni dell'astinenza siano meno penosi e che anzi possano addirittura mancare nel cocainismo. In altre parole, l'*aeocainismo* sarebbe meno angoscioso dell'*amorfinismo*; ma il benefizio è, più che altro, apparente, poichè l'ossessione che spinge a rinnovare le iniezioni non è per questo meno imperiosa. La cocainomania riveste anzi un carattere d'impulsività che la rende brutale, pericolosa e irresistibile, tanto più che non è saziabile, nemmeno momentaneamente, con le iniezioni di semplice morfina.

Il divezzamento d'un morfinista che sia per giunta cocainista è dunque un'impresa ardua, e non è facile attuarlo con la semplicità inflessibile dei metodi consacrati contro il semplice morfinismo.

CAPITOLO XII.

L'amenza

Si chiama *amenza* (MEYNERT), *delirio sensoriale*, *confusional insanity*, *Wahnsinn*, *Verwirrtheit*, una psicosi acuta, non sempre afebbrile, di varia origine, caratterizzata da una specie d'atassia mentale, che sconvolge i processi della percezione e dell'ideazione, e che può sospenderli totalmente fino all'incoscienza. L'amenza assale individui giovani, di mente normale, e chiude il suo brevissimo decorso con la perfetta guarigione, ma anche non di rado con la morte.

Le cause dell'amenza risalgono a perturbazioni organiche talvolta gravi ed evidenti, talvolta lievi ed oscure, in ogni modo assai diverse per natura e per sede: spesso non è che il reliquato psicopatologico d'infezioni ben note. Questa pluralità d'origini lascerebbe credere che l'amenza non sia una malattia a sè, ma una sindrome. Tuttavia i diversi disturbi somatici che possono diventare fattori primitivi e lontani della sindrome amenziale non ne provocano lo scoppio se non perchè convergono in un'azione comune, che si esercita di preferenza sulle funzioni percettive ed associative del cervello e che si rivela per l'omogeneità dei suoi effetti psichici di caso in caso. Quest'azione caratteristica, quantunque si sviluppi nel decorso d'infezioni e d'intossicazioni le più diverse per natura e intensità, è forse simile e costante come meccanismo fisio-patologico. Fino a prova contraria, essa può considerarsi come la causa immediata ed unica dell'amenza. L'amenza rimane dunque qualche cosa di compatto anche dal punto di vista della patogenesi; e l'uniformità non delle sue cause, ma del loro modo d'azione, corrisponde benissimo all'indiscutibile unità dei suoi quadri clinici.

I confini dell'amenza erano un tempo assai più angusti. Le sue forme violente passavano per casi di *mania grave*. Le sue forme meno profonde e semilucide, permettendo il sistematizzarsi d'un delirio quasi coerente, erano e sono interpretate anche oggi, ma non da tutti, come una varietà guaribile di *paranoia acuta* o come *episodî deliranti* nella vita fortunosa

dei degenerati. Infine, i casi letali d'amenza erano e sono tuttora collocati in un posto a parte e come una malattia a sè sotto il nome di *delirio acuto*: gli antichi alienisti chiamavano queste forme di amenza col nome di *mania febbrile* e di *tifo-mania*. E ciò senza contare i così detti *deliri da collasso*, che KRAEPELIN separò dal delirio acuto, ma che a loro volta si possono considerare come una varietà accelerata dell'amenza con esito minaccioso. Questi quadri clinici sono facilmente collegabili, perchè, comunque comincino e comunque finiscano, spiccano per un insieme di sintomi essenziali che non si ritrovano nelle altre psicosi, e che si riassumono nella formula: semicoscienza onirica seguìta da amnesia, senza periodicità, con guarigione o con morte a breve termine.

SINTOMI.

L'amenza si manifesta con sintomi psichici e con sintomi somatici. Tra i sintomi psichici, che sono i più caratteristici, predomina su tutti gli altri quello del *disorientamento*. È un disorientamento penoso e spesso completo: di luogo e di tempo, di persone e di cose. I malati non sanno in che città si trovano; non distinguono l'estate dall'inverno, nè il giorno dalla notte; dubitano che i loro cari siano morti; credono che il medico sia Dio o il diavolo o il comandante del naviglio; non riconoscono l'uso degli oggetti più comuni, orinano nel bicchiere, fanno l'atto di pettinarsi con un pezzo di sapone, scambiano la finestra per un armadio, e in qualche momento si lasciano sfuggire persino la nozione della propria individualità.

Un senso d'incertezza e d'impotenza è l'ordinaria risultante di questo smarrimento, che perciò si discosta dalla disorientazione pacifica della demenza senile. Mentre il demente senile soggiace a lacune ed errori parziali della percezione o della memoria, che qualche volta sa abilmente nascondere, ma che in ogni modo non lo affliggono, nè lo avviliscono gran che, l'ammalato d'amenza è spesso sgomentato o terrificato, cerca aiuto, grida o minaccia, e non attinge alcun lume nell'esperienza personale, che ha cessato d'assisterlo.

Le sue percezioni sono in gran parte alterate od anche inibite da stimoli interni. Le poche immagini normali e collegate sono frammiste ad *allucinazioni*, che le rendono inutilizzabili. Il mondo apparisce agli amenti come attraverso ad un sogno confuso ed opprimente. Nei corridoi del manicomio rintronano i *passi musicali* degl'infermieri; nel giardino stormiscono gli *alberi parlanti;* dalle pareti dipinte della camera spuntano

fiori animati; e sul soffitto mal rischiarato si affollano eserciti capovolti di *pigmei*, di *giganti*, di *mostri*, di *gendarmi*. È una lanterna magica: il tribunale, il patibolo, la bella del bosco, gli omuncoli, le gemme della grotta, l'*harem*, gl'insetti immondi, i beduini, i gesuiti, gli antigesuiti sfilano davanti alla fantasia senza freni del malato allibito. Un amente si tratteneva dal fare elemosina, perchè temeva di distribuire il veleno; pensava che zappando avrebbe potuto squarciare il seno alla Madonna; quando gettava nel fiume la fiocina per pescare i broccioli, gli pareva di sollevare dal fondo dell'acqua le sue creature e di veder galleggiare sulla superficie le loro viscere sanguinanti.

Le allucinazioni degli amenti sono svariate, incessanti e di tutti i sensi: sopratutto visive ed uditive. I malati spalancano gli occhi, li chiudono con energia e con ardore, tendono le orecchie, si commuovono, ascoltano personaggi invisibili, contemplano orizzonti lontani, salmodiano, declamano, inveiscono, predicano con voce d'oltretomba, susurrano parole d'amore. Alla sinfonia delle allucinazioni si aggiunge la *ridda delle immagini mentali*. La psichiatria tedesca ha consacrato questo sintomo prettamente amenziale con un'espressione apposita: *Ideenflucht*. Dalla cornucopia della fantasia scendono alla rinfusa allitterazioni, rime, luoghi comuni disusati e fuor di proposito, osservazioni graziose, ma incomplete, giudizî insensati, assurdità d'ogni genere. Le associazioni verbali per assonanza, per automatismo mnemonico, per contiguità di spazio e di tempo, non incontrando alcuna inibizione, vincono ogni sforzo di pensiero logicamente continuato e trascinano i malati al *vaniloquio*.

« Che cosa c'è? Chi va là? Hm! (il malato siede sul letto e guarda attentamente un angolo buio della sua camera). Les Dieux en cage! Il y a des Dieux là dedans! Ils ont les pieds dans les espaces. Qu'est-ce qu'on dit! (come se raccogliesse faticosamente una voce lontana). Une peau d'hippopotame pour la tsarine? Va a farti monaca! Fais le capucin! Quels soldats? Lei ha visto in me una coscienza parabolica che non era troppo similizzante. Mia moglie (il malato è celibe) è trattata come una schiava o meglio come un tritone. Le forze silenti hanno afferrato ce document. Vous avez comblé l'espace, elle a dissipé son son . . son coin. On dissipe ton coin (come se parlasse ad un fantasma vicino), mais tu as de l'air, tu as de l'air . . c'est ignoble! On a fait des distances, je vous dis *en silence* qu'il ne faut pas dissiper les distances, il faut les tenir par des anneaux ou par des grosses sphères. Correte alle sfere celesti. Celui là avait un poison. Io voglio (rivolgendosi all'infermiere) parlare con te di cose importanti: voglio sposare mia sorella, cioè voglio integrarla. Se fa una sigla con la piegata scomposta, non mi piace, ma ha dell'espressione, sì, ha molta espressione. Bisogna proibire la forza siderea. Jehovah! respecte les astres, respecte les autres! Ça fait un train une autre fois. Les Italiens, et puis cette pointe. Ça ressemble à la base comme un trou dans un trou. Ne faites pas de bêtises. Se sento dei cattivi sapori? (come se ascoltasse al telefono). Sì, un poco, c'è del

veleno, l'ha visto con me anche il dottore, andate pure. Nel ritmo si vedono tutte le azioni piccole, con piccola tensione, senza sviluppo. Io il pieno lo voglio pieno. Non voglio essere sconfinato nell'arte delle volute. C'è un treno tirato dagli insetti. Ho tre amanti gigantesche, hanno dimensioni nettuniche, sono meridiani della terra, bionde, con gli occhi elettrici e i fianchi di cristallo di rocca, poliedrici, a sistema rotante... ».

L'insensatezza di ciò che dicono gli amenti è accresciuta di quando in quando dalla *decomposizione delle parole*. Non solo si scompigliano i rapporti tra i varî centri corticali, ma anche i rapporti tra le varie immagini sillabiche nel seno della terza circonvoluzione frontale. Spesso i malati *bisbigliano* come se si trovassero in chiesa o ad un colloquio amoroso o accerchiati da nemici nascosti.

Il loro *bisbiglio* è accompagnato da una mimica espressiva e da *gesticolazioni concitate*. Gli amenti saltano dal letto in camicia come se le lenzuola fossero in preda alle fiamme; si affacciano alla finestra per salvarsi; s'inginocchiano implorando pietà; restano assorti ed immobili con uno sguardo mistico; non mangiano perchè sono presi da un'improvvisa avversione al cibo che forse credono avvelenato; parlano in lingue straniere o in falso latino; muovono le labbra rapidamente e senza rumore, illudendosi di discorrere; cantano o simulano di cantare a perdifiato; declamano; si avventano con impeto contro lo sconosciuto che entra nella loro cella, o lo scambiano per un difensore e lo abbracciano, affannosamente lo chiamano per nome, lo invitano a cena.

L'agitazione degli amenti è senza scopo o tutt'al più è difensiva. Quando non è inspirata dal terrore, è il prodotto di stimoli interni. Perciò non si deve confondere con l'agitazione dei maniaci, che è offensiva, benchè effimera, e muove dalla collera o da un sentimento di superiorità. Da questo punto di vista, gli amenti e i maniaci, quantunque spesso si comportino in modo quasi eguale, sono psicologicamente assai diversi; e non occorre una gran penetrazione per accorgersene. Nell'amente i motivi dell'azione partono sempre dall'interno e sono immaginarî; nel maniaco, per quanto esasperato, partono dalla realtà esterna e rivestono almeno un'apparenza di ragione. L'amente è del tutto incapace d'*attenzione passiva* e si consuma in vani conati d'*attenzione attiva;* non vede, non ode nulla, e gli avvenimenti gli passano accanto senza modificare il suo stato d'animo, senza impressionare la sua memoria. Invece il maniaco è un sismografo delicatissimo, che segnala anche il volo d'una mosca: la sua attenzione passiva è così sensibile e pronta, che gli suggerisce osservazioni argute e reazioni fulminee, ma non assurde; e di tratto in tratto non gli riesce impossibile un breve, ma valido sforzo d'attenzione attiva.

Più che una diversità, è dunque un vero antagonismo che ci permette

di separare gli amenti agitati dai maniaci. L'amente è tutto concentrato o piuttosto è smarrito in sè stesso; il maniaco si profonde, e non a caso, al di fuori; l'uno è contraddittorio ed enigmatico, l'altro è fin troppo logico e trasparente. Questa distinzione non è superflua, perchè giustifica la distribuzione moderna degli *agitati*, per categorie nosologiche, da una parte in una *grande* amenza, che ne comprende il maggior numero, dall'altra in una *piccola* mania, che ne abbraccia assai pochi; e perchè in questa diversa assegnazione è coinvolto un concetto pronostico. Noi sappiamo già che l'amenza si riproduce difficilmente e guarisce, ma minacciando la vita; mentre vedremo che la mania guarisce egualmente, ma si rinnova spesso, quantunque a lunga scadenza, e in ogni modo non include alcun pericolo per la vita.

Non tutti gli amenti sono agitati. Ve n'è una buona parte che, al contrario, dimostrano con la loro *immobilità* la più profonda indifferenza affettiva: sono gli *amenti attoniti*. L'indifferenza degli amenti attoniti è secondaria, perchè proviene dalla sospensione dei processi di percezione e di rappresentazione. In questi ammalati le immagini attuali sono così deformate, le immagini mentali sono così contraddittorie, che si elidono a vicenda e non suggeriscono nulla. Il sentimento resta inaridito per mancanza di materia prima, cioè d'immagini e d'idee; la volontà rimane paralizzata dalla mancanza di motivi. Si cade così nello *stupore*, ma in uno stupore inattivo, senza emozioni e senza ricordi, sopratutto senza manifestazioni catatoniche, perchè la catatonia è un'iniziativa sbagliata e stolida, ma energica e tenace, che testifica ancora un certo grado di coscienza. Nondimeno l'*amenza attonita* è difficile a distinguersi dagli episodî di stupore che aprono il processo della demenza precoce o che s'interpolano nel suo decorso. Spesso la distinzione si pratica, non già sulla differenza dei sintomi, ma sull'evidenza d'una causa somatica che parla in favore d'un processo amenziale. Altre volte il diagnostico non arriva che a processo finito, quando il ritorno dell'energia e la stabilità della guarigione e la coscienza che ha il malato d'un profondo distacco tra il suo stato attuale e lo stato di malattia rendono certo che si trattava di un'amenza accidentale.

In questi casi di stupore passivo i malati sono raramente *analgesici*, ma le punture cutanee non risvegliano che reflessi automatici. Qualche volta l'immobilità si vince col comando o con una dolce insistenza o con una lieve pressione meccanica che agisce come uno stimolo supplementare e si somma con l'impulso insufficiente della volontà. A questo modo i malati, metà per iniziativa propria, metà per obbedienza, camminano, ma senza una meta, e si alimentano, ma senza preoccuparsi di ciò che mangiano.

Tra i casi d'agitazione e quelli di stupore vi è un grado intermedio d'inattività amenziale in cui la coscienza è semplicemente obnubilata.

— Come vi chiamate? — *Proprio per nome?* (il malato è un contadino di 31 anni, padre di famiglia). — Sì, per nome. — *Masetti Angiolo.* — Di dove siete? — *Di Stia, proprio del borgo, facevo lo spazzino.* — Perchè v'hanno portato al manicomio? — *Sissignore, perchè avevo male . . poi picchiai un colpo nel capo* (non è vero) *. . . e un dottore mi disse che avevo male al capo.* — State volentieri qui dentro? — *Che vuole? non tanto . . . vedo tanta gente che non conosco . . .* — E allora che dobbiamo fare di voi? — *Mi rimetto in lei, faccia lei, io avrei piacere che mi mettessero fuori.* — Chi avete in casa per assistervi? — *A casa ci ho la moglie, un figlio che si chiama Pietro, uno Beppe e una bambina malata.* — Che malattia ha la vostra bambina? — *È un pezzo che è malata, volle andare in fabbrica, non mi ricordo, fra sì e no, mi sento confuso.* — Da molto tempo siete così confuso? — *E chi se ne rammenta?* — Che luogo è questo? — *Non so.* — Che luogo vi pare che sia? — *Io non posso rispondere a queste cose, perchè non me ne intendo.* — Vi pare una chiesa, una scuola, uno spedale, una caserma? — *Io posso dire mi pare . che vi sia delle belle vedute . . ma non so considerare, non so fermarmi.* — Che cosa vi pare di queste persone? (i ricoverati). — *Io? messi qua e là . . a me mi paiono . non stanno mai fermi, mi guardano su e giù, mi guardano male, pare che l'abbiano con me, su e giù, mi hanno confuso.* — Dormite bene la notte? — *Poco.* — Perchè? — *Sento delle voci, sento che scaracchiano e sputano, sembra che dican di me.* — Conoscete Firenze? — *Sì, ci sono stato, so che è una bella città e ci sto volentieri, ma qui no, il capo mi vagella, tutta questa gente non istà mai . . .; se si lavorasse ci starei, un ospizio sì; non mi raccapezzo, sono tanti anni che manco da casa!* (sono pochi giorni); *bisogna domandarlo al municipio.*

L'amenza di lieve grado può dar luogo a delirî più o meno sistematizzati, che arieggiano la paranoia, ma non raggiungono mai la lucidezza e la convinzione d'un vero delirio paranoico; anzi se ne distinguono per la futilità dell'invenzione e per la loro natura incerta, dubbiosa, contraddittoria. Questi delirî nebulosi son d'altra parte caratterizzati da un forte colorito affettivo, in conformità al loro tema, ed inspirano scoraggiamenti, esaltamenti, voluttà che non sono soliti nemmeno fra i dementi precoci: il demente precoce, nel suo delirio paranoide, è sempre ambiguo e spesso mistifica chi lo ascolta, comportandosi in maniera per nulla conforme alle idee che ostenta. Invece l'amente è sincero. Del resto, la passione, il timor panico, l'entusiasmo, l'estasi non brillano per soverchio impeto nemmeno fra gli abitudinarî della paranoia. Insomma i delirî degli amenti, malgrado le loro incertezze, hanno un'impronta di sincerità, d'ingenuità, di ebbrezza semicosciente, che basta ad individualizzarli sia di fronte ai delirî paranoici, sia di fronte ai delirî paranoidi della demenza precoce. Gli alienisti tedeschi, salvo KRAEPELIN e pochi

altri, danno il nome di *paranoia acuta* ai delirî di questo genere e persino ai casi d'amenza asistematica. Io credo che una simile miscela di delirî disparatissimi, anche se puramente verbale, sia ingiustificata e perturbatrice: non vi è nessuna analogia tra un delirio improvviso, breve, guaribile, che toglie al malato ogni lucidezza, ed un delirio meditato, abituale, costituzionale come quello della paranoia.

Un amente di 20 anni, soldato, di buona indole, intelligente, che faceva il meccanico, cade in uno stato d'amenza, sogna d'aver inventato un cannone, dice d'essere martirizzato e nobilitato per effetto dell'*acqua espansoria,* spera di diventare generale e manda all'aria tutto ciò che si trova sotto mano; ma in poche settimane, non senza qualche oscillazione della termogenesi, guarisce e torna a casa. Qualche volta l'amenza si orienta verso le idee di persecuzione: il malato si crede accusato di sodomia passiva, i cocchieri pubblici, i rivenditori di giornali, i monelli brontolano o ridono quando lo vedono passare, dicono che ha le scarpe lucide, che il suo letto è molto soffice, che ha le tasche piene di dolciumi; e quand'è solo gli pare che i fili del telefono trasportino ingiurie e calunnie a suo carico, che dal soffitto della sua camera piova ambra o vino bianco, che sui muri della città sia scritto: *morte a* . . (e qui il suo nome). Oppure accade che il delirio amenziale sia rivolto all'erotismo: in chiesa e sulla strada si trovano paggi e cavalieri che fanno largo all'ammalata, le porgono l'acqua benedetta, le offrono il loro cuore con segni impercettibili, con atteggiamenti languidi e misteriosi. Una signorina di trent'anni, di bell'aspetto, onesta, educatissima, cominciò a credersi derubata, a fantasticare intrighi e insidie a proprio danno, a trovar tutto *cambiato;* venne al manicomio, dimagrò rapidamente, cadde nella massima confusione, levandosi un dente, percuotendo le compagne, comportandosi come una demente, arrivando fino alla perdita delle feci e dell'orina. Quest'ammalata, in capo a qualche mese, aumentò di peso, riacquistò la sua discreta avvenenza, divenne lucida e abbandonò il manicomio guarita: anzi poco tempo dopo fece un matrimonio di riflessione, e sono varî anni che sta bene.

Nell'amenza è costante l'*insonnia,* un'insonnia fatta d'irritazioni organiche, che non hanno un corrispettivo psichico, e che relegano questo fenomeno nella sfera dei sintomi somatici. Mentre il melancolico non dorme perchè soffre, e il maniaco perchè esulta, l'amente è in preda ad un'insonnia talvolta tempestosa, talvolta placida e senz'emozioni, che è l'espressione dell'equilibrio instabile a cui sono ridotti dalla malattia i diversi centri funzionali della corteccia. Volubili come sono nell'attività, questi centri non sono capaci di perseverare nemmeno nel riposo: l'isolamento dal mondo esterno non risparmia ai centri sensoriali l'azione

degli stimoli patologici d'origine interna che risvegliano una serie interminabile d'allucinazioni; e da quei medesimi stimoli divampano egualmente, come fuochi fatui, le idee sconnesse e poco luminose, ma che pur impediscono alla coscienza d'oscurarsi completamente. Anche gli ammalati attoniti, che non si muovono e non pensano, sono spesso nell'impossibilità di dormire. Il loro cervello, nel conflitto delle immagini contraddittorie, non trova una risultante che gli serva di guida e che lo spinga all'azione; ma non per questo è meno logoro e stanco. L'insonnia degli amenti non è dunque l'espressione del protratto riposo, dell'inerzia psichica, ossia del nessun bisogno che avrebbero di dormire, ma è l'effetto d'irritazioni chimiche, saltuarie, abnormi, che impediscono alla coscienza d'assopirsi completamente. E infatti l'amenza attonita non si comporta di fronte al sonno diversamente dall'amenza agitata.

Gli amenti presentano spesso notevoli abnormità di temperatura. Spesso hanno la febbre. Si tratta d'una febbre quasi sempre discontinua, atipica, talvolta lieve, e che, se pure si alza a 38°, 38°,5, 39°, non raggiunge queste altezze che una o due volte in tutto il decorso della malattia; ma pure sono ben pochi i casi d'amenza, gravi o leggieri, che ne vadano del tutto esenti. È probabile che la brevità di questi accessi febbrili li sottragga spesso all'osservazione. Di qui l'opinione invalsa fino ad ora tra gli alienisti che l'amenza sia una malattia assolutamente afebbrile. Quest'opinione erronea ha potuto trovar credito in ospedali enormemente affollati e poveri di medici, come sono in tutta Europa (e peggio in America) i manicomî. Altre volte, specialmente nei casi più gravi che vanno sotto il nome di delirio acuto, l'ipertermia è alta e continua, benchè remittente; e può anche assumere l'andamento caratteristico della febbre tifosa. In questi casi l'obnubilamento della coscienza è più profondo: il malato è assopito, balbettante, in preda a piccoli movimenti automatici, l'espressione del suo viso è smarrita e sonnolenta, la sensibilità sembra scomparsa. Le funzioni digestive sono profondamente turbate per sitofobia, stipsi, coprostasi, abnormi fermentazioni intestinali, lingua arida e fuligginosa, alito acetonico, sudore profuso. L'orina può contenere traccie d'albumina, spesso contiene quantità rilevanti d'acetone. L'agitazione motoria può gradatamente ridursi, limitandosi infine a movimenti carpologici. Non di rado si osservano contrazioni fascicolari nei muscoli degli arti e della faccia.

In tutte le forme dell'amenza, ma specialmente nelle più violente e in quelle a decorso febbrile, vi è una manifesta tendenza a fenomeni di collasso, che costituiscono il principale pericolo per la vita di questi infermi. Non è raro il caso di ammalati che dopo varî giorni di violenta agitazione e di clamorosità cadono improvvisamente in uno stato di ab-

battimento cui sussegue subito una depressione della temperatura anche fino a 35.° o meno con assopimento estremo della coscienza, polso piccolo e frequentissimo, respirazione superficiale ed accelerata, sudore abbondante. E così si arriva alla morte, talvolta in modo inatteso, anche dopo quattro o cinque giorni di malattia.

I disturbi di nutrizione, che si rivelano sopratutto col *dimagramento* talvolta imponente, sono di regola, specialmente in quei casi, gravi o leggieri, che non decorrono troppo rapidamente. Lo stato di denutrizione è in parte un effetto delle stesse cause da cui derivano i disturbi mentali; in parte dipende dallo spreco di energia muscolare, dallo strapazzo, dalla febbre e dalla deficienza di riparazione alimentare per disturbi digestivi ed assimilativi. Il reintegrarsi del peso corporeo procede di pari passo col riordinamento di tutte le funzioni, comprese le psichiche, ed è di fausto pronostico. Spesso questa rifioritura ha qualche cosa di meraviglioso per la sua rapidità.

Nel decorso dell'amenza, per quanto grave, si osservano spesso brevi periodi di tregua, durante i quali il malato è lucido ed esprime, talvolta con parole assai efficaci, lo stato malagevole del suo pensiero. Queste *tregue*, notate da KRAEPELIN nel delirium tremens, sono comuni a tutte le psicosi confusionali ed acute. Esse sono del tutto effimere e non durano che una mezza giornata, ma più spesso qualche ora o qualche minuto. Talvolta sono un sintomo *in limine mortis*. Evidentemente gli ammalati di questo genere soffrono di un disordine nei rapporti dinamici tra le idee, che turba la coscienza a sbalzi e ne impedisce la continuità. Ma se il disordine tace per un istante, la personalità intellettuale, che non è cambiata da alcun pervertimento o sistematismo, riapparisce nella sua integrità coi sentimenti e con le tendenze abituali.

L'amenza può presentare lunghe remissioni e recidive. Ammalati in istato anche grave, con febbre, migliorano notevolmente, riacquistano lucidezza e vigore per varî giorni o settimane, ma poi peggiorano inopinatamente. A. FUCHS sostiene che queste remissioni sono di infausto significato, ciò che non sono lontano dal credere anche per esperienza personale.

Le recidive possono rinnovarsi a distanza di anni con una certa periodicità. Questo fatto è suscettibile di varie spiegazioni, tutte egualmente verosimili e non inconciliabili fra di loro. Può darsi che cause diverse o identiche bersaglino lo stesso individuo in epoche diverse della vita; può darsi che una causa persistente, ma soggetta ad oscillazioni, per esempio una malattia cronica del tubo digerente, dia luogo ad accessi ripetuti d'amenza; può darsi infine che in certi individui il sistema nervoso

sia particolarmente sensibile a certi agenti morbosi di facile penetrabilità, ma di effetto insignificante per chi non abbia quella speciale idiosincrasia.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Nell'amenza il reperto *macroscopico* è piuttosto scarso e poco o punto caratteristico. I *centri nervosi* sono talvolta iperemici, anche molto iperemici; altre volte, specialmente se la morte fu preceduta da coma o da grave collasso, l'iperemia manca del tutto. Nella pia e nel cervello si vedono (di rado) emorragie puntiformi. Degli altri visceri, il *cuore* presenta sfiancamento del miocardio o degenerazione grassa. La *milza* è spesso tumefatta, talvolta in alto grado: al taglio mostra un colorito vinoso e parenchima spappolabile, come avviene nei processi d'infezione. La degenerazione grassa è un fatto costante o quasi, ma talvolta appena accentuato, nel *fegato* e nei *reni*. Altre lesioni macroscopiche si riscontrano, con molte varietà da caso a caso e con significato di momento etiologico, nell'*utero puerperale*, nell'*intestino*, nel *fegato* e nei *reni*. Altre lesioni ancora possono dipendere da complicanze o da malattie sopraggiunte, come polmonite, enteriti acute, parotite.



Fig. 65. — Cellula piramidale gigante in un caso d'amenza consecutiva ad influenza (da CAMIA).

Il reperto *microscopico* nel sistema nervoso centrale varia per la diversa intensità delle lesioni, ma non è privo d'una certa individualità. Il più delle volte si osserva un'alterazione acuta e assai diffusa delle cellule

nervose, che consiste nella disgregazione delle zolle cromatiche (fig. 65). Quest'alterazione è accompagnata, nei casi più tipici, da maggior colorabilità del nucleo. Nei casi estremi il nucleo risalta fortemente dentro al corpo cellulare impallidito, ciò che rende indistinta o maschera del tutto la presenza del nucleo. La forte tinta del nucleo spicca più che mai nella corteccia e nelle piccole e medie piramidi più che nelle grandi (fig. 66). Qualche volta è manifesta in tutte le cellule dell'asse cerebro-spinale.

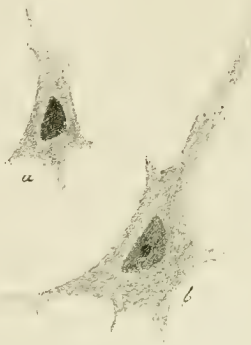


Fig. 66. — Corteccia cerebrale, *a*, piccola piramidale; *b*, media piramidale, in un caso di amenza. Cromatolisi diffusa, colorabilità della parte acromatica, colorazione intensa del nucleo (da Camia).

In alcuni casi si riscontra un altro tipo assai caratteristico d'alterazione cellulare, alterazione del tutto analoga a quella che si determina sperimentalmente nella cellula d'origine ferendo il suo cilindrasse, sia in neuroni periferici, sia in neuroni centrali. Il corpo cellulare apparisce rotondeggiante e come rigonfio; i prolungamenti protoplasmatici sono assottigliati o scomparsi; la sostanza cromatica è minutamente disgregata e diminuita nelle parti centrali della cellula; il nucleo è fortemente eccentrico, spesso deformato a fagiuolo, con l'ilo rivolto verso il centro della cellula; e in questa concavità si addensano piccole zolle cromatiche che sembrano penetrare con brevi irradiazioni nella parete del nucleo (v. fig. 67). Questo reperto, frequentissimo nel delirium tremens, si

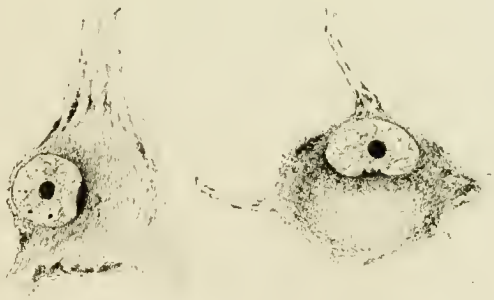


Fig. 67. — Cellule piramidali giganti (circonvoluzione frontale ascendente) in un caso d'*amenza*: reazione cellulare alla lesione del cilindrasse probabilmente per causa tossica (da Camia).

riscontra, benchè con minore diffusione, anche nei casi comuni d'amenza, dove l'alcoolismo si può escludere o mettere in seconda linea. Più frequente che altrove è quest'alterazione nelle cellule giganti della zona motrice, donde prende origine il fascio piramidale. Essa può interessare solo una piccola parte di queste cellule, mentre le altre presentano, come le piccole e medie piramidi, il tipo di cromatolisi diffusa che abbiamo mentovato per primo.

La lesione descritta ha, qualche volta all'evidenza, il carattere d'una reazione a distanza. Le fibre che dipendono dalle cellule alterate sono lese primitivamente e talvolta in alto grado; per cui le cellule, alterandosi secondariamente, non fanno che reagire alla degenerazione delle fibre. In questi casi il metodo di Marchi mette in rilievo la degenerazione di fibre del fascio piramidale.

Peraltro avviene non di rado che le cellule della zona motrice siano alterate, mentre le fibre piramidali sembrano illese. È verosimile che, con tutto ciò, esistano lesioni incipienti di fibre piramidali, e che le cellule abbiano già reagito prima che le lesioni delle fibre siano così inoltrate da potersi riconoscere col metodo di Marchi. In ogni modo il tipo di lesione per reazione a distanza coesiste con quello della cromatolisi diffusa, che rende il nucleo più colorabile e che interessa in vario grado tutte le altre cellule della corteccia.

Quando la lesione di rimbalzo è più disseminata, essa può arrivare alle colonne di Clarke, persino alle corna anteriori ed ai gangli spinali.

La *nevroglia* non presenta alterazioni importanti. Il metodo elettivo di Weigert non mette in evidenza moltiplicazione di fibre. Intorno alle cellule nervose si osserva qualche volta che i soliti nuclei di nevroglia sono in aumento e cominciano a penetrare nel citoplasma delle cellule nervose. I *vasi*, in genere, sembrano normali; tutt'al più si può riscontrare un rigonfiamento dell'endotelio nei piccoli vasi od una proliferazione di nuclei endoteliali. La presenza di bacterî svariati, come fu verificata da alcuni autori, è eccezionale e dipende da invasione agonica o da infezioni generali.

ETIOLOGIA E PATOGENESI.

L'etiologia dell'amenza, come abbiamo premesso, non è unitaria. Vi è un gruppo di casi più gravi, a decorso febbrile, con esito mortale, che passano sotto il nome di *delirio acuto*, e che presentano il quadro d'uno stato d'infezione o di grave intossicazione generale. Varî autori si sono affaticati nella ricerca di microrganismi patogeni, esaminando batterio-

logicamente il sangue, il liquido cefalo-rachidiano, gli organi tratti dal cadavere. Reperti positivi non mancano, benchè spesso le indagini praticate con la maggior insistenza in varie fasi della malattia e persino nei visceri cadaverici possano dare un risultato del tutto negativo. Così Briand in tre casi di delirio acuto osservò che il sangue conteneva microrganismi a forma di bastoncino (1881); Rezzonico, nel 1884, trovò accumuli di cocchi dentro i vasi cerebrali; Bianchi e Piccinino nel 1893 ricavarono dal sangue un bacillo con proprietà biologiche speciali alla cui azione patogena attribuiscono certe forme di delirio acuto; Buchholtz, poco dopo, non avendo riscontrato alcun microrganismo nel sangue, ne rinvenne nella sezione di varî organi; Rasori, nella stessa epoca, isolò dal cadavere un bacillo con proprietà biologiche speciali, ma diverse da quelle che avevano fissato Bianchi e Piccinino per il loro; Ceni, dal 1898 al 1900, trovò solo in qualche caso i comuni piogeni penetrati in circolo secondariamente; Cappelletti nel 1899 verificò la presenza di cocchi e di bacterium coli nel sangue e nei visceri, ma solo nel periodo preagonico e dopo la morte; Kazowsky nel 1899 riscontrò cocchi nel sangue, nel liquido cefalo-rachidiano e nella milza, ma si trattava di un caso eccezionale, dove eravi ulcerazione del colon e nell'ulcerazione si trovavano gli stessi cocchi, compreso lo stafilococco piogeno aureo; finalmente Sander nel 1901, esaminata la milza e i polmoni, vide che vi erano stafilococchi, diplococchi, e in un caso il bacillo dell'influenza, in un altro il diplococco di Weichselbaum. Al contrario, Carlo Martinotti (1894), Cabitto (1896), Ceni (1898), Armanni (1899) ebbero reperti negativi.

In generale si tratta dunque di microrganismi banali che dimorano normalmente nell'intestino od alla superficie del corpo e che possono eventualmente avere invaso l'organismo nel periodo dell'agonia. Tuttavia non può escludersi la possibilità che in qualche caso particolare o in qualche categoria d'amenze un'infezione sia la causa determinante della malattia o per lo meno una causa concomitante di gran valore.

Più chiaro e meglio stabilito è il rapporto che un vasto gruppo di casi d'amenza contrae indirettamente con malattie infettive in atto o (sopratutto) pregresse. In seguito a tifo, scarlattina, reumatismo articolare, erisipela, malaria, influenza, polmonite, morbillo, vaiuolo, febbre puerperale, e durante il periodo della convalescenza possono manifestarsi fenomeni mentali quando la malattia non è più in atto e si può escludere sia la presenza dei microrganismi specifici, sia l'azione diretta dei loro prodotti tossici.

Altri casi sono manifestamente in rapporto con affezioni croniche dell'apparato digerente: catarri gastrici o intestinali, stitichezza ostinata, coprostasi.

In altri casi ancora la malattia presenta un nesso abbastanza diretto ed evidente con speciali stati d'esaurimento, ai quali è senza dubbio legato un processo d'autointossicazione; così in seguito a strapazzi protratti, a insonnia forzata, a perdite di sangue, ad allattamento, a cachessia determinata da neoplasmi e da affezioni chirurgiche.

Vi è un altro gruppo di casi in cui si riscontra come causa uno stato di *shock* psichico, emozioni dolorose, contrarietà continuate nella vita domestica e professionale. Queste cause psichiche si associano quasi sempre ad altre cause d'esaurimento, determinando, prima dell'amenza, insonnia, deperimento fisico, deficiente nutrizione ed assimilazione, che diventano le vere cause immediate della malattia.

Bisogna poi confessare che vi sono casi in cui la causa sfugge o si riduce a vaghe presunzioni; eppure il quadro non è meno caratteristico.

Da tutto ciò si può concludere che l'unificazione patogenetica dell'amenza non può compiersi che sotto il punto di vista dell'intossicazione. È probabile che malattie infettive in atto o pregresse, stati d'esaurimento o di autointossicazione, fatiche o traumi psichici concorrano in effetti analoghi, benchè più o meno accentuati, sul ricambio materiale, determinando un turbamento per sua natura transitorio e riparabile, ma talvolta così intenso, da produrre altri disturbi funzionali che a loro volta sono capaci di produrre la morte. In questa convinzione ci conferma il fatto che stati confusionali del tutto analoghi a quelli dell'amenza possono aversi per cause specifiche ben note di natura tossica. In fondo, il quadro del delirium tremens non differisce per nessun carattere essenziale dal quadro volgare dell'amenza: le stesse allucinazioni più tipiche, che ricorrono in esso con tanta frequenza, possono ritrovarsi con minor frequenza, ma con altrettanta tipicità in casi in cui è da escludere ogni abuso d'alcoolici. La pellagra, nelle sue forme acute, presenta un quadro tipico d'amenza, e i suoi casi più gravi con decorso febbrile ed esito mortale, i così detti casi di *tifo pellagroso*, ricopiano nella sintomatologia il delirio acuto. L'*uremia* può dare acutamente il quadro dell'amenza dalle forme più lievi alla forma più grave del delirio acuto: questi casi, se non si palesassero per quel che sono a motivo dei dati anamnestici e di eventuali fenomeni concomitanti (del resto non decisivi), come l'epilessia jacksoniana, andrebbero confusi con l'amenza.

Episodî amenziali d'origine tossica, almeno secondo ogni verosimiglianza, possono comparire nel corso della *demenzasenile* e della *paralisi progressiva*. Specialmente in quest'ultima malattia gli episodi confusionali possono presentare, dal lato della gravità, ogni sorta di sfumature, possono anche assumere decorso febbrile con sintomi gravi ed esito

mortale e riprodurre il quadro del delirio acuto a tal segno, che ogni distinzione sarebbe impossibile, se non si avesse il sussidio dei dati anamnestici.

CURA.

Nell'amenza la cura deve mirare sopratutto a ristorare e sostenere le forze. In prima linea sta il trattamento dietetico. Bisogna somministrare un cibo nutriente e di facile digeribilità, latte, uova, carne battuta. Se lo stomaco la tollera, è consigliabile qualche volta l'iperalimentazione. Nel caso di rifiuto, non si deve tardare ad usare la sonda. Sarà utile far precedere la somministrazione da una lavatura gastrica. È molto opportuno l'uso dell'alcool.

Per mantenere le forze, è spesso necessario d'impedire che il malato le disperda con atti d'agitazione. A questo scopo è di regola il letto, la *Bettbehandlung*. I bagni caldi e protratti restituiscono la calma e recano il sonno. Questo mezzo è preferibile agli ipnotici, il cui uso è limitato dalla necessità di evitare un possibile collasso. In casi di estrema agitazione non si deve, per un preconcetto umanitario, rifuggire da qualche mezzo di coercizione meccanica, tanto più che i malati, essendo incoscienti o quasi, non possono soffrirne moralmente. Le stanze a pareti imbottite impediscono al malato di ferirsi avventandosi al muro, ma gli permettono di prodigare le proprie forze in movimenti di tutti i generi; inoltre, se il malato è sudicio, richiedono una pulizia dispendiosa e non sempre facile.

La nettezza di malati così incoscienti è naturalmente un cómpito delicato, che dev'essere disimpegnato col massimo zelo. La lavatura della bocca e dei denti deve ripetersi anche più volte al giorno, specialmente nei febbricitanti e nei sitofobi.

Tra i farmachi, giovano i tonici come la chinina a piccole dosi, la sparteina, la stricnina. In caso di collasso, si ricorre alla caffeina, alla canfora, all'etere, agli impacchi caldi, all'ipodermoclisi od a semplici clisteri d'acqua salata.

Nella convalescenza l'ammalato deve guardarsi dagli strapazzi; e se è assistito al manicomio, bisogna evitarne la dimissione precoce che talvolta è causa di recidive.

Psicopatie uremiche

Tutti i casi di uremia grave, specialmente negli stadi terminali, sono accompagnati da gravi disordini psichici. Anche prescindendo dall'incoscienza dello stato convulsivo e comatoso, vi è in ogni uremico grave un certo grado di ottundimento psichico, di apatia, di sonnolenza, di smemoratezza, che certamente richiamerebbe l'attenzione per conto proprio, quando non fosse riconosciuto come un sintomo accessorio di una malattia più vasta.

Ma vi sono dei casi, ben più importanti per la psichiatria, nei quali l'uremia e la lesione renale sono indiagnosticate: esse si manifestano in modo incompleto, insolito ed ambiguo, cioè con un quadro di sintomi psichici e nervosi che sono i primi e i soli a destare l'allarme, e che spesso per la loro imponenza richiedono l'intervento di un alienista. Se in tali contingenze il malato passa al manicomio, come avviene abbastanza di frequente, non è improbabile che la vera causa del disordine psichico continui a restare sconosciuta, perchè l'organizzazione dei manicomi non è ancora così evoluta, almeno in Italia, da permettere la diligente e quotidiana osservazione di ogni infermo. I ricoverati dei manicomi sono affidati a pochi medici, che possono sorvegliarli e disciplinarli a squadre, ma non curarli individualmente, nè procedere a centinaia d'esami uroscopici. Simili raffinatezze, che sarebbero doverose, non entrano nella visuale delle pubbliche amministrazioni; e finora non si praticano che eccezionalmente in qualche clinica e in qualche manicomio privilegiato.

L'uremia può dar luogo a varie sindromi psicopatiche, in rapporto con la natura della lesione renale che la determina. Nelle forme più gravi ed acute si hanno fenomeni acuti, che decorrono con la sindrome amenziale; nelle forme meno gravi e più lente, per lo più croniche, si hanno sindromi a decorso cronico e a carattere demenziale. Si possono produrre anche sindromi di lesione a focolaio con le indicazioni più svariate di sede, ma senza che all'autopsia sia dato scoprire alcuna lesione più accentuata nelle regioni sospettate durante la vita.

L'amenza uremica è sempre assai grave ed assume quasi esclusivamente la forma del delirio acuto. Si tratta in questi casi di gravi lesioni parenchimali, per lo più consecutive a pregresse infezioni. Molti casi di cosidetta psicosi puerperale sono da ascrivere a questo gruppo. Queste malate e gli altri uremici presentano agitazione, disorientamento profondo, allucinazioni, insonnia completa, sitofobia, e vanno facilmente in preda a collasso. La comparsa di accessi convulsivi, per lo più a tipo jacksoniano non è infrequente. L'esito in morte è frequentissimo.

La demenza uremica è l'esagerazione e la perpetuazione dei fenomeni che si osservano d'ordinario in molti casi d'uremia. Sintoma principale è la lentezza dei processi psichici, l'ottundimento generale, la difficoltà o l'impossibilità di fissare l'attenzione, l'amnesia generale. Si può giungere ad un vero stato stuporoso. A questo stato psichico si aggiungono spesso fenomeni nervosi di varia natura: cefalea, tremore, accessi di vertigine, disartria, paresi con esagerazione dei riflessi tendinei, accessi apoplettiformi ed epilettiformi, fenomeni tutti che possono far pensare alla diagnosi di paralisi progressiva.

Le sindromi a focolaio simulate dall'uremia sono svariatissime. Più comuni sono le forme di mono- od emiplegia che si stabiliscono senza *ictus;* esse sono per lo più transitorie, ma talvolta si mantengono costanti nella loro forma e nella loro estensione. Si possono avere dei casi di afasia motrice, con o senza emiplegia, di sordità verbale, di cecità psichica, di emianopsia. Quando questi sintomi a focolaio sono associati a fenomeni demenziali, ne scaturiscono sindromi analoghe a quelle dei tumori cerebrali.

In tutti questi casi la diagnosi differenziale dovrà prendere di mira non solo il modo con cui insorgono i sintomi indicati, ma anche la presenza di altri fenomeni che sono frequenti e caratteristici nell'uremia: così i gravi disturbi gastrici con inappetenza e vomito, l'indebolimento visivo, gli edemi. L'esame chimico e morfologico dell'urina e l'esame oftalmoscopico completeranno la ricerca. Non è però a credere che queste indagini bastino ad eliminare ogni dubbio. Vi sono malati in cui la retinite albuminurica può andar confusa con la nevrite ottica da tumore cerebrale, e d'altra parte il reperto positivo di cilindri e albumina nelle urine non permette di escluderc le associazioni morbose, e in ispecial modo quella della paralisi progressiva con la nefrite cronica.

I fenomeni uremici recedono per lo più con l'adeguato trattamento, sopratutto con la dieta lattea. Ed anche questo dato può contribuire a rischiarare la diagnosi in casi singolarmente difficili.

All'*esame necroscopico* assumono importanza preponderante le *lesioni renali*. I *centri nervosi* lasciano scorgere difficilmente alterazioni macroscopiche, anche nel caso di sintomi a focolaio lungamente protratti durante la vita. Qualche volta si ha il quadro dell'edema cerebrale. In qualche caso si possono osservare emorragie puntiformi. *Microscopicamente* si ha il quadro di un'*alterazione tossica*, acuta o subacuta, più o meno accentuata: impoverimento e disgregazione più o meno profonda della sostanza cromatica in tutte le cellule nervose. Questa lesione è più spiccata nei casi in cui la morte fu preceduta da uno stato comatoso di lunga durata.

CAPITOLO XIII.

Le psicosi tiroidee

Le psicosi tiroidee derivano da lesioni di grado e di genere diverse; ma avendo per unica fonte l'apparecchio tiroideo, presentano somiglianze e contrasti che le collegano fra di loro con intimi rapporti. Anche quando la causa della malattia è ignota, il fulcro su cui poggia tutto il quadro sintomatico sta sempre in un'alterazione anatomica e funzionale del corpo tiroide. I sintomi psichici non sono che un effetto secondario, un riverbero indiretto del perturbamento avvenuto nella funzione tiroidea.

Se nell'adulto, per una causa qualunque, si determina una lenta atrofia della glandula tiroide, si ha il quadro del *mixœdema spontaneo* o *cachessia pachidermica* degli adulti. La lesione della tiroide può essere la conseguenza di un'operazione chirurgica. La resezione d'un gozzo voluminoso, l'intervento operativo, come una volta si usava, nel morbo di Basedow producono sull'uomo, come sugli animali assoggettati all'esperimento analogo, i sintomi della *cachessia strumipriva*, che sono poi gli stessi del mixedema spontaneo. Il *cretinismo* proviene da un'alterazione lenta e progressiva della tiroide, che s'inizia alla prima età e che probabilmente o per lo meno assai di spesso s'è preparata nelle generazioni antecedenti. La causa di questa degenerazione locale e graduale della tiroide non è ben precisata; ma essa è senza dubbio in relazione con la natura del suolo che fa del cretinismo una malattia endemica. Per quanto non siano ancora definite tutte le incertezze che riguardano l'etiologia, la patogenesi del cretinismo non potrebbe essere più sicura, perchè nella concatenazione dei fenomeni morbosi l'anello più importante è sempre l'alterazione della tiroide. Ma il corpo tiroide può restar vulnerato o distrutto in giovane età anche per cause del tutto individuali; si ha allora una forma di *mixœdema infantile* o di *cretinismo sporadico*. Sin qui si tratta sempre di lesioni che rendono insufficiente la funzione della tiroide, provocando fenomeni di *atiroidismo*; ma vi sono casi in cui la funzione della tiroide si

esagera e ne scaturisce quella forma d'*ipertiroidismo* morboso che costituisce la *malattia di Basedow*.

Le ricerche sperimentali hanno dimostrato all'evidenza che la tiroide, nel suo complesso, è un fattore indispensabile al meccanismo di queste varie malattie. Ma recentemente la fisiologia della tiroide, che sembrava compiuta, si è scissa in una serie di postulati particolari, a cui si innestano naturalmente nuovi problemi clinici.

Già da quando gli studi sulla funzione tiroidea erano agli inizi, SCHIFF si propose nettamente la questione circa al modo di agire della tiroide. Due possibilità si presentavano: o la tiroide distrugge delle sostanze tossiche che si formano normalmente nell'organismo e che lo danneggerebbero se non venissero distrutte; oppure essa segrega delle sostanze che giovano alla nutrizione generale e alla funzione dei centri nervosi. Questo dilemma non ha ancora trovato una soluzione decisiva. Sebbene, grazie alle ricerche chimiche di BAUMANN, si sia potuto isolare una sostanza chimica che ha certamente la massima importanza nella funzione tiroidea, la iodotirina, noi ci troviamo sempre di fronte allo stesso problema; e mentre EWALD considera la iodotirina come una vera antitossina destinata a neutralizzare delle tossine che si formano negli scambi nutritivi, GLEY la riguarda come uno stimolante del ricambio. Alla *funzione antitossica* si contrappone sempre la *funzione trofica*.

Ma la soluzione del problema accenna già a trovarsi per una via insospettata. Forse ambedue le funzioni esistono; soltanto esse non appartengono ad un solo organo, ma a due organi specificamente distinti.

Nel 1880 SANDSTRÖM scoperse in vicinanza della tiroide due piccoli organi epiteliali, che chiamò *ghiandole paratiroidee*. Sorse subito il quesito circa alla funzione di questi organi e si iniziarono gli esperimenti circa agli effetti comparativi della loro estirpazione isolata, della estirpazione limitata alla tiroide e della estirpazione contemporanea della tiroide e delle paratiroidi. GLEY trovò che, se le paratiroidi venivano risparmiate nell'estirpazione della tiroide, non si aveva il quadro mortale della tetania tireopriva: da ciò fu indotto ad ammettere che questi organi paratiroidei esercitassero una funzione vicaria, ossia che fossero un tessuto embrionale pronto a svilupparsi e a funzionare nel caso di una lesione tiroidea. Subito dopo MOUSSU si accorse che l'ablazione della sola tiroide, lasciando in sito le due paratiroidi, determinava negli animali giovani un quadro cronico di alterazioni analogo al cretinismo. Invece la soppressione delle paratiroidi assieme alla tiroide riesciva mortale. Egli pensò in conseguenza che tiroidi e paratiroidi dovessero avere una funzione specificamente diversa. Anche HOFMEISTER notò che l'ablazione del corpo tiroide, lasciando in sito le paratiroidi, dava luogo ad una cachessia cronica; e l'asportazione

contemporanea della tiroide e delle paratiroidi determinava tetania acuta mortale. Così si affermava il dualismo funzionale, ma non si riesciva a determinare la funzione speciale delle paratiroidi, perchè l'ablazione delle sole paratiroidi non dava luogo a sintomi permanenti.

Ma nel 1895 Kohn scoperse che le paratiroidi non erano due, come si era supposto sino allora, bensì quattro: due esterne, già note, e due interne. Con la sola ablazione delle paratiroidi esterne non era dunque possibile provocare la sintomatologia completa, gli effetti plenarî della soppressa funzione paratiroidea. Sulla guida del reperto anatomico di Kohn, Vassale e Generali poterono nel 1896 realizzare la completa ablazione delle paratiroidi e dimostrare che essa determina una tetania acuta letale, nonostante la permanenza in posto della tiroide. Gli effetti che prima erano stati attribuiti alla sola ablazione della tiroide erano dunque da ripartirsi tra i due organi, tiroide e paratiroide. Gli ulteriori esperimenti di altri autori confermarono pienamente i reperti di Vassale e Generali e stabilirono ormai con sicurezza che l'ablazione della tiroide non è mortale e determina cachessia cronica e mixedema, mentre l'ablazione delle paratiroidi è causa di tetania. Secondo Vassale adunque tiroide e paratiroidi hanno una funzione distinta specificamente; la tiroide una funzione trofica, le paratiroidi una funzione antitossica.

Questi criterî, trasportati nel campo clinico, sono certo suscettibili di una larga applicazione. E già Brissaud a proposito delle varie forme di infantilismo mixedematoso propose l'ipotesi che in genere i sintomi distrofici debbano essere attribuiti a deficienza della funzione tiroidea, mentre i fenomeni nervosi e psichici sarebbero dovuti alla lesione paratiroidea. Certamente questa ipotesi non può essere accettata in termini recisi: vi sono casi in cui il disturbo trofico è così grave, l'arresto di sviluppo così considerevole, che essi soli, indipendentemente da ogni fenomeno tossico, basterebbero a determinare un arresto dello sviluppo psichico. Ogni ordine di disturbi può ripercuotersi sulle altre funzioni, non direttamente interessate; ma ciò non toglie che il dualismo funzionale e patologico tra tiroide e paratiroide deve mantenersi nella varietà dei quadri morbosi.

Un'analisi clinica in questo senso si può dire oggi appena iniziata. Sono più che altro supposizioni sulla patogenesi dei singoli sintomi: le ulteriori ricerche cliniche, sopratutto se messe a riscontro coi reperti anatomo-patologici, daranno in avvenire un responso decisivo.

Il mixedema degli adulti.

Il *mixedema spontaneo degli adulti* fu per la prima volta descritto da Gull nel 1873 col titolo di « *stato cretinoide in donne adulte* »; più tardi, nel 1878, Ord, in seguito ad esame anatomico della pelle, diede a questa infermità il titolo di « *mixedema* », titolo che prevalse su quello di « *cachessia pachidermica* » datole da Charcot. Per qualche tempo si ritenne che il mixedema fosse una specialità dell'Inghilterra, dove furono verificati i primi casi, ma più tardi col diffondersi della sua conoscenza le osservazioni si moltiplicarono in ogni paese.

Il mixedema fu dapprima interpretato come una distrofia d'origine nervosa. Si ricorse all'influenza del simpatico sul tono dei vasi per ispiegare l'ischemia cutanea e la distrofia mixedematosa. Fu solo più tardi, per le osservazioni dei chirurghi sulle conseguenze dell'estirpazione della tiroide, che la vera natura del male fu messa in luce. Nel 1882 Reverdin osservò il quadro del mixedema in seguito all'estirpazione totale del gozzo e avvicinò questa affezione al mixedema spontaneo osservato e descritto dagli Inglesi. Indipendentemente da Reverdin, Kocher aveva osservato che l'estirpazione del gozzo cagionava uno stato di cachessia progressiva, con grave anemia, tumefazione dei tegumenti e torpore intellettuale, e chiamò quest'affezione col titolo di *cachessia strumipriva*, assimilandola al cretinismo. Da allora, richiamata l'attenzione sull'alterazione della tiroide, non si tardò a riconoscere che quest'organo era leso in tutti i casi di mixedema spontaneo.

Il mixedema spontaneo è oltremodo più frequente nella donna che nell'uomo: più di tre quarti delle osservazioni descritte si riferiscono a donne in età matura o che hanno già passato l'età critica: tuttavia non mancano osservazioni anche in uomini relativamente giovani. La causa dell'affezione resta molte volte ignota; e ad ogni modo, salvo il caso di lesioni evidentemente locali, non si hanno sulle cause che degli indizi. Alle volte si tratta di processi tubercolari o sifilitici che ledono localmente la tiroide. In un buon numero di casi il mixedema è preceduto da un quadro morboso che è con esso in diretto antagonismo, dal morbo di Basedow: il gozzo subisce un'atrofia e scompare, e al quadro basedowico si sostituisce il quadro del mixedema. Anche in questi casi è evidente che si ha una lesione locale primaria della tiroide. In altri casi il mixedema si manifesta per cause generali che agiscono su tutto l'organismo, processi generali infettivi, profuse e ripetute emorragie.

In ogni modo non vi è dubbio che la tiroide sia sempre interessata;

essa è atrofica in tutti i casi. Le scarse autopsie finora eseguite hanno dimostrato atrofia notevole dell'elemento glandulare con sclerosi interstiziale più o meno accentuata; la massa dell'organo può essere ridotta ad un terzo od anche meno. Non vi è dubbio che la patogenesi della malattia si riduca dunque all'ipotiroidismo. Circa alla partecipazione delle paratiroidi nulla si sa di concreto: i dati sperimentali possono farci fondatamente supporre che in alcuni casi, in cui sono più specialmente accentuati i fenomeni nervosi o insorge anche il fenomeno della tetania, debbano partecipare all'alterazione anche le paratiroidi.

Il quadro del mixedema spontaneo è costituito da tre gruppi di sintomi: somatici, nervosi e mentali.

Tra i sintomi somatici sta in prima linea il mixedema, che consiste in una tumefazione dura, elastica, indolente del tessuto cutaneo e del sottocutaneo. Esso è più specialmente accentuato alla faccia: le guance, le palpebre, la fronte sono tumefatte; le rughe cutanee assumono profondità insolita. Il mixedema è anche specialmente accentuato alla nuca, alle braccia, sull'addome, sulle coscie, alle mani, che appaiono ingrandite, sopratutto allargate. Anche le mucose diventano tumide; così il lume delle cavità nasali si restringe, la lingua e le gengive si ingrossano, rendendo difficile la parola. La voce diventa aspra, probabilmente per analoghe modificazioni della mucosa laringea.

Importanti fenomeni distrofici si manifestano in tutte le appendici cutanee. I capelli diventano aridi e cadono in gran quantità, talvolta anche del tutto: così pure i peli del corpo; la cui perdita è assai visibile alla regione del pube ed alle ascelle. Le unghie si arrestano nell'accrescimento, si sfaldano facilmente, vanno incontro a facili rotture. Anche i denti si alterano, vacillano negli alveoli, cadono.

Notevolissime sono le modificazioni generali della crasi sanguigna e del ricambio. La pelle e le mucose sono pallide, anemiche, le mestruazioni diventano rare, scarse, scompaiono. Kraepelin osservò che i globuli rossi sono scarsi ed ingrossati. Il ricambio è lento, l'escrezione di urea è diminuita. La stessa temperatura del corpo è abbassata di 1° C e più. Vi è anoressia e frigidità sessuale.

Nel campo dell'innervazione è caratteristica la lentezza di tutti i processi. La stessa conduzione nervosa deve essere rallentata, come lo mostra il notevole allungamento del tempo di reazione semplice. Tutti i movimenti son tardi, vi è uno stato di torpore generale che va talora sino alla sonnolenza continua. Difettose sono le reazioni vasomotorie; il sudore manca quasi completamente. Spesso si verificano dolori alle estremità, al sacro, alla colonna vertebrale, sensazioni di formicolìo, di pizzicore alla pelle degli arti, o improvvise sensazioni come di scosse elettriche.

L'eccitabilità meccanica dei muscoli è aumentata. In certi casi si nota tremore accentuato, tetania, convulsioni epilettiformi.

Dal lato mentale è caratteristico il rallentamento di tutti i processi psichici, la percezione è lenta e difficile; lenta e difficile è l'associazione. Gli ammalati non possono seguire un lungo filo logico o sostenere una conversazione o avvedersi prontamente di tutto ciò che accade intorno ad essi. Sicchè essi restano come appartati: *Theilnahmlosigkeit*. Se si aggiunge a ciò una grandissima facilità a stancarsi e l'inevitabile indebolimento funzionale della memoria dipendente dalla lentezza associativa e dalla faticabilità cerebrale, si comprende facilmente come gli ammalati debbano apparire dementi anche quando la loro intelligenza è abbastanza integra e corretta. Si tratta dunque in complesso di un disturbo dinamico, funzionale; ed è dubbio che anche a malattia assai inoltrata si possa arrivare ad un vero stato di demenza insuscettibile di guarigione. L'umore dei mixedematosi è generalmente apatico; tuttavia si possono avere, stabilmente o transitoriamente, stati di eccitamento o di depressione melancolica, con ansia, irrequietezza, insonnia, idee di persecuzione. Per questi casi complicati con perturbamenti affettivi e idee deliranti Pilcz propone il titolo di « pazzia mixedematosa » riservando ai casi comuni quello di « stato mentale mixedematoso ». Una tale distinzione non sarebbe giustificata che dal lato sintomatologico e diventa superflua dal momento che la terapia specifica ci dimostra come queste forme di pazzia dipendano dalla lesione tiroidea, nè più nè meno che lo stato di semplice rallentamento psichico e di apatia. Difatti anche in casi di antica data, persino in quelli che risalgono a 12 anni, i fenomeni mixedematosi e la pazzia dileguano di pari passo, sotto l'influenza della cura tiroidea.

Il decorso del mixedema è generalmente cronico e progressivo; vi sono tuttavia dei casi nei quali si stabilisce una certa stazionarietà. Gli ammalati soccombono spesso per malattie intercorrenti, o per l'aggravarsi dello stato generale, che può condurre al marasma, ad accessi di collasso. Ciò, s'intende, quando la malattia sia abbandonata alla sua evoluzione spontanea. Oggi, con l'azione sicura e pronta della terapia tiroidea, la malattia va costantemente a guarigione.

Il *mixedema operatorio* o *cachessia strumipriva* differisce ben poco dal mixedema spontaneo: soltanto nelle sue forme più gravi i fenomeni di tetania possono insorgere precocemente ed essere talmente gravi da determinare la morte. Verosimilmente la gravità della cachessia strumipriva dipende dalla maniera con cui è stata eseguita l'estirpazione del gozzo. Se l'operazione toglie totalmente la tiroide e le paratiroidi, si hanno a breve scadenza fenomeni di tetania mortale. Se son rimaste in sito e

in funzione alcune paratiroidi, si può avere tetania transitoria seguìta poi dai fenomeni del mixedema. Se poi fu lasciata anche una parte di tiroide, gli stessi fenomeni del mixedema possono essere transitorî o non comparire affatto.

La cura del mixedema errò in tentativi vani diretti a rinvigorire l'organismo e a risollevare le condizioni generali sino a quando Horsley, sulla guida delle esperienze di Schiff, propose l'innesto peritoneale di una tiroide. Bircher eseguì più volte con successo questa operazione, che dà effetti brillanti, ma non duraturi, sicchè ha bisogno di essere ripetuta. Il trapianto può essere fatto anche nel cellulare sottocutaneo. Più tardi Murray, prendendo le mosse dagli esperimenti di Vassale sopra cani stiroidati a cui veniva iniettato il succo tiroideo nelle vene, introdusse il metodo curativo delle iniezioni sottocutanee con succo od estratto tiroideo: ma esso riescì assai meno pratico di quello della *ingestione* di tiroide fresca esperimentato con successo da Howitz e da Mackenzie. La sostanza tiroidea deve essere somministrata cruda, perchè la cottura ne altera il principio attivo. Ciò ripugna al gusto di molti. La cura ha poi un altro inconveniente, ed è quello di non potersi praticare facilmente, mancando spesso il mezzo di procurarsi tutti i giorni la tiroide fresca. È perciò che, malgrado la minore efficacia, è oggi generalmente in uso la cura per mezzo di tabloidi, formate di sostanza tiroidea in preparati secchi. Sono eccellenti le tabloidi della casa *Bourrougs Welleome* di Londra e quelle della casa *Merck* di Darmstadt. Ma in confronto alla tiroide fresca i preparati secchi hanno l'inconveniente di poter contenere dei prodotti di putrefazione. Ora, Vassale ebbe l'ingegnosa idea di far comporre un salame tiroideo che è efficace come i preparati freschi, che si conserva a lungo come le tabloidi e che è gradevole a mangiarsi come un cibo. L'ideale della cura tiroidea sarebbe quello di somministrare i principî chimici puri della tiroide allo stato isolato. La iodotirina Baumann raggiungerebbe questo ideale, se l'esperienza avesse dimostrato che essa è l'unico principio attivo della tiroide e che produce effetti identici a quelli del tessuto fresco. Ma le esperienze in proposito sono ancora troppo scarse.

Nell'applicare la cura tiroidea bisogna procedere con la massima prudenza, potendosi facilmente produrre fenomeni di tiroidismo, cioè di intossicazione per eccesso di tiroide. L'irrequietezza, l'accelerazione del circolo e del respiro, il rapido dimagramento, l'anoressia, l'insonnia, indicano la necessità di sospendere la cura e di ricorrere ulteriormente a dosi minori. L'insistere nell'abuso può dar luogo anche a morte improvvisa per paralisi cardiaca. Del resto i buoni effetti della cura sono da attendere più dalla sua durata che dalla sua intensità; e dosi modiche dei varî preparati possono dare senza alcun disturbo effetti terapeutici

sorprendenti. Quando sia raggiunta la scomparsa di tutti i fenomeni morbosi, la dose verrà ancora ridotta, ma la somministrazione dovrà essere continuata allo scopo di evitarne la ricomparsa, che avverrebbe immancabilmente, dal momento che la malattia dipende dalla distruzione irreparabile di un tessuto specifico.

Il cretinismo endemico.

Il cretinismo è una malattia caratterizzata da ritardo e arresto dello sviluppo somatico e psichico, da caratteristiche deformazioni dello scheletro, e da cachessia mixedematosa. L'alterazione della tiroide è determinata da un agente sconosciuto, ma certamente legato a determinate condizioni telluriche, ragione per cui si presenta con diffusione strettamente endemica.

SINTOMI.

Le stigme somatiche del cretinismo stanno certamente in prima linea del quadro morboso, e sono così caratteristiche da permettere la diagnosi a colpo d'occhio.

Il generale arresto di sviluppo si rivela anzitutto nel sistema osseo: tutti i cretini sono più o meno nani. La testa è relativamente grossa e rotondeggiante: vi è brachicefalia e spesso idrocefalia moderata. La chiusura delle fontanelle è spesso tardiva. Precoce invece è la sutura della sinfisi sfeno-occipitale, fatto che, come mostrò Virchow, concorre a determinare la brachicefalia e più direttamente determina la depressione della radice del naso, che è costante nei cretini.

Le ossa del corpo sono in genere corte e grosse, e vi può essere spiccata iperostosi generale. La colonna vertebrale è spesso deviata; presenta scoliosi, cifosi, cifo-scoliosi.

Per alterazioni dell'orecchio interno, forse dipendenti dall'anomalia dello sviluppo osseo, è frequente nei cretini la sordità.

I tegumenti ricordano il mixedema, ma per lo più incompletamente. La pelle è pallida o terrea, spessa, rugosa alla faccia, ma non così consistente come nel mixedema acquisito degli adulti o nel mixedema operatorio; qualche volta è anche flaccida e grinzosa. Nella faccia, piatta, tumida, rotondeggiante, sono profonde e numerose le rughe: la fronte, le palpebre, gli angoli degli occhi, le guance ne sono tutte solcate. Il naso è depresso alla radice, tribolo alla punta e camuso; le narici stanno di traverso e guardano in avanti. La bocca è grande, le labbra grosse, specialmente

l'inferiore. I capelli sono radi e grossi; la barba è per lo più mancante o estremamente scarsa (fig. 68 e 69).

Il sistema dentario presenta spiccatissimo ritardo ed arresto di sviluppo; i denti della prima dentizione possono permanere sin verso i venti anni; e intanto i permanenti non isbocciano e rimangono annidati negli alveoli, da dove poi spuntano fuori lentamente e talvolta non escono affatto. Quando spuntano, sono irregolari e vanno incontro a carie frequente.



Fig. 68. — Cretinismo endemico.

La tiroide è costantemente alterata: in un terzo circa dei casi è trasformata in un gozzo voluminoso; negli altri casi è atrofica. Il volume e la presenza del gozzo non hanno rapporti col grado del cretinismo: vi sono cretini gravi senza gozzo, e gozzuti con caratteri di cretinismo poco accentuati o addirittura con aspetto e intelligenza normali.

Lo sviluppo dei genitali è generalmente deficiente e tardo; molti cretini sono capaci di riproduzione, ma la loro prole va incontro ad una mortalità maggiore dell'ordinario. Nelle forme di cretinismo più grave si ha *infantilismo sessuale*, con genitali esterni talvolta rudimentali. Nelle donne vi è scarsezza di mestruazioni o amenorrea completa. In qualche caso però i genitali possono anche essere ipertrofici e l'istinto sessuale prepotente.

Tutte le funzioni nutritive procedono lentamente nei cretini: il circolo, il respiro, la digestione, il ricambio. Il sudore spesso manca od è scarso

Il quadro psichico del cretinismo è, come è facile comprendere, un insieme di deficienze. Ma presenta anche qualche nota caratteristica che lo differenzia da quello degli altri arretrati. Come in tutte le forme di atiroidismo, la nota dominante è il torpore, la lentezza delle funzioni psichiche. I cretini, come gli individui affetti da mixedema acquisito, sono apatici, pigri, sonnolenti. Ma nel cretinismo vi è in più l'arresto dello

sviluppo psichico e un'infantilità più o meno notevole della mente. Tuttavia, salvo i casi di degradazione estrema, i cretini sono abbastanza assennati. La loro apatia non è che un'esagerazione dell'equilibrio affettivo, e la mancanza di passioni è un buon coefficiente alla regolarità della condotta e delle operazioni mentali. Così tra di essi, benchè deficienti, ve ne sono moltissimi che attendono con pazienza e profitto a lavori stradali, all'agricoltura, al mestiere del facchino. I reati di cui possono rendersi colpevoli, più che da un vero pervertimento affettivo e da tendenze impulsive, dipendono dall'estrinsecazione innocente degli istinti naturali senza i correttivi dell' intelligenza e del senso morale.



Fig. 69. — Cretinismo endemico.

Il cretinismo può presentare gradazioni numerose. Praticamente si usa distinguere i cretini, i semicretini e i cretinosi, secondo la semplice e ingegnosa nomenclatura dei fratelli Wenzel. I veri cretini, i cretini dell' estrema categoria, sono generalmente idioti, non sanno parlare e presentano al più alto grado le note somatiche del cretinismo. I semi-cretini son *semplici di spirito*, hanno un linguaggio incompleto ed imperfetto e note spiccate di cretinismo. I cretinosi hanno intelligenza mediocre, son lenti e torpidi, hanno la voce aspra, il colorito pallido o terreo, la statura subnormale. Vi sono paesi ove quasi tutti gli abitanti normali di mente hanno un abito fisico più o meno cretinoso.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Il cretinismo è poco studiato da questo punto di vista. Mancano sopratutto minute analisi microscopiche dei centri nervosi. Il cervello è in generale abbastanza pesante, può presentare moderato idrocefalo interno. Le circonvoluzioni, per lo più normalmente ordinate, sono talvolta aber-

ranti nelle loro disposizioni. Si possono anche osservare alterazioni gravi, porencefalia, microgiria, ma è più verosimile che queste alterazioni siano dovute a complicanze che al processo essenziale del cretinismo.

La tiroide presenta sempre alterazioni spiccate; degenerazioni più o meno estese dei follicoli epiteliali con iperplasia del connettivo, specialmente nei casi con gozzo. In ogni modo l'esame anatomico documenta una deficienza funzionale della tiroide. In qualche caso vi è persistenza del timo (Virchow).

ETIOLOGIA.

Il cretinismo si riscontra in molte vallate alpine: nel Vallese, nell'alta Savoia, nella valle d'Aosta, nella Valtellina; nei Pirenei, nei Vosgi, nel Giura, nei Carpazi, in alcune vallate dell'Imalaia e delle Cordigliere. Per qualche tempo si pensò che potesse dipendere dall'altitudine. Ma è facile dimostrare la falsità di questa congettura: i paesi dove arriva il cretinismo si trovano alle più svariate altitudini; e mentre alcune valli dell'Imalaia sono poste a 2000 e 3000 metri, il cretinismo si annida sin nelle vicinanze di Strasburgo, a 140 metri di altitudine. Innumerevoli sono poi i paesi di una certa altitudine e che pure sono interamente immuni dal cretinismo.

Si è anche detto che il cretinismo è proprio delle valli scarsamente soleggiate ed umide, ma basta l'esempio della valle d'Aosta, largamente aperta verso mezzogiorno, per dimostrare la falsità di questa congettura. Ad ogni modo è legge assoluta che il cretinismo è legato alla località: individui del tutto immuni da cretinismo, immigrando in paesi di cretinismo, possono avervi figli cretini; e più tardi, emigrando altrove, tornare ad aver figli sani. Abitanti di luoghi infestati dal cretinismo, e persino gli stessi cretini, ove emigrino in altri luoghi, hanno prole sana o per lo meno assai più valida.

È quasi inutile il dire che la miseria, l'alcoolismo, le cattive condizioni igieniche ed altre male influenze talvolta denunziate come causa del cretinismo non possono avere alcuna importanza specifica; e se pure alcuna ne hanno, essa è puramente accessoria.

Molte ipotesi si son fatte circa alle acque dei luoghi di cretinismo; e volta a volta il difetto o l'eccesso di tutte le sostanze che possono essere contenute nell'acqua furono accusati come la causa del cretinismo. Si sospettarono le acque dell'alta montagna, direttamente provenienti dai ghiacciai e dai nevai, e perciò quasi interamente prive di sali; le acque prive di jodio, poco aereate, cariche di carbonato, di solfato di calcio, di

sali di magnesio, o contenenti in sospensione dell'argilla. Ma di fronte a ciascuna di queste congetture è facile trovare esempî di acque uguali per composizione che non danno luogo ad alcun disturbo morboso. Eppure è assai ben fondata la convinzione che l'agente produttore del cretinismo e del gozzo debba trovarsi nell'acqua potabile. Si citano esempî di località che furono interamente risanate dal cretinismo per un cambiamento di acqua potabile. L'osservazione pòpolare stessa addebita all'acqua l'origine del gozzo e del cretinismo. Già nel 1705 Hoffmann parlava di certe sorgenti a Flach, nel Cantone di Zurigo, che la popolazione aveva denominato *Kropfbrunnen*. Assai dimostrativo in questo senso è un esperimento di Lustig. Egli potè produrre l'ingrossamento della tiroide in un cavallo che aveva fatto venire a Torino dalla Dalmazia ed in parecchi cani, a cui non lasciava bere che acqua trasportata da Aosta. Ora è nota la stretta affinità che corre tra gozzo e cretinismo, e come nei luoghi di cretinismo i cani e i cavalli presentino spesso il gozzo.

Essendo erronee tutte le congetture circa all'azione di sostanze minerali, resta per esclusione l'ipotesi di un principio organico od organizzato contenuto nell'acqua. La teoria miasmatica, intesa per molto tempo in senso piuttosto vago, acquista con questa ipotesi nuovo valore scientifico. Varî osservatori avevano notato la frequenza del cretinismo in luoghi paludosi od umidi: si riteneva che le esalazioni del suolo incolto, delle paludi, degli stagni, dei corsi d'acqua poco rapidi potessero dar luogo al cretinismo. Di questa teoria miasmatica fu caldo propugnatore Morel.

Concretando quest'ipotesi in termini più precisi si osservò più tardi come le acque dei luoghi di cretinismo siano spesso ricche di sostanze organiche e spesso filtrino attraverso a strati di terreno ricchi di humus. E più volte si fece notare come il migliorato scolo delle acque in luoghi paludosi, il diboscamento, la cultura di luoghi umidi ed ombrosi abbiano portato la scomparsa del cretinismo. Oggi si pensa da molti che la causa del cretinismo possa risiedere in un microrganismo, e Kraepelin avvalora questa ipotesi con un parallelo tra la malaria e il cretinismo, parallelo che a dir vero, dopo i recenti studî sulla malaria e sul suo modo di trasmissione, perde molto della sua suggestività. In conclusione si è tuttora nel campo delle ipotesi; solo è certo che il cretinismo dipende da una causa esterna legata a certe speciali località. Degli elementi locali l'acqua è la più sospetta; e l'ipotesi di un agente organico od organizzato contenuto nell'acqua è la più verosimile.

PATOGENESI.

Qualunque sia la causa del cretinismo, è certo che essa deve anzitutto agire sul corpo tiroide e determinare in esso una lesione dalla quale derivano i fenomeni di atiroidismo o ipotiroidismo cronico che esercitano una dannosa influenza sullo sviluppo di tutto l'organismo e sulle sue funzioni.

Nei cretini un'alterazione della tiroide non manca mai. In circa un terzo dei casi si ha il gozzo; nei casi in cui il gozzo manca si ha un'atrofia della tiroide. Ma anche il gozzo non attesta che un'alterazione degenerativa, con iperplasia di tessuto non specifico e con degenerazione del tessuto proprio della tiroide.

È oggetto di discussione il rapporto che corre tra gozzo e cretinismo. È noto che il gozzo si presenta in certe località interamente scompagnato da cretinismo. Questa osservazione, unitamente all'altra che molti cretini non hanno il gozzo, ha fatto negare a molti il nesso patogenetico tra gozzo e cretinismo.

È da notare però che se il gozzo e il cretinismo non hanno la stessa distribuzione geografica, vi è pur tuttavia una coincidenza parziale: il gozzo spazia in un dominio più esteso. D'altra parte, la storia insegna che in certi luoghi dapprima esenti da gozzo e da cretinismo è dapprima comparso il gozzo, e solo dopo qualche generazione il cretinismo. Si può dunque pensare ad una identità di causa per le due affezioni. Se l'azione morbosa è blanda, pochi individui risentono i danni e in modo mitigato: la tiroide ammalata conserva la sua funzione e non dà luogo alla distrofia generale che caratterizza il cretinismo.

Si è ammesso da alcuni che a determinare il quadro completo del cretinismo non basti la semplice alterazione tiroidea in un singolo individuo, ma che occorra un'azione più protratta nella stirpe, attraverso parecchie generazioni. Si avrebbero così varie generazioni d'individui, nelle quali il processo del cretinismo andrebbe sempre più accentuandosi, fino a raggiungere l'estremo grado in un'ultima generazione destinata in massima parte a non riprodursi per la gravità della malattia. Cretinosi, semicretini e cretini rappresenterebbero così i diversi gradi della malattia nella serie delle generazioni.

Che la generale distrofia e il disordine del ricambio materiale debbano in qualche modo ripercuotersi sulla prole è cosa che appare evidente *a priori*. Ma è dimostrato dall'esperienza che anche nei figli d'individui immigrati e quindi in una sola generazione il cretinismo può svilupparsi completamente; e al contrario da individui cretini possono nascere individui sani, se abitano in ambiente diverso dal cretinogeno.

Uguali riserve noi dobbiamo tener presenti circa al quesito se il cretinismo sia affezione congenita, come da molti si ritiene. Certamente la prole di una madre cretina può sin dalla vita intra-uterina risentire l'influenza dell'atiroidismo materno; così pure durante l'allattamento. Ma i fenomeni positivi del cretinismo non si manifestano che quando sul bambino imperversi l'azione specifica dell'acqua e quindi ad allattamento finito. Senza quest'azione esterna che viene ad aggiungersi all'influenza materna e che si esercita a poco a poco, danneggiando la tiroide a scadenza d'anni, non vi può essere vero cretinismo: e la prole lattante di cretini presenterà, più che altro, i segni di uno sviluppo arretrato o poco fiorente. E difatti è osservazione comune che i caratteri del cretinismo sono generalmente assenti nei neonati, e che essi si accentuano con l'età e specialmente cominciano a farsi sentire dopo il divezzamento.

Vi sono casi di cretinismo grave con idiozia, nei quali l'esame anatomico rivela gravi alterazioni cerebrali, come ad esempio *porencefalia, assenza del corpo calloso,* e che depongono in modo infallibile per una patogenesi endouterina. Ma questa non è che una piccolissima minoranza di casi; in generale l'arresto dello sviluppo cerebrale è armonico, colpisce leggermente, ma in modo uniforme tutti gli elementi e non altera vaste porzioni macroscopiche dei centri. È quindi più probabile che nei casi di cretinismo con cerebropatie e deficienze gravi si tratti di complicanze e di associazioni morbose. Certo non si può pretendere che il cretinismo costituisca un'immunità contro le comuni cerebropatie dell'infanzia; si deve anzi ritenere che lo stato di cachessia dei genitori e le condizioni anormali in cui si svolge la vita del feto debbano piuttosto predisporlo alle ordinarie cause di cerebropatia fetale.

CURA E PROFILASSI.

I mezzi adottati o sperimentati contro il cretinismo nell'intento generico di rinvigorire l'organismo, benchè numerosi, hanno dato risultati negativi, come è facile immaginare riflettendo alla patogenesi della malattia. Pare soltanto che gli ioduri alcalini somministrati abitualmente, soprattutto nel periodo dello sviluppo, diano qualche benefizio.

I meravigliosi effetti ottenuti con la cura tiroidea nel mixedema e nel cretinismo sporadico dovevano far pensare ad applicare l'egual cura al cretinismo endemico. Vari tentativi sono stati intrapresi, ma purtroppo isolati e in ristretta estensione. I risultati sono controversi: Ewald, Scholz ed altri ritengono inefficace la cura tiroidea nei cretini. Altri autori, invece, hanno ottenuto risultati brillanti. Così Wagner potè pro-

muovere un'attiva ripresa dello sviluppo scheletrico in otto cretini sottoposti all'ingestione di tiroide secca. Notevole che uno dei soggetti aveva già venticinque anni, età in cui normalmente lo sviluppo in altezza è cessato; eppure questo soggetto crebbe in un anno di cm. 8,5. Anche dal lato psichico si ebbe miglioramento: maggior vivacità, loquacità, interessamento all'ambiente. È naturale che questi risultati positivi abbiano un significato molto superiore a quello dei negativi, i quali possono trovare la loro ragione in circostanze speciali, forse nell'età adulta dei soggetti. È specialmente nell'infanzia che i figli dei cretini dovrebbero essere sottoposti sistematicamente alla cura tiroidea, cioè prima che la malattia abbia già devastato il loro organismo.

Naturalmente questo e qualunque altro mezzo di cura difficilmente verrebbero impiegati, se se ne lasciasse l'iniziativa agl'interessati, miseri e deficienti. L'intervento dello Stato è in questo caso di un'utilità evidente. Esso potrebbe esplicarsi nella profilassi individuale, allontanando i figli di gozzuti e di cretini dalla regione cretinogena e trasportandoli durante il periodo di sviluppo in località sane; e nella cura della malattia in atto, provvedendo alla distribuzione della sostanza tiroidea.

La verificazione del nesso tra l'acqua e il cretinismo impone alla società un altro dovere: quello di prevenire lo sviluppo della malattia con opportune misure, come il fornimento di buona acqua potabile e il risanamento di terreni paludosi. In complesso pare che vi sia in tutte le località di cretinismo la tendenza ad un progressivo miglioramento.

Il cretinismo sporadico.

Il cretinismo sporadico, detto anche *idiozia cretinoide*, *idiozia mixedematosa*, *idiozia con cachessia pachidermica*, *pachidermia cretinoide*, è una malattia che riunisce tutti i caratteri del cretinismo, ed anzi li esagera, ma si presenta in individui isolati, figli di genitori sani, in località del tutto esenti da cretinismo. Non ha neppure carattere famigliale: l'ammalato di cretinismo sporadico rappresenta sempre un caso solitario nella sua famiglia, e spesso ha fratelli e sorelle perfettamente normali.

Esso è determinato costantemente da una lesione precoce della tiroide. Talvolta la causa della lesione rimane ignota e l'epoca della lesione risale forse alla vita intrauterina; talvolta invece si può rintracciare nella vita post-natale un agente morboso, p. es. un'infezione generale, che per un'elettività ed un meccanismo ignoti danneggia l'epitelio specifico della tiroide fino a distruggerlo. E così si vedono bambini sino allora normali

presentare in breve un evidente arresto di sviluppo e i segni caratteristici del cretinismo. La formazione di un gozzo in luogo dell'atrofia completa è rara, addirittura eccezionale.

I caratteri somatici degl'individui affetti da cretinismo sporadico sono identici a quelli che si osservano nella forma endemica. Siccome peraltro nel primo non si ha un' insufficienza lentamente progressiva della tiroide, ma un atiroidismo brusco, precoce e quasi sempre totale, così l'*arresto di sviluppo* somatico e psichico *è assai notevole*. Il nanismo e l' infantilismo degli idioti per mixedema sporadico arrivano a proporzioni incredibili e di cui non v'è esempio nel cretinismo endemico. Un giovane di 22 anni può avere l'aspetto e la statura di un bimbo di 5 anni (fig. 70); una donna di 15 può sembrare una lattante (figura 71).



Fig. 70. — Cretinismo sporadico. Idiota mixedematoso di 22 anni: statura cm. 93, peso kg. 21,800.

Le ossa, oltre all'arresto di sviluppo in lunghezza, presentano delle deformazioni assai simili a quelle della rachitide. Le fontanelle del cranio tardano a chiudersi; le ossa degli arti sono corte e ingrossate alle estremità epifisarie, spesso incurvate, specialmente le tibie; le costole presentano curve anormali, sicchè tutto il torace ne rimane deformato; la colonna vertebrale è ritorta per lordosi lombare e scoliosi.

L'esame radiografico ci mostra che queste alterazioni ossee si possono riassumere in un solo fatto: il ritardo di sviluppo e di ossificazione.

In un bambino di sette anni la mano può apparire al grado di ossificazione in cui si troverebbe quella di un bambino tra i due e i tre anni. Tutti i punti complementari di ossificazione delle falangi e dei metacarpi mancano; nel carpo non esistono che due punti appena percettibili; nell'ulna e nel radio manca l'epifisi (fig. 72). Così è in genere di tutte le altre ossa: il processo d'accrescimento presenta un ritardo incredibile. Come vedremo, questo difetto di ossificazione è correggibile con la cura tiroidea, e ciò dimostra rigorosamente la sua origine dall'atiroidismo, non già da rachitismo. Nel cretinismo sporadico non vi è vero rachitismo. Del resto, è verosimile che non ve ne sia nemmeno nel cretinismo endemico. Si parla bensì di alterazioni rachitiche nelle ossa dei cretini e si considera il rachitismo come una complicazione frequente del cretinismo; mentre d'altra parte si assicura che la brevità delle ossa sia dovuta a precocità di saldatura epifisaria. Ma queste asserzioni non hanno fondamento obiettivo. Probabilmente il presunto rachitismo del cretinismo endemico è un falso rachitismo come quello del cretinismo sporadico. E la piccolezza delle ossa è certamente dovuta alla lentezza con cui crescono, non a precocità delle saldature epifisarie. Se le epifisi si saldassero, sarebbe impedito ogni ulteriore sviluppo in lunghezza, mentre noi vediamo dalle esperienze di terapia tiroidea che le ossa dei cretini sono ancora suscettibili di allungamento anche ad una età in cui normalmente è cessato l'accrescimento di statura.



Fig. 71. — Cretinismo sporadico. Idiota mixedematosa di 15 anni: statura cm. 75, peso kg. 14.

Nel cretinismo sporadico il corpo mantiene sempre un aspetto più o meno infantile; il pannicolo adiposo è abbondante, e al di sopra della clavicola forma come due cuscinetti: *lipomi sopraclavicolari*. Le braccia, le coscie, le gambe sono rotondeggianti, e non presentano saglienze muscolari, ma pieghe cutanee trasversali come quelle dei bambini lattanti. L'addome è tumido; vi è spesso ernia ombelicale, più di rado inguinale.



Fig. 72.



Fig. 73.

Cretinismo sporadico. Radiografie della mano destra nel malato C. G. di 7 anni. La fig. 72 prima della cura; la fig. 73 dopo un anno di cura. Entrambe in proporzione esatta di metà del vero (da LUGARO). Prima della cura (fig. 72) non sono visibili che i punti d'ossificazione dell'osso massimo e dell'uncinato; mancano tutti i punti complementari dei metacarpi e delle falangi; e mancano pure le epifisi dell'ulna e del radio. Dopo un anno di cura (fig. 73) si vedono tutti i punti complementari suddetti, i punti d'ossificazione dello scafoide e del semilunare e l'epifisi del radio.

La faccia e le mani portano i più spiccati segni di mixedema. La fisionomia è schiettamente cretinosa: naso depresso alla radice, fronte rugosa, occhi sepolti nella tumidezza delle palpebre, labbra tumide. La lingua è talvolta così ingrossata, che non solo sporge dalla bocca, ma spingendo indietro il velo pendulo, rende la respirazione difficile, stertorosa. I capelli sono radi e grossi, i peli mancano del tutto. I denti per lo più appartengono ancora alla prima dentizione e sono profondamente corrosi. I genitali esterni allo stato d'infantilismo: talvolta i testicoli non

sono ancora discesi nello scroto a 18 anni o più, e sono in ogni caso atrofici; la verga è piccola; nelle femmine mancano le mestruazioni.

All'arresto anatomico corrisponde l'arresto funzionale. Questi ammalati sono spesso incapaci di tenersi in piedi e di camminare, perdono l'urina e le feci, non esprimono nulla, non piangono e non ridono, sono oltremodo torpidi, si muovono poco, hanno un ricambio lento e una temperatura di più che un grado sotto la norma, respirano lentamente, segregano scarsa urea, non sudano affatto.

Delle funzioni psichiche, nei casi più gravi, non vi sono che semplici rudimenti. La donna rappresentata nella fig. 71, benchè quindicenne, non parla, non intende nulla, non accusa i suoi bisogni più elementari. Nei casi meno accentuati la psiche è sempre infantile, la parola incompleta, l'umore apatico, il carattere dolce, serio.

Il cretinismo sporadico può presentarsi in forme attenuate. Probabilmente l'attenuazione è dovuta da una parte alla poca intensità della lesione, che in certi casi non giunge ad una distruzione completa del corpo tiroide; d'altra parte può dipendere dall'età relativamente avanzata in cui si è manifestata la lesione iniziale. Quanto più tardi s'inizia il processo, tanto minore è il grado d'arresto nello sviluppo somatico e psichico. Nei casi più lievi la statura può raggiungere persino m. 1,30.

Son noti alcuni rarissimi casi di femmine mestruate. Ma è sopratutto nel campo psichico che si osserva la maggiore diversità: vi sono ammalati che presentano i segni caratteristici del mixedema e dell'infantilismo, quantunque attenuati, e tuttavia godono il dono di un'intelligenza piuttosto sviluppata. Brissaud ha creduto di poter contrapporre questi ultimi casi, col titolo di *infantilismo mixedematoso*, a tutti gli altri più gravi e più frequenti che implicano una deficienza mentale.

PATOGENESI.

I rapporti tra il cretinismo sporadico e l'endemico sono stati oggetto di discussione: mentre da alcuni si ammette un'identità di processo patogenetico nelle due forme, pur rimanendo differente l'etiologia, altri sostengono un dualismo in ogni senso. Secondo Ewald, le note differenziali del cretinismo endemico di fronte allo sporadico consistono nella sinostosi precoce, nella mancanza del mixedema, nella stazionarietà del decorso, nella lunga durata della vita, nell'inattività della cura tiroidea. Ora, circa alla precocità delle sinostosi, alla mancanza del mixedema ed all'inattività della cura tiroidea nel cretinismo endemico, c'è qualche cosa a ridire. La lunga durata della vita, la stazionarietà della malattia

e anche la minore accentuazione del mixedema si spiegano benissimo col fatto che la lesione tiroidea nei cretini endemici è lenta e progressiva e probabilmente sempre incompleta. Al motivo opposto si deve attribuire la maggior gravità del nanismo, dell'infantilismo e in genere dell'arretrato sviluppo nel cretinismo sporadico; ma si tratta sempre di una differenza quantitativa e nulla più, che non permette d'impugnare la patogenesi tiroidea nè per l'una, nè per l'altra malattia.

Quanto all'infantilismo mixedematoso di Brissaud, tra esso e il cretinismo sporadico più grave vi è un buon numero di forme intermedie. Brissaud ammette una differenza fondamentale: secondo la sua ipotesi, il mixedema e l'infantilismo deriverebbero da lesione tiroidea; l'arresto psichico, l'idiozia dipenderebbe invece da una lesione paratiroidea. Ora, facendo anche astrazione dai casi già osservati di grave cretinismo sporadico nei quali le paratiroidi si trovano illese e presenti al tavolo anatomico, bisogna riconoscere che i gradi estremi di nanismo, d'infantilismo e di braditrofismo non vanno mai esenti da disturbi psichici. Le correlazioni tra le funzioni psichiche motorie e viscerali sono abbastanza strette per non potersi sottrarre l'una indipendentemente dalle altre ad un gravissimo arresto dello sviluppo che compromette tutto l'organismo.

In un caso di atrofia somatica come quella rappresentata nella fig. 71 e con uno sviluppo funzionale da lattante, siano lese o illese le paratiroidi, non è ammissibile la formazione per quanto modesta dell'intelligenza. D'altra parte è da notare che i casi d'infantilismo con relativa integrità dell'intelligenza sono oltremodo rari; un po' d'infantilismo psichico vi è sempre: l'apatia, la pigrizia, l'eccessiva serietà del carattere vengono a testificare, se non direttamente l'atiroidismo, per lo meno il braditrofismo che ne è la conseguenza.

Anche l'esperimento parla in questo senso: Moussu ha ottenuto con l'asportazione della sola tiroide in giovani suini il quadro completo del cretinismo con arresto di sviluppo somatico e psichico.

Tanto nel cretinismo endemico come nello sporadico si ha dunque probabilmente a fare con una semplice lesione tiroidea, e la differenza tra le due malattie non dipende che dalla diversità dell'agente morboso e dal suo modo di azione, lento in un caso, rapido nell'altro.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Le autopsie nel cretinismo sporadico sono ancora in piccolo numero, sopratutto per la poca frequenza della malattia. In alcuni casi Bourneville ha potuto con lo studio minuzioso dello scheletro documentare più

particolarmente il caratteristico arresto di sviluppo. Lo studio dei centri nervosi non fu eseguito che in pochissimi casi. Il cervello è piuttosto grosso e risente assai meno di altri organi l'arresto dello sviluppo. Il cretino di Batignolles, illustrato da Ball, aveva un cervello di gr. 1178. In un caso di Bourneville in cui la statura era di poco inferiore ad un metro, l'encefalo pesava 1245 gr. Anche Muratow in un suo caso trovò un encefalo voluminoso. Nel cervello non si riscontrano fatti macroscopici d'importanza. Le cellule nervose della corteccia sono più piccole che normalmente e poco differenziate, le fibre nervose scarse, il tessuto nevroglico in leggero aumento. Muratow osservò arresto di sviluppo nei sistemi d'associazione sottocorticali.

Quanto alla tiroide, in varî casi non ne è stata riscontrata alcuna traccia; delle paratiroidi per lo più non si fa alcuna menzione nè positiva, nè negativa. Sono importantissimi da questo punto di vista due casi pubblicati l'uno da Chiari e l'altro da Maresch, nei quali mancava interamente la tiroide, ma erano presenti le paratiroidi.

CURA.

La cura tiroidea nel cretinismo sporadico dà quasi sempre risultati brillantissimi.

Appena cominciata la cura, sin dai primi giorni, si nota un aumento dell'attività cardiaca e respiratoria. Il polso e il respiro sono più frequenti. La temperatura s'innalza e raggiunge i limiti normali o supera addirittura la norma per poco che la dose di tiroide somministrata sia eccessiva. L'urina è più abbondante e la quantità di urea è notevolmente aumentata. Aumentano l'appetito e la sete.

Un effetto immediato e costante dell'alimentazione tiroidea è la diminuzione di peso che accompagna il dissiparsi delle tumefazioni mixedematose nella cute e nell'addome. In pochi mesi tutto l'aspetto del corpo è trasfigurato, la faccia cambia espressione, la pelle è dappertutto assottigliata e i muscoli cominciano a fare saglienza sotto la pelle (fig. 74 e 75; 76 e 77). Ben presto i denti di latte cadono e spuntano fuori i permanenti. I capelli diventano più folti. Più tardi il peso corporeo va progressivamente rialzandosi, perchè la diminuzione data dalla scomparsa del mixedema è compensata dall'aumento di statura e dallo sviluppo delle masse muscolari (fig. 78). L'accrescimento della statura si manifesta immediatamente e può raggiungere due centimetri al mese.

Le modificazioni delle ossa sono attestate nel modo più chiaro dall'osservazione radiografica. In un anno di cura si può avere un progresso

notevolissimo dell'ossificazione. Le fig. 72 e 73 dimostrano la comparsa di tutti i punti di ossificazione complementari dei metacarpi e delle falangi, ingrossamento considerevole dei due punti di ossificazione preesistenti nel carpo, cioè dell'osso massimo e dell'uncinato, la comparsa di altri due punti di ossificazione, cioè quelli dello scafoide e del semilunare, la comparsa della epifisi del radio.



Fig. 74.



Fig. 75.

Cretinismo sporadico: O. S. di 18 anni. Nella fig. 74 il malato comincia la cura tiroidea; nella fig. 75 la cura è già in corso da 485 giorni. Le due figure sono esattamente proporzionali ad un quindicesimo del vero (da LUGARO).

Meno notevole è il miglioramento nel campo psichico e sopratutto nello sviluppo genitale.

Psichicamente si ha subito la dissipazione del torpore, al quale si sostituisce un'insolita vivacità. Se l'ammalato è capace di parlare, parla molto più di prima, la parola si perfeziona nell'articolazione, e il vocabolario diventa più ricco. Ammalati alali imparano lentamente a parlare. Ma il miglioramento rimane sempre indietro da quello dello sviluppo corporeo; esso è più notevole dal lato dinamico, cioè come esercizio delle funzioni già sviluppate, che dal lato statico, cioè come acquisto di nuove capacità funzionali.

Nella sfera sessuale si hanno pure modificazioni notevoli: i testicoli discendono nello scroto, la verga s'ingrandisce, il pube si copre di peli, ma una vera e completa pubertà non è stata sinora ottenuta in alcun caso.

Vi sono notevoli differenze negli effetti della cura da caso a caso. Molto dipende dall'età in cui la cura s'intraprende. Se il cretino raggiunge un'età avanzata (caso non comune, anzi raro), la cura diventa inefficace, perchè l'ossificazione, benchè lenta, finisce col compiersi del



Fig. 76.



Fig. 77.

Cretinismo sporadico: D. G. di 18 anni. Nella fig. 76 il malato è all'inizio della cura tiroidea; nella fig. 77 la cura è in corso da 407 giorni. Anche queste figure sono esattamente proporzionali ad un quindicesimo del vero (da LUGARO).

tutto. LUGARO sottopose una donna di 46 anni al trattamento tiroideo e non ebbe il minimo aumento di statura: la radiografia dimostrò che l'ossificazione era completa. Tuttavia sino a vent'anni si possono avere meravigliose trasformazioni nella statura, appunto perchè a questa età l'ossificazione trovasi in uno stato infantile ed è ancora modificabile (fig. 74 e 75; 76 e 77).

Quanto alla gravità della malattia essa ha maggiore importanza per ciò che riguarda le funzioni psichiche. Nei casi gravi lo sviluppo somatico è sempre suscettibile di cura, mentre lo è assai poco quello dell'intelligenza; invece nei casi più attenuati, in cui l'ammalato è già capace di parlare, l'incremento delle facoltà mentali è molto superiore.

La cura tiroidea nel cretinismo sporadico deve, come nel mixedema acquisito, essere continuata *vita natural durante*. La dose sarà minima sull'inizio: alcuni ammalati tollerano male in principio di cura la somministrazione di una sola tabloide di 5 grani (*Borrougs Wellcome*) al

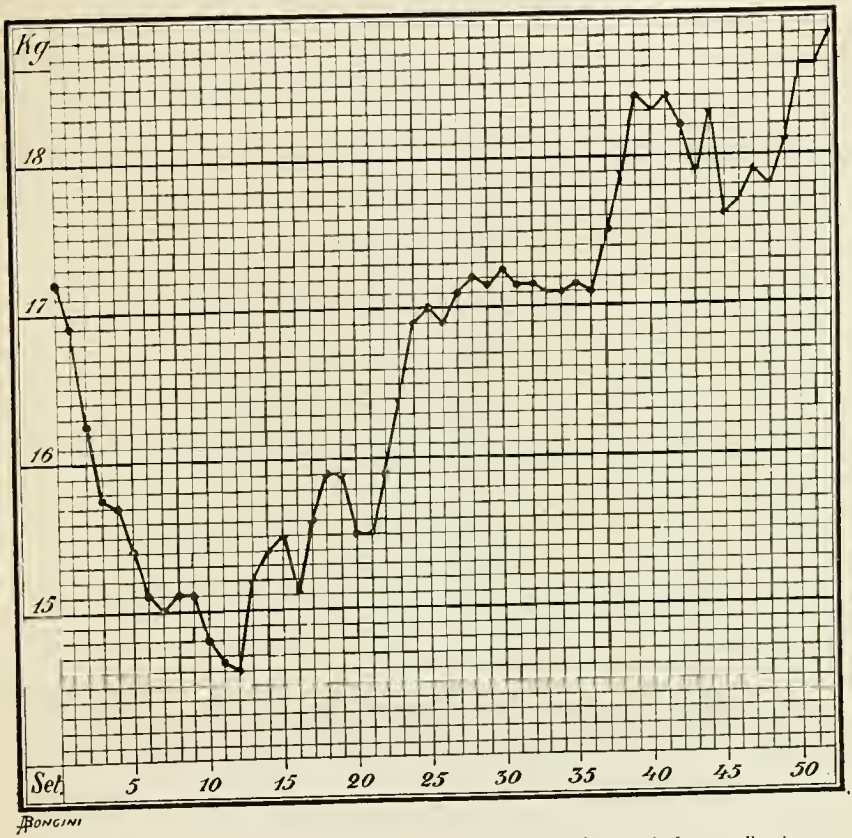


Fig. 78. — Cretinismo sporadico. Curva del peso nel malato C. G. di 7 anni, durante il primo anno di cura tiroidea (da Lugaro). L'ascissa indica le 52 settimane, le ordinate segnano il peso in chilogrammi. Si noti la discesa rapida del peso nei primi tre mesi e il rialzo ultimo al di là del peso iniziale.

giorno, e bisogna somministrarla a giorni alterni. Più tardi la dose può essere aumentata; e ciò sta in rapporto con l'aumentato bisogno per l'aumentata mole del corpo e per la maggior vivacità degli scambi organici. In ultimo bisogna stabilire per tentativi una *dose costante* che impedisca il ritorno di fatti mixedematosi, ma senza produrre sintomi d'ipertiroidismo.

Il morbo di Basedow.

Nel morbo di Basedow i fenomeni psicopatici stanno generalmente in seconda linea, e la grande maggioranza dei basedowici sfugge al manicomio, benchè soffra di tipici perturbamenti mentali. I sintomi più importanti sono quelli che costituiscono la nota triade: l'esoftalmo, il gozzo (fig. 79), la tachicardia. Sono questi i fenomeni che per lo più inducono il malato a ricorrere all'opera del medico. È importantissimo dal lato diagnostico il tremore a fine e rapide oscillazioni, perchè più costante dell'esoftalmo e del gozzo.



Fig. 79. — Morbo di Basedow: stato ricorrente di lieve esaltazione.

Bastano il tremore e la tachicardia per formulare fondati sospetti di basedowismo; la diagnosi può essere avvalorata dalla presenza di altri sintomi accessori, come il sudore profuso, la diarrea, l'insonnia, la tosse secca, la diminuzione della resistenza elettrica. Invece il gozzo e l'esoftalmo possono facilmente mancare.

L'ipotesi patogenetica più attendibile è oggi quella di un eccesso nella funzione tiroidea. L'ipertiroidismo può esservi senza che la tiroide assuma necessariamente l'aspetto del gozzo. Questa ipotesi non toglie ogni valore alle ipotesi antecedenti, che riferivano il morbo di Basedow a lesioni del sistema nervoso centrale o del simpatico: ma queste lesioni debbono a loro volta essere causa dell'alterata funzione tiroidea e precisamente dell'ipertiroidismo. Difatti noi possiamo osservare la sindrome basedowica in varie affezioni organiche del sistema nervoso, sopratutto nella *paralisi progressiva* (fig. 80) e nella *pellagra*.

L'ipotesi dell'ipertiroidismo nel morbo di Basedow trova fondamento in vari argomenti: anzitutto l'opposizione diametrale dei suoi sintomi principali con quelli del mixedema acquisito; il fatto che in alcuni casi al quadro del morbo di Basedow segue appunto quello del mixedema, e al

tempo stesso si ha l'atrofia della tiroide; la dannosità della cura tiroidea nel morbo di Basedow; e il fatto che la somministrazione di tiroide ad individui sani provoca dei sintomi basedowici. I tentativi di terapia razionale inspirati all'ipotesi dell'ipertiroidismo hanno avuto buon successo e portano così un nuovo contributo di prova.

Tuttavia vi è un punto ancora poco chiaro nel meccanismo patogenetico, ed è quello che riguarda la parte rispettiva che prendono la tiroide e le paratiroidi nella genesi della malattia. Walter Edmunds ritiene che nel morbo di Basedow le paratiroidi siano lese ed insufficienti, e che nella loro insufficienza funzionale stia il movente primo della malattia; l'ipertrofia della tiroide sarebbe soltanto un fatto secondario. Su questo punto decideranno le future ricerche anatomo-patologiche e più analitiche ricerche sperimentali.



Fig. 80. — Paralisi progressiva con sindrome basedowica

I basedowici sono assai numerosi, specialmente se si tien conto delle forme fruste o incomplete. In generale essi non vengono considerati come psicopatici; ma pure presentano una caratteristica e costante sindrome psichica: eccitamento, irrequietezza ansiosa, perdita della memoria, indecisione volitiva. Alle preoccupazioni del basedowico, che si vorrebbe occupare d'ogni cosa, portano un contributo i dubbi ossessivi; l'irresolutezza, l'incapacità di lavoro psichico. I basedowici sono irascibili, diffidenti, facili ad altercare, a spaventarsi. Vi è un singolare contrasto tra la loro smania d'azione e la loro impotenza: qualche volta questi ammalati perdono improvvisamente la padronanza sui muscoli e cadono a terra per *effondrement des jambes* o si lasciano sfuggire gli oggetti che tengono in mano.

L'eccitamento può facilmente giungere a un vero stato maniaco, con irrequietezza, loquacità, insonnia; d'altra parte, se si accentuano invece

i fenomeni di ansietà e di preoccupazione, si arriva facilmente ad un vero stato di depressione ansiosa. Queste maniere di reazioni psichiche vengono in generale considerate come mania e melancolia sovrapposta od associata al morbo di Basedow. Ma in realtà non sono che una manifestazione basedowica: le presunte psicosi che si associerebbero al morbo di Basedow consistono per la massima parte in semplici e lunghi episodî di eccitamento maniaco o di depressione melancolica. La prova della loro natura sintomatica è data dal decorso: benchè questi stati affettivi possano sparire in modo indipendente dagli altri sintomi basedowici, pure nella maggior parte dei casi sono assai ostinati e si protraggono più di quel che non sogliano i comuni accessi di mania o di melancolia. Perciò la mania e la melancolia, se sono accompagnate o prodotte dal morbo di Basedow, comportano una prognosi riservata e meno fausta che nelle loro forme semplici.

In certi casi il morbo di Basedow si associa a fenomeni isterici. Talvolta pare che si tratti di sintomi basedowici determinati dall'isteria; ma nella maggior parte si tratta invece di sintomi isterici che il basedowismo risveglia, mettendo in luce un isterismo latente.

La cura del basedowismo era puramente sintomatica: i bromuri, i sedativi in genere, i tonici cardiaci avevano in essa la parte più importante. La cura chirurgica, consistente nella resezione parziale o totale del corpo tiroide, si può dire ormai abbandonata per il pericolo di morte improvvisa che presenta durante l'atto operativo e per le conseguenze di cachessia strumipriva che determina nel caso di un'asportazione troppo radicale.

Ma in seguito alle nuove vedute sulla genesi tiroidea della malattia, Burghardt potè curarla con successo propinando *sangue* di un individuo *mixedematoso;* Lanz ottenne buoni risultati somministrando *latte di capre stiroidate;* e Möbius preparò un *siero di montone stiroidato* che in vari casi si è mostrato efficace. Un giudizio definitivo su questi tentativi terapeutici sarebbe prematuro, perchè la prova sperimentale è piuttosto limitata; ma è lecito di sperarne buon frutto.

CAPITOLO XIV.

La paralisi progressiva

La paralisi progressiva (paralisi generale degli alienati, demenza paralitica, periencefalite cronica) è una malattia cronica, mortale, con lesioni encefaliche ben conosciute e con sintomi sommamente caratteristici, che riguardano principalmente le funzioni mentali e le motorie. Essa conduce gradatamente all'annientamento dell'intelligenza e del carattere, e colpisce persone valide, senza precedenti psicopatici, ma che quasi sempre soffersero di sifilide in gioventù. I colpiti sono in maggioranza di sesso maschile e di un'età fra i 30 e i 50 anni.

SINTOMATOLOGIA.

Segni e andamento del processo demenziale.

Fin dal primo esordire della malattia le alterazioni psichiche dei paralitici, per quanto possano essere quasi impercettibili, tradiscono il carattere demenziale. Da queste prime alterazioni che ingrossano rapidamente come una valanga, passando per una serie tipica di guasti e rovine parziali, si arriva in qualche anno, salvo il caso di morte per crisi prematura, all'estremo grado della demenza, fino al totale anideismo. Tenendo presente questa tendenza fondamentale, i varî quadri clinici della paralisi progressiva si possono ridurre facilmente ad una stretta unità.

I primi indizî della dissoluzione psichica rimangono spesso disconosciuti, perchè precedono di parecchi mesi od anni il momento in cui l'esistenza d'una psicopatia si comincerà appena a sospettare. I futuri paralitici disimpegnano correttamente i loro doveri professionali e si comportano con senno; ma sembrano come un po' trasognati. Se in loro presenza si accende una conversazione rapida ed abbondante, sembrano disinteressarsene per pigrizia o per indifferenza. Si può sotto gli occhi del paralitico fare un cenno allusivo, passare un biglietto, bisbigliare la

diagnosi e compendiare laconicamente la prognosi senza ch'egli se ne accorga; non già per mancanza d'intelligenza, ma per insufficienza d'attenzione e di rapidità percettiva. Ora, in nessun altro stadio o forma lucida di psicosi sarebbe permesso al medico un contegno così *sans gène*: nè il nevrastenico, curioso fino all'indiscretezza, nè il paranoico, altero e diffidente, lo tollererebbero; solo il paralitico, per quanto ancora ragionevole, è sempre olimpico e sereno. Egli non si avvede della torpidezza subentrata nei suoi processi ideativi e specialmente in quello dell'attenzione. A differenza del nevrastenico, che ha acuito il senso subiettivo della stanchezza, mentre la quantità e la qualità del lavoro prodotto non hanno sofferto pregiudizio, il paralitico si meraviglia delle apprensioni altrui, ne ride bonariamente, ed accetta la visita del medico come una superfluità che del resto lusinga il suo amor proprio e il suo egoismo. Vi sono bensì dei casi in cui i malati, più confusi che convinti, ammettono di non trovarsi nel loro stato normale, ed alla diminuzione obiettiva della vigoria psichica aggiungono anche un certo scoraggiamento subiettivo; ma il senso d'impotenza psichica è sempre inferiore all'impotenza reale. Ed anzi può darsi che la correttezza logica e l'equilibrio affettivo del malato conservino così bene le apparenze normali, che i parenti, per rendersi ragione in qualche modo della sua più scarsa partecipazione ai fatti ed ai discorsi altrui, sono costretti a fare le congetture più lontane della verità: che il malato nasconda qualche dispiacere, che mediti qualche problema scientifico, o persino che sia diventato un po' sordo.

In questo stadio di serenità prodromica il malato si dedica con fervore ostinato, ma placido alla sua collezione di francobolli, alla cura del suo vestiario, dei suoi fiori, della sua casa; o si crea delle abitudini nuove, trascurando la professione e gli affari, e in queste occupazioni non irragionevoli, nè viziose, ma frivole, si dimostra minuzioso fino alla pedanteria, vi perde molto tempo e ne discorre con ripetizioni fastidiose. Vi è dunque già un restringimento nel campo dei sentimenti, se non in quello dell'intelligenza. Queste circostanze hanno grande importanza, perchè, insieme alle precedenti, permettono la diagnosi precoce della malattia.

Sempre in questa fase iniziale si presentano talvolta fatti più gravi, ma che, isolati come sono, non hanno ancora un'impronta decisamente patologica. L'infermo, nella pienezza della sua attività e della salute apparente, manca ad un colloquio d'affari o s'interrompe in una pubblica arringa o scrive una ricetta con dosi sbagliate o parte per un viaggio senza preavviso e senza scopo. Alle inquietudini della famiglia contrappone spiegazioni imbarazzate o una resipiscenza gaia e superficiale, che fanno dimenticare l'incidente e gli danno il valore d'un fatto casuale.

Oppure sono distrazioni od omissioni di minima importanza, che possono anche impressionare, ma unicamente (se si ripetono) pel loro numero: visite non restituite, errori di contabilità, osservazioni scurrili o impertinenti, che verranno sommate e valutate solo più tardi, quando la famiglia sarà spinta dal sopraggiungere di altri sintomi alla ricerca retrospettiva dei primi indizî di malattia.

Queste amnesie transitorie e quasi accessuali dei casi iniziali non dipendono da insufficienza mentale, nè dalla perdita assoluta delle traccie mnemoniche, ma da insufficienza del processo d'evocazione, che a sua volta è l'effetto della disattenzione e della spensieratezza e deve considerarsi come il segno premonitore di una demenza imminente, ma non ancora in atto. La demenza in atto si manifesterà più tardi con sintomi più continui e più evidenti.

Nel paralitico diminuisce la resistenza alla fatica psichica; egli è incapace di attenzione prolungata, e le sue percezioni diventano più tarde e meno precise. I malati restano estranei o indifferenti a ciò che accade attorno o dentro di essi; prendono ogni cosa con leggerezza, la professione, l'economia domestica, l'avvenire dei figliuoli; cessano insomma dal comportarsi e dal sentire all'unisono con gli altri. Dalla semplice torpidezza si passa ad una vera e profonda *metamorfosi del carattere.*

Con meraviglia di tutti, il paralitico si afferma pubblicamente per uno stravagante, uno scialacquatore oppure un libertino. Si tratta d'una stravaganza asistematica, a scatti, che conduce il malato, senza un motivo plausibile, a non voler pagare una spesa, a defecare in luogo indebito, a soffiarsi il naso in una tenda. Non meno puerile è la *prodigalità* che lo spinge a comperare venti pipe di schiuma in una volta, o un gran numero di cravatte, libri che rimangono intonsi, cibi rari in quantità sproporzionata. Anche la *dissolutezza* è più di parata che di sostanza, e si sfoga clamorosamente, ma senza continuità e senza passione.

Queste abitudini viziose non si sviluppano per un pervertimento cosciente dei criterî etici, nè con una motivazione ponderata, ma erompono all'improvviso, fatalmente, ingenuamente, per la paralisi, duratura o momentanea, d'un sentimento, d'una nozione o d'una virtù; e quindi nel bilancio mentale non rappresentano che una perdita. Se qualche volta, nel disastro del carattere, il paralitico può sembrare migliore di quello che era allo stato normale, se l'avaro distribuisce qualche regalo, se il tiranno domestico od amministrativo rallenta i freni della disciplina nella famiglia o nell'ufficio, la nuova incarnazione psichica, per quanto forse più simpatica, è pur sempre meno elevata dell'antica.

L'abbassamento morale si rivela in modo più grave e grossolano con furti inaccorti di oggetti senza valore, espressione tipica della così detta

cleptomania, o con tentativi per lo più innocui di libidine contro natura, talvolta in pubblico e senza che il malato mostri di sentirne rimorso o vergogna.

Queste azioni morbose hanno carattere regressivo e rientrano nella cerchia del processo demenziale. Le meno gravi, se non avvenissero in malati adulti, che avevano già dato prove non dubbie della propria serietà, passerebbero quasi come manifestazioni naturali: basterebbe poter invocare per esse l'attenuante della gioventù o di un carattere puerile. In altre parole, le imprudenze, le spavalderie e gli atti immorali dei paralitici portano l'impronta dell'insufficienza intellettuale non disgiunta da una certa bonarietà. Di tale insufficienza è una riprova anche la facilità con cui i paralitici si lasciano intimorire o si ricredono e poi ricadono nell'errore. Se poi i loro progetti non sono sempre assurdi per sè stessi, li rende puerilmente assurdi l'impreparazione personale dei soggetti: un commesso di bottega illetterato si accinge a scrivere una tragedia in versi, un ignorante oscuro e senza mezzi vuol mettersi alla testa d'una spedizione geografica o d'una nuova industria, e per raggiungere il suo intento si arresta ad un programma magniloquente, ma inedito, anzi appena abbozzato.

Malgrado il deterioramento morale, che del resto non è costante, si conservano abbastanza a lungo gli affetti, sopratutto quelli di famiglia; ma anch'essi subiscono qualche eclisse momentanea e diventano in ogni modo più superficiali. La demenza si accentua fino alla più volgare evidenza quando i paralitici cominciano a dar segno di smemoratezza permanente, ossia quando un certo numero di ricordi è irremissibilmente perduto. Questa perdita si limita da principio ai ricordi recenti, ed è fondata sull'incapacità parziale o totale di ritenere le impressioni nuove. Così si produce uno stato di *disorientazione* profonda rispetto al passato più prossimo e indirettamente anche rispetto al presente. Il malato connette ancora alla meglio i ricordi umili e poco allegri del proprio passato lontano, ma non mostra di tenerne gran conto, e con una irriflessività che arriva all'incoerenza li rinnega volentieri a beneficio della confusione presente. Gl'istinti fondamentali, liberati da ogni specie d'inibizione, acquistano il sopravvento, e il paralitico è e si sente cambiato anche intellettualmente.

Al posto della critica, e sopratutto dell'auto-critica, non gli resta che la più grottesca *credulità*. Rinchiuso in un manicomio, sente debolmente i vincoli imposti alla sua libertà personale e s'illude di trovarsi in un albergo o in una casa propria o in uno stabilimento di nuovo genere; se chiede ogni tanto, per abitudine, di tornare presso la famiglia, qualunque risposta banale lo contenta; per lo più non conta i giorni e, come se

avesse perduto la nozione del tempo, accetta con piena fiducia l'eterna promessa: *domani!*

A poco a poco si cancellano dalla coscienza anche i ricordi remoti: i malati non sanno più nè la loro età, nè il numero dei loro figli, nè il nome del paese nativo. Così smarriscono completamente il sentimento della propria personalità e insieme anche quello della realtà esterna. Per essi non esiste più nulla d'inverosimile; ai ricordi mancanti subentrano i ricordi falsi e le convinzioni più assurde: hanno mille anni, cinque patrie diverse, venti figli tutti della stessa età; sono contadini e possidenti, uomini e donne, oppure Adamo, Eva e Carlo V in una sola persona. Travolti nel più profondo marasmo, non se ne accorgono affatto o magnificano ancora la propria salute. Infine, si riducono alla pura vita vegetativa; non conservano più che barlumi d'idee, frammenti di linguaggio, residui incoerenti di attività volontaria; non riescono a governare le funzioni del retto e della vescica; percuotono ciecamente non importa chi nè perchè; si riempiono le tasche di sassi; ripetono per mesi interi, anche se nessuno è presente, lo stesso grugnito stereotipato di benevolenza, che compendia tutto il loro movimento mentale.

Stati d'animo e delirî.

Il processo di demenza che abbiamo descritto costituisce qualche volta tutto il quadro psichico della malattia, al di là del quale non resta che la cornice dei sintomi motori e viscerali: e si ha la così detta *forma apatica* della paralisi progressiva. Ma vi sono altri fenomeni d'ordine psichico che, anche non appartenendo strettamente al processo demenziale, si svolgono parallelamente senza smentirlo, nè disturbarlo.

Non tutti i paralitici sono indifferenti: anzi una buona parte di essi è in preda ad un *esaltamento* che è quasi costante nei primordî e che può accompagnare tutto il decorso della malattia, dando luogo a fasi e varietà caratteristiche più frequenti e più interessanti degli stati d'indifferenza e della forma apatica.

Un sentimento particolare di benessere, di *euforia* genera nel malato l'illusione d'uno straordinario accrescimento della forza muscolare, digestiva, genetica ed intellettuale: tutti i suoi visceri sembrano in festa come per una specie di ubbriacatura generale, e questa parvenza di tripudio perenne s'irradia realmente e largamente all'esterno negli occhi luccicanti di compiacenza, nella maschera sorridente del viso, nella baldanza del contegno, nell'ottimismo illimitato dei giudizî. Si direbbe che il paralitico si trovi sotto l'influenza d'un filtro miracoloso per cui, mentre l'or-

ganismo e l'intelligenza vanno correndo all'ultima rovina, cresce e si esalta al colmo la coscienza di sè.

I malati diventano insonni, loquaci, turbolenti, e di quando in quando, malgrado un fondo di esagerata giovialità, possono anche trascendere a momentanee violenze, seguite però sempre da magnanimi perdoni. Una simile esaltazione, scatenandosi come un turbine sopra un cervello già devastato dalla demenza, solleva le idee vanitose e i propositi d'ambizione. Così si stabilisce un *delirio di grandezza* non molto fermo, nè molto connesso, ma che di sovente raggiunge le dimensioni più iperboliche. Da principio il paralitico delirante non è interamente in buona fede, e nel racconto delle sue gesta si abbandona un poco alla *millanteria;* oppure si limita a vanterie moderate; ma più spesso la sua deficienza critica è così profonda, che gli permette di scambiare per vero tutto ciò che gli pare e piace.

Siccome il campo dei desiderî e della fantasia non è sempre molto esteso, può darsi che la *megalomania* si affermi in modo affatto elementare e ridicolo: i malati si vantano timidamente, ma contro ogni verità e affatto fuor di proposito, d'avere un bellissimo cappello o una mazza col pomo d'argento o una calligrafia da angeli. Il delirio più comune è quello della *ricchezza*. molti sacchi di patate, quattro milioni di lire, cinquecento miliardi, tutto l'oro del mondo, fin dove giungono la fantasia e l'istruzione aritmetica dei malati. Ma per lo più il delirio di grandezza si estrinseca in tutte le forme possibili senza molta coesione. Il malato non è tanto superbo quanto vanaglorioso, e racconta con gran pacatezza le cose più incredibili: ha alzato un peso di cinque quintali, ha ucciso dieci leoni, sa cantare in chiave di baritono, di basso e di tenore, ha mille odalische nel suo *harem*, promette palazzi, cariche ed onorificenze in compenso d'un minimo favore o di una parola gentile, è onnipotente ed onnisciente. Oggi è generale d'Europa, re di Roma e delle stelle; domani sarà papa, antipapa, poliglotta, numismatico e primo ministro.

Un quadro psichico del tutto opposto presentano quei paralitici la cui coscienza è frastornata da una serie di sensazioni nuove, straordinarie e non piacevoli: sono i paralitici nevrastenici. Di solito questo stato d'animo è poco accentuato e non duraturo, caratterizzando più che altro il primo esordio della malattia. Ma non è raro che il malessere cenestetico assuma una forma più precisa e si sistematizzi in qualche *fobia* o nel *delirio ipocondriaco*. Il terreno demenziale da cui germoglia questo delirio gli conferisce gli stessi caratteri d'incoerenza, di fatuità e d'iperbolica assurdità per cui si distingue nei paralitici il delirio di grandezza. I malati hanno la testa di vetro, le gambe di sughero, una pietra al posto del cuore; sono senz'occhi e senza visceri; la loro lingua è caduta nello

stomaco; domani saranno morti; sono anzi già morti e putrefatti; pesano trecento chili; il loro orifizio anale è otturato per sempre; la loro statura è microscopica.

Qualche volta le idee deliranti del paralitico arieggiano quelle del melancolico, ma le sorpassano immensamente quanto alle proporzioni ed all'assurdità. È un delirio di *micromania* a base di parestesie e con estrinsecazioni paradossali, che quindi ha molti punti di contatto colla megalomania, per quanto si presenti in certo modo come il suo contrapposto.

Nella paralisi progressiva può anche prodursi precocemente e transitoriamente uno stato di *confusione mentale* con o senza agitazione motoria, che non corrisponde ad un grado profondo di demenza ed anzi è indipendente dal processo demenziale: i malati, dopo aver presentato il quadro più spaventoso dell'incoerenza e del furore, possono ritornare rapidamente ad una relativa lucidezza. Nel corso di pochi minuti il paralitico in istato confusionale apostrofa con insulti ed abbraccia con effusione le persone che lo circondano, sale in piedi sul letto, picchia la porta, rompe seggiole e vetri, si lacera gli abiti, si graffia il viso e i genitali, vocifera parole sconnesse, si sputa nelle mani, perde le feci, s'imbratta, rovescia il catino e disperde le lenzuola. Di rado predomina la violenza — e si ha lo *stato maniaco;* più spesso predomina il disordine — e si ha lo *stato confusionale* senza vero furore.

D'altra parte non è impossibile, se la demenza è poco inoltrata che si, formino deliri sistematizzati, non molto diversi da quelli che si riscontrano nel decorso di altre malattie mentali. Queste *forme paranoidi* di paralisi progressiva rappresentano una reazione psichica delle meno irragionevoli ai falsi allettamenti e ai falsi allarmi della cenestesi, e appunto per ciò non si delineano che negli inizi della malattia e nei periodi di remissione. L'apatia e i deliri iperbolici di grandezza o d'ipocondria denotano una disorganizzazione più profonda, e compaiono o persistono negli stadi avanzati.

Così accade che la depressione affettiva si manifesti con un *delirio persecutorio;* il malato si lamenta d'essere stato oggetto di canzonature e di ostilità, i suoi compagni d'ufficio gli mettevano nell'acqua la cantaridina, lo chiamavano l'erotomane, un giorno fu assalito e percosso da sconosciuti, un'altra volta fu atterrato e masturbato per forza sulla pubblica strada, una vicina di casa l'aveva ammaliato rendendolo impotente. Anche l'esaltamento può rivelarsi con deliri più stabili e più coerenti della consueta megalomania multiforme e paradossale, p. es. con un *delirio erotico*. Riconoscere in questi deliri la linea demenziale, e quindi l'origine paralitica, non è sempre facile; e talvolta non vi si arriva che indirettamente, sulla traccia dei sintomi d'ordine somatico.

Crisi ed accessi.

Circa 60 % dei paralitici vanno soggetti a convulsioni, come verificò J. G. Smith in una statistica di 700 casi. Oltre agli *accessi epilettiformi*, sono abbastanza frequenti gli *accessi apoplettiformi* ed altri fenomeni localizzati, che possono scomparire rapidamente, e che non dipendono da grossolane lesioni a focolaio.

Fra questi sintomi critici, che danno un'impronta caratteristica alla paralisi progressiva e che influiscono sul suo decorso ulteriore, sono da notare: l'*afasia temporanea*, le improvvise *congestioni del capo*, le *elevazioni accessuali della temperatura*, le *vertigini*, la *perdita delle feci* in soggetti ancora lucidi e vigorosi durante il sonno, il *vomito* senza nausea, la *paralisi bulbare* e forse altre forme di *paralisi circoscritte* abbastanza comuni, ma di cui finora sfuggiva il carattere critico (Neissler).

Tutte queste crisi più o meno appariscenti, non diversamente dai classici accessi epilettiformi ed apoplettiformi, si devono interpretare come esponenti clinici di condizioni organiche fra loro analoghe e strettamente connesse col processo morboso della paralisi progressiva. Anche dal lato clinico, esse non mettono in evidenza sintomi nuovi ed estranei al decorso ordinario della malattia, ma rappresentano piuttosto l'apparizione in forma rapida, grave e precisa d'uno o dell'altro fra i sintomi caratteristici del processo morboso, che si acutizza e si localizza più o meno transitoriamente in un dato territorio della corteccia o nei vari nuclei grigi dell'encefalo. Le stesse paralisi successive ai più gravi accessi costituiscono l'epilogo, il più delle volte effimero, d'un accesso convulsivo; e se pure derivano da un semplice accesso apoplettiforme, non sono quasi mai prodotte da emorragie o embolie od altre grossolane lesioni a focolaio. È probabile che il processo fondamentale della paralisi progressiva, qualunque sia, eserciti un effetto irritativo o paralizzante a seconda dell'intensità che possiede e della resistenza che trova, nei vari momenti e nei vari centri corticali o nucleari; e che perciò tutti i sintomi della malattia, compresi gli accessi, non siano almeno nei primi stadi che la manifestazione parziale di un'azione generale e variabile.

E infatti, dalle crisi motorie più gravi, passando per le più lievi ed effimere, si arriva gradatamente ad una serie di crisi difficilmente avvertibili, che si riferiscono ai sintomi più comuni di paralisi progressiva e non sono classificate fra gli accessi solo perchè la loro comparsa e scomparsa, per quanto avvenga probabilmente all'improvviso, sfugge quasi sempre all'osservazione a motivo della scarsa appariscenza del sintomo. Così avviene riguardo ai mutamenti della reattività pupillare e a quelli

dei riflessi patellari, la cui successione rimane oscura se non vi è chi li esplora con premeditazione.

Di tutti i sintomi accessuali l'accesso epilettiforme è il più imponente. Nulla lo contraddistingue, riguardo alle sue manifestazioni, dai comuni accessi epilettici, e può presentarsi in tutte le fasi della malattia con tutti i gradi d'intensità e di frequenza. Qualche volta (raramente) la convulsione apre la scena della paralisi progressiva, più spesso la chiude con esito letale, talvolta la tronca precocemente o sopraggiunge a confermare una diagnosi dubbia; nel più dei casi si ripete a lunghi intervalli, contrassegnando altrettante fasi della malattia. Oltre agli accessi generali, si notano *convulsioni monocloniche* o *jacksoniane* con localizzazione unilaterale e perdita non totale della coscienza. Sul termine della malattia le crisi convulsive possono ripetersi in numero straordinario ad intervalli di pochi minuti, e vi sono malati che soccombono dopo cento e fin duecento accessi accumulati in un paio di giorni. Simili accessi in serie, accompagnati come sono da insensibilità, incoscienza, elevazione della temperatura, respiro stertoroso, irregolarità del polso e collasso, conducono molto vicino all'agonia, sebbene qualche volta non siano letali e lascino al malato la possibilità di rimettersi alla meglio.

Dopo la convulsione rimane spesso la paralisi in forma di *emiplegia*, *emiparesi*, *monoparesi*, che però si dilegua rapidamente, anche in uno o due giorni. Gli *accessi apoplettiformi* si presentano anche senza la precedenza di convulsioni, e possono passare inosservati. Le paralisi sono seguite da *contrattura precoce*, che può comparire persino dopo poche ore (Lugaro).

L'accesso apoplettiforme può colpire i centri della parola e prendere l'aspetto dell'*afasia motrice* a tipo corticale senza emiplegia, che non dev'essere confusa coll'anartria della lingua e delle labbra. Quest'ultima ha un'origine nucleare e progressiva e del resto conduce difficilmente all'impossibilità assoluta di parlare. Sono pure da notarsi gli episodi passeggeri di *sordità verbale*.

Un'altra forma di crisi paralitica è la *congestione della faccia* congiunta con sopore o con offuscamento della coscienza. Spesso queste crisi congestizie, assai evidenti, preludono ad altre crisi più gravi o sono rese più gravi esse stesse da complicazioni parallele, come il rifiuto del cibo o il vomito.

Quando gli accessi sono o molto gravi o molto ripetuti, è difficile che, scomparsa la paralisi, non ne rimanga nessun'altra traccia. Spesso, dopo questi accessi, gl'infermi passano in uno stato durevole di *defieienza motoria* o scendono di parecchi gradini nella scala della demenza. Gli accessi più leggieri lasciano dietro a sè traccie meno gravi, ma altrettanto

interessanti, modificando lo stato d'animo, il contenuto del delirio, la reattività della pupilla o il contegno dei reflessi patellari.

Le *vertigini* avrebbero maggiore importanza, specialmente come sintoma precoce della paralisi progressiva, se sopravvenendo in soggetti ben portanti e per nulla disposti a credersi ammalati, non si sottraessero quasi sempre alla verificazione immediata. Di solito il medico non raccoglie questo sintomo che in grazia di un interrogatorio retrospettivo che effettua quando lo stato demenziale del malato è tanto inoltrato, da rendere confuso, esagerato e quindi assai dubbio il suo racconto.

Molto più facile, anche negli esordî della malattia, è la verifica di altri sintomi accessuali che, per quanto lascino indifferente il malato, non possono sfuggire alle persone che l'avvicinano; p. es., la *perdita delle feci* sia durante il sonno, sia anche durante la veglia, senza diarrea, nè dolori; più raramente il *vomito improvviso* senza nausea, nè indigestione. Simili incidenti possono effettuarsi anche una volta soltanto.

Benchè la paralisi progressiva sia una malattia essenzialmente afebbrile, può accompagnarsi per eccezione non rara con *elevazioni accessionali di temperatura*, anche fino a 42°, che compaiono e scompaiono al solito modo, senz'alcuna relazione coll'andamento generale. Si tratta di febbri paradosse che dipendono da un disordine dei centri termoregolatori, sui quali per qualche circostanza speciale si riversa e si localizza in quel momento l'azione del processo morboso, provocando una specie di equivalente termico dell'accesso epilettiforme.

Infine avviene qualche volta che i paralitici o precocemente o in uno stadio più o meno inoltrato della malattia presentino improvvisamente respiro di Cheyne-Stokes, pallore gravissimo, vertigini, difficoltà della deglutizione, perdita della parola, polso piccolo, frequente ed aritmico, spossatezza generale ed incoscienza, ossia la sindrome d'una *paralisi bulbare*, che li conduce a morte in poche ore. Questi gravissimi accessi possono anche dissiparsi o piuttosto presentarsi sotto forma abortiva per una o due volte; ma di solito ha luogo la recidiva, a cui i malati finiscono col soccombere. Quest'esito della paralisi progressiva non è menzionato come un fenomeno inerente al processo naturale della malattia, ma esso non è così raro da non meritare un posto nella serie dei sintomi ordinari e come un fattore di anticipazione nella data della morte, di cui si deve tener conto nella prognosi. L'apparenza bulbare di questa sindrome non esclude ch'essa possa riferirsi, come le precedenti, alla corteccia cerebrale, i cui centri siano impegnati all'unisono con esclusione della zona motoria degli arti.

Sintomi motorî.

Nella paralisi progressiva sono rare le paralisi estese e profonde; piuttosto si osservano paresi e paralisi non totali, che sopravvengono quando la malattia è già avanzata e che determinano una forma speciale d'*incoordinazione* con difficoltà e lentezza nell'effettuare i *movimenti delicati*. Solo in pochi casi e assai tardivamente si rendono del tutto impossibili la deambulazione, l'alimentazione spontanea e la favella. Vi sono anzi paralitici che, salvo qualche paresi anche abbastanza estesa, spiegano una forza non comune nel cammino o in qualche esercizio muscolare di facile esecuzione, incoraggiati talvolta anche dalla mancanza del senso di fatica. Invece è assai comune che non riescano a caricare l'orologio, ad annodare la cravatta, ad abbottonarsi i pantaloni, a compiere in modo sinergico movimenti ordinariamente dissociati, a scrivere ed a pronunziare correttamente certe parole, a ballare, a tirare di scherma, a padroneggiare con perfezione tutte le gradazioni espressive d'un sorriso. Solo nell'ultimo periodo della malattia, si ha, spesso, uno stato di paresi generale con accentuata ipertonia.

Una sede prediletta di svariate e importanti alterazioni motorie è la *pupilla*. Tali alterazioni, se si presentano negli stadî iniziali della malattia, sono riparabili; e se non subiscono riparazione, dimostrano col dar luogo a disturbi successivi di significato opposto di poter essere transitorie e indipendenti da lesioni distruttive. Il più frequente fra i sintomi precoci è il così detto fenomeno di Argyll-Robertson, per cui le pupille reagiscono all'accomodazione, ma non alla luce. Moltissime volte le pupille rispondono all'eccitamento luminoso con reazioni più tarde e più deboli di quelle che si osservano nei normali, e possono anche presentare rigidità assoluta. Io ho potuto verificare che la rigidità pupillare può scomparire e ricomparire nel decorso della paralisi progressiva, come fu già osservato nella tabe dorsale (Eichhorst, Treupel). Il miglior modo di praticare l'esame consiste nell'innalzare ed abbassare una fiamma situata in posizione fissa e che si possa manovrare con un rubinetto, senza ricorrere a schermi che alterano l'accomodazione.

Talvolta le pupille sono simmetriche come nei normali; ma siccome differisce la prontezza della reazione, si produce un'*asimmetria momentanea* durante l'esame, perchè ad ogni modificazione dell'ambiente luminoso una pupilla reagisce molto prima dell'altra. Assai più di sovente l'asimmetria della pupilla è permanente (*anisocoria*), e in tal caso vi è un grado più o meno assoluto di rigidità, per lo più nella pupilla allargata. Negli stadî iniziali è abbastanza frequente, come nella tabe, la

miosi. La *midriasi* è più frequente negli stadi più avanzati e può colpire malati che avevano presentato spiccatissima miosi. Sono menzionati alcuni casi eccezionali d'inversione del reflesso pupillare alla luce, per cui la diminuzione dello stimolo luminoso determina restringimento invece di allargamento, e viceversa (Raggi, Morselli, d'Abundo); questo singolare fenomeno può presentarsi come una falsa apparenza quando la reazione vera è tanto istantanea da sfuggire all'osservatore.

Fu notato che le pupille dei paralitici presentano qualche volta un orlo irregolare, p. es. ovale o poligonale (Morselli, Musso). Di regola tutti questi sintomi sono da imputarsi all'oculomotore e non al simpatico, che rimane estraneo al processo morboso; e infatti la miosi, come espressione d'iperfunzionalità dell'oculomotore, è più frequente da principio e nei *casi floridi*, cioè durante la fase irritativa della paralisi progressiva, mentre la midriasi, come espressione di deficienza funzionale dell'oculomotore, è più comune nella fase terminale di esaurimento e nei casi a decorso rapido.

La lesione irritativa, sospensiva o distruttiva che sia, si limita quasi sempre a quel nucleo dell'oculomotore che innerva i muscoli oculari intrinseci. Però anche gli altri nuclei, benchè assai più raramente, possono essere colpiti; e parimente anche i nuclei d'altri nervi oculari, p. es. quelli dell'abducente. Infatti furono registrati recentemente diversi casi di paralisi dei muscoli estrinseci con atrofie dei nuclei corrispondenti (Siemerling e Boedeker). Era strano che su questo fenomeno non si fosse mai rivolta prima l'attenzione degli osservatori; tuttavia strabismo, ptosi, nistagmo, sono nella paralisi progressiva fatti del tutto eccezionali.

Non meno importante dei fenomeni pupillari è la morbosa maniera di comportarsi dei *reflessi rotulei*, che nei paralitici progressivi non sono quasi mai normali. Il più delle volte i reflessi patellari sono molto esagerati: qualunque sia la posizione delle gambe, si può provocare una reazione clonica. All'esagerazione del reflesso rotuleo si aggiungono non di rado, come una conferma, il clono del piede e la trepidazione della rotula. Per lo più il fenomeno è bilaterale e di pari intensità.

Quando il reflesso del ginocchio non è esagerato, è abolito o quasi abolito; per cui, fra le varie eventualità possibili, è assolutamente eccezionale quella d'un reflesso normale. I medesimi malati possono presentare in epoche successive del processo paralitico un contegno diametralmente opposto dei reflessi patellari. Generalmente si comincia coll'esagerazione e si finisce coll'abolizione; nonostante, anche l'abolizione può presentarsi come sintomo precoce.

Le irregolarità dei reflessi rotulei rappresentano per la loro grandissima

frequenza e per la loro frequente precocità un prezioso criterio di diagnosi. I mutamenti di contegno in questa forma di reattività sono spesso in rapporto stretto colle crisi epilettiformi (Lugaro). Non è vero che i reflessi patellari siano esagerati se la gamba è rigida ed aboliti se la gamba è rilassata e paretica: il tono muscolare ha bensì qualche rapporto colla modalità dei reflessi, ma le sorgenti dell'uno e degli altri non collimano completamente, e le alterazioni generali della tonicità muscolare sono nei paralitici meno costanti che le alterazioni del reflesso rotuleo.

È parimente contrario al vero che nella paralisi progressiva si debbano distinguere due tipi clinici differenti, cioè un *tipo spastico* e un *tipo tabetico*. In realtà, siccome in uno stesso malato i reflessi patellari possono presentarsi esagerati o mancare a seconda del momento in cui cade l'osservazione, è evidente che non esistono due forme di paralisi progressiva in antagonismo anatomico e nosologico fra di loro. Con ciò non si nega l'eventuale associazione del processo tabetico col paralitico, che prende il nome di *tabe-paralisi*.

La paralisi progressiva è sempre una malattia eminentemente cerebrale, e le alterazioni dei reflessi rotulei sono prevalentemente determinate da lesioni del cervello. Se a queste ultime si aggiungono abbastanza di spesso, ma in modo non necessario, anche lesioni spinali, simili complicazioni non sono così costanti da spiegare i disordini di vario genere che così costantemente si osservano nel contegno dei reflessi rotulei, e molto meno possono autorizzare ad ammettere due forme antagonistiche di paralisi progressiva, la spastica e la tabetica. Vi è anzi un discreto numero di casi in cui i reflessi rotulei si dimostrano prima esagerati e poi aboliti, non perchè il processo morboso si porti sopra un territorio diverso, ma perchè la sua azione, diventando più intensa, produce effetti diversi anche senza mutar di sede. Anche la successione sintomatica dalla miosi alla midriasi, che sembra suffragata dall'esperienza, ribadisce questo modo di vedere.

Un fenomeno che non manca quasi mai, e che spesso come sintomo precoce ha valore decisivo per la diagnosi, è l'*amimia*. Nei gradi estremi la faccia del paralitico è una maschera immobile ed inespressiva, in cui di vivo non brillano che gli occhi (fig. 81). Il fatto è così evidente, che talvolta permette all'alienista esercitato d'improvvisare la diagnosi *in pectore* prima che il malato o i suoi congiunti abbiano aperto bocca, e di distinguere a prima vista i paralitici in mezzo a centinaia d'alienati ignoti.

La causa è uno stato di paresi o piuttosto d'ipotonia che interessa il facciale inferiore. Infatti, mentre gli occhi sono egualmente aperti e vivaci, mentre la fronte si corruga e si spiana con energia talvolta per-

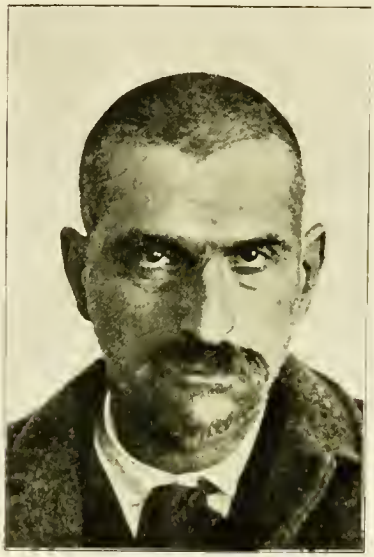


Fig. 81. — Paralisi progressiva: *amimia.*

sino esagerata, colpisce l'inerzia o, più esattamente, la lentezza e la discontinuità con cui si vedono arrivare gl'impulsi motorî nel dominio delle guancie e delle labbra (fig. 82). Oppure avviene che ammalati del tutto apatici e dementi esprimano una tristezza che non hanno (fig. 83).

Prima di poter assumere l'atteggiamento della parola o del sorriso la bocca del paralitico s'indugia per qualche secondo in una visibile trepidazione labiale; e quando, più o meno stentatamente, lo scopo mimico è raggiunto, non si osserva alcuna irradiazione espressiva al di là delle contrazioni muscolari strettamente necessarie. L'espressione degli stati affettivi è quindi incompleta, sommaria e simile ad una smorfia sforzata. Il pianto, specialmente, si riduce ad una pura ipersecrezione lacrimale. Nelle circostanze ordinarie poi il paralitico ha un aspetto d'indifferenza grottesca che contrasta stranamente colle sue parole e colla sua facile e clamorosa, per quanto superficiale, emotività. Bisogna tuttavia rammentare, per non essere tratti in errore, che anche fra i normali esistono faccie amimiche che, per questo loro difetto costituzionale (dovuto forse all'abitudine della dissimulazione), riescono generalmente antipatiche.



Fig. 82. — Paralisi progressiva: amimia assoluta nel campo del facciale inferiore con mantenimento dell'innervazione mimica nella parte superiore del viso.

Che non si tratti di vera paralisi lo dimostra la capacità che i paralitici conservano di soffiare e di fischiare, salvo negli ultimi stadî, mentre invece non sanno più effettuare movimenti insolitamente combinati (come la chiusura degli occhi

con simultanea apertura della bocca) o movimenti insolitamente dissociati (come la chiusura isolata d'un occhio). In generale l'amimia è bilaterale e simmetrica, e nei gradi lievi non è sempre facile assicurarsi della sua presenza, specialmente se non si conosceva prima il malato. Per metterc in sicuro rilievo un sintomo che ha tanta importanza diagnostica si provocherà ad arte l'ilarità o la commozione patetica del paralitico, che per lo più vi si presta con grande facilità.

La faccia è sede qualche volta anche di *contrazioni fibrillari* involontarie.

Irregolarità motorie si verificano anche nel dominio di altri nervi, specialmente sotto forma di movimenti involontari e ripetuti, come il *digrignamento dei denti*, gli *atti di masticazione* a bocca vuota e a labbra chiuse, lo *schioccamento della lingua* contro il palato. I due primi appartengono alla sfera d'azione della 3.ª branca del trigemino, l'ultimo a quella dell'ipoglosso. Questi sintomi, che negli stati di grave demenza o imbecillità s'incontrano comunemente all'infuori della paralisi progressiva, hanno un valore tutt'altro che volgare quando si presentano precocemente in paralitici giovani e lucidi, la cui malattia è ancora incerta. Persone che si comportano correttamente e sostengono con sufficiente disinvoltura una conversazione sogliono intercalare fra una risposta e l'altra questi movimenti intempestivi e più o meno numerosi, la cui ripetizione ostinata impressiona anche gli osservatori inesperti. Interrogati in proposito, dicono di non essersi avveduti di nulla o danno del fatto una spiegazione inconcludente.



Fig. 83. — Paralisi progressiva: amimia nel campo del facciale inferiore, espressione triste degli occhi e della fronte.

A carico dell'ipoglosso si notano anche i *movimenti vermicolari della lingua*, che del resto si presentano in molte altre affezioni, p. es. nell'alcoolismo. Si notano anche fenomeni di deficienza motoria sotto forma di *tremore* per lo più dell'intera massa linguale, e tanto grave da costituire un serio ostacolo ai movimenti intenzionali, specialmente nell'articolazione della parola; ma quando si verifica questo sintomo, d'altra parte comune a parecchie malattie nervose, la paralisi progressiva è

così inoltrata e la sua sintomatologia così ricca, che non si suole tenerne gran conto.

La deficienza funzionale del facciale e quella dell'ipoglosso, sommandosi insieme, danno luogo alla *disartria*. Da una minima difficoltà nella pronuncia delle labiali e delle linguali si arriva fino all'*anartria*, ossia all'emissione di suoni quasi completamente inarticolati. I gradi più leggieri di disartria, che si manifestano di tratto in tratto e in modo appena percettibile, hanno la massima importanza per la diagnosi, come uno dei più caratteristici fra i sintomi precoci. I malati incespicano leggermente, ma senza interrompere il discorso, quando ricorrono numerosi e ravvicinati i suoni labiali e linguali, come in *quarta brigata d'artiglieria*, che è la frase-reattivo consacrata in tutte le lingue d'Europa per questo esame. Anche il meno disartrico dei paralitici supera difficilmente lo scoglio delle ultime sillabe e pronuncia *arttilleria* o *aritlieria*, ma in maniera così disinvolta e maldistinta, che l'errore sfugge interamente ad un orecchio non prevenuto. Negli stadî più inoltrati gli scambi sono più gravi, come da *paradisiaco* a *parasiddico*, *parasico*, *paraladiansico;* e in questi casi alla difficoltà dell'articolazione si aggiunge l'imperfezione dell'impulso corticale.

Negli ultimi stadî della paralisi progressiva i malati sono quasi sempre afflitti da *bradilalia;* la lentezza dell'ideazione e la paresi della lingua, delle labbra, del velo-pendolo concorrono a rallentare la parola. La voce diventa monotona come quella dei mendicanti professionali.

Altrettanto caratteristiche sono le alterazioni della *scrittura*, che permettono persino la diagnosi postuma, p. es. sulla traccia d'un testamento olografo. Qualche volta fin dai primordî della malattia si nota il *tremolìo* limitato ai filetti ascendenti delle lettere e che ha un significato simile a quello della disartria: esso si deve all'imperfetta coordinazione dei movimenti che dipendono dai muscoli estensori ed abduttori delle dita. In seguito si accentua, più che il tremolìo o la debolezza, il *disordine atassico* dei piccoli movimenti grafici: lo scritto è *macrografico* (fig. 84) per forza maggiore, non per elezione, con lettere accavalcate e fuori del margine; le aste discendenti riescono monche perchè il malato, premendo troppo la penna, esaurisce ad ogni momento la sua provvista d'inchiostro e si dimentica di rinnovarla. Da ultimo, la scrittura diventa un insieme di segni indifferenziati e indecifrabili (fig. 85): non solo è compromessa la rappresentazione muscolare dei movimenti grafici, ma anche la rappresentazione visiva delle parole e delle lettere. È il processo demenziale che non riconosce più limiti di localizzazione.

Ma prima di giungere a questi estremi e quando la scrittura, ferma e senza tremolìo, non tradisce ancora la menoma deficienza d'innervazione

muscolare, avviene frequentemente ch'essa dimostri con altre caratteri-

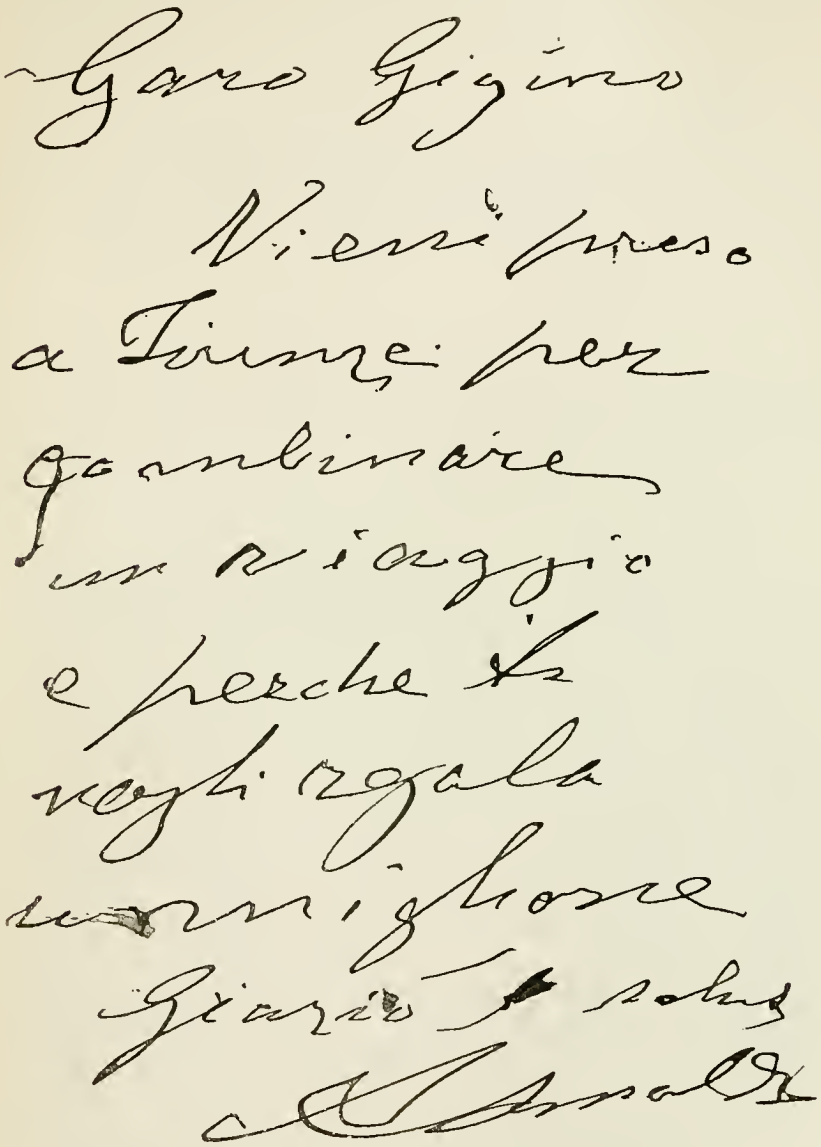


Fig. 84. — Scrittura di paralitico, interessante anche pel contenuto: idee puerili di grandezza erroni ortografici, omissione di lettere e sillabe, *macrografia* a confronto alla scrittura normale dell'infermo, che era un impiegato abbastanza istruito.

stiche irregolarità la disorganizzazione incipiente dei processi abituali. Così il paralitico, con una scrittura calligraficamente perfetta, aggiunge,

omette o trasporre lettere e sillabe: *militrare* invece di militare, *stanziaziato* invece di stanziato, *Clea* invece di Clelia, (fig. 86), *ellebrezza* invece di eb-

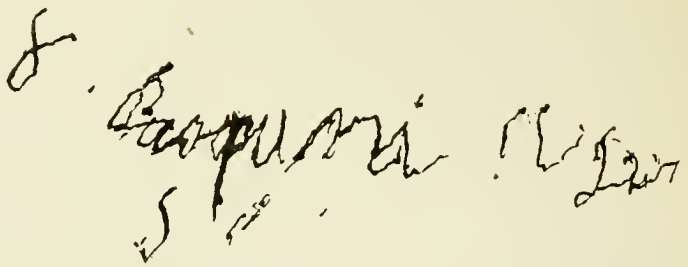


Fig. 85. — Scrittura di paralitico. Firma: Pasquini.....

brezza, *Ferdinado*, *Feerdido*, *Fedinanado* invece di Ferdinando. Se un errore di questo genere si presenta due o tre volte, isolatamente, in uno

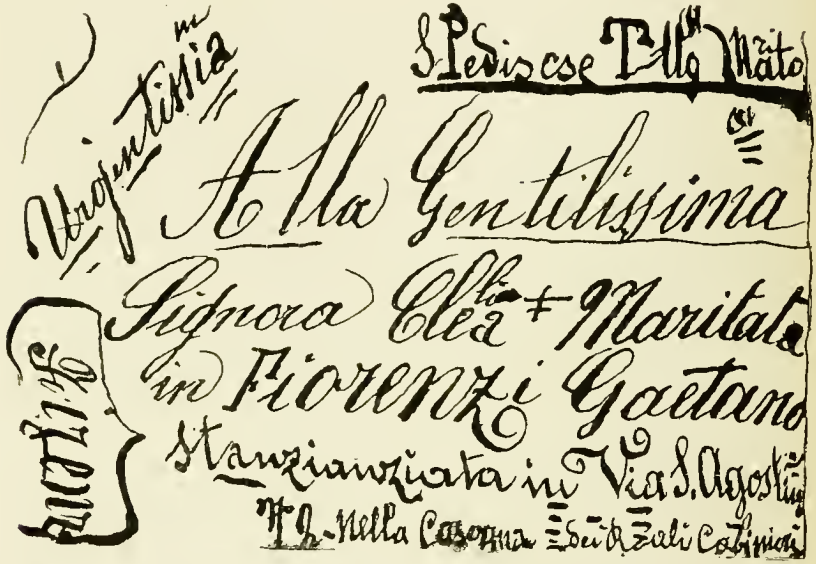


Fig. 86. — Soprascritta di una lettera inviata da un paralitico a sua moglie. Da notare: omissioni di lettere e sillabe malamente corrette; ripetizione di sillabo nella parola *stanzianziata*. La busta era chiusa con mollica di pane. Il malato uscì dal manicomio in istato di completa remissione, durante il quale scriveva correttamente.

scritto logicamente corretto e calligraficamente irreprensibile, può racchiudere un significato assai importante. Il significato è ovvio quando vi sono altri indizî più che di disgrafia, di demenza, come le macchie d'in-

chiostro, geroglifici, sgorbi, parole incominciate e non finite, lettere sovrapposte od anche semplice *agrammatismo*.

Gli scritti dei paralitici sono interessanti anche per la fatuità del loro contenuto, come si vede nella lettera della fig. 84 e in quella della fig. 87.

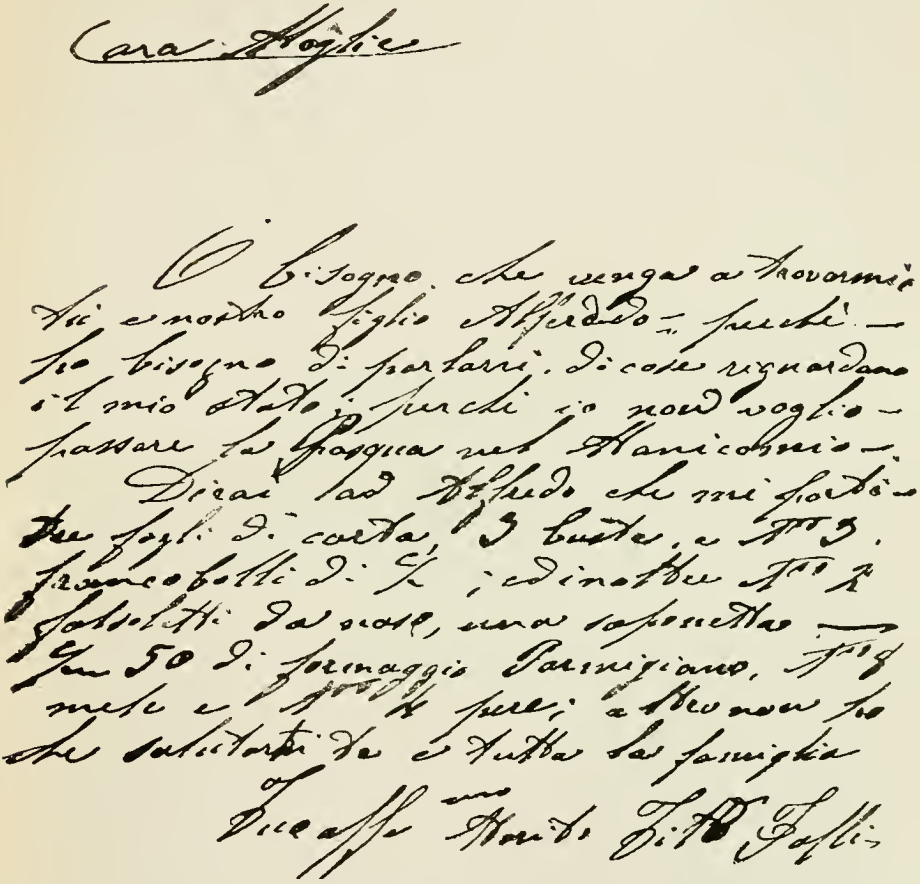


Fig. 87. — *Lettera di paralitico:* « Cara moglie, Ò bisogno che venga a trovarmi tu e nostro figlio *Alferddo*, perchè ho bisogno di parlarvi di cose (che) riguardano il mio stato, perché io non voglio passare la Pasqua nel Manicomio. Dirai ad Alfredo che mi porti tre fogli di carta, 3 buste e N.° 3 francobolli di c|m 5; ed inoltre N.° 2 *falsoletti* da naso, una saponetta, c|m 50 DI FORMAGGIO PARMIGIANO, N.° 8 mele e N.° 4 pere; altro non ho che salutarti te e tutta la famiglia. Tuo aff.mo marito Tito..... »

Da notarsi: *Alferddo* per Alfredo, *falsoletti* per fazzoletti; e quanto al contenuto, la puerilità dei desideri espressi nella lettera con tanta precisione.

Le paresi della paralisi progressiva sono quasi sempre a tipo *monoplegico*, di raro emiplegico. Ve ne sono di transitorie e di permanenti: le une e le altre dipendono da accessi apoplettiformi che possono passare inosservati. Le paresi transitorie sono estremamente fugaci; le perma-

nenti, che sono più rare, non appariscono quasi mai nei periodi precoci e passano molto presto in contrattura. La braccia sono colpite più spesso delle gambe.

La paresi della *vescica* si può presentare in tutti gli stadi della malattia, ma non è quasi mai molto continuata. Si conosce qualche caso di rottura spontanea della vescica dipendente da degenerazione della tonaca muscolare (Herting).

Non è raro che ai paralitici nell'ultimo stadio riesca difficile la *deglutizione*. In questo caso i malati perdono la saliva, stentano più che mai a parlare e si arrabbiano di quest'ostacolo. Il disturbo della deglutizione può preludere ad una crisi pseudo-bulbare.

Disturbi della sensibilità.

I delirî euforistici e ipocondriaci dei paralitici dimostrano a sufficienza che in essi è turbato anche il modo di sentire e di percepire, per quanto ciò non risulti che raramente nelle storie cliniche e negli interrogatorî. Certamente la disattenzione, la confusione mentale e la deficienza di manifestazioni reattive, mentre avvantaggiano la verificazione delle alterazioni motorie, creano un grandissimo ostacolo all'esplorazione della sensibilità e delle sue eventuali alterazioni. Il quesito sull'importanza o sulla semplice realtà di queste ultime si risolverà meglio coi dati dell'anatomia patologica che non con quelli della clinica.

Da qualche tempo va cessando il silenzio sulle alterazioni sensitive e specialmente dolorifiche dei paralitici. Furono osservati nella parte posteriore della capsula interna focolai a cui avevano corrisposto dolori intensi e localizzati (Edinger, Biernacki, Reichenberg). Questi focolai, che dunque agivano sotto forma irritativa, dimostrano la possibilità di dolori e turbamenti cenestetici d'ordine transitorio, che hanno origine da irritazioni locali e transitorie del cervello; ed è evidente che a lungo andare, subentrando le lesioni totali e distruttive, alle parestesie ed al dolore debba sostituirsi l'anestesia.

D'altra parte la rarità dei disturbi sensitivi nei casi precoci, la loro incertezza nei casi avanzati e la mancanza di manifestazioni veramente caratteristiche in tutto il decorso della malattia, all'infuori di quelle un po' vaghe che si desumono dai delirî d'origine cenestetica, autorizzano a concludere che nella paralisi progressiva gli elementi motorî ed associativi rimangano colpiti a preferenza dei sensitivi, ossia con notevole anticipazione e con maggiore costanza e gravità.

Il formicolio alle estremità, il senso di caldo, di peso, di mummifica-

zione parziale o totale del corpo ed altre forme di *parestesia* sono abbastanza frequenti in quei casi di paralisi progressiva che s'iniziano con una fase d'ipocondria o di nevrastenia. E non sono sconosciuti i *dolori folgoranti* della tabe, i *dolori reumatoidi*, le *nevralgie* che spingono questi malati a curarsi inutilmente negli stabilimenti idroterapici.

Si fa questione se nella paralisi progressiva siano possibili le *allucinazioni*; e quanto a quelle della vista, che sono indubbiamente le più rare, vi è chi giunge ad interpretarle come un segno certo di alcoolismo, ossia di pseudo-paralisi alcoolica, che esclude la paralisi genuina ed inguaribile. In realtà, la forma classica di paralisi progressiva non è incompatibile con nessuna specie di allucinazioni. Quelle dell'olfatto e del gusto raggiungono talvolta un'intensità quasi dolorosa.

Le allucinazioni uditive sono le meno rare e si presentano in modo tumultuario come nell'amenza. Nondimeno alcuni paralitici, per un errore di memoria o per eccessiva suggestibilità, accusano allucinazioni che probabilmente non hanno mai sofferto, e non bisogna accettare troppo correntemente i loro racconti. Fra le allucinazioni cenestetiche sono superiori ad ogni dubbio soltanto quelle che sono riferite con localizzazione e con caratteri precisi. Conobbi una paralitica che si sentiva impiccolita come un bambino e teneva inoperose le braccia giudicandole troppo corte e troppo distanti dagli oggetti che avrebbe voluto prendere: la sincerità della sua convinzione si rivelava dallo scoraggiamento che l'accompagnava e dalla placida ilarità che subentrava quando l'allucinazione scompariva.

Per breve tempo si diede qualche importanza all'*analgesia del nervo ulnare* che, secondo Cramer, costituirebbe un sintomo patognomonico della paralisi progressiva. Nei sani si risveglia facilmente un acuto dolore premendo con un dito nella doccia olecranica; ma la vivacità del dolore dipende, più che dalla sensibilità del nervo, dalle condizioni anatomiche della regione. In ogni modo l'analgesia del nervo ulnare si osserva anche nell'epilessia (Hillenberg) e in malattie mentali come l'amenza e la mania, dove cioè è integro il sistema di proiezione (Göbel); ed infine è come un segno di tabe che Biernacki mise originariamente in rilievo questo fenomeno che porta il suo nome.

Disturbi viscerali e trofici.

La paralisi progressiva, come la tabe, la siringomielia e tante altre malattie del sistema nervoso, dà luogo ad irregolarità notevoli anche nelle funzioni fondamentali della digestione, del ricambio e del trofismo (Mann). Disturbi di questo genere si presentano talvolta in forma

progressiva ed esercitano un'influenza acceleratrice sull'andamento della malattia; essi dipendono da complicazioni secondarie o primarie del processo morboso nel campo del midollo spinale, dei nervi periferici e forse anche degli altri organi.

Il paralitico, malgrado il suo buon umore e le sue vanterie, ha spesso l'*alito* fetentissimo; e questo sintomo raggiunge proporzioni caratteristiche specialmente negli stati confusionali. Nondimeno, il suo appetito è quasi sempre formidabile, specialmente negli ultimi periodi della malattia e nelle forme apatiche: si tratta d'una vera *bulimia*, spoglia di qualsiasi raffinatezza gastronomica. L'irregolarità dei pasti e la bulimia aumentano i disturbi gastrici ed intestinali. È frequente la *stipsi*. Vi sono malati che rimangono stitici per vari giorni di seguito, malgrado i purgativi più energici. Talvolta la stipsi si alterna colla *diarrea*. Come espressione del marasmo generale si possono avere, prescindendo da qualunque idea delirante o da scopo suicida, episodî transitorî di *sitofobia* che contrastano coll'ordinaria voracità di questi malati.

I paralitici subiscono precocemente un abbassamento della *capacità sessuale* che arriva talvolta all'*impotenza assoluta*. È caratteristico che in questi casi essi non si diano alcun pensiero del proprio stato: spesso anzi contraggono matrimonio senz'alcuna esitazione, e più tardi diventeranno pornografi e millantatori d'avventure galanti, dando prova di un'incoscienza veramente singolare. Ma non è raro il caso di matrimonî fecondi celebrati quando la malattia si è già iniziata. È curioso a notarsi che quasi tutti i paralitici sono maritati.

Non solo i processi più intimi del ricambio organico, anche il suo *bilancio quantitativo* è spesso grossolanamente alterato. Per lo più i malati ingrassano, il loro viso amimico perde ogni espressione d'intelligenza, rendendosi qualche volta irriconoscibile, tanto più se all'*ingrassamento* si associano la canizie e la trascuratezza, come accade comunemente. Talvolta si osserva il fenomeno contrario, cioè l'*emaciazione*, non lenta e progressiva, ma rapida ed improvvisa. È persino possibile che l'*ingrassamento* e il *dimagramento* si manifestino sullo stesso malato in fasi diverse della malattia ed anche che i due fenomeni si avvicendino ripetutamente, contribuendo ad imprimere un decorso ciclico a tutta la serie dei sintomi.

Nei paralitici le ossa possono presentare un certo grado di *fragilità* come conseguenza del marasmo prolungato, ma non sono dimostrabili i segni d'una vera distrofia o dell'osteomalacia (Meyer).

I *decubiti* costituiscono non di rado l'ultimo sintomo e la causa immediata della morte in tutti quei paralitici che non soccombono piuttosto ad una crisi apoplettiforme od a malattie intercorrenti. La piaga da de-

cubito s'inizia e progredisce in modo rapidissimo benchè il corpo del malato sia ancora discretamente nutrito; oppure si producono distrofie molteplici in punti non soggetti a compressione, nè ad attrito (D'ABUNDO).

Tra le malattie intercorrenti è da notare la polmonite per lesioni del vago (BIANCHI).

Varietà cliniche della paralisi progressiva.

Le forme e varietà cliniche della paralisi progressiva sono più che altro astrazioni: ben di rado si realizzano nei casi concreti. In pratica esse si presentano il più delle volte come semplici fasi temporanee d'un processo morboso abbastanza volubile. Tuttavia si suol distinguere tre forme di paralisi progressiva contrassegnate dai caratteri del disordine psichico: l'*ambiziosa*, l'*ipocondriaca* e l'*apatica*, che è la demenziale per eccellenza. Ma non si devono trascurare la forma *confusionale* e la forma *paranoide*. MENDEL sostiene anzi che il tipo nosologico della paralisi progressiva si è notevolmente modificato da 12 anni a questa parte per la grande prevalenza delle *forme demenziali*; ed attribuisce questa modificazione all'attenuamento del virus post-sifilitico che è causa della malattia. Può anche darsi che il maggior numero dei casi amenziali dipenda dal perfezionarsi del giudizio diagnostico e dall'aumentato contingente totale dei paralitici riconosciuti.

Tra le varie forme di paralisi progressiva, l'ambiziosa col suo delirio iperbolico di grandezza fu la prima che colpì l'attenzione degli osservatori, ed è quella che anche attualmente abbraccia il maggior numero dei casi e riescie più ovvia alla diagnosi. Non è meno caratteristica, ma di gran lunga meno frequente, la forma ipocondriaca. La forma apatica è più frequente nelle donne, come pure negli uomini di classe inferiore, avvezzi all'obbedienza passiva ed all'insoddisfazione cronica dei loro bisogni, mentre nei professionisti e nei ricchi prevalgono la forma ambiziosa e l'ipocondriaca.

Del resto questi diversi quadri morbosi possono non solo succedersi, ma anche coesistere. Lo stesso paralitico può associare insieme le idee ambiziose e le ipocondriache; ed anche passando allo stato apatico, può dimostrare di non aver abbandonato nè le une, nè le altre.

Alle forme o fasi comunemente accettate bisogna aggiungere, come accennammo, gli stati paranoidi e gli stati confusionali che, dominando l'intero decorso della malattia o protraendosi lungamente, costituiscono due varietà cliniche non meno importanti delle precedenti e nelle quali

bisogna imparare a riconoscere la paralisi progressiva come nelle tre varietà classiche. Molti errori di diagnosi o per lo meno molti dubbî e ritardi sono dovuti a disconoscimento della varietà paranoide e della varietà confusionale.

La suddivisione della paralisi progressiva in forme distinte a seconda dei sintomi somatici e più specialmente motorî non è possibile, perchè ciascuno di questi numerosissimi sintomi può mancare o presentarsi o scomparire ad un tratto in epoche differenti della malattia, sottraendosi a qualunque previsione. Non si può stabilire se la paralisi progressiva, in un dato individuo, decorrerà con crisi o senza, se con periodi di calma o con esaltamento continuo. Parimente non ha gran base l'antagonismo fra una pretesa *varietà spastica* ed una pretesa *varietà tabetica* della paralisi progressiva (Stewart), la prima più agitata, più acuta e più giovanile, la seconda più apatica, più lenta e più senile.

Del resto, anche il punto di partenza su cui si fonda quest'antitesi clinica è fallace, perchè le analogie cliniche della paralisi progressiva da un lato con la tabe dorsale, dall'altro con la tabe spinale spastica non sono che molto parziali. Vi sono, è vero, dei casi in cui la paralisi progressiva è associata a tabe dorsale; ma si cadrebbe in un errore grossolano se si facesse diagnosi di tabe-paralisi ogniqualvolta manca il reflesso patellare. Quanto al tipo spastico che dovrebbe riprodurre le condizioni e i sintomi della tabe spinale spastica, è vero che questa sindrome si presenta nella paralisi progressiva con molta frequenza, ma essa è comune ad altre malattie come il latirismo, la pellagra, le diplegie infantili, le paraplegie spasmodiche famigliari. I due elementi fondamentali di questa sindrome, parcsi e rigidità, non significano altro che la lesione del fascio piramidale; ma non dicono se la lesione è primaria o secondaria.

In seguito a sifilide ereditaria si hanno casi piuttosto rari (nel 1898 la letteratura internazionale ne registrava un centinaio in tutto) di paralisi progressiva a *forma giovanile*. La paralisi degli adolescenti si sviluppa tra i 12 e i 20 anni, colpisce egualmente i due sessi, e non ha altra particolarità sintomatica che quella di decorrere con grande rapidità e con disordini prevalentemente amenziali (Justschenko, Alzheimer). Questi casi sono ben pochi in paragone al numero sterminato di paralitici adulti.

Il criterio del decorso permette di distinguere una *varietà circolare* della paralisi progressiva, benchè sia raro che l'alternativa di due stati affettivi fra loro opposti accompagni dal principio alla fine tutta la durata della malattia. Come è naturale, il delirio depressivo e il delirio di grandezza seguono le stesse sorti degli stati d'animo da cui sono inspirati, e, alternandosi anch'essi, completano questo simulacro di pazzia circolare.

Un avvocato di Firenze, che si ammalò a 35 anni e morì a 38, aveva presentato per 7 mesi di seguito questa curiosa alternativa. Per due o tre giorni era allegro, si credeva agile e snello, vantava per amante una cantante fra le più celebri per talento ed avvenenza, benchè non le fosse mai stato presentato; diceva anzi di dover cantar con lei all'Opéra di Parigi, e intanto improvvisava versi e ritratti a matita, progettava un giornale quotidiano ed una scuola da cui avrebbe insegnato clinica e diritto, si compiaceva dell'adorazione che gli era tributata da tutta la cittadinanza, e non usciva di casa per non essere soffocato da congratulazioni, applausi, omaggi, mazzi di fiori. Nei due giorni successivi il malato era torpido, mortificato, vergognoso delle sue millanterie, si credeva mostruosamente grasso e puzzolente, gli uccelli e le foglie degli alberi gli bisbigliavano *va al manicomio!*, la moglie e la figlia l'avevano esautorato e volevano sbarazzarsi di lui.

Infine, col criterio del decorso e dell'anatomia patologica si ammetteva una *forma ascendente* di paralisi progressiva molto rara, che comincia con fenomeni tabetici e spinali per terminare con gli ordinarî sintomi cerebrali. Parecchi clinici ammettono la coesistenza della paralisi e della tabe sotto il nome di tabe-paralisi con atassia, dolori folgoranti e gravi distrofie, che precedono, seguono od accompagnano la demenza. Questa eventualità non è rara, specialmente se si tien conto dei casi incompleti, nei quali il corteo della sindrome tabetica è poco ricco o rimane mascherato dai fenomeni più appariscenti della paralisi. Anche anatomicamente le lesioni *cerebrali* della tabe, se ve ne sono, non brillano per costanza, nè per qualità caratteristiche; e le lesioni *spinali* della paralisi si localizzano in maniera multipla ed irregolare, non già esclusivamente nella zona di Lissauer, nè con lo schematismo che caratterizza quelle della tabe. La tabe e la paralisi, benchè possano associarsi, sono dunque due malattie distinte, anche se sono dovute alla stessa causa.

Decorso.

Il periodo prodromico della paralisi progressiva passa quasi sempre inavvertito: solo qualche volta cade sotto un'indagine puramente retrospettiva che non può tenere esatto conto delle date. Ma, se si riesce a riconoscere i primi e lontani inizî di malattia in qualche atto antico di distrazione, di transigenza con le leggi della morale e dell'onore, in qualche segno d'impotenza precoce o di spensieratezza, in un matrimonio stravagante ed improvvisato, in un'apostasia mal ponderata, si resta facilmente convinti che il periodo prodromico della paralisi progressiva può anche abbracciare parecchi anni e prolungare il decorso totale fino ad una durata di poco inferiore a quella, lunghissima, della tabe. I paralitici progressivi che sopravvivono dieci, quindici e fin vent'anni si fanno ogni giorno meno rari.

Spingendo quanto è possibile l'indagine dei sintomi remoti, si vede che la nevrastenia apre la scena assai più spesso di quel che apparisce nei vecchi trattati, dove gli stati d'esaltamento e il delirio di grandezza, messi in luce esagerata, lasciano nell'ombra gli altri sintomi. Durante questo periodo ambiguo si verificano i primi cambiamenti del carattere e le prime lacune, lievi ed isolate, dell'intelligenza. Fra i sintomi fisici, i più precoci sono quelli che, non cagionando alcun disturbo subiettivo e non presentandosi spontaneamente, possono venir rilevati soltanto dal medico che, chiamato casualmente, pensi di provocarli. Tali sono la rigidità pupillare, la miosi, il fenomeno di Argyll-Robertson, l'esagerazione dei riflessi rotulei. Il passaggio ad una sindrome decisa avviene per lo più gradualmente, e talvolta anche in seguito ad una crisi, benchè le crisi costituiscano in generale un sintomo tardivo.

Con la disartria, l'amimia, l'anisocoria, l'euforia e l'incipiente delirio demenziale i malati passano dal periodo latente al periodo conclamato ed eminentemente manicomiale della paralisi progressiva. In questo periodo sopravvengono qualche volta episodi gravi di confusione mentale; i deliri possono subire profonde metamorfosi; scoppiano le crisi vertiginose e motorie. Ma non è affatto infrequente la mancanza di qualsiasi incidente grave, ed almeno il 30 per cento dei paralitici sfugge, in tutto il decorso della malattia, alle convulsioni, al furore e ad ogni altra crisi violenta.

Anche a paralisi inoltrata sono possibili *remissioni* che prendono il nome di soste o pause e che danno alle famiglie l'illusione (divisa naturalmente dal malato) di una vera e propria convalescenza e quindi la convinzione d'un errore diagnostico. Queste tregue possono durare parecchi mesi ed anche un anno o più; ma i malati che ne godono il benefizio così a lungo sono assai pochi. Essi riacquistano la loro lucidezza e tutti i sintomi più appariscenti rientrano nel silenzio. Tuttavia qualche residuo permane; una certa superficialità nei giudizi, l'inadeguato apprezzamento del male sofferto, qualche momento di malessere psichico senza causa, la scarsa od esagerata affettività dimostrano che la mente è indebolita. Un grado appena avvertibile d'ipotonia nei muscoli mimici, di disartria in quelli della loquela, di vivacità nei reflessi patellari, d'indebolimento nella reazione pupillare confermano che il processo morboso non è spento. Oltre a queste remissioni massime, sono abbastanza comuni le remissioni minori, durante le quali i malati diventano, se non lucidi, tollerabili e suscettibili di cura a domicilio. La scomparsa del delirio, della confusione o dell'esaltamento è più che bastevole a questo effetto modesto che riempie di gioia la famiglia ed il malato.

Il termine delle tregue è spesso brusco. I malati inalberano all'improvviso la bandiera delirante che avevano rinnegata e dimenticata, o si

svegliano, dopo un accesso convulsivo od apoplettiforme, in istato amenziale. Qualche volta gli stati di lucidezza si alternano con quelli di disordine psichico, e alcuni fra i sintomi somatici, per esempio quelli che si riferiscono alle pupille, possono accompagnare con parallelismo più o meno imperfetto le oscillazioni dello stato generale e mentale. Non è escluso che in certi paralitici il ritorno al delirio, dopo una remissione, possa avvenire anche per gradi.

Si arriva all'ultimo stadio o in seguito a crisi ripetute o a poco a poco, ma quasi sempre dopo alcuni anni dalle prime manifestazioni della malattia. L'intelligenza è ormai disgregata, e gli infermi o sono apatici e remissivi come bambini o si comportano in modo del tutto incoerente. Lo stesso delirio è ridotto a pochi frammenti dissociati e ripetuti per abitudine o va travolto nell'oblio generale. Le alterazioni motorie sono numerose e molto appariscenti: disartria fino all'anartria, disgrafia fino all'agrafia, amimia, anisocoria, mancanza od esagerazione dei reflessi rotulei.

Ecco alcuni dati raccolti da SPRENGLER:

Sopra *314* casi:

Pupille uguali e di ampiezza normale in	62 casi
» con miosi bilaterale in	53 »
» con midriasi bilaterale in	18 »
» ineguali in	181 »

Reazione delle pupille su *265* casi:

Normale in	53 casi
Torpida in	90 »
Sospesa da una parte in	8 »
Sospesa da ambe le parti in	112 »
Paradossa in	2 »

Sopra *304* casi:

Reflessi patellari normali in	31 casi
» » esagerati in	93 »
» » indeboliti in	56 »
» » aboliti (bilateralmente) in	106 »
» » aboliti (da una parte) in	17 »

I paralitici allo stadio terminale sono spesso affetti da bulimia; talvolta pingui, talvolta magrissimi; immobilizzati a letto da incomodi ed acciacchi diversi; presentano paresi generale, contratture e piaghe da decubito. Spesso, malgrado la progressiva decadenza, sono ilari o indifferenti e non hanno mai la chiara coscienza del proprio stato.

La *morte* avviene ben di rado precocemente: per accesso bulbare, per semplice accesso apoplettiforme, per malattie intercorrenti o per suicidio. Tutte queste cause improvvise di morte, eccettuato il suicidio, interven-

gono con frequenza assai maggiore nel 2.° e principalmente nel 3.° stadio. Molti paralitici, arrivati al periodo terminale d'incoscienza completa con impotenza motoria, rimangono in condizioni invariabili per molti mesi, e muoiono poi per setticoemia, per soffocazione o lentamente per esaurimento.

Per quanto sia ammesso come un dogma che la paralisi progressiva sia una malattia essenzialmente inguaribile e mortale, non è lecito escludere in modo assoluto che una diagnosi sollecita seguìta da una cura energica possano arrestare il processo morboso. Non bisogna dimenticare che qualche volta si formula la diagnosi di nevrastenia anzichè di paralisi, o si corregge la diagnosi di paralisi con quella di nevrastenia, solamente perchè la malattia ha sortito un esito favorevole, ciò che costituisce una vera petizione di principio (Régis). Del resto, le lesioni assolutamente iniziali della paralisi progressiva (cromatolisi delle cellule nervose, tumefazione del corpo cellulare) non hanno carattere distruttivo, nè irreparabile. Si ritiene che le profuse suppurazioni spontanee possano influire beneficamente (Schaefer); ciò che indusse a provocarle artificialmente, benchè non senza qualche rischio, con iniezioni sottocutanee d'olio di trementina (Marro).

Etiologia.

Un fattore accertato della paralisi progressiva è la sifilide. Per qualche clinico autorevole (Fournier, Möbius) non può diventare paralitico che chi è stato sifilitico. Resterebbe ancora a vedersi se a produrre la paralisi progressiva basti la sifilide: se cioè la sifilide sia etiologicamente l'elemento necessario e sufficiente insieme.

Esplicitamente questa tesi non fu mai sostenuta da nessuno; ma coloro che ravvisano nella sifilide una causa assolutamente necessaria della paralisi progressiva, non si curarono molto di mettere in rilievo gli altri coefficienti più o meno necessarî della malattia. Non si possono incolpare i sostenitori dell'origine specifica d'aver negato l'esistenza degli altri coefficienti; ma sono piuttosto i loro avversarî che cercarono di scoprirli. Ora, che occorrano simili cause concomitanti lo prova una ragione assai ovvia, cioè che non tutti i sifilitici diventano paralitici. Le emozioni, i traumi, gli eccessi sessuali ed alcoolici, la pellagra ed altre intossicazioni od infezioni, persino la febbre gialla (Belmondo), possono contribuire e, secondo alcuni, anche determinare da sole la paralisi progressiva. Se quest'ultima tesi è ancora piuttosto dubbia, non vi è da esitare nell'ammettere la prima.

Altri autori, più giustamente, credono necessario il concorso d'una *diatesi* individuale ed anzi arrivano addirittura al concetto del *paralitico-nato*. Ora, se per diatesi paratitica si vuole intendere una predisposizione latente ed intima dell'organismo che non implica alcuna irregolarità visibile delle funzioni mentali, nè dello sviluppo somatico, questo concetto è accettabile e sommamente razionale. Infatti, anche ammettendo che tutti i paralitici siano ex-sifilitici, è certo che non tutti i sifilitici diventano paralitici, ed anzi anche le stesse gomme e gli altri fenomeni terziari possono andare scompagnati da qualunque segno di paralisi. Se invece si pretende che il paralitico-nato sia un volgare degenerato con le stigme antropologiche e psicologiche dell'inferiorità (Naecke, Cristiani), si viene ad urtare grossolanamente contro la verità. È un fatto della più ovvia esperienza che spesso ammalano di paralisi progressiva persone intelligenti, equilibrate, robuste ed appartenenti a famiglie non nevropatiche: fra i ricoverati del manicomioi paralitici sono anzi tra quelli che, pel loro passato e per la loro costituzione, si allontanano più di tutti gli altri dal tipo del degenerato.

A meno dunque di ritenere che tutti i pazzi siano degenerati, ipotesi non dimostrata, inutile e perciò inopportuna, si deve interpretare la diatesi paralitica come qualche cosa di affatto diverso dalla degenerazione somato-psichica. Come la diatesi tubercolare o meglio ancora come la diatesi gottosa, essa non è che una speciale vulnerabilità di fronte ad un determinato agente o ad un determinato momento morboso. Secondo Hirschl, una simile diatesi è il risultato d'un fatto negativo, cioè del non aver avuto alcun caso d'infezione sifilitica nella propria ascendenza: chi si trova in condizioni di questo genere è più esposto alle forme di sifilide grave, mentre gode d'una certa immunità sia per la sifilide terziaria, sia per la metasifilide tabetica e paralitica chi abbia potuto ereditare dai progenitori i mezzi di resistenza alle intossicazioni consecutive. Da questo punto di vista non è puramente teorica, ma pratica l'opinione che attribuisce la paralisi progressiva alla combinazione di due fattori egualmente necessari: la diatesi paralitica e la sifilide.

Infatti non si può a meno di riconoscere: 1.° il grandissimo numero di paralitici, in cui dall'anamnesi e da qualche reliquato risulta indubbiamente che vi fu sifilide (su 200 casi della Clinica diretta da Obersteiner vi era stata sicuramente sifilide in 112, con probabilità in 50, era incerta, ma non assolutamente esclusa, in 38); 2.° la distribuzione geografica della paralisi progressiva che sembra coincidere esattamente con quella della sifilide; la frequenza con cui viene colpito il sesso maschile (più esposto alla sifilide) in confronto del femminile; 4.° il fatto che tra le donne ammalano di paralisi principalmente le prostitute; 5.° l'esistenza d'una forma

giovanile di paralisi progressiva dovuta a sifilide ereditaria. Da ciò si può concludere che in molte anamnesi di paralitici la sifilide mancata non sia altro che sifilide ignorata (Möbius).

Che la sifilide passi inosservata in un gran numero di casi è provato da una comunicazione temeraria, ma dimostrativa che un medico anonimo fece nel 1897 al Congresso internazionale di Mosca per mezzo di Krafft-Ebing. Avendo inoculato la sifilide in 9 paralitici che si pretendeva non fossero mai stati sifilitici, questo sperimentatore *in corpore vili* s'accorse, dopo 180 giorni, che mancava qualunque fenomeno primario o secondario: segno evidente che l'affermazione dell'anamnesi era falsa.

Per risolvere la questione, bisognerebbe poter seguire per una serie lunghissima d'anni le sorti d'un buon numero di sifilitici sopravvissuti, e stabilire quanti e quali fra di essi riescano ad evitare la paralisi progressiva. Una simile ricerca è assai più difficile di quello che può sembrare a primo tratto, perchè la paralisi progressiva si sviluppa visibilmente 15, 20 e fin 25 anni dopo l'infezione sifilitica. Ora, non è possibile tener d'occhio molta gente per tanto tempo. Una parte dei sifilitici muore (per sifilide o per altre malattie) prima che sia scaduto il termine di venticinque anni; se poi la sifilide fu contratta ad un'età avanzata, la paralisi progressiva, giungendo parecchi anni dopo, può assumere l'aspetto d'una involuzione senile più o meno anticipata.

Patogenesi.

Ammesso che la grandissima maggioranza dei casi di paralisi progressiva sia dovuta a sifilide, resta da analizzare il meccanismo con cui opera l'agente morboso. Il lungo intervallo che corre fra l'infezione sifilitica e i primissimi sintomi della paralisi progressiva, abbracciando un minimo di alcuni anni, durante i quali il futuro paralitico apparisce perfettamente sano, esclude completamente la possibilità di un'azione diretta delle tossine sifilitiche. Del resto, la lesione caratteristica della sifilide terziaria è la gomma; invece nei paralitici le gomme e gli altri fenomeni di sifilide terziaria sono poco frequenti. Perciò il processo morboso della paralisi progressiva è affatto distinto per la forma (ed anche pei sintomi) da quello della sifilide cerebrale, e non può essere considerato che come una conseguenza lontana della sifilide, ossia come qualche cosa che esce dal quadro dei tre periodi classici. Fournier designò la paralisi progressiva e la tabe come *metasifilide* o come una specie di *sifilide quaternaria*, che per manifestarsi richiede, oltre una certa longevità, il concorso di condizioni sfavorevoli, come l'esaurimento nervoso e, potremo aggiungere,

una speciale diatesi paralitica. Che questa diatesi sia un fattore necessario lo dimostrano non soltanto i sifilitici che guariscono e rimangono sani per trenta o quarant'anni, ma anche quelli che riammalano soltanto di tabe dorsale, conservando la mente integra. Il numero dei tabetici senza complicazioni cerebrali o con complicazioni effimere di semplice nevrastenia o con sintomatologia incompleta è assai grande; e recentemente Erb, allargando il concetto clinico della tabe, lo ha aumentato in modo considerevole.

Da un altro punto di vista, cioè indipendentemente dall'etiologia, tutto conferma che la paralisi progressiva sia una malattia d'origine tossica: il decorso, l'indole di certi sintomi e, come vedremo, l'anatomia patologica. Le esacerbazioni, le crisi, le elevazioni termiche, le remissioni e le tregue dipendono con tutta probabilità da accumuli e disaccumuli d'un veleno. L'oscillare dello stato d'animo fra i due poli opposti dell'euforia e della depressione si spiega facilmente con la diversità della reazione individuale o con la variabile intensità di un'azione tossica; l'alcoolismo cronico, l'ubbriachezza, il morfinismo non presentano forse la stessa varietà d'effetti? Gli accessi epilettiformi ed apoplettiformi pel loro carattere effimero, non disgiunto da una grande violenza, si devono interpretare come le convulsioni e le paresi dell'uremia, del diabete, dell'eclampsia (Kraepelin), vale a dire come manifestazioni o d'irritabilità o d'esaurimento di fronte ad un'azione morbosa che si localizza momentaneamente in certi distretti cerebrali, ma che passa facilmente ad altri centri o distretti, minacciandoli tutti. Infatti nelle autopsie dei paralitici mancano o sono eccezionali le vere lesioni a focolaio.

Che la paralisi progressiva non sia una malattia locale del cervello lo dimostrano anche le intense oscillazioni del peso corporeo, indipendenti dall'alimentazione e dal genere di vita. Non solo il sistema nervoso, ma l'intero organismo mostra di risentire l'effetto di un'azione morbosa generale e quindi tossica: il cuore è spesso in preda a degenerazione grassa, sono frequentissime la degenerazione grassa del fegato, la nefrite e l'arteriosclerosi anche all'infuori del circolo cerebrale.

Se la paralisi progressiva proviene da un avvelenamento e se tale avvelenamento non si può addebitare direttamente alle tossine sifilitiche, è evidente che non può trattarsi d'altro che di un'auto-intossicazione successiva. Molte infezioni (tifo, scarlattina, influenza), portando in circolo certe tossine, creano un permanente mutamento del ricambio, una modificazione costituzionale dell'organismo, per cui quest'ultimo diventa sorgente, perenne od effimera, di auto-tossine. È probabile che le tossine primarie della sifilide inducano uno stato di cose simile, la cui conseguenza è una lenta produzione d'auto-tossine capaci di turbare la funzione e l'in-

tegrità anatomica degli elementi nervosi. Questo modo di vedere è confermato dalla diversissima efficacia dei rimedî antisifilitici nella sifilide e nella paralisi progressiva. È noto che anche i sieri anti-difterico ed anti-tetanico, mentre agiscono potentemente di fronte alle tossine della difterite e del tetano, riescono inefficaci se si interviene tardi, cioè quando cominciano ad accumularsi le auto-tossine. Analogamente l'ioduro di potassio e il mercurio, la cui utilità è indiscutibile contro la sifilide, non recano alcun visibile giovamento nel decorso della paralisi progressiva.

Questa teoria ha il difetto d'essere alquanto indeterminata; ma un filo direttivo si ritrova nelle recenti ricerche di L. Bruce ed in quelle di Idelsohn. Bruce riscontrò che nel 1.° periodo della paralisi progressiva non sono infrequenti le elevazioni febbrili (una o due volte al mese). A queste elevazioni termiche corrisponde iperleucocitosi e seguono remissioni della malattia. Probabilmente l'iperleucocitosi è una reazione dell'organismo alle tossine elaborate dai bacterî del tubo gastro-intestinale, specialmente dal bactcrium coli che esiste in quantità straordinaria nel muco intestinale dei paralitici. I leucociti sarebbero capaci d'elaborare anti-tossine che per qualche tempo proteggono il malato da nuove autointossicazioni. E infatti il siero di sangue dei paralitici nei periodi di remissione ha un potere agglutinante sul bacterium coli, mentre questo potere manca al siero di sangue preso dai paralitici nei periodi d'incremento. Il siero di sangue preso da paralitici in periodi di sosta e iniettato a malati in periodo d'incremento produsse un miglioramento notevole. Nello stesso anno 1901 W. Robertson confermava in 12 casi di paralisi progressiva la teoria della tossicemia cronica. Esaminando lo stomaco e gli intestini, specialmente il tenue, si vede che sono popolati di bacterî le cui tossine circolano nel sangue dei paralitici. L'azione di queste tossine è favorita dal fatto che la resistenza organica dei paralitici è diminuita, e tale diminuzione dipende dalla sifilide, che esaurisce la funzione leucoblastica del midollo osseo. A questo modo le tossine stesse raggiungono uno sviluppo insolito. Venendo a contatto con le pareti dei vasi cerebrali e spinali, esse vi determinano lesioni che interessano, naturalmente, le regioni più vascolarizzate. Bisogna dunque cercare un'anti-tossina specifica, egli conclude, che neutralizzi l'influenza dei veleni provenienti dal bacterium coli.

Analogamente, Idelsohn ritiene che nei paralitici si spenga l'azione bactericida del siero sanguigno sullo stafilococco piogeno aureo. Quest'azione è presente nei sani e persiste nei tabetici. La sua scomparsa nei paralitici non dipende da cachessia. A malgrado di questa inferiorità, il sangue dei malati non contiene bacterî, almeno nei primi stadî. Forse il fatto osservato da Idelsohn è in rapporto con la diminuita alcalinità del sangue o con la diminuzione del cloruro di sodio o con alterazioni dei leucociti.

Anatomia patologica.

La paralisi progressiva fu considerata successivamente sotto tre aspetti ben diversi; dapprima come un'infiammazione, in seguito come una degenerazione sistematica di certe fibre cerebrali, ed oggi come un processo tossico-degenerativo che colpisce primitivamente gli elementi nervosi in genere.

Anticamente si tendeva a ravvisare assai facilmente il carattere infiammatorio in ogni malattia. La paralisi progressiva, di cui si conoscevano soltanto i reperti anatomo-patologici raccolti nello stadio terminale, offriva non pochi appigli a questo modo di vedere: aderenze tra la sostanza del cervello e la pia madre, inspessimento delle meningi, alterazione dei vasi, infiltrazioni di leucociti nelle pareti vasali e nelle meningi. Queste alterazioni morbose esistono, non c'è che dire, frequentemente, ma sono secondarie. Esse hanno inspirato le denominazioni di *periencefalite*, di *meningo-encefalite*, di *periencefalite diffusa cronica*, che sono ancora in uso e valgono come una traduzione in termini anatomici dell'espressione clinica: paralisi progressiva. La teoria infiammatoria, in quanto si basa in gran parte sulle lesioni dei vasi, sembra accordarsi meglio delle altre con l'origine sifilitica della malattia, ed è sostenuta da alcuni fra i più convinti partigiani dell'etiologia specifica, per esempio da Mendel, anche in grazia di quest'accordo; eppure, la natura postsifilitica della paralisi progressiva si può spiegare egualmente, ammettendo un processo tossico-degenerativo che s'inizii nella cellula nervosa. Finalmente, partendo dal concetto d'un processo infiammatorio, si trova il destro di mettere gli stadî clinici della paralisi progressiva in elegante, ma forzato riscontro con gli stadî anatomo-patologici dell'infiammazione. Infatti l'esaltamento (senza delirio) dovrebbe corrispondere all'iperemia, il delirio alla gliosi (con semplice irritazione degli elementi nervosi) e la demenza all'atrofia degli elementi nervosi.

Ma è poi vero che la paralisi progressiva cominci con l'iperemia, continui con la gliosi e non dia luogo a lesioni delle cellule nervose che quando la gliosi è giunta al colmo? Nel 1884 Tuczek, usando il metodo di Exner (scoperto nel 1881) e quello di Weigert si avvide che nei paralitici scompaiono o si rendono atrofiche o per lo meno perdono la mielina le *fibre tangenziali* della corteccia cerebrale. Questo reperto fu confermato da Zacher col metodo di Friedmann e in seguito da Schütz e da Dejerine. E siccome le fibre tangenziali si distinguono fra le altre fibre del cervello per una certa individualità di posizione, d'origine embriolo-

gica (sono fra le ultime a mielinizzarsi) e probabilmente anche di funzione (portano stimoli sopra cellule piramidali a grandi distanze), ne venne l'idea che queste fibre formassero un sistema e che la paralisi progressiva, consistendo principalmente in un'atrofia primaria delle fibre tangenziali, potesse considerarsi come una *malattia sistematica*. Così si aveva anche nella patologia mentale e nei territorî del cervello un esempio di quell'elettività morbosa che nella patologia spinale si afferma con la poliomielite anteriore e con la tabe.

Ora, sta in fatto che nei paralitici si distruggono in massa le fibre tangenziali; e prima di scomparire perdono la mielina; e prima di partirne la perdita o la diminuzione, subiscono nella guaina midollare alterazioni qualitative, perchè l'acido osmico le colora in grigio verdastro anzichè in nero. Ma non si deve esagerare l'importanza di queste alterazioni qualitative. Le fibre tangenziali sono sempre povere di mielina, la loro guaina midollare è sottile, e ciò basta perchè, anche in istato normale, appariscano meno oscure delle altre fibre nervose, senza che la loro maggior chiarezza autorizzi ad invocare speciali alterazioni chimiche. In ogni modo, o prima o poi, la scomparsa avviene; ed alla scomparsa della guaina midollare tien dietro un'alterazione profonda del cilindrasse.

Se si tiene in giusto conto il probabile valore fisiologico delle fibre tangenziali, si capisce l'importanza della loro scomparsa nella paralisi progressiva. Lo strato molecolare della corteccia cerebrale, in cui decorrono e si affollano le fibre tangenziali, è sede di vaste, speciali e svariatissime associazioni. Oltre alle fibre tangenziali, vi stanno annidate le cellule di Cajal con più axoni. Nello strato tangenziale si spingono dal basso anche i pennacchi dendritici delle grandi e piccole piramidi; ivi sboccano gli axoni delle cellule di Martinotti; ivi arrivano le collaterali che si staccano dalle fibre associative profonde e da quelle che passano attraverso il corpo calloso. Ma l'atrofia delle fibre tangenziali non è primitiva, ed è ben lungi dal costituire tutta l'anatomia patologica della paralisi progressiva: essa non rappresenta che una parte del quadro anatomo-patologico. Le alterazioni delle cellule nervose non sono consecutive a quelle delle fibre tangenziali; ed alle lesioni delle cellule nervose non precedono, ma si collegano e forse seguono quelle della nevroglia.

Questi processi anatomo-patologici si conoscono in maniera meno incompleta solo da quando si cominciò a praticare autopsie sopra paralitici morti precocemente con diagnosi accertata, utilizzando i criterî diagnostici più perfezionati e i metodi di colorazione più recenti, come quello di Nissl per le cellule nervose e quello di Weigert, per la nevroglia. Ma indipendentemente da questi progressi dell'analisi microscopica e dei punti di vista che abbiamo indicato, vi sono nell'anatomia patologica

della paralisi progressiva non pochi dati macroscopici, che, acquisiti alla psichiatria da lunghissimo tempo, contribuiscono efficacemente alla diagnosi anatomica e devono essere enumerati.

Lesioni macroscopiche del cervello.

Le *iperostosi* ed *esostosi* del cranio, non rare nei cadaveri d'individui mentalmente normali, sono assai frequenti tra i paralitici. La *diploe* è ora inspessita, ora atrofica. Si osserva spesso *pachimeningite interna* ed *ematoma* della dura madre. Sotto la pia madre *suffusioni sanguigne*. Le meningi molli sono quasi sempre intorbidate, specialmente in corrispondenza ai lobi fronto-parietali, e inspessite qua e là, ma più che mai lungo il decorso dei vasi. Le *vene* sono dilatate, con pareti ingrossate. Talvolta è obliterato il lume dei vasi. Le *granulazioni* di Pacchioni che sbocciano dall'aracnoide sono ipertrofiche e talvolta giungono a scavare non solo impronte, ma fori nello spessore dell'osso.

Il cervello è atrofico, e il suo peso medio in un gran numero di paralitici risulta inferiore a quello dei non paralitici nientemeno che del 20 o del 25 per cento. Qualche volta, in individui di sesso maschile e che erano stati di normale intelligenza, scende fino a 900 grammi. Le circonvoluzioni sono poco estese, appiattite, e i solchi allargati; qua e là si osservano veri avvallamenti della corteccia cerebrale. Il liquido cefalorachideo è assai abbondante, perchè riempie le numerose lacune. All'idrocefalo esterno si aggiunge la *dilatazione dei ventricoli*.

La *pia madre* è molto spesso e per larghi tratti assai *aderente* alla corteccia; e quando si tenta di produrne il distacco, la corteccia cerebrale si lacera, lasciando piccoli frammenti sulla superficie della meninge. Le pareti dei ventricoli, specialmente il pavimento del IV, si presentano ruvide alla vista ed al tatto: *ependimite granulosa*.

Indipendentemente dalla riduzione di volume che interessa tutta la massa del cervello e che, determinando una diminuzione di peso pari a 200 e fin a 300 grammi, comprende senza dubbio anche la sostanza bianca, è assai appariscente la distruzione a cui va incontro la sostanza grigia. Lo spessore della corteccia cerebrale, specialmente nei lobi frontali e parietali, è ridotto in qualche punto fin del 50 per cento. Benchè una simile riduzione sia visibile ed apprezzabile ad occhio nudo e benchè il miglior mezzo per precisarne la portata sia l'esame istologico, vi fu un tempo in cui l'assottigliamento dello spessore corticale fu studiato macroscopicamente, ma con esattezza di misure, mediante nonii appositamente costruiti; questo metodo, puramente quantitativo, si prestava a

confronti rapidi sopra un gran numero di cadaveri freschi, e fu applicato da Conti nel Laboratorio anatomico di Torino, allora diretto da Giacomini.

Lesioni microscopiche del sistema nervoso.

L'esame microscopico conferma il raggrinzamento della corteccia cerebrale, ma in pari tempo mette in luce una gran quantità di fatti generali e particolari, senza dei quali l'anatomia patologica della paralisi progressiva riescirebbe del tutto incompleta ed incerta.

Tra questi fatti generali, il più importante è lo *scompiglio degli strati corticali*, che Nissl ritiene come la miglior prova anatomica della paralisi progressiva, anzi come la sola veramente decisiva. I rapporti topografici tra le varie categorie di elementi corticali, grandi e piccole piramidi, cellule fusiformi e polimorfe, sono qua e là alterati in maniera violenta; elementi d'uno strato superficiale si trovano spostati al livello o al disotto di elementi profondi, e viceversa. Anche le distanze orizzontali tra cellula e cellula sono turbate. Da un lato l'atrofia le accorcia e a prima vista produce l'impressione del processo contrario, cioè dell'iperplasia, dall'altro l'invasione della nevroglia colma le lacune, talvolta oltre alla misura, ed accresce le distanze originarie.

Lo strato molecolare, per la scomparsa delle fibre tangenziali, è spesso assai assottigliato.

Nella *sostanza bianca* degli emisferi vi è innegabile rarefazione e degenerazione secondaria di vie determinate, ma non completa.

Nei *gangli della base* e nel *cervelletto* alterazioni analoghe, cioè scomparsa di fibre e proliferazione di nevroglia.

Nei *nuclei dei nervi cerebrali* ricompariscono le alterazioni delle cellule gangliari che descriveremo come proprie della corteccia. Sono intaccati più specialmente i nuclei dell'*ipoglosso*, del *facciale* e del *trigemino*. Del trigemino è leso il nucleo masticatore. Dell'*oculomotore* non soffrono che le fibre innervanti i muscoli intrinseci dell'occhio, specialmente quelle che servono ai riflessi luminosi; di rado le altre. In generale è noto che le paresi nucleari della paralisi progressiva, disartria, amimia, rigidità pupillare, sono piuttosto incomplete; esse restano scompagnate da atrofia muscolare e da reazione degenerativa.

Ma ancora più istruttive per la patogenesi della paralisi progressiva sono le alterazioni particolari che riguardano le *cellule nervose*, le *fibre*, la *nevroglia* ed i *vasi*, perchè senza di esse non si può comprendere l'insieme del processo anatomo-patologico che costituisce la malattia.

Cellule nervose. — Le cellule nervose della corteccia cerebrale ed

anche quelle dei nuclei, colorate col metodo di Nissl, presentano i segni d'intimi processi degenerativi che si possono dividere in acuti e cronici. I processi acuti corrispondono a crisi ipertossiche, infettive, convulsive, agoniche; i processi cronici sono l'espressione della malattia nelle sue linee fondamentali, che clinicamente corrispondono alla demenza graduale. Anatomicamente, il cervello di un paralitico morto in fase avanzata si può raffigurare, per ciò che riguarda le cellule nervose, come colpito da alterazioni croniche, specialmente nei lobi anteriori, a cui si sovrappongono in tutta l'estensione del cervello lesioni acute talvolta assai accentuate.



Fig. 88. — Paralisi progressiva: cellula di Betz in istato d'atrofia. Si confronti con la fig. 18 a pag. 77, che rappresenta allo stesso ingrandimento una cellula di Betz normale. Metodo di Nissl.

a) *Processi acuti di degenerazione nelle cellule nervose.* — Tra questi processi si ritiene che alcuni siano riparabili, altri irreparabili. I processi riparabili, che costituiscono il substrato anatomico dei sintomi effimeri, così frequenti e clamorosi nel corso della paralisi progressiva, risultano dalla presenza delle seguenti lesioni: rigonfiamento del corpo cellulare e del nucleo, cromatolisi totale (nelle cellule più alterate). I processi egualmente acuti e recenti, ma irreparabili, sono caratterizzati da cromatolisi, dalla piccolezza e dalla forte *colorazione* del nucleo (che normalmente e nei processi riparabili è poco o niente colorato), dalla disgregazione progressiva fino alla scomparsa del nucleo stesso.



Fig. 89. — Paralisi progressiva: cellule dello strato polimorfo cariche di granuli di pigmento giallo. Metodo di Nissl.

b) *Processi di degenerazione cronici.* — I prolungamenti protoplasmatici delle cellule nervose, che ordinariamente non sono sensibili alla colorazione, salvo alla loro origine, si tingono per lunghi tratti e sono assottigliati; il corpo cellulare è atrofico (fig. 88); il nucleo più scuro; molte piccole cellule presentano il fenomeno della *pigmentazione gialla* (fig. 89), ciò che non si verifica mai normalmente neppure tra i vecchi, che vanno bensì soggetti alla pigmentazione cellulare, ma solo nelle cellule più grandi.

Queste alterazioni, croniche ed acute, possono sommarsi le une accanto alle altre, occupando anche tratti assai vicini e circoscritti d'una stessa zona o sovrapponendosi negli stessi elementi cellulari. Qua e là si trovano in una zona alterata del cervello cellule sane.

Quanto al rapporto tra le lesioni e i sintomi, data la complessità dei processi cerebrali e specialmente degli intellettuali, esso non può certo seguirsi fino ai particolari. Pare che le piccole piramidali e le polimorfe siano colpite prima e più fortemente delle grandi. Ma la sola forma di parallelismo che si è autorizzati a riconoscere è quella tra la gravità ed estensione delle lesioni da una parte, e la gravità e generalità dello sfacelo psichico dall'altra.

Fibre nervose. — Tanto le fibre tangenziali come le fibre radiali, trattate col metodo di Weigert, si mostrano in preda a processi di degenerazione non egualmente distribuiti, che portano talvolta alla scomparsa delle prime, ma non giungono che a diminuire l'abbondanza delle seconde. Usando il metodo di Marchi, si osservano anche i segni di degenerazione secondaria alla necrosi delle cellule.

Nevroglia. — Oltre all'ingrossamento di queste fibre ed al loro aumento numerico, che si scorge qua e là diffusamente, il metodo elettivo di Weigert mette in rilievo un'abbondante proliferazione di *astrociti* e di altre gliocellule. Gli astrociti fanno la loro comparsa anche negli strati corticali profondi, che ordinariamente non ne contengono, mentre sono ricchi di gliocellule con prolungamenti muscosi e prive di vere fibre. Nello strato molecolare o tangenziale, che normalmente possiede fibre di nevroglia, ma in misura scarsa, la proliferazione di cellule e la neoformazione di fibre sono più accentuate che altrove. Alcune di queste cellule neoformate raggiungono dimensioni mostruose: *Monsterzellen*.

La presenza di astrociti dove normalmente non se ne trovano è una prova di flagranza a carico del processo di gliosi. E questo processo si estende largamente in tutto l'encefalo: Weigert e più tardi Raecke lo riscontrarono fin nel cervelletto, dove qualche cellula di Purkinje è circondata da robusti panieri di nevroglia e lo strato molecolare contiene molte fibre di Bergmann. Talvolta si vede il paniere e la cellula è distrutta. Nello strato dei granuli, che normalmente è privo di fibre, se ne vede una discreta quantità.

Tra le lesioni della nevroglia va annoverata anche la così detta *ependimite granulosa*, perchè non consiste in altro che nella produzione di noduletti gliomatosi con perdita o metamorfosi delle cellule ependimali (fig. 90).

La moltiplicazione delle gliocellule avviene in piccola parte per cariocinesi, e questa è la ragione della relativa scarsezza con cui si presentano le *figure cariocinetiche*. Assai più comune è la *divisione diretta del*

nucleo. Le cellule neoformate della nevroglia, prima ancora d'aver elaborato nuove fibre, sono dotate di capacità migratoria e fagocitica: se ne trovano dappertutto in abbondanza, specialmente dove è avvenuta distruzione

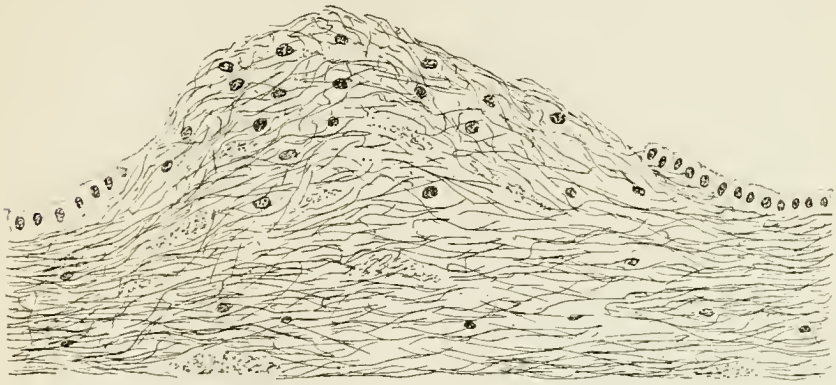


Fig. 90. — Paralisi progressiva: piccolo nodulo di ependimite granulosa. Caduta dell'ependima dalla parte più saliente, formazione abbondante di fibre di nevroglia. Metodo elettivo di Weigert.

di elementi nervosi (fig. 91). Gli astrociti, gliogeni per eccellenza, si addensano anche vicino ai vasi e negli spazî liberi della corteccia. Così si ha un vero processo cicatriziale il cui risultato è il raggrinzamento e la

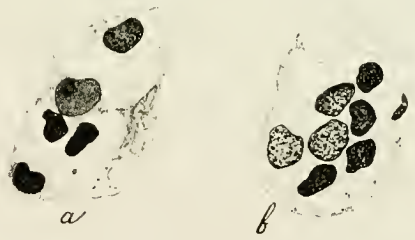


Fig. 91. — Due cellule nervose prese dallo strato polimorfo della corteccia cerebrale in un paralitico: entrambe sono invase da nuclei di nevroglia, enormemente rigonfie e vacuolizzate. Nella cellula *a* il nucleo persiste ancora e si riconosce per la presenza del nucleolo, è impiccolito ed intensamente colorato; nella cellula *b* non vi è nucleo e del citoplasma non restano che detriti. Metodo di Nissl.

diminuzione della sostanza corticale. Alcune fra le cellule nervose sono strettamente abbracciate e per così dire soffocate dalle fibre neoformate di nevroglia che s'irradiano da un elemento satellite, da una *Trabantzelle.* Queste cellule di nevroglia esistono anche allo stato normale, si trovano a contatto immediato con la cellula nervosa che contornano in numero di cinque o sei ed anche meno, specialmente, come osservò Cajal vicino all'axone. Sono cellule a prolungamenti muscosi e prive di fibre;

spesso s'imprimono nella superficie della cellula nervosa; e perciò sono state scambiate per leucociti in atto di penetrare la cellula. L'errore fu corretto da Nissl e da Lugaro. In condizioni patologiche, e precisamente nella paralisi progressiva, queste *pleiadi* di *cellule satelliti* acquistano la proprietà di elaborare nevroglia.

Non bisogna dimenticare che le gliocellule, dopo aver fabbricato le loro fibre di nevroglia, soggiacciono a regressione e spariscono; il corpo cellulare si atrofizza, il nucleo si impiccolisce e diventa scuro.

Vasi sanguigni. — Nei vasi si osserva dilatazione e ingrossamento delle pareti con aumento dei nuclei. La vascolarizzazione è accresciuta. Può

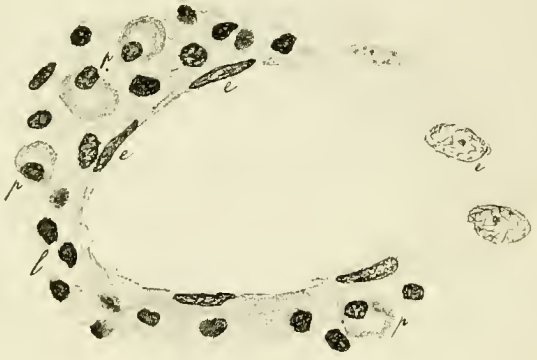


Fig. 92. — Paralisi progressiva: infiltrazione perivascolare; *e*, nuclei endoteliali; *l*, linfociti; *p*, cellule plasmatiche. Metodo di Nissl.

esservi obliterazione del lume, ma il caso non è molto frequente. Qua e là restringimenti, piccoli aneurismi, degenerazione ialina e in alcuni casi traccie d'*endoarterite sifilitica*. Ma queste gravi alterazioni, a cui anticamente si attribuiva la priorità ed una costanza che non hanno, e che passavano per le sole autentiche della paralisi progressiva, non si scorgono nelle autopsie dei casi iniziali. Ciò non toglie che i vasi siano realmente e considerevolmente alterati nelle fasi successive.

Intorno ai vasi del cervello qualche volta, ma non sempre, si scorgono col microscopio piccoli focolai di *rammollimento* non avvertibili ad occhio nudo. Ma non vi sono mai focolai vasti che possano mettersi in relazione con le paralisi.

I vasi sanguigni, specialmente i capillari, sono nei casi avanzati avvolti da veri manicotti di piccole cellule col nucleo intensamente colorato. Lo spessore di questo involucro può superare fin sei o sette volte quello del lume vasale. Gli elementi che compongono questi ammassi furono variamente classificati: nuclei liberi, leucociti, gliocellule. Le ricerche più

recenti dimostrano ch'essi sono in gran parte *Plasmazellen, cellule plasmatiche*. Le cellule plasmatiche, studiate prima da UNNA nella pelle e poi più accuratamente da MARSCHALKO, hanno appunto un'origine patologica come le *Mastzellen* di EHRLICH. In 14 cervelli di paralitici R. VOGT ne riscontrò tutte le volte la presenza e l'abbondanza, mentre mancavano affatto in 40 sopra 42 cervelli di altri alienati ed erano scarse negli altri 2 (uno dei quali era stato sifilitico). Queste cellule plasmatiche si trovano sempre mescolate con *linfociti* e con scarse *Mastzellen*. Ma i linfociti e le *Mastzellen* si trovano facilmente in molte malattie con complicazioni cerebrali. Invece le *Plasmazellen* di UNNA sarebbero patognomoniche della paralisi progressiva (fig. 92).

Alterazioni del midollo spinale e dei nervi periferici.

Malgrado gli indugi, i dubbi e le discussioni in mezzo a cui si conseguì questa certezza, è dimostrato che nella paralisi progressiva il midollo spinale non è mai illeso. Nella sua trama si riscontrano *lesioni diffuse* e *lesioni sistematiche*.

Tra le lesioni diffuse sono da notare quelle delle cellule nervose: atrofia, sovrabbondanza di pigmento, alterazioni della sostanza cromatica dovute in parte agli stati di cachessia terminale; iperplasia della nevroglia; rarefazione dei plessi di fibre mieliniche che decorrono nella sostanza grigia; riduzione dei cordoni nella parte marginale e sottoposta alla pia madre; inspessimento della pia madre.



Fig. 93. — Paralisi progressiva: degenerazione dei fasci piramidali più accentuata a sinistra.

Tra le lesioni sistematizzate, quelle dei *fasci piramidali* (fig. 93) non sono in generale molto accentuate e consistono principalmente nella degenerazione di fibre isolate, che segue alla necrosi delle cellule corticali corrispondenti. Altre fibre possono presentare atrofie primarie delle guaine mieliniche. Nei *cordoni posteriori* le lesioni sistematizzate sono più frequenti e più estese; esse interessano tanto le fibre endogene quanto le esogene, ma più specialmente quest'ultime. Molte volte i cordoni posteriori presentano lesioni estesissime con carattere schiettamente radicolare e indentiche a quelle della tabe; sono casi di *tabe-paralisi* (fig. 94).

Quanto alle alterazioni delle *meningi* e dei *vasi*, esse sono secondarie come quelle analoghe dell'encefalo.

Nei nervi periferici si conoscono alterazioni descritte da PICK, FÜRSTNER,

Bianchi, Colella; ma queste alterazioni sono variamente interpretate. Secondo Pick, si tratta di complicazioni ordinarie della paralisi progressiva che dipendono dalle lesioni centrali. Secondo Fürstner, un simile rapporto non è provato; le neuriti, egli osserva, come altri incidenti terminali della malattia, si possono attribuire con maggior verosimiglianza a traumi, compressioni, raffreddamento, cachessia, intossicazioni. L'osservazione è giusta; nei casi riportati da questi autori si avevano paralisi isolate, e quindi non si può negare che il quadro della malattia sconfinava alquanto dalla pura sintomatologia della paralisi progressiva. Per esempio, i casi di Bianchi si riferiscono al nervo vago, e l'atrofia delle fibre è dovuta a degenerazioni primarie; la morte era avvenuta per una forma di polmonite simile a quella che si produce sperimentalmente recidendo il vago. In sei casi di Colella la nevrite parenchimatosa aveva colpito rami motori e rami sensitivi alla rinfusa con un'intensità che cresceva in direzione distale. Questo reperto è piuttosto comune negli stati di marasmo e perciò non ha un significato particolare in rapporto al meccanismo della paralisi progressiva.

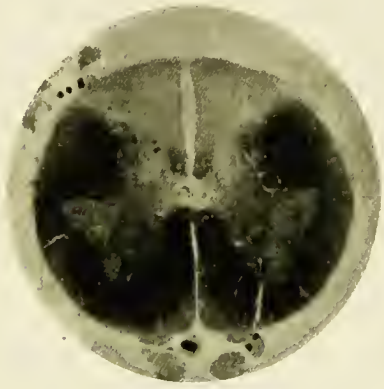


Fig. 94. — Tabe paralisi: degenerazione dei cordoni posteriori; conservazione delle fibre endogene (zona cornu-commissurale e centro ovale di Flechsig).

Alterazioni estranee al sistema nervoso.

La natura tossica della paralisi progressiva è confermata dall'esistenza di lesioni viscerali e di disordini generali che non possono interpretarsi come secondarî. Tra le alterazioni extra-nervose, la più comune è l'*ateromasia dell'aorta*. In 69 sopra 84 cadaveri di paralitici Straub riscontrò che l'aorta presentava i segni d'un processo sifilitico e, secondo lui, diverso dall'ordinaria ateromatosi dei vecchi. Sopra 71 cadaveri di non paralitici questo reperto non fu verificato che 7 volte; ma i 7 cadaveri erano tutti di sifilitici.

Sono abbastanza frequenti anche le *affezioni valvolari del cuore*, che spiegano alcune morti improvvise. E forse, come l'ateromasia dell'aorta, dipendono a loro volta dalla sifilide.

Un'altra complicazione della paralisi progressiva, abbastanza frequente

nei casi inveterati, è la *pielo-nefrite* per infezione. Non sono rare l'*atrofia granulosa dei reni* (d'origine vascolare), la *cistite*, i *decubiti*, causa frequente della *setticemia*, che spesso chiude mortalmente il decorso del processo paralitico.

Diagnosi differenziale.

La paralisi progressiva può essere confusa con le seguenti malattie: sifilide cerebrale, alcoolismo (pseudo-paralisi sifilitica ed alcoolica), amenza, nevrastenia, paranoia, mania. I criterî per premunirsi da simili equivoci sono abbastanza facili e raggiungono completamente il proprio scopo, purchè il medico non pretenda di prendere partito in qualunque siasi caso e sappia, quando i sintomi sono scarsi ed incerti, aspettare dal tempo la soluzione di un quesito che si fonda in parte anche sul decorso.

Nella *sifilide cerebrale* si scorgono fenomeni a focolaio che la cura mercuriale riduce al silenzio o attenua; se v'è disordine mentale, esso ha prevalentemente la forma di semplice difetto. La sifilide cerebrale può anche dar luogo ad *esaltamento*, ma senza la spensieratezza puerile e la millanteria demenziale della paralisi progressiva. Tenuto conto di queste norme differenziali, l'espressione di *pseudo-paralisi sifilitica* è poco giustificata, perchè un clinico avveduto non durerà gran fatica a dividere le due malattie con una linea di distacco ben netta, che non consente gradazioni intermedie.

L'*alcoolismo* è più insidioso della sifilide nell'imitare il quadro sintomatico della paralisi progressiva, perchè conduce anche per conto proprio e con grande frequenza ad una disorganizzazione del carattere e dell'intelligenza abbastanza simile e poco meno grave di quella che costituisce la demenza paralitica nei suoi primordî. La rigidità pupillare, l'abolizione dei riflessi rotulei, la disartria, l'amimia, la disgrafia con tremito e con le caratteristiche omissioni o ripetizioni di sillabe nella scrittura completano spesso il quadro pseudo-paralitico. Secondo alcuni, la presenza di allucinazioni visive basterebbe a risolvere il dubbio; ma questa norma di diagnosi differenziale non è sempre applicabile, perchè molti alcoolisti non sono allucinati, e non è mai sicura, perchè qualche paralitico autentico soffre, al pari degli alcoolisti, di allucinazioni visive. Un mezzo meno infido per distinguere dai paralitici gli alcoolisti è quello di sottoporre i malati ad un isolamento rigoroso con astensione assoluta dell'alcool. In capo ad un mese o poco più un alcoolista, per quanto inveterato e per quanto simile al più cadente dei paralitici, si libera di qualunque incomodo motorio e mentale con una rapidità e con una pienezza di successo, che sarebbe vano sperare da un vero paralitico in fase di remissione.

Per non infliggere la diagnosi di paralisi progressiva a individui colpiti di *amenza*, ciò che costituirebbe un errore veramente deplorevole, bisogna ricordarsi che questa psicosi, spesso assai benigna e in altri casi rapidamente mortale, segue sempre ad incidenti gravi e clamorosi d'esaurimento acuto, come emorragie, infezioni, puerperio, catarro gastrico con febbre e dimagramento. Queste cause occasionali mancano nella paralisi progressiva. Quanto ai fenomeni di paresi e d'incoordinazione motoria, senza di cui sarebbe arrischiato far giudizio di paralisi, essi non appartengono al repertorio sintomatico dell'amenza.

Nella *nevrastenia*, nella *paranoia*, nella *demenza precoce*, nella *mania* mancano completamente sia la nota amenziale, sia la nota demenziale. Il medico non deve lasciarsi imporre nè dalle complicazioni motorie dei nevrastenici, nè dai delirî di grandezza dei paranoici, nè dall'incoerenza dei dementi precoci, nè dal contegno disordinato dei maniaci. Bisogna tener presente che la nevrastenia, se porta spesso esagerazione dei riflessi patellari, tremito delle palpebre, delle mani e della lingua, scoppi di collera, esasperazione della cenestesi, pessimismo con pretesa perdita della memoria, non provoca mai nè rigidezza delle pupille, nè amnesie reali, nè vera diminuzione della capacità intellettuale. Parimente, la paranoia può inspirare deliri fatui, se si tratta di un individuo originariamente limitato; ma in questi deliri vi è una fermezza, una precisione, una dialettica ignota ai paralitici. Quanto ai dementi precoci, la loro demenza, per quanto sia profonda, è sempre parziale e sistematica; essi conservano una memoria e un orientamento che i paralitici, ancorchè lucidi ed allo stato iniziale di demenza, non possiedono quasi mai; e complicazioni di ordine motorio non ne presentano affatto o le hanno, ma insignificanti. Così il maniaco che parla con abbondanza e sicurezza, scrive con polso fermo, coglie a volo ogni frase, afferra e interpreta con arguzia gli avvenimenti infinitesimi che sfuggono ai normali, fa un contrasto singolare, malgrado la sua allegria e il suo disordine, col paralitico, che è bensì allegro, ma distratto, che è altrettanto rumoroso, ma tardo.

CURA.

Se la paralisi progressiva è una malattia inguaribile, ciò di cui vi è chi dubita, essa non è una malattia incurabile. Da qualche tempo a questa parte, per testimonianze isolate di molti clinici, la data della morte nei paralitici va sempre più allontanandosi da quella della diagnosi e non sono rari i casi di malati che sopravvivono per dieci e più anni all'inizio della terribile malattia. Che un simile risultato dipenda da un'attenuazione

progressiva del *virus* sifilitico, in quanto esso si diffonde di generazione in generazione e tende a produrre l'immunità, è forse possibile, tanto più che in parte si nota una certa attenuazione anche nei sintomi, e le forme di paralisi tranquilla con lieve disordine dell'intelligenza cominciano a prevalere numericamente sulle forme agitate e confuse. Che il raffinarsi dei mezzi diagnostici porti nella statistica della paralisi progressiva un buon numero di casi più miti e meno antichi, di cui in passato non si teneva conto e che vengono a modificare favorevolmente le tabelle della mortalità, è probabile. Ma non sarebbe giusto infirmare che a questo risultato non possa contribuire in parte anche la cura razionale della paralisi progressiva come un'affezione cronica di natura tossica.

Il trattamento specifico, sia in malati che l'abbiano già subìto quando erano sifilitici, sia in coloro che, essendo sifilitici, non lo sperimentarono mai, riesce sempre inefficace e lascia assolutamente le cose allo *statu quo ante*. Non fanno eccezione nemmeno quei paralitici che hanno contratto la sifilide pochi anni prima, per esempio da sette o da sei o da cinque anni. Quanto agli altri, se si avvantaggiano dalla cura e guariscono, vuol dire che erano pseudo-paralitici ancora in fase di sifilide terziaria.

D'altra parte, un trattamento sintomatico che miri a prevenire accessi e ad evitare le cause di deperimento progressivo, che difenda il cervello da iperintossicazioni e da intossicazioni secondarie, che corrobori l'organismo con un'igiene ed una dieta adatte, deve essere sempre applicato con ogni scrupolo finchè la clinica non insegni mezzi di cura specifici e più diretti. A questo scopo occorre un'oculata vigilanza su tutte le funzioni organiche.

I paralitici devono astenersi dagli eccitanti e dagli alcoolici come pure da un'alimentazione soverchia, a cui sono tratti facilmente dalla loro euforia e spensieratezza. Per impedire che nel tubo digerente si sviluppino prodotti tossici bisogna spesso ricorrere alle purghe, agli enteroclismi, ai tonici, al regime latteo, agli antisettici intestinali. Garnier e Cololian raccomandano con molta oppurtunità la pulizia quotidiana dei denti e della bocca; i malati se ne dimenticano talvolta per settimane intere, illudendosi d'essere in perfetto ordine, ma il medico deve sorvegliarli e guidarli come ragazzi inesperti, tardi ad obbedire ed esposti a pericoli speciali.

Durante i periodi d'agitazione sono utili i bagni generali a 38° C., prolungati per un'ora o più con compressa fredda al capo o doccia frontale. Indipendentemente dall'agitazione si farà poi largo uso del bagno tepido per l'igiene della pelle e per eccitare blandamente i processi del ricambio organico. A questo scopo è consigliato anche l'ioduro di potassio o quello

di sodio in dose da 0,25 ad 1 grammo ogni 24 ore. Una volta si assoggettavano i paralitici ad abbondanti salassi, e questa cura, coordinata al concetto moderno della paralisi progressiva, non è indegna d'essere ristudiata con cauti, periodici e razionali esperimenti sopra infermi robusti in fase iniziale di malattia.

Anni sono si usavano sistematicamente i revulsivi. Il setone alla nuca risale ai tempi di Baillarger. Le punte di fuoco sul collo e sulla schiena, i vescicanti, le pomate irritanti, le applicazioni di sanguisughe facevano parte di questa terapia medioevale.

L'elettricità fu preconizzata da Hitzig, da Arndt, da Newth, che l'usarono in forma di corrente galvanica piuttosto debole lungo la spina dorsale, con polo negativo alla nuca e polo positivo ad una gamba, oppure nei limiti del midollo cervicale (Hitzig). Ma la cura elettrica non ebbe molti proseliti; la maggioranza degli alienisti non è persuasa della sua utilità ed anzi ne teme l'azione eccitatrice. Per ragioni analoghe è controindicata l'idroterapia.

Fu tentata la cura radicale della paralisi progressiva persino con la *trapanazione del cranio*. Essa fu eseguita per la prima volta nel 1889 da Claye-Shaw, che se ne trovò soddisfatto; ma i risultati successivi di Batty Tuke, che incideva la dura madre e lasciava uscire il liquido cefalo-rachideo, furono inconcludenti. Era più semplice e meno privo di qualunque indicazione razionale l'incruento espediente della puntura lombare, che infatti venne praticato a sua volta, ma con dubbio successo.

L'euforia e la spensieratezza dei paralitici formano un serio ostacolo alle cure minute e continue di cui essi hanno bisogno. Perciò, finchè i malati tenderebbero ad uscire di casa ed a godere d'una certa indipendenza, cioè durante i primi stadî della malattia, la cura non si fa bene che nei sanatorî. I paralitici dominati da idee ipocondriache possono invece rimanere in famiglia ed anzi non è opportuno che se ne separino. Ma il ricovero dei paralitici in manicomî e case di salute è spesso necessario per ragioni di sicurezza e d'ordine pubblico. Nei primordî della malattia il paralitico è accattabrighe, crapulone, spendereccio, pericoloso a sè ed agli altri. La regolarità d'orario, il riposo e le cure che si trovano nelle case di salute portano subito il loro frutto. I malati riacquistano una certa calma e quella lucidezza di spirito che sono necessarie anche per condurre una vita semplicemente vegetativa, diventano docili e più modesti; si riabituano all'ordine. E a questo modo, dopo un breve soggiorno al sanatorio, si rendono idonei al ritorno in famiglia.

Il regime indicato dovrà continuarsi anche durante i periodi di *tregua*, pur lasciando ai malati una certa illusione di libertà. Si continueranno le

lozioni antisettiche della bocca e del naso, i bagni tepidi, e le somministrazioni di caffeina o di sparteina, qualora vi sia minaccia di complicazioni cardiache. Quando poi la paralisi è inoltrata, bisogna raddoppiare di diligenza nell'osservare l'igiene della pelle; Brown-Sequard, per prevenire i decubiti, suggeriva l'applicazione alternata di compresse caldissime e freddissime; ed altri usarono polveri cosparse nel letto. Ma non è nemmeno consigliabile di esagerare nei mezzi di prevenzione o di usare pratiche incomode e farraginose di fronte ad un pericolo che non è costante e che in ogni modo si presenta soltanto al termine della malattia.

CAPITOLO XV.

Le cerebropatie infantili (idiozia acquisita)

Le cerebropatie infantili e fetali, benchè derivino da cause estremamente svariate, si svolgono in maniera abbastanza simile e lasciano reliquati abbastanza uniformi per poter trovarsi in compagnia sotto un'insegna comune. Qualunque sia all'esordio la natura e l'estensione della lesione, essa disturba il cervello in una fase speciale e delicata della sua evoluzione che non ha riscontri nella vita degli adulti. Nel cervello infantile non tutte le fibre sono mielinizzate e poche tra le cellule nervose hanno raggiunto la loro perfezione anatomica: vi sono ancora cellule, vi sono ancora fibre che, sorprese nel loro processo di formazione da una malattia acuta o da un trauma, non ritroveranno più le condizioni e forse nemmeno lo spazio materiale per espandersi ulteriormente con quelle ramificazioni di dendriti e di collaterali a cui erano predestinate. D'altra parte gli agenti infettivi, tossici e traumatici provocano la reazione d'una nevroglia giovane, rigogliosa, in pieno vigore di proliferazione naturale e che adempie il suo ufficio difensivo molto più intensamente ed estesamente della nevroglia adulta. Nella nevroglia adulta il potere di proliferazione si assopisce e non si risveglia che sotto la sferza dei processi patologici, ma senz'eccesso di zelo: nella nevroglia giovane è in atto il lavorio normale dell'accrescimento, che spinge la gliosi reattiva a proporzioni smoderate.

Le malattie organiche del cervello, nei primi periodi della vita, meritano dunque un posto a parte, sia perchè, al di là della lesione iniziale, immiseriscono lo sviluppo nervoso anche in regioni intatte e più o meno lontane, sia perchè provocano in vicinanza una gliosi sfrenata. A questa irradiazione dei processi anatomici corrisponde un'irradiazione di sintomi; e all'abbondanza dei sintomi la varietà dei quadri clinici. Ciò non esclude una certa costanza d'esiti ed anche di decorso. Infatti tutti i processi cerebropatici dell'infanzia e della vita fetale conducono alla perdita irreparabile di funzioni attive ed appariscenti, tra cui si deplora spesso

quella dell'intelligenza, e che non sono certamente compensate dalla presenza silenziosa e in quantità ingombrante del tessuto protettivo. Talvolta anzi partono dalle larghe cicatrici di nevroglia stimoli irritativi, che si riaccendono di quando in quando, sebbene col tempo possano anche scomparire.

Se si vogliono mettere in evidenza le somiglianze anatomiche che uniscono questi processi morbosi, esse possono riassumersi nella formula comune: *atrofia degli elementi nervosi* e *proliferazione esorbitante della nevroglia*. Ma, a differenza da ciò che vediamo nelle cerebropatie degli adulti, l'atrofia assume l'apparenza d'una semplice *aplasia*, mentre la gliosi acquista quasi il carattere di un'*iperplasia teratologica*. Così avviene che nei cerebropatici d'origine fetale ed infantile la malattia si confonde con l'imperfezione, con l'anomalia, con la mostruosità. La proporzione tra il tessuto specifico e il tessuto complementare resta alterata a danno degli elementi nervosi e a vantaggio della nevroglia. Risultato complessivo è una lesione più ampia di quella che, per un insulto eguale, si sarebbe prodotta in un adulto.

Infatti, mentre la gliosi reattiva degli adulti rinchiude il focolaio di rammollimento ischemico od emorragico in una muraglia sottile, quasi per circoscriverne i danni, quella dei bambini li aumenta, formando una cornice più estesa e più molesta del quadro. La nevroglia continua a moltiplicarsi oltre all'età prescritta, ed è in preda a vicende morbose che prolungano la durata della malattia iniziale e, dopo averne allargato il campo anatomico, la rendono cronica.

È ben difficile che le zone *psichiche* possano sottrarsi interamente a processi morbosi che, dovunque cadano, hanno tanta tendenza a dilagare. Se si confronta l'area destinata alle funzioni associative con quella occupata dai centri corticali di proiezione, si comprende subito che i centri associativi siano i più esposti al primo urto ed all'ulteriore diffusione della malattia, appunto perchè presentano un bersaglio più disperso e complessivamente più vasto. Si aggiunga che i territori intellettivi, essendo gli ultimi a formarsi, conservano più a lungo quei caratteri d'infantilità anatomica che accrescono la foga alle cerebropatie nei primi anni di vita. Non dobbiamo dunque meravigliarci se i casi di paralisi motoria e sensoriale senza difetto dell'intelligenza sono, tra i cerebropatici dell'infanzia, piuttosto rari; e se invece sono assai meno rari quelli di semplice idiozia, a cui Freud diede il nome di *cerebroplegie senza paralisi*. Certo è peraltro che fra le cerebropatie prevalgono le forme miste d'idiozia con disturbi parziali delle funzioni motorie.

Tanto nell'idiozia aparetica come nell'idiozia con cerebroplegia il quadro della deficienza psichica è esente da vere anomalie intellettuali ed affet-

tive; e ciò costituisce un altro elemento caratteristico delle cerebropatie infantili, che cementa a sua volta l'unità clinica di questi processi. Infatti le *idiozie acquisite* vengono così a contrapporsi all'*imbecillità degenerativa ed ereditaria*. Quest'ultima è scompagnata da lesioni visibili del cervello, ma si manifesta con pervertimenti etici ed intellettuali, che l'avvicinano all'*immoralità costituzionale* ed alla *paranoia* e che la discostano anche clinicamente dalle idiozie acquisite per cerebropatia infantile o fetale.

Tra gl'imbecilli di razza e gli idioti d'occasione viene così a crearsi un *dualismo* non riconosciuto nella psichiatria corrente. Finora gli alienisti non videro nelle cerebropatie infantili che il risultato essenziale, cioè l'arresto di sviluppo; e negli arresti di sviluppo non seppero ravvisare altra causa che la degenerazione ereditaria. Le forme di deficienza mentale, per la loro gravità, e più ancora per le loro complicazioni motorie, sembrarono l'espressione tipica d'una decadenza profonda, l'ultima tappa della degenerazione; e in presenza ad ogni imbecille, ad ogni idiota con o senza paralisi, si presupponeva una degenerazione meno grave degli antenati in lunga serie, fabbricando genealogie patologiche su lievi indizi di nevropatia. A questo modo si era costituita una grande *unità* tra deficienze mentali di origine e di forma assai diversa: unità superficiale, fondata su preconcetti e forse falsa.

Oggi si vengono staccando dal tronco dell'imbecillità ereditaria tutte le forme d'idiozia acquisita, che si mostrano così chiaramente dovute a processi cerebropatici; e i rami così staccati formano già una massa clinica più imponente del tronco e profondamente diversa. Studiando la microcefalia, Giacomini distinse i casi *patologici*, nel senso di Virchow, dai casi *ataviei*, nel senso di Vogt; e così riconobbe l'importanza dei primi. Le autopsie di Bourneville, le osservazioni cliniche di Sollier e quelle di König confermarono la necessità del dualismo. Non vi è dubbio che molti tra i microcefali illustrati da Giacomini sono veri cerebropatici; Bourneville giunse addirittura a descrivere lesioni caratteristiche dell'idiozia cerebropatica; Sollier contrappone nettamente gli idioti (malati e correggibili, malgrado la maggior gravità della loro deficienza) agl'imbecilli (degenerati e incorreggibili); e König, fondandosi sulle osservazioni proprie e su quelle di Freud, mise avanti senz'altro il concetto delle *cerebroplegie senza paralisi*, in forza del quale anche le imbecillità e le idiozie semplici sono da riguardarsi come cerebropatie parzialmente guarite o circoscritte alle funzioni mentali, ma non diverse per la loro patogenesi dalle comuni cerebroplegie, e quindi esenti, come queste, da labe gentilizia.

Se col tempo aumenteranno i casi di deficienza mentale in cui è dimo-

strabile una lesione organica e fortuita, e se si cesserà dall'accusare abusivamente l'eredità morbosa di tutte le malattie di cui ignoriamo la causa, è probabile che si ritornerà presto al concetto unitario di tutte le deficienze mentali, frenastenie, insufficienze, arresti dello sviluppo psichico: puri, con lesioni grossolane, con lesioni meno evidenti (microscopiche); misti a paralisi motorie; senza paralisi. Il dualismo presente avrà servito di transizione per passare dall'unicismo antico, tutto a favore della degenerazione ereditaria, all'unicismo moderno, tutto a favore della cerebropatia.

Le imbecillità ereditarie o pure o senza lesioni, rientrando a far parte dell'unità clinica che abbraccia tutte le deficienze infantili dell'intelligenza, cesseranno d'esserne il pernio per rappresentarne invece le forme più attenuate, più circoscritte o più fruste.

ETIOLOGIA.

I processi patologici del cervello e de' suoi involucri, che sono capaci di rallentare, d'arrestare o di circoscrivere lo sviluppo delle funzioni psichiche, insorgono o nella vita intrauterina o durante l'atto del parto o poco dopo la nascita. Un criterio per la classificazione delle cerebropatie infantili è appunto la data d'origine. In pratica non è tuttavia sempre facile stabilire se la lesione iniziale avvenne prima o dopo la nascita; e, se è postnatale, in quale epoca avvenne, perchè il processo morboso può mantenersi lungo tempo latente e manifestarsi all'improvviso in tutta la sua forza per una causa accidentale che, da sè sola, sarebbe stata insufficiente a produrre gli stessi effetti.

Gli stessi ordini di cause che sul bambino agiscono direttamente possono agire indirettamente sul feto. I *traumi* fisici e psichici, le *infezioni* acute, gli stati di *cachessia* successivi ad infezioni ed intossicazioni croniche, la *sifilide*, le *discrasie* d'origine oscura, come il *rachitismo*, determinano nel bambino cerebroplegie ed idiozia acquisita.

Tutti questi incidenti o malattie — traumi, spavento, infezioni, intossicazioni acute e croniche — possono colpire la madre durante la gravidanza e ripercuotersi sul feto coi medesimi effetti, cioè con cerebroplegie ed idiozia, che, per quanto congenite, non si debbono annoverare fra le malattie veramente ereditarie.

Tra le cause delle cerebropatie infantili ve ne sono di predisponenti e di occasionali. Wachsmuth afferma d'aver riscontrato la tara ereditaria in 14 sopra 22 casi di cerebroplegia; e in 7 dei 14 si trattava d'alcoolismo paterno. È, fra le varie cause, piuttosto discutibile l'azione della

sifilide. Secondo Fournier la sifilide dei genitori si eredita in forma di parasifilide, e le lesioni che si osservano nella prole cerebropatica sono appunto da intendersi in questo senso, specialmente quando si manifestano con la sindrome di Little. Altri clinici assegnano alla sifilide dei genitori la parte, forse troppo modesta, di semplice preparatrice; e in ogni modo riconoscono che il fattore più frequente della malattia di Little sia il parto irregolare, come indicò lo stesso Little. Secondo Freud, invece, la distocia non è in grado di determinare cerebroplegie, se non in concorso con una predisposizione: altrimenti non si spiegherebbe come i parti anormali mettano alla luce un numero assai maggiore di bambini normali che non di diplegici.

Anche König dà grande importanza all'eredità nevropatica e specialmente all'alcoolismo paterno: l'aplasia spontanea, già di per sè, predisporrebbe il cervello alle cerebropatie. Si avrebbero dunque idiozie *cerebropatiche*, idiozie *biopatiche* (per aplasia spontanea) e idiozie *bio-cerebropatiche*, come le denomina De Sanctis, cioè per cerebropatia sopravvenuta in un imperfetto predisposto biopaticamente. A me sembra che tutte queste distinzioni, male illuminate dalla sintomatologia, siano troppo sottili. Di fronte a processi materiali d'alterazione il fattore esterno è il solo necessario. È vero ch'esso non è sempre sufficiente a produrre la cerebropatia, e infatti passa non di rado senza danno duraturo. Ma in questo caso possiamo ammettere che il processo occasionale sia stato troppo debole o che la resistenza dell'organismo sia stata abbastanza valida. L'insufficienza dell'organismo a resistere non costituisce senz'altro una predisposizione ereditaria, perchè può dipendere o dall'eccessività dell'azione morbosa a cui avrebbe dovuto opporsi, oppure da condizioni momentanee di debolezza, che non hanno nulla di comune con la struttura individuale e tanto meno con quella della stirpe. E infatti, la massima parte dei fanciulli cerebropatici ha fratelli e sorelle sani e si recluta nel proletariato, che è più esposto, ma non più inerme di fronte ai fattori esterni di malattia. Sopra 22 casi di cerebroplegia infantile Seppilli non ne trovò che 4 con predisposizione ereditaria: la sua diagnosi abbracciava le cerebroplegie aparetiche, purchè all'idiozia fosse almeno associata l'epilessia.

D'altra parte, se prendiamo in considerazione le cause esterne delle cerebropatie e cerchiamo di metterle in rapporto coi quadri clinici, dobbiamo convenire che, malgrado certi sintomi comuni a tutti i processi e a tutte le cause, si delinea già una classificazione feconda di corollari. Così, secondo Freud, il *parto prematuro* determina più specialmente le *forme paraplegiche;* il parto distocico, ossia l'*asfissia*, dà luogo alla *rigidità generale*; il *trauma psichico* alle cerebropatie *coreiche*. Secondo

König la sifilide cerebrale è causa di cerebropatie speciali che stanno di mezzo tra le cerebroplegie vere (emiplegie, diplegie, paraplegie) e la paralisi progressiva giovanile. Inoltre fu notato che le diplegie sono quasi sempre prenatali, le emiplegie postnatali.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Come abbiamo detto, la differenza tra le cerebropatie infantili e quelle degli adulti consiste specialmente nella facilità con cui le prime sconfinano dalla lesione iniziale, e spesso tutt'altro che estesa, ad un lobo intero ed anche a tutto l'emisfero. Perciò le lesioni a focolaio possono produrre conseguenze non meno importanti di quelle dovute a processi generali od a gravi deformità. Per es.: un'*embolia cerebrale* è causa di necrosi negli elementi nervosi che abitano il territorio irrigato dall'arteria occlusa; ma la proliferazione della nevroglia, che nell'adulto non oltrepassa l'immediata vicinanza della zona anemizzata, conduce il cervello infantile all'atrofia ed alla sclerosi anche totale. Gli attacchi epilettici vengono di frequente a testimoniare che la gliosi non forma soltanto un ostacolo passivo all'espansione ed alla funzionalità specifica del cervello. Il focolaio sclerotico rappresenta allora una sorgente d'irritazioni attive, che negli adulti mancano il più delle volte e in ogni modo non arrivano a provocare reazioni violentemente convulsive.

Dove si localizzano le lesioni iniziali delle cerebropatie infantili? La loro localizzazione primitiva è quasi sempre a carico dei *vasi sanguigni*, sia ch'essa avvenga nella vita intrauterina o durante il parto o dopo la nascita; sia ch'essa abbia origine meccanica o infiammatorio-infettiva; sia infine che si tratti di lesioni a focolaio e grossolane o di lesioni microscopiche e diffuse. Quando un trauma grave colpisce il capo d'un bambino, gli elementi nervosi della corteccia cerebrale possono essere fatti segno a lesione diretta; ma anche in questi casi molta parte del danno proviene dalle emorragie che comprimono o che infiltrano la corteccia.

Le alterazioni *primitive* dei neuroni possono costituire la fonte unica di vere cerebropatie, senza lesione macroscopica dei vasi, senza visibile iperplasia della nevroglia? Da alcuni fatti recenti parrebbe dimostrato che il semplice arresto dello sviluppo nervoso, sia pure determinato da malattie, basti ad evocare la sindrome di certe cerebropatie. Nel 1898 Spiller riscontrò all'autopsia d'un *idiota diplegico* che il nevrasse era piccolo, ma senza traccie di lesioni macroscopiche, che nei giri centrali mancavano le cellule giganti, che le fibre dei fasci piramidali non erano punto

degenerate e solo si facevano notare per la sottigliezza del loro calibro. In un caso di *paraplegia spasmodica* le circonvoluzioni erano atipiche, le cellule corticali piccole e scarseggianti, le fibre delle piramidi normali. Un *idiota diplegico*, descritto da BOURNEVILLE nel 1890, aveva cervello normale, atrofia del cervelletto e ipoplasia dei fasci piramidali. Ecco dunque degli esempî d'idiozia clinicamente *cerebropatica*, anzi *cerebroplegica* nel senso più completo della parola, ma che dal punto di vista anatomico si confondono un poco con le idiozie d'antico stampo e senza alcun segno di processi esogeni.

Secondo PELLIZZI, l'arresto evolutivo dei neuroni può costituire il movente di processi patologici che devono riguardarsi come endogeni: la *sclerosi tuberosa* consiste bensì nella proliferazione esuberante di nevroglia, che si addensa in placche lucide e rilevate, ma la causa di questi focolai di gliosi va ricercata in un difetto dell'istogenesi corticale. Dopo l'8.° mese di vita intrauterina sono già formate le scissure primarie e secondarie, e dovrebbe cominciare il differenziamento ulteriore. Se ciò non avviene, si avranno numerose e gravi anomalie nella stratificazione e nell'orientazione degli elementi nervosi, come si osservano nei dintorni delle placche tuberose ed anche nel loro interno. Perciò PELLIZZI interpreta la sclerosi tuberosa come un fatto consecutivo all'agenesia nervosa, ossia come l'esponente macroscopico della degenerazione psichica, e la elimina dal novero delle cerebropatie esogene.

Prescindendo dalla sclerosi tuberosa, la cui patogenesi è oscura e che potrebbe essere causa, anzichè effetto, dell'aplasia nervosa, noi non possiamo riconoscere all'arresto dello sviluppo nervoso altra influenza sui processi di cerebropatia e suoi loro sintomi clinici che quella d'una causa indiretta e passiva, in quanto la resistenza agli agenti morbosi è diminuita. Si citano infatti dei reperti anatomici (GIACOMINI, MIERZEJEWSKI, BETZ), in cui accanto ad anomalie *primitive* di sviluppo, che avevano reso imperfette le circonvoluzioni, esistevano le traccie di malattie accidentali che erano sopravvenute in epoche successive della vita fetale o nei primi mesi della vita extrauterina. Sono appunto questi i casi che DE SANCTIS raggruppa sotto la denominazione già ricordata di *idiozie bio-cerebropatiche*.

Tra le lesioni iniziali delle cerebropatie non figurano quelle della nevroglia. L'ipotesi d'una *gliosi primitiva*, esposta da CHASLIN per la patogenesi dell'epilessia, da BOURNEVILLE e da BRISSAUD per la sclerosi ipertrofica, è oggi dai più contraddetta. Resta dunque ammesso, fino a che non si presentino documenti nuovi del contrario, che la parte più importante nella patogenesi delle cerebropatie infantili spetta alle *lesioni vasali*: arteriose e venose. Le più comuni sono l'occlusione (per embolia o per

trombosi) e l'emorragia. La sede di predilezione è, per le embolie, l'*arteria silviana*. La trombosi si produce più facilmente nei *seni venosi* della dura madre. Le emorragie multiple (capillari) costituiscono il reperto caratteristico dell'*encefalite acuta* (GOLDSCHEIDER).

L'occlusione e la rottura dei vasi sanguigni che irrigano il cervello provengono dall'esterno: da *traumi indiretti*, cioè riportati dalla madre incinta, e da *traumi diretti* che colpiscono il capo del bambino. Oppure sono da ricercarsi in disturbi generali della circolazione, malattie cardiache, stati febbrili, eccesso di pressione endovasale durante gli attacchi spasmodici della pertosse, alterazioni delle pareti vasali (*arterite sifilitica*), infezioni acute e stati discrasici, che hanno trovato nel cervello una localizzazione qualunque. Le alterazioni delle pareti vasali, oltre ad arrestare la circolazione ed a produrre la fuoriuscita del sangue, possono sovreccitare il processo formativo della nevroglia, aumentandone la naturale espansibilità. Secondo MARIE, la gliosi della *sclerosi lobare* si dilunga da piccoli focolai periarteriosi i quali poi confluiscono formando focolai più vasti.

Data l'origine sanguigna dei processi cerebropatici, dobbiamo prendere in esame le lesioni secondarie. Tra di esse si distinguono:

1.° alterazioni terminali ed immutabili che rappresentano i reliquati di processi spenti;

2.° alterazioni in atto con andamento cronico, progressivo e che dalla regione lesa primitivamente possono propagarsi a tutto l'emisfero;

3.° alterazioni d'aplasia e di paraplasia sia in prossimità del focolaio primitivo, sia a distanza;

4.° atrofie e degenerazioni consecutive dei neuroni intracerebrali, cerebro-cerebellari e cortico-midollari.

Tra le alterazioni del primo gruppo abbiamo le *cisti*, le *placche gialle* di rammollimento, i *raggrinzamenti*, le *porencefalie*, le *sclerosi circoscritte*. La sclerosi lobare atrofica non è altro che il *tessuto cicatriziale*, cioè la riparazione permanente d'una malattia terminata (WERNICKE). Il processo originario può consistere tanto nell'occlusione d'un vaso come nell'emorragia.

Tra le alterazioni del secondo gruppo dobbiamo collocare la *gliosi*, che conduce alla sclerosi, all'atrofia e in certi casi all'ipertrofia (apparente) delle circonvoluzioni. Caratteristica di questo processo è la progressività e quindi la cronicità. Hanno il medesimo valore reattivo anche l'*idrocefalo* e quelle *proliferazioni vasali* e *connettivali* che accompagnano la meningite e la meningo-encefalite.

Nel terzo gruppo vanno menzionate la *microcefalia* (spuria), la *microgiria* (fig. 95), le *aberrazioni* strutturali delle circonvoluzioni, come la *poren-*

cefalia, in una parola tutte le *disgenesie*. S'intende che tutte queste anomalie di sviluppo s'incontrano principalmente nei casi di cerebropatia prenatale. Le lesioni vascolari non sono sempre la causa immediata di questi processi intrauterini, che si devono piuttosto alla proliferazione della nevroglia, alla distruzione degli elementi fibrogeni, alla denutrizione prodotta dalla malattia o dal disordine iniziale. La *microgiria* può essere causata, secondo Marinesco, unicamente dall'idrocefalo.

Quanto alle alterazioni del quarto gruppo, cioè alle atrofie ed alle degenerazioni, basterà ricordare che la loro localizzazione dipende dalla

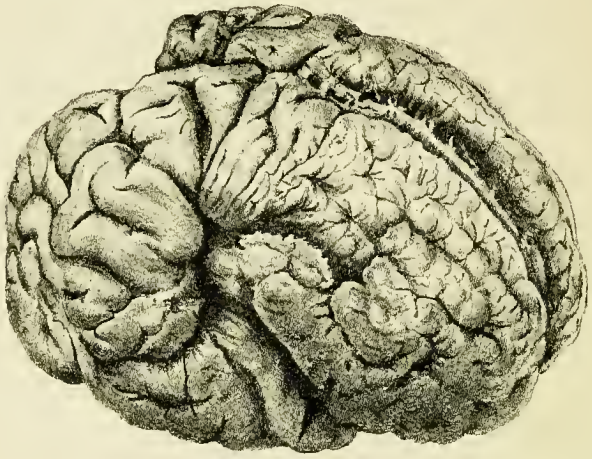


Fig. 95. — Microgiria, specialmente del lobo frontale. Metà della grandezza naturale (da Bresler, *Archiv für Psychiatrie*, Bd. XXXI, H. 3).

sede della lesione primitiva. Secondo che si tratta d'una lesione a focolaio o diffusa e secondo l'epoca in cui si produce il fatto primo, si avrà l'agenesia o l'atrofia o la degenerazione dei fasci che prendono origine dal territorio leso. E questo processo di degenerazione o d'atrofia potrà estendersi da neuroni di primo ordine a quelli di secondo ordine, e così di seguito. La sclerosi d'un emisfero può associarsi con l'atrofia in massa di tutto il cervello e con l'emiatrofia del ponte, del bulbo e del midollo nella metà corrispondente.

Tutte queste lesioni si possono raggruppare in quadri anatomo-patologici che corrispondono ai varî processi morbosi; ma la fase più nota e più interessante di ogni quadro è appunto l'ultima, cioè quella in cui i varî processi confluiscono e si rassomigliano.

SINTOMI E FORME CLINICHE.

Alterazioni psichiche. — Fino a questi ultimi anni le cerebropatie infantili furono studiate con grande interesse e da molti lati, ma non dal lato psichiatrico. I trattati di psichiatria non ne fanno alcuna menzione. Nel 1899 Kraepelin, mentre riconosce che sarebbe razionale separare i casi d'arresto psichico per incompleto sviluppo corticale da quelli che sono dovuti a processi patologici del cervello, finisce col dichiarare prematura ogni selezione clinica di questo genere e si attiene all'antica distinzione tra idioti ed imbecilli. Quanto ai trattati di nevropatologia, essi non concedono alle manifestazioni psichiche delle cerebropatie infantili che un ben piccolo posto.

La distinzione tra idioti ed imbecilli, che risale ad Esquirol e che è tuttora adottata dalla grandissima maggioranza degli alienisti, non implica che una differenza di grado. Gli idioti sono imbecilli superlativi, che non parlano per mancanza d'idee e di favella; gl'imbecilli sono meno poveri d'intelligenza, piuttosto vivaci di carattere e parlano talvolta abbondantemente, benchè in modo infantile. A queste due categorie di arretrati vanno aggiunti i *semplici di spirito:* costoro fanno uso d'un linguaggio regolare e formano, per così dire, l'aristocrazia degl'imbecilli, ma per la loro credulità e fatuità si dimostrano inferiori ai normali.

Nel 1893 Sollier riescì a galvanizzare questo capitolo della psichiatria, mantenendo la graduatoria di Esquirol, ma trasportandola sopra una base più scientifica. Assumere, ad imitazione di Esquirol, il linguaggio come indice unico dell'intelligenza era un procedimento troppo sistematico, che può condurre a giudizî erronei: il linguaggio può mancare per afasia infantile non compensata o restare imperfetto per insufficienza d'educazione. Perciò Sollier preferisce, ed a ragione, di commisurare la forza intellettuale alla capacità d'attenzione; e chiama col nome antico d'imbecilli i meno disattenti, col nome usitato d'idioti gl'incapaci d'ogni attenzione spontanea. Questo criterio di divisione lo conduce a scoprire fra le due classi di *arretrati* differenze inattese di *qualità intellettuali* e *morali*, che superano per importanza, e non di poco, la semplice differenza di *quantità* o di *grado*.

Vi è, p. es., un singolare contrasto tra *microcefali* e *idrocefali*, che completa il loro contrasto fisico. I microcefali, secondo Sollier, brillano per loquacità sconnessa, qualche volta per lampi d'arguzia; la loro fisionomia è mobile, sorridente, maliziosa; sono capaci di furberia, ma anche d'atti grossolani e brutali; e vanno soggetti a cambiamenti improvvisi d'umore, come gli epilettici e gli isterici. Al contrario, gli idrocefali sono

apatici, lenti, bradilalici, taciturni e sembrano sempre come assonnati; non sono nè affettuosi, nè malvagi; non hanno accessi di collera; ordinariamente sono miti, timidi, poco impressionabili, punto curiosi; si trastullano poco, non ridono mai e si dimostrano indifferenti agli stimoli dei sensi.

Gl'imbecilli si modellano dal più al meno sul tipo dei microcefali; gl'idioti su quello degl'idrocefali. Strano a dirsi: anche in queste umili categorie di arretrati la semi-incapacità, come tra i normali la mezza ignoranza, è più dannosa dell'incapacità assoluta. Gl'imbecilli, benchè meno arretrati degli idioti, sono recalcitranti, presuntuosi, bugiardi, ipocriti, volubili, e perciò poco educabili; gl'idioti, per quanto ad un livello più basso, anzi appunto per questo, sono (sempre secondo Sollier) menti vuote, prive di virtù e di vizi, e quindi plastiche, suggestionabili, docili, persino educabili; per lo meno conservano la memoria, l'abitudine o il gusto di ciò che hanno a gran fatica imparato. Di più, gl'idioti sono in fondo dei malati, come gl'idrocefali; gl'imbecilli non sono che degenerati, ma di primo grado, come i microcefali classici o per agenesia.

Evidentemente Sollier era sul punto di disegnare in modo magistrale il quadro dei sintomi psichici che dovrebbe contraddistinguere clinicamente i *cerebropatici* di fronte agli altri arretrati dell'intelligenza. Ma gli sfuggì una circostanza: i suoi idioti non sono affetti, com'egli crede, da una malattia qualunque o, meno che mai, da una forma grave, complicata e predestinata di degenerazione ereditaria. Essi non sono invece che le vittime del caso, d'una *cerebropatia acquisita*. I suoi imbecilli, al contrario, stanno perfettamente al loro posto tra i degenerati ereditari; ma vi restano come gli ultimi e i soli rappresentanti genuini della degenerazione nella famiglia clinica degli arretrati. Se Sollier non riconosce questa differenza tra le due classi di arretrati, ciò gli è derivato dall'aver intrapreso il suo confronto prescindendo dal quesito anatomo-patologico. I reperti necroscopici illuminano la patogenesi delle cerebropatie e le spostano, per la massima parte, tra le malattie acquisite ed accidentali, dove l'eredità non dimostra alcuna influenza.

Per Sollier la degenerazione ereditaria è dunque il cattivo genio o l'agente segreto dell'arresto psichico tanto negli idioti come negli imbecilli; ma, giunta all'estremo grado dell'abbrutimento, essa prende l'aspetto d'una vera malattia; e con la forza di coordinare e d'agire, toglie anche la capacità di reagire, di ribellarsi, di nuocere. L'idiota, dice Sollier, è un malato (e va bene), un *extra-sociale* (e va ancor bene); l'imbecille è un degenerato semplice, un *anti-sociale*, come il paranoico e il delinquente. Per compiere il parallelo, basterà aggiungere che la ma-

lattia dell'idiota è acquisita, anche se s'inizia nella vita fetale, e che non vi è quindi bisogno di cercarne l'origine nella degenerazione fatale e problematica d'una stirpe.

Posta su questa base, la distinzione, e diciamo pure l'antitesi psicologica, così felicemente tracciata da SOLLIER tra imbecilli ed idioti, riprende tutto il suo vigore; ed anzi è avvalorata dall'antitesi tra le due patogenesi. Non si tratta semplicemente di distinguere due categorie d'arretrati disposti a livelli diversi, e sia pure con apparenze assai diverse, sulla linea della degenerazione; ma da un lato si hanno imbecilli più o meno gravi per ragione ereditaria, di solito poco discosti dalla normalità ed *esenti da tare cerebropatiche*; dall'altra si hanno in maggior numero idioti per cerebropatia acquisita, in generale più sprovveduti d'intelligenza, ma *liberi* (salvo eccezioni) *da tare ereditarie*.

I casi di *cerebropatia familiale* che ci furono segnalati da BOUCHAUD nel 1894 e da CANTALAMESSA nel 1895 non infirmano questo modo di vedere, sia perchè potrebbero costituire una varietà, del resto esigua, nell'etiologia delle cerebropatie infantili, sia perchè potrebbero attribuirsi con probabilità ad una causa esterna e casuale, per esempio ad un'infezione che abbia agito su individui conviventi, quasi coetanei e quindi egualmente esposti a subirla. Infatti in molti casi di *idiozia familiale* si trovano ripetuti non solo i difetti d'intelligenza e la microcefalia, che potrebbe passare per una semplice anomalia antropologica, ma anche alterazioni motorie e trofiche che evidentemente rappresentano i residui di un vero processo morboso (fig. 96 e fig. 97).

Tuttavia il concetto di un'idiozia acquisita non è molto accreditato tra i neurologi ed ancor meno tra gli alienisti, sempre infatuati nella sterile teoria delle degenerazioni psichiche. Il solo FREUD, seguito con qualche riserva da DE SANCTIS e da PELLIZZI, sembra accostarsi a questa convinzione. Invece LUKÀCS ritiene che una buona parte dei soggetti cerebropatici sia d'origine ereditaria, e li gratifica di tutte le accuse che si sogliono affibbiare ai degenerati: irrequietezza, variabilità d'umore, impulsività, malvagità. Le stesse stigme assegna DEJERINE all'*emiplegia infantile* in particolare, e STRÜMPELL alla poliencefalite acuta. Con maggior circospezione, KRAFFT-EBING riporta alcuni casi di *idiozia morale*, che noi diciamo d'*immoralità costituzionale*, ed erano dovuti a traumi del capo. Ma è evidente che la degenerazione, quand'è prodotta da un trauma, è troppo strettamente legata ad una causa esterna per serbare la minima analogia con l'eredità nevropatica.

I sintomi psicopatici furono utilizzati da MERCKLIN non tanto per segnalare clinicamente i casi di cerebropatia, nè per metterli in opposizione con quelli d'imbecillità ereditaria, quanto piuttosto per suddi-

videre i quadri clinici nel campo stesso delle cerebropatie. Così egli distingue:

1.° cerebropatie con predominio della deficienza intellettuale;

2.° cerebropatie con prevalenza di disturbi affettivi e volitivi.

Questo secondo gruppo di cerebropatie psichiche va a mescolarsi facilmente, almeno dal lato clinico, con quello delle imbecillità ereditarie, perchè vi compariscono i perverti-



Fig. 96. — Cerebroplegia infantile con microcefalia, piede equino e stato spastico delle membra. — Da una fotografia eseguita per favore del dott. E. Gonzales.



Fig. 97. — Cerebropatia infantile con piede varo e microcefalia. — Fratello della microcefala precedente.

menti del senso morale, gli impulsi e le altre manifestazioni morbose degli imbecilli senza lesione cerebrale. Anche il primo gruppo di cerebropatie psichiche non si distacca affatto dalle forme volgari d'imbecillità senza lesione, perchè Mercklin nel 1887 pretendeva d'aver riscontrato in vari cerebroplegici infantili persino la paranoia e la paralisi progressiva.

Altre osservazioni di psicosi sviluppatesi ad età inoltrata in cerebroplegici dall'infanzia furono pubblicate negli ultimi anni. Nel 1900 Scheffer riferì il caso d'una donna arretrata d'intelligenza che presentò accessi periodici di depressione e d'esaltamento, ossia una vera psicosi circolare: e all'autopsia si scoperse una porencefalia.

Le osservazioni contrarie al dualismo clinico tra cerebropatie e imbecillità ereditarie si possono dividere in due gruppi. Alcune disconoscono o trascurano l'esistenza dell'idiozia acquisita; altre la ammettono, ma anche dietro l'idiozia acquisita si ostinano a vedere il fantasma della degenerazione che le affratella alle forme ereditarie. Ora, è facile dimostrare che le cerebropatie infantili, benchè si affermino sopratutto con l'impedimento del progresso psichico, producono, come tutte le malattie accidentali e croniche, anche un vero regresso delle funzioni intellettuali. Spesso il linguaggio dei fanciulli che diverranno idioti è già in corso di sviluppo, quando sopravviene il processo cerebropatico a sospingerlo un'altra volta nella fase della prima infanzia. Oppure è la memoria che pareva normale, e che si affievolisce rapidamente. Secondo Wuillamier e Wachsmuth vi è nei cerebroplegici un decadimento intellettuale, che in generale tende presto a raggiungere la fase stazionaria; ma l'idiozia da meningo-encefalite e la idiozia amaurotica di Sachs sono caratterizzate dall'inarrestabile e completo sfacelo dell'intelligenza. A questo risultato contribuisce anche un epifenomeno prettamente acquisito della cerebropatia, cioè l'accesso convulsivo, che conduce i malati ad uno stato di vera demenza. L'idiozia acquisita è dunque in molti casi una *demenza infantile*, perchè disorganizza un'intelligenza che, senza il suo intervento, si sarebbe sviluppata in modo normale, completo e senza arresto, nè regresso: Nulla di tutto questo si osserva nelle *imbecillità ereditarie*, che non costituiscono una vera malattia e che perciò noi chiamiamo col nome di *gracilità intellettuale* o di *immoralità costituzionale*.

L'idiozia acquisita non comprende soltanto i casi di profonda deficienza intellettuale, ma, sebbene tenda di preferenza alle forme più gravi, può assumere tutte le sfumature d'intensità fino a svanire nel nulla. In generale il colmo dell'idiozia s'incontra fra i *diplegici*, fatta eccezione per la sindrome di Little che, secondo van Gehuchten e Brissaud, non è mai complicata da disturbi dell'intelligenza ed anzi, come vedremo, non sarebbe neppure una cerebropatia, ma una malattia spinale. Secondo l'autorevole testimonianza di Freud, l'idiozia più completa è quella che si osserva nei casi di *emiplegia doppia*. Il solo Bourneville sostiene che vi sia una proporzionalità fra la paralisi e il grado di deficienza intellettuale, ciò che si potrebbe negare *a priori* come inverosimile e che anche *a posteriori* è contraddetto dall'esperienza.

Stando alla statistica delle cerebropatie, come fu raccolta da FREUD e da altri nevrologi, solo una minoranza di cerebropatici con paralisi, ossia di veri cerebroplegici, presenta scarsezza d'intelligenza. Se ai veri cerebroplegici si aggiungono i cerebroplegici frusti, cioè i cerebropatici con semplici disturbi motori, la proporzione degli idioti è sempre inferiore al 50 per cento. Se invece si allarga il concetto della cerebropatia anche all'infuori d'ogni manifestazione motoria e si ammettono le cerebropatie puramente psichiche, si vede che le idiozie cerebropatiche senza paralisi sono forse non meno frequenti delle cerebroplegie vere o fruste, senza idiozia.



Fig. 98. — Microcefalo trentenne (cerebroplegia con piede equino e movimenti abituali di rotazione). — Da una fotografia eseguita a Torino per favore del prof. A. MARRO.

Riassumendo, si possono considerare le cerebropatie infantili come divise in tre gruppi:

1.° Cerebropatie con paralisi: *cerebroplegie vere.*

2.° Cerebropatie aparetiche con minori, ma caratteristici disturbi delle funzioni motorie e trofiche: *cerebroplegie fruste* (fig. 98 e fig. 99).

3.° Cerebropatie con semplice deficienza o regresso delle funzioni intellettuali: *cerebroplegie psichiche.*

Queste tre forme di cerebropatia, fatta eccezione dei casi in cui l'intelligenza è integra, costituiscono l'*idiozia acquisita.* L'uso di questa parola non implica una designazione di quantità o di grado. Benchè tra i cerebropatici prevalgano le forme più gravi d'insufficienza mentale, non mancano, come abbiamo veduto, le forme d'insufficienza appena avvertibili. Così l'idiozia acquisita si contrappone, sia sotto l'aspetto dell'anatomia patologica, sia sotto quello della patogenesi, all'*imbecillità* o *gracilità* dell'intelligenza nel suo senso tradizionale, cioè di un'anomalia evolutiva o degenerativa.

L'antagonismo tra questi due gruppi d'insufficienze mentali, che hanno in comune l'infantilità delle loro prime manifestazioni e nient'altro, si conferma fino ad un certo punto anche clinicamente. Tra gli arretrati per cerebropatia e gli arretrati per fiacchezza od aberrazione spontanea dell'impulso evolutivo vi sono differenze somatiche e psicologiche, che rendono talvolta possibile una diagnosi differenziale indipendentemente dall'anamnesi e dalla presenza di alterazioni motorie.

Nel cerebropatico potranno mancare le paralisi e le altre caratteristiche che descriveremo tra le alterazioni dell'attività motrice, ma sarà ben difficile che non si osservi *esagerazione dei reflessi tendinei* o *irregolarità sensoriali* od *emiatrofia facciale* o *infantilismo* (fig. 100). Queste anomalie ed imperfezioni non sono d'origine evolutiva, ma rappresentano i reliquati d'un processo morboso. Molti tra gli arretrati sono *epilettici*; e quando l'insufficienza mentale si associa fin dall'infanzia con l'epilessia, si può ammettere senz'altro che esse abbiano per causa comune una *cerebropatia* (Seppilli).



Fig. 99. — Lo stesso microcefalo della fig. 98.

Dal punto di vista mentale i cerebropatici presentano, più che altro, caratteri negativi o di *deficienza*: inaffettività, anideismo, alalia, inattività. I loro impeti, le loro collere, i loro reati hanno un'origine più viscerale o riflessa o istintiva che psichica: sono fenomeni irritativi a cui la volontà, la memoria, la coscienza non portano, si può dire, alcun contributo. All'infuori di qualche reazione vivace, che non dice nulla sul loro carattere morale ed a cui sfugge, del resto, la maggioranza di questi malati, regna tra i cerebropatici una profonda apatia. L'apatia è favorita da un certo grado di *braditrofismo* e, insieme alle iniziative felici, lascia senz'alimento anche gli istinti maligni. D'altra parte la gliosi, per poco che si estenda, rende virtualmente microcefali tutti i cerebropatici, e l'arresto del perfezionamento anatomico negli elementi attivi del pensiero accresce il danno della loro scarsezza numerica. All'esercizio militante dell'intelligenza concorre un numero di cellule inferiore al normale e per giunta male armato di dendriti, mal nutrito da un organismo meschino, poco stimolato da bisogni passionali: l'ideazione è scarsa, lenta, e non ha occasioni, nè potere d'irrobustirsi.

In tanta miseria di patrimonio intellettuale, in tanta sterilità di dinamismo affettivo sono rari i talenti parziali, poco notevoli gli episodi intercorrenti di psicosi acuta, impossibili i delirî paranoidi, che richiederebbero qualche sforzo di coordinazione originale e una passione inspiratrice. Questo deserto di sintomi positivi contrasta con la psicologia abbastanza ricca che incontreremo negli imbecilli di razza.

A sua volta, il decorso dei processi cerebropatici, per quanto scialbo, presenta vicende cliniche, certo all'infuori dalla psicologia, che si cercherebbero invano nell'evoluzione graduale dell'imbecillità gentilizia. Se anche non si riesce a determinare la causa di malattia che ha agito direttamente sul bambino, sul feto o sulla madre gestante, come sarebbero l'asfissia del parto, un trauma, lo *shock* psichico, l'eredo-sifilide, avviene abbastanza spesso di poter rilevare che i primi sintomi comparvero all'improvviso, con febbre, delirio o convulsioni. Così il decorso ha ordinariamente un inizio acuto a cui tien dietro una fase cronica. E in questa fase cronica si ha un lento *regresso* del malato; ma qualche volta anche una *defervescenza* di tutti i sintomi, da cui il cerebropatico esce migliorato e quasi guarito. Al miglioramento ed alla guarigione contribuisce molto la scomparsa dell'epilessia.



Fig. 100. — Imbecillità con stigme cerebroplegiche: leggiera asimmetria facciale, infantilismo somatico.

Alterazioni motorie. — Le cerebroplegie propriamente dette o cerebropatie con paralisi possono presentarsi sotto le due forme classiche di *emiplegia* e *diplegia*, oppure in veste frusta con certi fenomeni motorî che sogliono complicare le cerebroplegie propriamente dette: epilessia, ipertonia, spasmi, strabismo, esagerazione dei reflessi tendinei. Questi casi di cerebroplegia frusta od abortiva costituiscono il termine di passaggio alle cerebropatie puramente psichiche (Koenig); e così le cerebropatie infantili vengono a formare una sola famiglia, in cui i tipi estremi sono rappresentati dalle cerebroplegie con intelligenza normale e dalle idiozie acquisite senza complicazioni motorie. Tra le une e le altre s'interpongono:

1.° Le cerebroplegie classiche con indebolimento psichico di vario grado;

2.° i casi caratterizzati da *dispasmi* e *paraspasmi*;
3.° le idiozie con complicazioni motorie (Freud, Koenig, Wachsmuth).

Emiplegia. — È la forma da maggior tempo conosciuta di cerebropatia infantile e la meglio descritta nei trattati di nevropatologia, per cui basterà accennare ai suoi tratti principali. L'emiplegia infantile è quasi sempre postnatale, e perciò dà modo di osservare un periodo prodromico di grave malessere e più o meno lungo con *febbre, vomito, convulsioni* e *coma*. L'incapacità al movimento della metà colpita può manifestarsi ad un tratto od anche gradatamente. È distribuita, come nelle emiplegie dell'adulto, ai muscoli innervati dal facciale, a quelli del braccio e della gamba. La paralisi è *flaccida* sul principio, ma diventa ben presto *spastica*, accompagnandosi con esagerazione dei reflessi tendinei. Con l'andare del tempo la muscolatura degli arti paralizzati ed anche quella della faccia si *atrofizza*. Le estremità assumono *atteggiamenti viziosi*. Le *ossa* del braccio, della gamba e talvolta di tutto il lato emiplegico si arrestano nel loro sviluppo (fig. 101). Si è osservato qualche caso di *emiatrofia totale* senza fenomeni paralitici. Spesso vi è *microcefalia;* spesso *asimmetria del cranio.*



Fig. 101. — Emiplegia infantile destra; atrofia dell'arto superiore ed inferiore; piede varo-equino. Intelligenza e sviluppo somatico allo stato infantile senza pervertimenti con carattere mite ed affettuoso.

Per lo più la paralisi è permanente; ma può attenuarsi anche fino alla scomparsa. Di mano in mano che la paralisi si attenua entrano in iscena altri disordini motorî: *emicorea, emiatetosi, emitremore, epilessia.* La successione e le vicende di queste complicazioni tardive sono assai varie. Nei casi tipici si distinguono tre stadî: lo stadio *paralitico*, quello dell'*emicorea* o dell'*emiatetosi*, e lo stadio *epilettico*. Ma la corea può manifestarsi contemporaneamente alla paralisi; o si presenta come sintomo primitivo in luogo della paralisi, che manca: *paresi coreica* di Freud e Rie. Si conoscono casi di *emitremore* non preceduto da emiplegia (Lukàcs). Anche l'*epilessia* può comparire precocemente, mentre la paralisi scompare; e in tal caso i malati, se si ignora la loro anamnesi, fanno la figura di epilettici genuini.

Com'è naturale, gli emiplegici, possedendo un emisfero integro, offrono il maggior contingente alla cerebropatia infantile senza indebolimento mentale.

Diplegie. — Le diverse varietà di diplegia sono state riunite da FREUD in un gruppo clinico a sè. Se ne distinguono varî tipi:

1.° la *rigidità generalizzata* (malattia di Little in senso stretto);

2.° la *rigidità paraplegica*, che corrisponde alla paralisi spinale spastica o tabe spastica;

3.° la *vera paralisi paraplegica* o paraplegia spastica;

4.° l'*emiplegia bilaterale* (o diplegia totale);

5.° la *corea generalizzata*;

6.° l'*atetosi doppia*.

Tra questi tipi fondamentali FREUD ammette numerose forme di passaggio o miste. Egli considera la malattia di Little non già come un'affezione speciale, ma come una *sindrome*, che non differisce dalle altre sindromi o forme diplegiche nè clinicamente, nè etiologicamente. Quest'opinione è condivisa da SACHS, RAYMOND, DEJERINE, CESTAN ed altri; è combattuta da MARIE, BRISSAUD, van GEHUCHTEN, i quali sostengono che la malattia di Little appartiene alla patologia del midollo spinale e si stacca nettamente dal gruppo delle diplegie cerebrali.

Le divergenze non si limitano alla posizione nevrologica della malattia di LITTLE, ma toccano anche la delimitazione del suo quadro morboso, l'etiologia, il decorso, la presenza od assenza di complicanze cerebrali e sopratutto psichiche; tanto che alcuni clinici, per evitare confusioni, vorrebbero che di questa malattia fosse bandito anche il nome. Gli autori che seguono FREUD non riconoscono per malattia di Little che la sindrome: rigidità spasmodica bilaterale senza paralisi. Gli altri invece, fra cui BRISSAUD e MURATOW, considerano come casi tipici quelli in cui alla contrattura s'associa la paraplegia. Circa alle cause, vi è chi ne accusa, con BRISSAUD e van GEHUCHTEN, il parto *prematuro*; e chi il parto *distocico* (asfissia) con lo stesso LITTLE. Dai più l'affezione si considera come *congenita*, perchè la rigidità caratteristica apparisce fin dalla nascita; ma non mancano esempî di rigidità bilaterale che si manifestano più tardi. Per FOURNIER anche la malattia di Little è un'affezione parasifilitica.

Un'opinione intermedia, perchè in certo modo concilia la tendenza separatista con la tendenza unitaria, venne formulata da DEJERINE nel suo « Trattato di semeiologia nervosa ». La sindrome di Little, dal punto di vista sintomatico, si può dividere in due grandi varietà a seconda dell'andamento decrescente o stazionario della malattia. Nella prima categoria

vanno inclusi i casi dovuti a lesioni *lievi* della corteccia cerebrale, provocate da traumi durante il parto; e i malati non presentano paralisi, ma solo contratture: « sono degli spasmodici, non dei paralitici », intelligenti, immuni da epilessia, facili a migliorare, con qualche rallentamento nello sviluppo anatomico dei fasci piramidali e nessun'altra complicazione spinale. Nella seconda categoria, che DEJERINE chiama *cerebro-spinale*, rientrano i casi con lesioni grossolane di ambedue gli emisferi cerebrali, e si riscontra una vera paralisi predominante agli arti inferiori, contrattura, arresto generale dello sviluppo, disordine mentale, nessuna tendenza al miglioramento e spesso anche epilessia. In uno di questi casi DEJERINE riscontrò una lesione primitiva del midollo spinale. Le forme cerebro-spinali di diplegia si collegano con le cerebrali e guaribili per mezzo di varietà intermedie: *dispasmi* e *paraspasmi* che, secondo KÖNIG, rappresentano le forme più fauste di cerebroplegia infantile.

Volendo analizzare più da vicino i sintomi delle varie forme diplegiche e le loro differenze, ecco ciò che si può concludere.

1.° *Contrattura generalizzata.* — Ciò che caratterizza questa forma clinica, oltre alla rigidità muscolare, è la prevalenza dell'affezione agli arti inferiori. Il bambino si mantiene immobile o si agita a gambe tese come se fosse tutto d'un pezzo; oppone resistenza ai movimenti, specialmente a quello d'abduzione delle coscie; non può stare nè in piedi, nè seduto; se vien sollevato in aria, le sue coscie si accavalcano in modo caratteristico. Si ha molto spesso il *piede equino-varo* in modo pronunciatissimo (fig. 96). Lo stato di rigidità data quasi sempre dalla nascita. Le *convulsioni* scoppiano o subito o nei primi giorni, ma non si ripetono nel corso della vita. La malattia si raddolcisce col tempo: tuttavia persiste sempre qualche traccia di rigidità nelle gambe.

2.° *Contrattura paraplegica.* — Differisce dal quadro precedente per la integrità funzionale delle braccia.

3.° *Paralisi paraplegica o paraplegia spastica.* — È rara: alla rigidità muscolare delle gambe si aggiunge una grave paralisi dei movimenti con *atrofia*.

4.° *Emiplegia bilaterale spastica.* — La sintomatologia di questa forma è più complessa di quella che presenterebbe un'emiplegia destra sommantesi con un'emiplegia sinistra, perchè la paralisi, oltre ad essere più grave negli arti, si estende ai muscoli che stanno sotto la dipendenza dei *nervi cerebrali*, ai muscoli della *nuca* ed a quelli del *dorso*. Può darsi tuttavia che sia più accentuata in una delle due metà del corpo. È in questa forma che si osservano, secondo FREUD, i gradi più profondi d'idiozia.

5.° *Corea generalizzata.* — Tipo ancora poco studiato e mal delimitato dalle altre forme di corea. Ne fa menzione LITTLE, che l'aveva giusta-

mente interpretata; ma poi questa sindrome fu dimenticata. Riprese il suo posto fra le cerebroplegie fruste per opera di AUDRY che distinse due varietà di corea generalizzata: nell'una l'elemento coreico è associato all'elemento spastico, nell'altro è solo. La corea comune di Sydenham guizza su muscoli piuttosto flosci.

6.° *Atetosi bilaterale.* — Corrisponde clinicamente ad un raddoppiamento dell'*emiparesi coreica* descritta da FREUD e RIE od *emiatetosi* di OUTMONT. Ma vi si mescolano fenomeni spasmodici che mancano nell'emicorea o non sono così accentuati. L'atetosi bilaterale può insorgere primitivamente o subentrare ad una emiplegia doppia, come avviene dell'emicorea in rapporto con l'emiatetosi postemiplegica. Si osserva allora anche l'*ipertrofia muscolare,* analoga all'emi-ipertrofia dell'emiatetosi; inoltre vi sono deformazioni rachitiche, scoliosi, lordosi o cifosi (AUDRY). Sopratutto nella forma congenita l'*intelligenza è assai compromessa.* Nel 25 per cento dei casi circa la funzionalità mentale è rispettata. La malattia è stazionaria (DEJERINE).

La posizione nosologica dell'atetosi doppia è soggetta alle stesse disparità d'opinioni che furono prese in esame a proposito della malattia di Little. Alcuni la considerano come un'entità morbosa, altri come una sindrome che traduce clinicamente l'irritazione primitiva del fascio piramidale (DEJERINE).

Complicazioni cerebrali comuni alle forme emiplegiche e diplegiche. — A) *Disturbi oculari.* — Le paralisi dei muscoli oculari esterni sono rarissime nell'emiplegia (KISSLING). Nelle forme diplegiche invece è frequente lo *strabismo* (secondo FREUD circa il 30 per cento dei casi), e più spesso è convergente. Alcuni cerebroplegici presentano *rigidità pupillare* alla luce unilaterale o bilaterale. OSSIPOW la spiega come un'anomalia dello sviluppo o come un effetto di lesioni nel nucleo dell'oculomotore; KOENIG come un segno di sifilide ereditaria. Lo stesso KOENIG ha osservato in un caso il fenomeno della midriasi saltante (*springende mydriasis*) che finora era stato avvertito nella tabe.

Nei diplegici è frequente il *nistagmo*, che, secondo MURATOW, può dipendere da emorragie nucleari del III paio.

L'*atrofia del nervo ottico* è una complicazione comune a tutte le forme di cerebropatia. L'*emianopsia omonima*, osservata per la prima volta da FREUD, e che ricorderemo tra i pochi sintomi sensoriali, è invece rara e transitoria.

B) *Disturbi del linguaggio.* — Sono frequenti, sopratutto nei diplegici, i disturbi *disartrici* che determinano una caratteristica *bradilalia.* I cerebroplegici dall'infanzia parlano con *pronuncia scandente*, talvolta *bitonale.* Spesso la prima sillaba d'una parola è fischiante. Nei coreici la favella è

gravemente disturbata se sono interessati i movimenti della lingua e della laringe.

L'*afasia motrice* per lesione a focolaio della circonvoluzione di Broca non è rara nell'infanzia, sopratutto quando vi è emiplegia; ma facilmente migliora per l'organizzarsi della funzione in altre parti del cervello. E così l'afasia non porta altra conseguenza che il ritardo nella formazione del linguaggio articolato. A questa circostanza si deve forse l'opinione di Bourneville e di Cotard che nei cerebropatici non vi sia mai afasia, neppure quando esista sclerosi diffusa e vi sia coinvolta la terza circonvoluzione frontale di sinistra.

C) *Disturbi della mimica.* — Sono sopratutto i diplegici che si distinguono per la fisionomia rigida, immobile, quasi ansiosa, che imprime loro un'apparenza di stupidità, talvolta non corrispondente allo stato della loro intelligenza. In questi malati sono frequenti anche le *dismimie* o *paramimie*, per cui nei momenti d'emozione piangono con una specie di sogghigno (Freud). Queste aberrazioni mimiche sono la conseguenza di contratture, di movimenti atetosici od atetoidi, di spasmi talvolta unilaterali: *emispasmo laterale intermittente*, *tic labiale* di Dejerine. Nelle forme d'idiozia gravi si osservano spesso gli *atteggiamenti* ed i *movimenti automatici*, per esempio quello d'inchino in posizione seduta, accompagnati o no da suoni espiratorî.

D) *Epilessia.* — Di tutte le complicazioni delle cerebropatie in genere l'epilessia è senza dubbio la più importante. Essa si verifica con la stessa frequenza nell'emiplegia e nelle diplegie, salvo la malattia di Little in senso stretto, che ne va esente; e non è rara nelle idiozie aparetiche. Se la cerebroplegia è postnatale, passa un certo tempo fra la comparsa della paralisi e l'insorgere dell'epilessia. Questo intervallo è di durata variabilissima: da poche settimane ad una serie d'anni; e talvolta manca. In qualche caso Lukàcs ha visto l'epilessia svilupparsi gradatamente dall'*eclampsia* iniziale.

Si pretende che esistano differenze tra l'epilessia dei cerebroplegici e l'epilessia genuina. L'attacco è quasi sempre preceduto da un'*aura* ed è raro l'attacco repentino. Il malato, se emiplegico, cade spesso sul lato paralizzato. Per lo più mancano il grido iniziale, l'emissione involontaria dell'orina, la morsicatura della lingua; è rara la schiuma sanguigna. Gli accessi leggieri non sono accompagnati da perdita della coscienza. Lo *stertor* manca od è brevissimo; e il termine dell'attacco è brusco senza alcun seguito di coma o di delirio. Ma secondo il parere di Lukàcs, l'epilessia delle cerebropatie infantili non si distingue in nulla da tutte le altre, anzi può persino assumere la forma degli *equivalenti psichici* e delle semplici *assenze*. Quanto poi ad eventuali diversità della convulsione tra ce-

rebroplegici e idioti senza paralisi, König afferma che non ve n'è alcuna.

Per lo più gli attacchi convulsivi dei cerebropatici sono di tipo jacksoniano e si seguono ad intervalli non troppo fitti. Con l'andar del tempo si generalizzano e rassomigliano sempre più all'epilessia ordinaria; ma le crisi sono meno complete e meno incoscienti. La mancanza di equivalenti psichici, salvo le eccezioni registrate da Lukàcs, è quasi una regola; e Fuchs l'ha elevata alla dignità d'un carattere differenziale.

L'epilessia è il sintomo che concorre più efficacemente a vivificare la fase cronica delle cerebropatie: essa le comunica delle vicende e un decorso. Il più delle volte le convulsioni vanno diradandosi con l'andar del tempo, specialmente negli emiplegici, e finiscono col cessare. Ciò accade spesso fra il 40.° e il 50.° anno d'età (Bourneville). Nei diplegici l'epilessia è più ostinata. Ma in certe cerebropatie dove le lesioni sono molto disseminate o molto vaste, essa assume addirittura un andamento progressivo. La *meningo-encefalite* e la *sclerosi tuberosa* espongono i malati a gravi insulti convulsivi che peggiorano con gli anni. Ed anzi i fenomeni paralitici finiscono col passare in seconda linea per il predominio dell'epilessia. Scoppiano gli accessi in serie: si possono avere fin cento accessi in un giorno. Lo *status epileptieus* è causa non infrequente di morte.

Un fatto da notare, benchè contrastato da Bourneville, è questo: che la gravità dell'epilessia non è affatto in rapporto con quella dei fenomeni paralitici. L'epilessia può presentarsi come l'unico sintomo d'una lesione a focolaio. Secondo Pellizzi, che considera la sclerosi tuberosa come una cerebropatia endogena per *istoatipia* della corteccia, e che perciò la colloca fra le malattie ereditarie, attribuisce un'origine *essenziale* anche all'accesso epilettico di questi malati, ma è più ovvio considerare l'epilessia come un fenomeno di reazione a cause irritative.

Alterazioni sensoriali. — Nel campo della sensibilità si hanno sintomi assai più scarsi, più oscuri e più contestati di quelli che si osservano nel dominio delle funzioni motorie. Sotto questo aspetto è dubbio se esistano *cerebropatie* puramente *sensoriali*. È certo peraltro che esistono forme miste, in cui i processi morbosi si localizzano alle regioni sensitive e psichiche, risparmiando le motorie. In mancanza di sintomi motorî, le complicazioni sensoriali vengono a convalidare la diagnosi di cerebropatia infantile quando l'idiozia potrebbe altrimenti scambiarsi per un'aplasia evolutiva o per una degenerazione ereditaria.

Tra le alterazioni sensoriali è piuttosto rara l'*emianopsia omonima*, osservata per la prima volta da Freud. Pare anche che sia transitoria, ciò che indicherebbe una lesione localizzata fuori dai centri della visione, ma non lontano. Meno rara, ma in generale egualmente transitoria è la

sordità verbale. È probabile che, rendendosi cronica, essa arresti il cerebropatico nel tirocinio della parola o lo renda addirittura impossibile. Nelle cerebropatie prenatali si osservarono casi di *sordomutismo*; e tra le forme postnatali si notano esempî di *mutismo congenito senza sordità*, che forse si devono appunto a precoci lesioni della prima circonvoluzione temporale, sebbene in proposito non si conosca ancora alcuna autopsia.

CURA.

Trattandosi di processi che ledono profondamente il cervello, che compromettono lo sviluppo di elementi specifici ed insostituibili, che ne distruggono una parte e che arrestano o deviano l'accrescimento di tutto l'organismo, è ovvio che l'intervento del medico non può spiegarsi con efficacia. Si combattono male o per lo meno con armi inadeguate i processi morbosi in atto; si combattono peggio i loro reliquati.

Tuttavia la terapia può prefiggersi un còmpito non inutile, per quanto modesto. In primo luogo si cercherà di domare i sintomi irritativi, specialmente l'epilessia, che esercita un'influenza così perniciosa sul decorso delle cerebropatie in fase cronica. In secondo luogo, con un'opportuna igiene, bisognerà sopperire alle deficienze funzionali dell'intero organismo che in molti casi rendono difficile la vita. Questi infermi, abbandonati a sè stessi, sono spesso incapaci non solo di camminare e di esprimersi, ma anche di alimentarsi. Bisogna indovinare i loro bisogni, prevenirli e soddisfarli razionalmente.

Ma il còmpito più delicato e più speciale sarà quello di trarre il miglior partito possibile dalle funzioni superstiti. Nel campo dei movimenti l'elettricità, il massaggio, la ginnastica possono promuovere il trofismo di muscoli paretici o che, comunque, tendano all'atrofia. Si possono correggere le deformità degli arti con mezzi ortopedici e chirurgici. La tenotomia e i trapianti tendinei danno vantaggi considerevoli, restituendo, principalmente agli arti inferiori, una funzionalità fino allora inattiva. Nel campo psichico l'educazione ha tanto maggior agio di esplicarsi quanto meno è grave la mutilazione funzionale. La parola è la funzione che l'educatore può coltivare con maggior successo.

La massima parte dei tardivi non sono che cerebropatici di grado leggero e più o meno guariti, ma che per le mutilazioni subite non sono in grado di perfezionarsi spontaneamente, nè con gli ordinarî mezzi didattici. L'educazione dei tardivi è un tentativo doveroso e che difficilmente rimane sterile.

Data la varietà sintomatologica delle cerebropatie e la diversa inten-

sità dei processi, si comprende facilmente che l'educazione dev'essere strettamente individuale. L'educatore è costretto il più delle volte non soltanto ad applicare, ma addirittura a crearsi un programma. A ciò è necessaria una larga esperienza e il possesso di mezzi, che elevano l'educazione degli idioti e dei tardivi al grado d'una vera specialità pedagogica. Il miglior modo di favorire il progresso e di rendere possibile l'esercizio di tale specialità è quello di organizzarla in appositi istituti, che offrano ai deficienti un ambiente di agevolezze e che permettano alle famiglie di rientrare nella normalità delle abitudini domestiche. Lo spettacolo d'un idiota deforme non è un elemento favorevole all'educazione di fratelli sani.

La conoscenza delle cause che determinano la maggior parte delle cerebropatie, come l'alcoolismo dei genitori, la sifilide, la cattiva alimentazione e l'insufficiente assistenza dei neonati, dimostra la possibilità e la necessità d'una profilassi sociale, anche in vista dell'aggravio che i cerebropatici portano ai bilanci della beneficenza pubblica, senza contare il danno privato. Vi sono in Italia, secondo i calcoli delle statistiche ufficiali, circa 30.000 tra idioti e imbecilli. In questa cifra sono compresi alcuni tra gli imbecilli ereditarî, che sono più rari e che sfuggono facilmente ai censimenti; ma la massima parte sono cerebropatici.

CAPITOLO XVI.

Le cerebropatie degli adulti

In questa classe di cerebropatie noi includiamo tutti quei processi morbosi che compromettono in modo grossolano gli elementi nervosi del cervello adulto, sia direttamente, come avviene per traumi al capo o per tumori, sia indirettamente per lesioni collaterali dei tessuti contigui, sopratutto vascolari o meningee, come accade nelle varie forme di arteriosclerosi cerebrale, nelle embolie, nelle trombosi, nelle emorragie cerebrali, nella sifilide cerebrale, nella sclerosi a placche.

In questi ultimi casi vi è una causa generale di malattia che si localizza più specialmente nel cervello, benchè all'infuori degli elementi nervosi; ma non è escluso che la stessa causa generale, come danneggia dal più al meno anche il resto dell'organismo nei suoi varî tessuti, possa far sentire qualche effetto immediato sugli elementi nervosi della corteccia cerebrale. In ogni modo sono le alterazioni cerebrali che dominano la scena; e tra le cerebrali quelle a focolaio. Così in tutte le cerebropatie degli adulti si ha predominanza di sintomi a focolaio.

S'intende bene che quando le lesioni vascolari siano minute e diffuse il quadro morboso si avvicinerà a quello delle intossicazioni croniche che ledono direttamente gli elementi nervosi. In queste malattie possono intervenire come sintomi accessorî gli effetti di lesioni procurate dalla stessa causa generale, ma localizzate in altri organi, come il cuore o i reni.

Le lesioni localizzate del cervello adulto differiscono da quelle che si manifestano nell'infanzia per la loro tendenza a circoscriversi nettamente e quindi a dare i sintomi proprî del territorio leso e non altri. Mentre nelle cerebropatie infantili dai punti lesi si dipartono processi di gliosi diffusa che possono invadere anche l'intero cervello, negli adulti la reazione della nevroglia è assai meno intensa e tende piuttosto a porre una barriera tra i territorî ammalati e i territorî sani.

D'altra parte anche lesioni estremamente localizzate possono provocare

una serie di fenomeni generali, come quando un tumore, influenzando la circolazione cerebrale o la pressione intracranica, esercita un'azione di riverbero su tutta la corteccia.

La demenza senile.

Il cervello è senza dubbio tra tutti gli organi quello che meno d'ogni altro risente gli effetti dell'età. Oltrepassati i sessant'anni, molti individui scadono nello stato di nutrizione generale, nel potere genesico, nella forza muscolare. Ma questa involuzione progressiva è assai meno evidente e spesso manca del tutto nell'attività intellettuale. Vi è poi una piccola minoranza di vecchi nei quali le attività psichiche mantengono sino al termine della vita o quasi, se non la freschezza e la plasticità giovanile, per lo meno la robustezza e l'equilibrio. Anzi, in certi casi, lo spegnersi delle attività istintive ed impulsive, come la funzione sessuale, rimette nella vita psichica le condizioni dell'equilibrio e della serenità obiettiva. Questi vecchi assennati e benevoli, che forse possono sembrare eccezioni, rappresentano realmente la vera normalità. Sono organismi originariamente sani e robusti, privi di labe ereditaria, che hanno avuto la ventura di evitare le malattie più deleterie e di poter vivere in condizioni agiate esercitando armonicamente tutte le attività fisiologiche. La possibilità di questi casi deve farci pensare che la decadenza psichica della senilità, benchè comunissima, porti sempre un marchio schiettamente patologico.

L'involuzione senile delle funzioni mentali si manifesta nei casi più miti con la tendenza al sistematismo. L'indebolirsi della percezione e della memoria rende utile al pensiero di trincerarsi in un campo chiuso d'opinioni stereotipate che costituisce come una specie di fortificazione difensiva. Le convinzioni tendono ad organizzarsi in modo coerente, ma semplice e schematico. Il pensiero cristallizza in forma egocentrica e nella sua unità dogmatica si rende inaccessibile alle correnti modificatrici. Nei casi più gravi apparisce l'indebolimento della memoria, più come incapacita a nuove capitalizzazioni intellettuali che come perdita del patrimonio acquisito. I poteri critici trovano un limite in pochi, ma ostinati preconcetti; il giudizio è spesso in balìa delle variazioni emozionali. Si inaridisce la sorgente delle percezioni, si impoverisce il tributo dei ricordi, si circoscrive il campo intellettuale. Il sentimento della debolezza acuisce l'egoismo. Più innanzi, i ricordi si fanno incerti o si perdono, specialmente i più recenti; i ricordi della vita passata si contraggono e si immobilizzano in un complesso di aneddoti che si riaffacciano ad ogni occasione nel pensiero e nei discorsi. La decadenza senile si rivela anche nell'incapacità di prender parte con interesse agli avvenimenti impersonali.

Talvolta la rovina non colpisce che l'intelligenza, ma più spesso si hanno svariati perturbamenti dell' affettività che a loro volta imprimono speciali aberrazioni al modo di comprendere e di pensare. Vi può essere un indebolimento con apatia, indifferenza, limitazione egoistica dell'affettività, per cui il vecchio diventa insensibile ai piaceri e ai dolori dei suoi congiunti e non si cura che dei suoi minuti bisogni. Vi può essere un indebolimento con depressione affettiva, tendenza ai piagnistei, al pessimismo, che degenera facilmente in idee di rovina e di persecuzione. Questi ammalati si lagnano di essere poco rispettati, negletti, dileggiati dai ragazzi; diventano avari ed invidiosi. O cadono addirittura in un vero pervertimento etico: nella cupidigia puerile, che li spinge a piccoli furti, a imbrogliare nel giuoco, a piccole scroccherie, a mendicità più o meno larvate; nella scurrilità di linguaggio, per destare l'ilarità degli sciocchi ed ottenerne il plauso mescolato di sprezzo; nell'abbandono delle abitudini di nettezza; nei dispetti che compiono anche con proprio danno; e così diventano resistenze passive ad ogni novità, pur d'esercitare a modo loro qualche influenza ed appagare l'impotente ambizione.

Da questi stati di decadimento alla vera demenza senile vi è una serie continua di gradazioni insensibili, tra cui non è possibile stabilire una netta separazione. È sopratutto il criterio pratico sulla condotta del vecchio e sulla capacità di tolleranza da parte della famiglia che determinerà il trattamento da usarsi. Alcuni di questi vecchi sono nella loro impotenza così prepotenti, che per renderli innocui bisogna segregarli nelle case di salute o assoggettarli all'interdizione, cosa tutt'altro che facile. La legge li favorisce in modo singolare: nella sua idolatria giustinianea per l'*ius abutendi* essa permette che un uomo distrugga la fortuna della famiglia, che sacrifichi gli interessi affidatigli, che la sottometta ad una tirannia irragionevole, purchè non sia dimostrata o la prodigalità o una malattia mentale ufficialmente riconosciuta. Ma gli affari rovinosi, le rappresaglie spietate, le severità dissennate si sottraggono troppo spesso a queste complicate sanatorie.

Nella demenza senile sono sempre presenti anche i sintomi somatici della vecchiaia. La magrezza sopratutto degli arti e del viso, la debolezza muscolare, l'abbassamento notevole della statura, l'incurvamento cervico-dorsale della colonna vertebrale, le rughe, la canizie, l'andatura a piccoli passi strascicati. Frequentissimo è il tremore, più accentuato al capo e agli arti superiori: è un tremore che perdura anche allo stato di riposo e che anzi si attenua negli atti volontarî, come nella scrittura. Spesso è ampio, simile al parkinsoniano. L'occhio è infossato nell'orbita, sulla cornea si disegna l'arco senile, il cristallino e il vitreo perdono la loro limpidezza, la pupilla ha un aspetto opalescente. Vi è anche miosi, e

la capacità accomodativa scema notevolmente. La palpebra superiore tende alla ptosi. L'udito è assai spesso indebolito, e subiettivamente sono comunissimi i ronzii ostinati. I riflessi tendinei, ove non siano esagerati per influenza di lesioni cerebrali a focolaio, tendono a indebolirsi; spesso scompare del tutto il riflesso patellare. I riflessi cutanei si indeboliscono o scompaiono del tutto; tra gli altri è di più precoce scomparsa il cremasterico. Il potere sessuale si estingue; tuttavia può di quando in quando presentare inopinati risvegli con erezioni intempestive o con puro senso subiettivo di eccitamento sessuale che spinge ad atti di libidine, a tentativi di masturbazione. Comunissime sono le manifestazioni dell'arteriosclerosi generalizzata, e spesso il polso è raro e aritmico. Frequenti sono pure i segni di leggera nevrite, tra cui principalissimo il prurito senile.

Ciò nei casi di demenza senile classica, che sono i più comuni, e che si iniziano al di là dei sessant'anni. Ma alla demenza senile debbono anche essere annessi per ragione etiologica e per i loro sintomi non pochi casi di senilità precoce, nei quali predominano i fenomeni cerebrali e psichici mentre i sintomi somatici sono meno numerosi e più lievi. Tra questi, alcuni potrebbero dirsi di senilità cerebrale: anch'essi precoci, anzi i più precoci tra tutti, sono interamente privi di complicazioni somatiche.

Ai fenomemi somatici che abbiamo indicato, e che per la massima parte si presentano anche nella semplice senilità, si debbono aggiungere ancora altri sintomi organici meno costanti, che dipendono da lesioni centrali circoscritte: paresi e paralisi di origine cerebrale; rigidità ed asimmetria pupillare; paresi mimica; disartria (piuttosto rara); esaltamento dei riflessi tendinei; edemi delle estremità, distrofie senili e gangrena secca, dovute a disturbi circolatorî generali, a lesioni vascolari, a nevriti periferiche.

I sintomi mentali, o, più ampiamente, cerebrali della demenza senile si possono riunire in tre gruppi, ai quali, come vedremo, corrisponde verosimilmente una patogenesi diversa. Vi sono sintomi schiettamente *demenziali*, stabili e progressivi, insuscettibili di miglioramento. Vi sono sintomi *amenziali*, allucinatorî e confusionali, che possono presentarsi episodicamente, subire le più grandi oscillazioni, imprestando alla involuzione progressiva periodi di esasperazione e di miglioramento e quindi un decorso tumultuario. Vi sono infine sintomi di *lesione a focolaio*, e di questi alcuni sono passeggeri, altri stabili.

Sintomi demenziali. — Indipendentemente dalle alterazioni periferiche che colpiscono gli organi di senso, nella demenza senile la percezione è indebolita. Essa si compie con ritardo o in modo inesatto ed incompleto anche perchè è diminuita la capacità di attenzione attiva e la memoria delle cose percepite è fugace. Se a ciò si aggiunge la debolezza degli organi di senso, si comprende facilmente come questi ammalati vadano

incontro a frequenti illusioni. È sopratutto nella conversazione che questo difetto si rileva in modo imponente. Ai vecchi in istato di decadenza non è possibile seguire la conversazione comune, ch'essi non intendono o fraintendono. È necessario di fare per essi un'edizione semplificata ed abbreviata di ogni ragionamento, anche delle più semplici notizie, come pei sordi.

La memoria presenta sempre larghe lacune. Le idee, le nozioni generali sono per lo più abbastanza conservate, ma sono sopratutto i ricordi di avvenimenti concreti che subiscono la massima disgregazione. È nota la legge di dissoluzione della memoria: i ricordi recenti sono i primi a scomparire, i ricordi più lontani della vita, quelli che più a lungo hanno avuto occasione di ripetersi e di imprimersi nella memoria si salvano più a lungo. Gli ammalati ricordano bene gli avvenimenti più importanti della loro infanzia e della loro giovinezza, ma non rammentano ciò che hanno fatto o udito il giorno avanti, un'ora, pochi minuti prima. Un vecchio demente semicieco può discorrendo dimenticare il nome del suo interlocutore e domandarglielo più volte in breve tempo. Da questo difetto di memoria scaturisce naturalmente la mancanza di orientazione nel tempo: gli ammalati non sanno il giorno o il mese dell'anno, e sbagliano persino l'annata in corso. Così essi perdono, ed è caratteristico, la nozione della propria età, accusando meno anni del vero e spesso anche a dispetto della più elementare verosimiglianza. Se hanno avuto molti figli, fisseranno abbastanza bene le date di nascita dei primi, cadranno invece nelle confusioni più grossolane per gli altri, facendo trasposizioni ed anche totali omissioni, dimenticando i nomi, non sapendo enumerare separatamente i maschî e le femmine. Con grande facilità è momentaneamente dimenticata la morte recente di stretti parenti, di figli, della moglie, del marito.

A parte lo stato di irrequietezza, di malumore e di irritabilità che si presenta quasi sempre in questi casi, il difetto percettivo e mnemonico provoca direttamente per conto proprio disturbi affettivi e convinzioni deliranti. Spesso gli ammalati non sono consapevoli della loro deficienza, persino individui quasi del tutto sordi possono giungere a sostenere di udire benissimo. Per questa loro incoscienza e per la barriera che li separa dal mondo esterno gli ammalati si credono trascurati e contraddetti a torto, mentre hanno frainteso. Donde nascono querimonie e recriminazioni che rasentano il delirio di persecuzione. D'altra parte l'umore è variabile e spesso può essere trascinato passivamente in un senso o nell'altro con suggestioni grossolane; una parola di lusinga all'amor proprio, un richiamo patetico a un ricordo commovente possono provocare le più clamorose manifestazioni affettive, pianti di gioia, singhiozzi di commozione.

Ma non tutti i vecchi sono così labili nel loro equilibrio affettivo; e ve ne sono di quelli che si dimostrano insensibili fino alla crudeltà.

La condotta di questi ammalati è sempre inspirata al contenuto demenziale della loro coscienza; dalle lacune della memoria, dal disorientamento nel tempo, dalle idee deliranti, dalla incoscienza del proprio stato sorgono i propositi più stravaganti: gli ammalati sognano matrimonî impossibili, almanaccano affari assurdi; sono disorientati anche negli atti più comuni della vita; e avendo perduta la nozione dell'ora e del calendario, sono indotti alla dissoluzione delle proprie abitudini: si levano di notte, vogliono andar fuori di casa intempestivamente e senza alcuna meta ben precisa. Un vecchio magistrato in pensione, essendosi stabilito a Firenze da poco più di un anno con la famiglia, si ostinava a passeggiar da solo; e parecchie volte gli accadde di smarrire la strada di casa sua, d'aver dimenticato l'indirizzo e di dover pernottare in un albergo, lasciando nell'apprensione la moglie e i figli. Eppure, all'infuori di questi incidenti, era ancora un uomo savio, affabile e di piacevole conversazione.

Sintomi amenziali. — Il disorientamento dei dementi senili, determinato dall'amnesia, è assai spesso aumentato transitoriamente da veri attacchi confusionali. Gli ammalati perdono allora non solo la nozione esatta del tempo, ma cadono nelle più grossolane illusioni circa al luogo in cui si trovano e talvolta persino circa alla propria personalità. Un possidente di 74 anni, sotto la suggestione della nuora che cercava di divertirlo economicamente, potè credere per vari giorni di seguito di trovarsi sopra un piroscafo in buona compagnia, facendo un viaggio di piacere. È una specie di stato di sogno, nel quale gli ammalati passano lunghe ore, giorni interi, e da cui escono poi per ricuperare una relativa lucidità. Effettivamente poi questi malati durante la notte o nel frequente assopimento diurno vanno soggetti a sogni frequenti, e le immagini dei sogni, dato il disorientamento e la diminuzione dei poteri critici, si confondono intimamente coi ricordi della realtà. Tra la realtà un po' velata della veglia e le fantasmagorie abbastanza lucide d'un sonno superficiale non vi è davvero una grandissima differenza; e l'intersecarsi continuo di brevi sonni con brevi periodi di veglia aumenta la facilità di scambiarne i rispettivi ricordi. Così il mondo fantastico dei sogni si inquadra nella vita reale; e questi ammalati raccontano di aver fatto in breve ora un lungo viaggio, di essersi incontrati con persone lontane od anche defunte, di aver subíto aggressioni da bande armate, di aver preso parte ad una festa da ballo. Un demente senile, durante l'interrogatorio dei giudici nel processo d'interdizione, descrisse l'andirivieni notturno d'una casa da giuoco, l'illuminazione dei locali, gli schiamazzi che vi avvenivano, pretendendo che una simile casa esistesse dirimpetto alla sua, mentre poi risultò che nulla di tutto questo era vero; e il primo a convenirne fu lo stesso malato.

Il disordine confusionale può in certi casi essere accentuatissimo, in modo da imitare i quadri dell'amenza più grave, con verbigerazione incoerente, agitazione motoria, stati di angoscia o di spavento.

Sintomi a focolaio. — I sintomi a focolaio possono presentarsi nella demenza senile in modo passeggero, del tutto transitorio, comparendo senza ictus, durando pochi giorni e dileguandosi poi senza lasciare traccia. In questa forma compaiono assai spesso afasia motrice con relativa agrafia e più frequentemente ancora sordità verbale con parafasia e disgrafia. Forse anche ogni altra sorta di sintomi a focolaio potrà presentarsi egualmente, ma sfuggendo all'osservazione, che è troppo spesso ostacolata dallo stato mentale dei malati. Talvolta si ha, appunto senza ictus e in modo passeggero, una completa emiplegia. Queste forme di paralisi più estese persistono d'ordinario assai più delle forme circoscritte d'afasia e possono anche durare dei mesi dileguandosi poi senza residui visibili. I disturbi transitorî a focolaio sono forse più frequenti in quei casi dove i sintomi confusionali sono più accentuati.

Assai più spesso però i sintomi a focolaio accusano con la loro stabilità la consueta origine da emorragie o da rammollimenti. Compaiono spesso con ictus apoplettico ed hanno all'inizio un'estensione imponente sospendendo la capacità motoria di tutto un lato; ma nel volgere di pochi giorni si circoscrivono considerevolmente e grado a grado si risolvono lasciandosi indietro uno stato di paresi. La lesione colpisce con maggior frequenza la capsula interna e i gangli della base. E in seguito a parecchi di questi ictus spesso si stabilisce una sindrome di paralisi pseudobulbare, o si hanno quelle del pianto e (più di rado) del riso spasmodico. Più stabili sono invece le paralisi che insorgono senza ictus, lentamente. Esse hanno per causa ordinaria rammollimenti della corteccia cerebrale con localizzazioni le più svariate e con analoghi sintomi.

Tra i fenomeni che derivano da lesioni a focolaio dobbiamo ancora menzionare le convulsioni epilettiformi, ora jacksoniane, ora generalizzate. Esse compaiono sempre tardivamente, quando già si sono manifestati uno o più focolai di paralisi.

VARIETÀ CLINICHE DELLA DEMENZA SENILE.

La demenza senile può presentarsi in una forma demenziale semplice, con predominio dei fatti di amnesia, di indebolimento critico, di pervertimento affettivo e morale. È frequente in questi casi la depressione melancolica. Più comuni sono però i casi in cui gli episodî confusionali rendono di tratto in tratto più tumultuario il decorso della malattia. I feno-

meni a focolaio possono talora mancare del tutto; invece in certi casi acquistano una importanza preponderante, tale da far quasi considerare la demenza come una conseguenza delle lesioni a focolaio. Sono i casi della così detta *demenza apoplettica*. Veramente anche in questi casi la demenza non è meno pronunciata che negli altri, e ad essa corrisponde il processo anatomico diffuso che è il substrato della demenza senile: i fenomeni a focolaio, che in individui giovani non giungerebbero mai a dare un quadro generale di decadenza psichica, non sono che un episodio, talvolta il più appariscente e quindi il primo a dare l'allarme, ma hanno radice nel medesimo processo d'arteriosclerosi cerebrale che determina la demenza senile.

Una distinta menzione meritano le *forme precoci* dell'arteriosclerosi cerebrale, a cui è stata conferita la qualifica di *presenili*. Esse sono così unite alla demenza senile per gradi e forme intermedie, che, sebbene clinicamente ed anatomicamente se ne allontanino un poco, non debbono restarne separate. In queste forme presenili d'arteriosclerosi cerebrale acquistano una importanza preponderante i fenomeni di lesione a focolaio, che per lo più si stabiliscono lentamente, ma possono anche iniziarsi in modo brusco, con un accesso apoplettiforme, con emiparesi od emiplegia. Psichicamente, con crescendo graduale, si notano indebolimento della memoria e del giudizio, euforia o depressione ipocondriaca, varî delirî. Furono descritte varie classi di demenza presenile che in realtà non si basano sull'osservazione clinica, ma solo sull'anatomia patologica. Così Alzheimer ammette una *atrofia arteriosclerotica del cervello* e Binswanger una *encefalite sottocorticale progressiva*, che sarebbero distinte tra di loro, come pure dalla vera demenza senile e persino dalle forme precoci di demenza senile. Ma in realtà, se si toglie il criterio dell'età e quello della mancanza o scarsezza dei segni somatici di senilità, non vi sono dal lato clinico caratteri sicuri per individualizzare la demenza presenile nelle sue varietà.

DECORSO.

L'arteriosclerosi cerebrale è sempre accompagnata, anche in fasi incipienti, da varî fenomeni subiettivi; cefalea spesso leggera, ma costante, senso di svenimento, vertigine, ronzio alle orecchie, debolezza irritabile, insonnia. Appunto questi sono spesso i sintomi prodromici della demenza senile, che si stabilisce in seguito con decorso lento e progressivo. Ma un tale inizio non è costante: a volte in individui appena leggermente indeboliti un trauma, una caduta, un trauma psichico, una malattia infettiva aprono la scena di una decadenza mentale rapida, tumultuaria, accom-

pagnata da episodî confusionali. Nelle forme in cui predominano i sintomi a focolaio non è raro che l'arteriosclerosi cerebrale si annunzi con fenomeni apoplettici, ai quali seguono più tardi e lentamente i fatti di decadenza mentale.

Il decorso della malattia è sempre progressivo; solo i fenomeni amenziali e alcuni fenomeni a focolaio sono succettibili di remissione. La durata della malattia dipende più che altro dallo stato generale e dal presentarsi o no di malattie intercorrenti che determinano l'esito. La morte avviene talvolta per emorragia cerebrale, più raramente in seguito a fenomeni convulsivi. Molta importanza hanno nel determinare la morte le frequentissime complicazioni d'arteriosclerosi cardio-renale. Qualche volta si hanno cistiti gravi e nefriti ascendenti, più comune tra tutte è la morte per causa di bronco-pneumonite diffusa.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

La diagnosi di demenza senile per lo più non presenta alcuna difficoltà. Tuttavia non bisogna essere troppo corrivi a diagnosticare una demenza senile in ogni persona di età avanzata che presenti gravi disturbi mentali. Anche nei vecchi possono presentarsi altre forme di psicosi con decorso e prognosi ben differenti da quelli della demenza senile. Lo scambio potrebbe essere facile con le forme di psicosi affettiva che talvolta fanno soltanto in età avanzata la loro comparsa. Più comune tra tutte le psicosi della vecchiaia è la melancolia, ma si osservano anche casi di pazzia circolare o di semplice mania in individui di età avanzatissima. Queste psicosi non debbono essere confuse con gli episodî di eccitamento o di depressione che si presentano spesso nella demenza senile. Benchè nella vecchiaia le psicosi affettive assumano spesso un aspetto speciale, una tinta più o meno accentuata di indebolimento mentale, tuttavia nella maggior parte dei casi è chiaro che il disturbo affettivo ha la parte principale nel quadro morboso e l'indebolimento una parte affatto secondaria.

Anche l'amenza può presentarsi in tarda età in seguito alle sue solite cause. In tal caso essa rischia di esser pigliata per un episodio amenziale della demenza senile; ma i dati anamnestici per lo più possono mettere sulla buona strada. In ogni caso il decorso e sopratutto l'esito stabiliscono una netta differenza.

Nella forma classica di demenza senile lo scambio con la paralisi progressiva è facilissimo ad evitarsi sopratutto per ragione delle rispettive età di sviluppo delle due malattie. Si può dire che il dominio della demenza senile comincia là dove finisce quello della paralisi progressiva.

Facile è invece la confusione della paralisi progressiva con le forme di arteriosclerosi cerebrale presenili. E difatti Binswanger e Alzheimer si sono sforzati di distinguere i quadri della encefalite sottocorticale progressiva e della atrofia arteriosclerotica del cervello appunto dalla paralisi progressiva, con la quale venivano prima confuse. Benchè il quadro anatomico sia del tutto differente, pure clinicamente le differenze non sono tali da permettere sempre una netta diagnosi differenziale. La prevalenza di sintomi a focolaio con lento e progressivo sviluppo, la mancanza di alcuni tra i sintomi principali della paralisi, come ad es. i disturbi pupillari e la disartria, possono formare buoni indizî, ma non dati sicuri. L'arteriosclerosi presenile ha un andamento più cronico ed i suoi deliri sono meno caratteristici.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Le autopsie danno nella demenza senile un abbondante raccolto di fatti patologici. Nell'esame macroscopico, oltre a tutti i caratteri di senilità che sono rilevabili sul vivo, si ha: assottigliamento della calotta cranica fino alla trasparenza; qua e là al contrario inspessimento della diploe. La dura aderisce fortemente al cranio, sì che in certi casi non è possibile staccarla. Le granulazioni di Pacchioni sono spiccatamente ipertrofiche e determinano profonde impronte nelle ossa craniche. Non è raro l'ematoma della dura madre. Le meningi molli si presentano inspessite ed opacate. Vi è costantemente un certo grado di idrocefalo esterno, corrispondente all'atrofia cerebrale. Anche i ventricoli sono dilatati. Il peso del cervello è inferiore alla norma; numerosi confronti dimostrano una diminuzione da 150 a 200 grammi. Le circonvoluzioni si presentano assottigliate e i solchi allargati. I vasi cerebrali, specialmente i grossi vasi della base, presentano evidenti alterazioni arteriosclerotiche, che spesso si possono seguire anche sulle piccole arterie. La corteccia cerebrale può presentare focolai di rammollimento ischemico. Nei gangli della base e nella capsula interna sono frequenti le *lacune di disintegrazione perivascolare* (fig. 102).

L'esame degli altri visceri pone in evidenza il processo di arteriosclerosi diffusa: importantissimi tra gli altri sono i fatti di arteriosclerosi cardiaca e renale. L'aorta è spesso dilatata, atcromasica; le arterie degli arti inspessite, dure.

Microscopicamente, anche nei casi più miti, è facile rilevare un processo di atrofia diffusa negli elementi nervosi, al quale si contrappone un aumento della nevroglia. Le cellule nervose sono impiccolite, atrofiche

in vario grado (fig. 103); ad elementi che hanno aspetto normale, o quasi, altri ne stanno vicini che sono impiccoliti e colorati in modo più uniforme. È notevole l'aumento spesso enorme del pigmento. Esso forma grossi accumuli non solo nelle cellule più grandi, che ne contengono ordinariamente piccole quantità, ma anche nelle cellule piccole che ne sono di regola esenti. Ai processi cronici di atrofia si possono associare anche processi acuti di alterazione cellulare, simili a quelli che si riscontrano nei processi di intossicazione: in molta parte essi sono imputabili alle complicazioni premortali od agoniche.

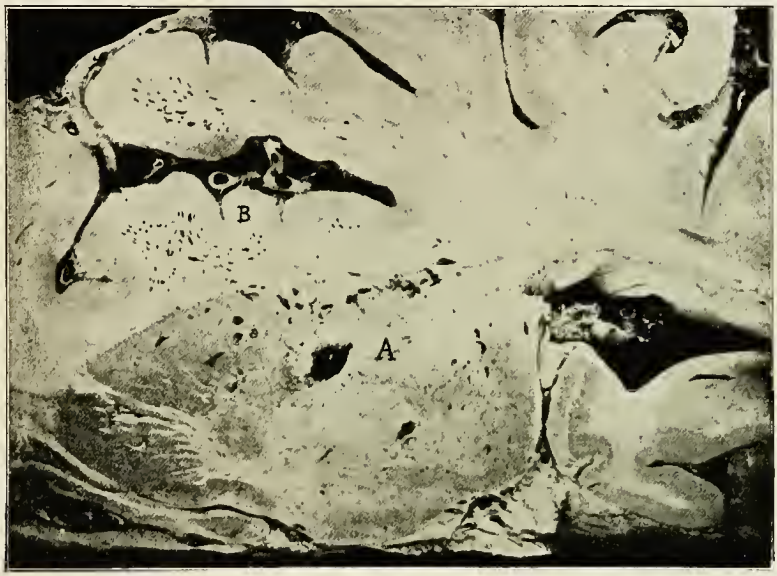


Fig. 102. — Taglio di Flechsig in un cervello senile: *A*, lacune di disintegrazione nei nuclei centrali; *B*, stato criboso (*état criblé*) (Da J. Ferrand, *L'hémiplegie des vieillards*, F. Rousset, Paris, 1902).

La proliferazione della nevroglia, caratterizzata sopratutto da un aumento di fibre, si può presentare in modo diffuso, ma predilige tutti quei punti che normalmente offrono un più ricco tessuto nevroglico; così lo strato sottopiale della corteccia e lo strato sottoependimale della sostanza grigia dei ventricoli, ove può riscontrarsi un vero processo di gliosi sottoependimale (ependimite liscia o granulosa) del tutto simile a quello che si osserva nella paralisi progressiva. Anche intorno ai vasi si accentua la formazione di glia. Nelle cellule di nevroglia è frequente la presenza di accumuli di pigmento (Obersteiner). Ove la nevroglia è più abbondante, sono numerosi i corpi amilacei. Oltre a questo processo dif-

fuso si possono presentare forme di gliosi circoscritta: la *gliosi miliare* (Redlich) costituita da piccole isole corticali; la *gliosi perivascolare* (Alzheimer) che può estendersi a tutto il territorio di una grossa arteria. Questa forma sarebbe caratteristica dei processi presenili. Nella corteccia gli intrecci di fibre midollate sono impoveriti. Nella sostanza bianca sottocorticale si hanno processi diffusi di impoverimento e degenerazioni secondarie. Queste degenerazioni sono dovute a lesioni diffuse della corteccia: oppure sono la conseguenza di lesioni a focolaio per emorragia o per rammollimento ischemico. Sempre nella sostanza bianca sottocorticale si può inoltre riscontrare un processo di alterazione primaria delle fibre associato a lesioni vascolari, una *encefalite sottocorticale progressiva* (Binswanger), alla quale solo in secondo tempo succederebbero le lesioni corticali. Ed anche questo processo sarebbe proprio dell'età presenile.



Fig. 193. — Cellula di Betz della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di demenza senile: atrofia avanzata, diffusione della sostanza cromatica, raggrinzamento e colorazione omogenea del nucleo.

Nel midollo si riscontrano processi di atrofia degli elementi nervosi analoghi a quelli della corteccia; i cordoni bianchi sono impoveriti di fibre sopratutto al di sotto della pia, ove si presenta anche un cospicuo aumento di fibre di nevroglia e numerosi corpi amilacei. Inoltre nel midollo si trovano fatti degenerativi secondari a lesioni a focolaio del cervello.

I nervi periferici presentano spesso atrofia delle guaine mieliniche, accentuata progressivamente nelle parti più distali, e che può giungere sino alla completa scomparsa dei più piccoli ramuscoli cutanei.

Molte delle lesioni descritte si osservano, come si è visto, anche nella paralisi progressiva. Tuttavia i due quadri anatomici presentano differenze abbastanza caratteristiche. Di fatto, nella demenza senile mancano i processi tumultuari di degenerazione che alterano le cellule corticali; l'atrofia è diffusa e regolare; gli elementi nervosi portano segni costanti di senilità, per es. sovrabbondanza del pigmento; le alterazioni vascolari sono più accentuate nei vasi grossi e medi, che sono assai poco alterati nella paralisi progressiva, mentre d'altra parte intorno ai vasi più piccoli non vi è quell'infiltrazione di linfociti e di cellule plasmatiche che costituisce un distintivo così importante dei cervelli paralitici. La proliferazione della

nevroglia, che nella paralisi progressiva ha disposizioni completamente aberranti, assume nella demenza senile il carattere della semplice iperplasia, interessando più che altro le regioni già normalmente predilette da questo tessuto, o in altre parole non è che una *sclerosi isomorfa*. A differenza dalla paralisi progressiva, nella demenza senile sono frequenti i focolai di rammollimento emorragico e trombotico.

PATOGENESI.

Non vi ha dubbio che la base fondamentale del processo di atrofia degli elementi nervosi e della conseguente demenza risiede nelle lesioni arteriosclerotiche dei vasi cerebrali che rendono difficile e insufficiente la nutrizione cerebrale. Si deve per altro ammettere che la stessa causa generale, la stessa alterazione del ricambio che determina le lesioni vascolari concorra anche primariamente a ledere i tessuti nervosi. Ciò vale sopratutto per le atrofie lente e diffuse, per la senilità delle cellule nervose.

È ovvio invece che debbono essere attribuite alle lesioni vascolari tutte le lesioni localizzate del tessuto nervoso per emorragia od ischemia. La diffusione e il grado della arteriosclerosi danno la particolare impronta al tipo ed al decorso del processo demenziale: ove la lesione è lieve e diffusa si hanno i processi più tipicamente demenziali e più lenti; ove prevalgono i fatti emorragici e trombotici si hanno le forme complicate di paralisi, le demenze apoplettiche; ove infine i processi sono circoscritti, si hanno le forme aberranti (generalmente presenili) con predominio dei sintomi a focolaio.

Con ciò non è finita l'esposizione dei danni a cui sottostà il cervello per causa dell'arteriosclerosi. Il cervello deve anche necessariamente risentire il contraccolpo degli effetti arrecati dall'arteriosclerosi ad altri organi, sopratutto al cuore ed ai reni. I disturbi circolatorî dovuti all'arteriosclerosi cardiaca e l'insufficienza renale per atrofia arteriosclerotica del rene entrano certamente in prima linea fra le cause degli stati confusionali che complicano la demenza senile. I fenomeni poi di lesione a focolaio, che si presentano transitoriamente, che si dileguano senza lasciar traccia ed ai quali poi anatomicamente non corrisponde alcuna lesione cerebrale sono con gran probabilità ed esclusivamente dovuti alla insufficienza renale: essi non differiscono in nulla dalle paralisi che si osservano nei processi di uremia cronica.

L'arteriosclerosi è generalmente determinata da una diatesi costituzionale; difatti i dementi senili presentano una larga eredità similare negli ascendenti, che da alcuni autori si fa persino risalire al 20 % dei casi.

Un'importanza grandissima hanno però ad ogni modo le malattie pregresse, specialmente tossiche e infettive, e in particolar modo l'alcoolismo e la sifilide.

CURA.

Una cura razionale dovrebbe tendere a debellare l'affezione fondamentale dell'organismo, l'arteriosclerosi. Ma bisogna confessare che contro questa malattia la terapia è disarmata. Di effetto assai problematico sono le piccole dosi di preparati iodici che abitualmente sogliono prescrivere e non meno problematici sono gli effetti dei varî sieri salini recentemente proposti contro l'arteriosclerosi. Il cómpito del medico deve forzatamente limitarsi all'igiene dietetica, all'inibizione degli eccessi nell'uso di qualunque bevanda, ad una costante sorveglianza sulle funzioni renali. L'alcool si può impiegare come cardiocinetico e come ipnotico. L'oppio e la morfina giovano negli stati di agitazione. È ovvio che l'assistenza personale e la pulizia debbono essere curate al massimo grado.

Emorragia, Embolia, Trombosi cerebrale.

L'emorragia cerebrale irrompe per arteriosclerosi senile o presenile, ed anche nei giovani può seguire ad alterazioni più o meno circoscritte dei vasi cerebrali, specialmente d'origine sifilitica. Inoltre, anche in soggetti d'età avanzata, non sempre l'alterazione dei tronchi arteriosi principali implica una lesione diffusa delle minime diramazioni, tale da danneggiare largamente gli elementi nervosi della corteccia. L'embolia cerebrale può colpire soggetti di qualunque età in seguito a processi morbosi del tutto estranei al cervello, generalmente in seguito ad affezioni del cuore sinistro. La trombosi cerebrale dipende bensì da lesioni locali dei vasi, almeno il più delle volte, ma queste lesioni non sono necessariamente diffuse e generalizzate. Insomma si possono avere lesioni a focolaio anche in cervelli validi, sicchè il quadro morboso è dominato da sintomi di lesione a focolaio che non sono nè sopraffatti, nè velati dalla sindrome di lesioni diffuse, al contrario di ciò che avviene quando invece gli stessi focolai si producono in cervelli invalidi di dementi senili. Più specialmente interessano la psichiatria le lesioni corticali: meno frequenti nel caso dell'emorragia cerebrale, più frequenti in quello della embolia o della trombosi.

Sull'inizio dell'affezione i sintomi non si limitano al focolaio; primeggiano anzi i sintomi generalizzati che si devono agli stimoli ed alle inibizioni irra-

dianti dalle parti lese alle parti sane. Anzitutto non v'è, si può dire, apoplessia con ictus che non si accompagni ad incoscienza o coma. Ed ogni volta che si stabilisce una lesione a focolaio i sintomi di difetto sono sempre maggiori di quelli che residuano poi in seguito. Si hanno inoltre disturbi funzionali più o meno accentuati: nel campo psichico non è infrequente uno stato confusionale più o meno accentuato, con grave disorientamento, talvolta anche con allucinazioni, che può durare pochi giorni, al più una settimana. Poi grado a grado si circoscrive sempre più nettamente il quadro stabile della malattia, cioè il complesso dei sintomi di difetto.

Più importanti dal punto di vista psicologico sono naturalmente le lesioni che colpiscono i centri associativi, sede di immagini rappresentative, di simboli, di ricordi, senza dei quali non è possibile l'evocazione mnemonica e il riconoscimento. Secondo la sede della lesione si hanno le più diverse forme di agnosia. Si tratta generalmente di agnosie più o meno incomplete e miste: e la gravità dei fenomeni presenta sempre oscillazioni in meglio o in peggio da un giorno all'altro. Importantissime sono la sordità psichica, la cecità psichica, l'astereognosia. Ancor più importanti le alterazioni del linguaggio nelle forme più o meno gravi di *afasia motrice*, *afasia amnestica*, *sordità verbale* e *cecità verbale*. Benchè tutte queste forme morbose rappresentino un disturbo parzialissimo dell'intelligenza, pure fanno sentire il loro effetto pernicioso su tutta l'intelligenza; e se non alterano il giudizio, intralciano però la corrente del pensiero, rendendola stentata e frammentaria. Assai più dell'afasia motrice o della amnestica è dannosa la sordità verbale, nella quale non solo è turbata o soppressa la comprensione della parola udita, ma anche la espressione spontanea del linguaggio è costantemente sconciata sotto forma di *parafasia*. La parafasia può raggiungere proporzioni tali, da dare ad un esame superficiale l'impressione di una grave confusione mentale; e difatti i sordi verbali vengono assai più spesso degli afasici motori scambiati per pazzi confusi e mandati al manicomio. Un esame accurato mostra tuttavia che il disturbo ideativo è sempre assai minore di quel che pare.

Altre forme di *asimbolia* si riferiscono alle rappresentazioni degli atti e sono dunque *aprassie*. Tali casi di *aprassia* ricopiano nel loro meccanismo le forme del l'afasia, potendo dipendere dalla perdita delle immagini sensorie (tattili, visive, uditive) che determinano gli atti, oppure dalla perdita delle immagini motorie e cenestetiche.

I fenomeni amnestici e dissociativi che derivano da tutte queste lesioni a focolaio consistono nella perdita di simboli determinati per categoria. Ma per quanto si tratti di simboli circoscritti e sistematici, le funzioni psichiche ne risentono una ripercussione generale sopratutto sulla memoria.

Prima a soffrirne è la ritenzione volontaria: un afasico motore intende bene ciò che gli si dice ed è in grado di eseguire immediatamente qualunque ordine gli venga dato, ma non è più capace di una esecuzione esatta se tra l'ordine e l'esecuzione deve intercorrere un certo tempo.

Anche lo stato affettivo è più o meno alterato: molti ammalati sono di umore depresso, facilmente piangono o si lasciano trascinare passivamente alla commozione. Tra i sordi verbali è frequente la *verbosità parafasica*, non di rado unita ad uno stato di leggero eccitamento. I sentimenti morali sono spesso affievoliti per l'acuirsi delle preoccupazioni ipocondriache e per la spensieratezza che è propria dello stato euforico.

In seguito a lesioni a focolaio, comunque localizzate, ma dopo qualche tempo, probabilmente per una azione irritativa della cicatrice cerebrale, possono scoppiare accessi epilettici, ora localizzati, ora generali. A questi accessi sono legate tutte le ordinarie sequele di complicazioni, sicchè si possono avere stati confusionali e di eccitamento postepilettici; e, se gli accessi sono assai frequenti, i malati cadono in uno stato di indebolimento mentale progressivo con ottusità morale completa e carattere epilettico, come nell'epilessia congenita.

Parallelamente all'evoluzione anatomica della lesione cerebrale si ha un'evoluzione dei sintomi. Qualche mese dopo l'inizio dell'affezione, si stabilisce un *minimum* di difetto funzionale che si mantiene poi stazionario pressochè indefinitamente. I compensi funzionali che nell'età infantile sono possibili e talvolta completi, nell'adulto sono oltremodo difficili; e la rieducazione nelle afasie, difficile e faticosa, dà sempre risultati assai scarsi. Data la natura delle affezioni che determinano primitivamente l'emorragia, l'embolia e la trombosi, è chiaro che questi processi, anche se non sono progressivi, possano ripetersi e condurre con successivi attacchi ad una decadenza sempre più grave delle funzioni mentali. Non di rado la morte avviene al sopraggiungere di nuove lesioni cerebrali.

La sifilide cerebrale.

La sifilide può agire in vario modo sui centri nervosi, determinando quadri morbosi diversi. Può anzitutto cagionare un'alterazione primitiva del sangue che segue all'infezione e che esercita un'azione generale su tutto l'organismo, per conseguenza anche sui centri nervosi. In questo caso si ha il quadro comune delle psicosi tossiche confusionali; e, nonostante la specificità della causa, la malattia non si distingue sintoma-

ticamente dalle altre forme di amenza. Si ha dunque un'*amenza sifilitica* con fenomeni allucinatorî e confusionali.

La sifilide sconvolge l'intelligenza anche in modo indiretto, per mezzo dell'alterazione che induce nel ricambio a lunga scadenza. Questa alterazione, a cui molti sifilitici si sottraggono, è deleteria per il sistema nervoso. Si tratta di un processo metasifilitico, e la malattia mentale che ne risulta è la paralisi progressiva.

Ma la sifilide può produrre anche malattie locali del cervello con processi di meningite sifilitica, con alterazioni dei vasi, con gomme. Di questa *sifilide cerebrale* in senso stretto noi dobbiamo qui occuparci.

La *meningite sifilitica, gommosa,* si localizza prevalentemente alla base del cervello; è più rara sulla convessità. La localizzazione basilare si rivela, come è noto, sopratutto con paresi o paralisi dei nervi cranici, per esempio degli oculomotori, con la nevrite ottica, con paresi agli arti, con disturbi disartrici della parola: fenomeni più o meno diffusi ed accentuati secondo la localizzazione del processo, caso per caso. La localizzazione sulla convessità dà luogo principalmente a fatti di epilessia jacksoniana o ad accessi generalizzati (epilessia da sifilide cerebrale), svariati fenomeni monoparetici, disturbi afasici. Le gomme isolate e voluminose possono formarsi dovunque, con sintomi a focolaio. Ma qualche volta processi localizzati sono sopraffatti da alterazioni diffuse dei vasi, che ne inspessiscono in modo caratteristico la parete e che ne restringono il lume talvolta fino alla totale obliterazione. Anche in questi casi non mancano i sintomi localizzati, sopratutto per le emorragie, le trombosi e i successivi rammollimenti, che provengano dalla lesione di vasi non troppo piccoli; ma il maggiore interesse spetta allora ai fenomeni mentali, che possono in queste forme diffuse assumere una importanza notevole.

Qualunque sia la localizzazione o la estensione del processo sifilitico cerebrale, è ben raro che non si presentino disturbi mentali, per lo meno in forma di semplice difetto. E ciò non solo per l'azione locale del processo sifilitico sulla regione in cui esso si impianta, ma anche per i disturbi generali del circolo nel cervello e fors'anche per un'azione tossica che va al di là dell'appariscente localizzazione anatomica.

Il modo di presentarsi dei disturbi mentali varia molto da caso a caso. Possono aversi fatti di demenza che si vanno manifestando lentamente e in modo progressivo, mentre al tempo stesso si mostrano i fenomeni motorî della sifilide cerebrale. O possono prima manifestarsi in modo imponente questi sintomi per un certo tempo, sopraggiundendo in seguito come complicazione stati di sopore o di confusione, che recedono lasciandosi dietro un difetto mentale. Oppure possono aversi ad un tratto gravi fenomeni di paralisi, preceduti soltanto da scarsi segni prodromici, per

esempio cefalea e vertigine, ed accompagnati da perdita della coscienza come negli insulti apoplettici, e più tardi, col dileguarsi dei fenomeni acuti, un residuo di difetto mentale.

I fenomeni demenziali sono di gran lunga i più frequenti e i più stabili nel corso della sifilide cerebrale. Generalmente essi si limitano a semplice difetto della memoria e della prontezza nella percezione, a diminuzione di resistenza nel lavoro muscolare, ad intolleranza e impossibilità di applicazione mentale, senza peraltro che si abbiano convinzioni o dubbi deliranti. Talvolta il difetto psichico può manifestarsi nel campo dei sentimenti morali con indifferenza, brutalità, egoismo, tendenza all'orgia. L'umore è di rado esaltato, assai spesso depresso. Quasi costantemente gli ammalati hanno coscienza del loro male.

Fenomeni confusionali si possono notare in immediata continuità con ictus apoplettici o con accessi di epilessia generale o jacksoniana. Quando le lesioni sono molto diffuse e gravi, si possono produrre in forma protratta fenomeni di confusione ed allucinazioni. I delirî sistematizzati a decorso cronico sono una possibilità rara.

Il decorso dei disturbi mentali è, come quello dei sintomi motori, soggetto a frequenti remittenze ed esacerbazioni. Anche indipendentemente dalla cura, si possono osservare miglioramenti cospicui; ed il difetto mentale non deve esser mai per intero interpretato nel senso di demenza insanabile. Molti ricordi che sembrano perduti possono riacquistarsi, molte lacune colmarsi. E ciò dimostra che nella patogenesi dei disturbi psichici non va data esclusiva importanza ai fenomeni distruttivi che eventualmente si verificano nelle strutture corticali; ma molta ne compete alle irregolarità di nutrizione, a quelle della circolazione, allo stato tossico, ai semplici disturbi funzionali, eccitamenti ed inibizioni, che introducono il disordine nei processi mentali e fanno apparire il difetto assai maggiore di quello che in realtà non sia.

La diagnosi di sifilide cerebrale è per lo più abbastanza chiara in ragione dei sintomi motori che generalmente accompagnano i fenomeni psicopatici: tra i quali sono caratteristici quelli che si riferiscono ai nervi cranici e sopratutto agli oculomotorî. Tuttavia, siccome fenomeni paralitici e paretici possono anche osservarsi nella paralisi progressiva, la diagnosi non è sempre certa, specialmente se i fenomeni mentali prevalgono e si presentano gradatamente. Di solito i fatti paralitici della paralisi progressiva sono fugaci, mentre nella sifilide cerebrale, per quanto offrano remissioni ed esacerbazioni, sono assai più duraturi. Si noti che nella sifilide cerebrale i disturbi mentali non sono quasi mai isolati; anzi nella grande maggioranza dei casi si presentano solo in seguito o assieme ai fenomeni motorî. Per lo più consistono, come si è detto, in un semplice difetto di

intelligenza, che subisce remissioni notevoli; e non hanno mai il decorso progressivo e la imponenza dei fenomeni demenziali e deliranti della paralisi progressiva. La disartria nella sifilide cerebrale è più strettamente legata a paralisi o paresi accentuata, per lo più disuguale dai due lati ed associata a paresi degli arti. Non si notano in essa le esitazioni, le trasposizioni, le ripetizioni spasmodiche e le deformazioni che si osservano nella parola dei paralitici: è una disartria per puro difetto motorio. La data dell'infezione sifilitica può fornire un indizio importante, ma non decisivo: in genere la paralisi progressiva ha un periodo di preparazione molto più lungo di quello della sifilide cerebrale; ma ciò non può portare a regole individuali. Molto maggiore importanza ha la verifica di manifestazioni terziarie: gomme, irite sifilitica. Se queste manifestazioni sono visibili o se risulta dall'anamnesi che vi furono, ciò servirà a confermare la diagnosi di sifilide cerebrale. È noto infatti che le manifestazioni di sifilide terziaria sono eccezionali nei paralitici. Un ottimo criterio differenziale è dato infine dagli effetti della cura mercuriale, perchè ormai non è più lecito nutrire illusioni circa all'azione del mercurio nella paralisi progressiva: essa è indifferente o dannosa.

La cura della sifilide cerebrale ha la sua base principale nel mercurio. L'associazione dei preparati iodici è generalmente vantata, ma non ha che importanza accessoria. Si consigliano le frizioni quotidiane con dosi di 4-5 gr. di unguento mercuriale cinereo. Ma se si pensa che la cura deve essere protratta finchè lo comporta la tolleranza individuale, si darà la preferenza alle iniezioni intramuscolari di sublimato corrosivo in dose di un cg. per iniezione. Questo metodo permette di regolare la somministrazione a seconda del bisogno e mette al riparo da eccessivo ed improvviso assorbimento del farmaco. Se anche si è avuta guarigione completa, è bene ripetere la cura in forma più attenuata dopo qualche tempo. *A fortiori* lo stesso va fatto nel caso di guarigione incompleta.

Gli effetti della cura si manifestano per lo più dopo la seconda o la terza settimana, talvolta più tardi; solo quando si va già incontro a fatti di mercurialismo e non si ha alcun miglioramento è lecito disperare del del successo. L'esito della cura è in generale un miglioramento più o meno notevole. Guarigioni complete e durature non si hanno che nell' 8 % dei casi. Pare che i fenomeni convulsivi comportino una prognosi migliore dei paretici e dei paralitici. Per lo più i disturbi mentali migliorano, ma si lasciano dietro un residuo stabile di deficienza psichica, sia pur leggiera. Talvolta restano stazionarî o peggiorano progressivamente nonostante la cura. Nondimeno bisogna tener presente la possibilità che ai fenomeni della sifilide cerebrale succedano quelli della paralisi progressiva. L'età avanzata degli ammalati pare che aggravi notevolmente la prognosi: i migliori successi si hanno certamente in soggetti giovani.

Tumori cerebrali.

I tumori cerebrali danno luogo a fenomeni psicopatici anzitutto per l'azione locale sui tessuti in cui si sviluppano, in secondo luogo per la loro influenza indiretta su tutta la corteccia. I disturbi circolatorî che accompagnano i tumori, l'aumento della pressione endocranica, l'elaborazione di sostanze tossiche che si versano direttamente nel tessuto nervoso o nel liquido cefalo-rachidiano esercitano qualche volta un'azione più grave ed evidente del tumore stesso.

I sintomi a focolaio variano assai secondo la localizzazione, la rapidità di sviluppo e a seconda che il tumore compenetra o no il tessuto nervoso. Tumori che si sviluppano all'infuori degli elementi nervosi e molto lentamente danno il *minimum* di sintomi locali; talvolta anzi i sintomi possono mancare del tutto, sicchè il tumore è una vera sorpresa di autopsia. Quando invece lo sviluppo del tumore è sollecito e determina una rapida disorganizzazione del tessuto nervoso contiguo o è circondato da zone in cui si verificano emorragie, i sintomi a focolaio sono assai più accentuati.

Circa alla sede, i sintomi sono da interpretare al solito secondo la topografia funzionale della corteccia. Dal punto di vista psichiatrico ha una certa importanza la questione se ai tumori della regione prefrontale si associ uno speciale corteo di sintomi psichici. Le opinioni di Hitzig, Wundt, Bianchi, Ferrier, Flechsig sulle funzioni della regione prefrontale giustificano pienamente la supposizione clinica che la lesione di questo vasto territorio debba più d'ogni altra riuscir dannosa per le funzioni mentali. E non pochi casi clinici vengono citati in appoggio di questa opinione. Si è voluto persino ravvisare un segno patognomonico per le lesioni prefrontali del cervello nella tendenza ai giuochi di parole (*Witzelsucht*).

L'indebolimento mentale per tumore della regione prefrontale è nella maggior parte dei casi molto evidente; ma ad ogni modo esso non basta a dare indicazioni chiare e sicure sulla sede della malattia. Può avvenire che l'indebolimento mentale manchi nei tumori prefrontali, mentre d'altra parte può essere accentuatissimo in lesioni poste all'infuori di questa regione cerebrale. Ciò si spiega in gran parte con le influenze indirette che il tumore esercita a distanza su tutta la corteccia. E d'altra parte nelle lesioni della regione prerolandica con demenza, non tutto il quadro psichico deve essere attribuito al fatto locale. Come giustamente osserva Eduard Müller, le lesioni croniche di tutta la corteccia cerebrale sono tanto più facili nei tumori del lobo frontale in quanto questi hanno un decorso più lento e solo tardivamente conducono a morte. Quanto poi

alla tendenza ai giuochi di parole, essa si può riscontrare in ogni sorta di processi cronici conducenti a demenza.

Le azioni diffuse che si esercitano sul cervello per opera dei tumori cerebrali rallentano i processi psichici e deprimono l'affettività. Gli ammalati sono tardi, ottusi, afferrano difficilmente le impressioni sensoriali, non sono capaci di attenzione protratta, dimenticano tutto. Eppure, talvolta sotto le apparenze di una profonda demenza si ha conservazione abbastanza cospicua dei poteri critici: gli ammalati, purchè vengano interrogati con insistenza e tratti con stimoli sensoriali energici e ripetuti dal loro torpore, mostrano di comprendere correttamente l'ambiente e dànno risposte sensate. Da uno stato di semplice ottundimento psichico si va per gradi sino alla sonnolenza, a un vero sonno profondo, dal quale solo gli stimoli energici svegliano per un momento, al sopore, al coma. È notevole che il fenomeno della sonnolenza è assai più frequente nei tumori della regione dell'ipofisi e del terzo ventricolo: probabilmente questi tumori influiscono sui vasi della base del cervello (Righetti).

Questa sintomatologia di ritardo psichico e di depressione, benchè frequentissima, non è la sola che si possa osservare. Talvolta, probabilmente per effetto di sostanze tossiche segregate dai tumori o per disturbi speciali di circolo, si presenta il quadro della confusione allucinatoria.

I tumori più perniciosi dal punto di vista dei disturbi psichici sono i *sarcomi*. In età giovanile pare che la tolleranza del cervello sia maggiore che in età adulta. Qualche volta il tumore si associa a forme di psicosi svariate, quali si possono produrre indipendentemente dai neoplasmi del cervello. É probabile che in tali casi il tumore, per lo più assai circoscritto, agisca come causa predisponente alla psicopatia.

L' estirpazione dei tumori cerebrali può essere seguìta da buon successo quando il tumore sia facilmente isolabile dal tessuto nervoso e non dia luogo per sua natura a recidive. In ogni caso, l'effetto più spiccato si ha sui sintomi generali e indiretti, non sui sintomi diretti e locali.

Gli *ascessi cerebrali* danno luogo ad una sintomatologia del tutto identica a quella dei tumori.

La sclerosi a placche.

Nella sclerosi a placche è quasi costante un indebolimento mentale più o meno accentuato. I malati sono ottusi, scadono nella capacità di attenzione e nella memoria senza peraltro gravi disturbi di giudizio o delirî. Per gradi si può giungere sino alla più profonda demenza. Lo stato d'animo è spesso depresso, talvolta variabile, in qualche caso irritabile. Il decorso è progressivo, talvolta con lunghe remissioni.

La diagnosi differenziale può presentare qualche volta punti oscuri in riguardo alla paralisi progressiva, sopratutto della forma apatica, di cui può essere ricopiata fedelmente la sintomatologia psichica. Elementi importantissimi per la diagnosi sono in ogni caso i sintomi motorî, le paresi spasmodiche, il tremore intenzionale, il nistagmo, la parola scandita.

Il processo anatomo-patologico consiste in una gliosi intensissima localizzata alle placche di sclerosi: la colorazione elettiva col metodo di Weigert mette in evidenza le fibrille di nevroglia neoformate in un intreccio fittissimo. È caratteristica delle placche di sclerosi la relativa integrità dei cilindrassi nonostante la perdita completa della loro guaina mielinica. Solo in secondo tempo, quando l'alterazione è assai inoltrata, si ha l'interruzione anatomica e funzionale dei cilindrassi e la conseguente degenerazione secondaria. Nella corteccia si osservano peraltro, anche all'infuori delle placche di sclerosi, lesioni degenerative diffuse delle cellule e delle fibre nervose.

I traumi al capo.

I traumi al capo possono determinare fenomeni psicopatici in più modi, con meccanismo del tutto diverso. Può anzitutto il trauma produrre un effetto psichico come quando cade in qualsiasi altra parte del corpo e così dar luogo, magari per semplice spavento, all'isterismo traumatico. Ma in questo caso non è la diretta azione meccanica che entra in giuoco.

I traumi al capo possono determinare fenomeni di lesione a focolaio nei casi di frattura del cranio con avvallamento, di cospicue emorragie, di contusioni cerebrali. Questi fenomeni a focolaio non differiscono da quelli prodotti per tutt'altre cause. Come effetto tardivo si possono sviluppare accessi epilettici jacksoniani o generalizzati, e in questo caso a lungo andare si possono presentare tutti i fenomeni accessorî dell'epilessia, pervertimento del carattere, indebolimento dell'intelligenza, stati confusionali pre- e postepilettici.

Ma anche quando non vi siano lesioni grossolane a focolaio, i traumi al capo possono provocare fenomeni caratteristici, che seguono o immediatamente dopo il trauma, oppure a scadenza più o meno remota. Subito dopo il trauma si ha generalmente uno stato di completa incoscienza, di varia durata, dal quale si esce abbastanza rapidamente. È caratteristico il fatto che il paziente ha amnesia completa dell'accaduto e spesso anche del tempo antecedente per un periodo di qualche ora o più. È come se lo shock traumatico cancellasse tutte le tracce mnemoniche più recenti.

Quando si dileguano questi fatti immediatamente successivi all'accidente,

si ha un periodo di ritorno allo stato normale, che può durare parecchi mesi; ma in seguito lentamente, insidiosamente si stabilisce un progressivo indebolimento mentale. Qualche volta solo in capo a molti mesi esso è nettamente riconoscibile. L'ammalato è smemorato, si stanca facilmente, si lagna di oppressione al capo, di ronzìo agli orecchi, di vertigine. Spesso diventa di umore irritabile, in preda a continua tristezza, è preoccupato della sua salute, diventa indifferente per gli altri, eticamente indebolito, e si dà agli eccessi alcoolici.

Lentamente e progressivamentc possono anche comparire segni di debolezza motoria agli arti, tremore alla lingua ed alle mani, csagerazione dei reflessi, di rado disartria e rigidità pupillare.

Il decorso è per qualche tempo progressivo, poi si arresta ad uno stato di demenza più o meno accentuata. La morte avviene quasi sempre per malattie intercorrenti.

In certi casi la malattia è difficilmente distinguibile dalla paralisi progressiva, anche perchè i traumi al capo possono essere di questa una causa occasionale. Mancano però nella demenza traumatica gli stati caratteristici di eccitamento, i delirî tumultuosi, e i sintomi organici sono più scarsi. Il decorso, che in fase inoltrata assume un andamento stazionario, può nei casi più dubbî chiarire la diagnosi.

La demenza traumatica non deve considerarsi come un effetto di lesioni puramente funzionali. L'esame anatomico della corteccia rivela la presenza di piccoli e vecchi focolai emorragici trasformati in focolai di gliosi: si osservano cicatrici gliotiche contenenti ancora del pigmento sanguigno. Si riscontrano anche cavità cistiche, piccole zone di rammollimento, lesioni croniche diffuse. Si deve dunque ammettere che all'atto del trauma avvengano piccole lesioni diffuse che poi diventano punto di partenza ad un processo cronico di gliosi e di degenerazione degli elementi nervosi.

CAPITOLO XVII.

Le psicosi affettive

Le due sindromi della depressione sentimentale e dell'esaltamento possono presentarsi col carattere di episodî effimeri, incompleti e non necessarî nel decorso di qualunque malattia mentale. Ma esse raggiungono un'importanza essenziale nella *melancolia* e nella *mania*, che sono dal primo momento fino all'ultimo vere malattie dell'affettività e che, anche quando degenerano in delirî di pensiero o di condotta, conservano sempre le traccie della loro origine affettiva.

L'individualità clinica della melancolia e della mania, l'antagonismo facilmente visibile dei loro sintomi e la posizione caratteristica delle due malattie fra le psicosi più schiettamente acute sono, per la psichiatria, una nozione delle più antiche. Nel 1883 Krafft Ebing, dividendo le malattie mentali in due grandi gruppi, quello delle forme acute o accidentali o psiconeurosi e quello delle forme croniche o costituzionali o degenerative, poneva ancora la melancolia e la mania a capo del primo gruppo. I degenerati erano anomali votati ad una pazzia irrimediabile fin dalla nascita o dalla prima infanzia; i melancolici ed i maniaci dovevano invece considerarsi come personalità valide, armoniche, che ammalavano una volta tanto sotto il turbine fortuito d'una causa esterna. Salvo nei casi, che allora sembravano rari, di riconosciuta periodicità, la melancolia e la mania, mentre stavano in antitesi fra di loro per ciò che riguarda i sintomi, erano l'antitesi delle psicosi degenerative per ciò che riguarda le cause e il decorso.

Questo modo di vedere non era rimasto scosso dall'esistenza delle forme periodiche e quindi croniche, in cui l'accesso melancolico e l'accesso maniaco si ripetono molte volte ciascuno per conto proprio o si avvicendano indefinitamente fra di loro nello stesso individuo con alternative regolari. E infatti, se la *melancolia periodica* e la *mania periodica*, a motivo della loro natura evidentemente costituzionale, erano costrette ad

abbandonare la compagnia delle psicosi acute ed accidentali, ciò non impediva alle forme non periodiche di pura melancolia e di pura mania di restare dov'erano, cioè fra le malattie acute da causa esterna. Similmente, la possibilità d'una psicosi *mista*, in cui la melancolia e la mania si associano, non era e non è un motivo sufficiente per identificare le due psicosi anche quando si presentano separate, sia con un unico accesso, sia con una serie d'accessi reiterati, ma del medesimo genere, come in realtà avviene e abbastanza di spesso.

Il primo attentato all'indipendenza della melancolia e della mania è quello compiuto da Kahlbaum nel 1863, quando riavvicinò la sindrome depressiva alla sindrome d'esaltamento, considerandole sempre e sistematicamente come due semplici *stadî* della medesima psicopatia, la *vesania typica*. Tutto per Kahlbaum era vesania typica: tranne i casi di paralisi progressiva, di paranoia, d'epilessia, d'isterismo, d'alcoolismo e d'imbecillità, questa psicopatia complessa e quasi sempre cronica avrebbe dovuto comprendere la grandissima maggioranza degli alienati, cioè tutti i dementi e tutti i possibili candidati alla demenza, anche se, guarendo, riescivano a sfuggirla. La vesania typica, nella sua forma classica, si scomponeva in quattro fasi: melancolia, mania, confusione (*Verwirrtheit*) e demenza terminale. Se quest'ordine era scompigliato o se gli stadî erano ridotti di numero, magari ad uno solo, si aveva egualmente la vesania, benchè sotto forma frusta. Insomma, ciò che fino allora si era chiamato col nome di melancolia e di mania non doveva più riguardarsi che appunto come una varietà incompleta del processo vesanico, sia che l'episodio depressivo o d'esaltamento si risolvesse nella guarigione, sia che terminasse nella demenza.

Le idee di Kahlbaum furono raccolte da Arndt e da altri alienisti tedeschi ed ora tornano a godere qualche favore. Nella loro indeterminatezza ed artificiosità esse contengono germi che non rimasero del tutto sterili. Per quanto la vesania typica sia un fantasma privo di consistenza pratica, Kahlbaum ne seppe isolare felicemente due varietà molto importanti. Sotto la denominazione nuova d'*ebefrenia* egli aveva descritto quella forma della demenza giovanile che nel suo decorso tempestoso sfiora tutte le sindromi possibili e realizza veramente il concetto polimorfo della vesania typica. Sotto il nome di *catatonia* aveva raccolto nel 1874 un altro insieme di sintomi che, oltre ad arieggiare l'ebefrenia per la loro insorgenza durante la pubertà, si riattaccano al polimorfismo vesanico per il loro decorso lento e fortunoso. Ma il torto di Kahlbaum fu di voler arricchire il contingente della vesania con le spoglie della melancolia, della mania e dell'amenza, allora poco nota, togliendo ogni individualità a quei casi genuini e puri di melancolia, di mania e d'amenza che non hanno

nulla di comune con la vesania. Eppure questi casi esistono e sono alla portata di qualunque osservatore: essi differiscono nettamente dalle forme, per quanto fruste e incomplete, di vesania per la semplicità e la purezza dei loro sintomi, per la costante prevedibilità del decorso, per l'esito immancabile in guarigione.

La scuola di KRAEPELIN, allargando il concetto delle psicosi giovanili e portandone le frontiere dal dominio dell'ebefrenia a quello della catatonia e delle demenze paranoidi, opportunamente staccate dalla paranoia, riuscì a costituire in una robusta unità le varie forme di demenza precoce. La demenza precoce di KRAEPELIN è, fino ad un certo punto, la risurrezione della vesania typica; ma fra queste due astrazioni vi è qualche notevole diversità. Intanto KRAEPELIN ebbe il merito di rigettare dai quadri della demenza precoce tutte le forme acute d'amenza (*Verwirrtheit*) che stanno bene da sè. Inoltre, mercè l'aggiunta delle forme paranoidi, egli seppe fissare indipendentemente dal decorso i caratteri statici della psicosi da lui tratteggiata nelle sue non poche varietà. In tutto il resto i due quadri clinici della vesania typica e della demenza precoce si corrispondono, e la seconda non è forse meno sterminata della prima. Ed anzi la frequenza degli episodî depressivi e d'esaltamento che ricorrono nella demenza precoce doveva restringere la casuistica della melancolia e della mania a profitto di questa entità nuova, assorbente e proteiforme che, se veramente sconfinasse fino ai limiti voluti da KRAEPELIN, lascierebbe ben poco margine alle melancolie ed alle manie primitive.

Ma a scemare, anzi a distruggere l'importanza clinica di queste malattie, KRAEPELIN introdusse in psichiatria un altro punto di vista. Secondo lui, la melancolia e la mania, tolti i casi precedenti, non si presentano allo stato puro che sotto forma periodica e per lo più promiscuamente: in altre parole non sono due malattie acute e distinte, ma una malattia cronica, costituzionale ed unitaria con due faccie diverse, per la quale propose il nome di *psicosi maniaco-depressiva*. Quanto ai casi di melancolia e di mania che spuntano e svaniscono con un unico accesso isolato, per lo più essi si riducono a fasi episodiche della demenza precoce. Solo nell'età senile si verificherebbe, come varietà clinica abbastanza frequente, una forma di melancolia non periodica e poco guaribile a tipo involutivo. Per la mania non valgono neppure queste sparute eccezioni.

Se si volesse adottare questo punto di vista, la melancolia e la mania, dopo un periodo secolare di splendore, dovrebbero l'una rimpiccolirsi nello squallore d'una forma involutiva poco ben definita, l'altra scomparire dal novero delle malattie indipendenti. Sui ruderi delle loro sindromi da un lato crescerebbe a dismisura la casistica delle demenze precoci, dall'altra sorgerebbe una malattia nuova, ma equivoca e a varie faccie, la psicosi maniaco-depressiva.

Alla psicosi maniaco-depressiva vanno ascritti, secondo KRAEPELIN, non solo i casi classici di *pazzia circolare* o a *doppia forma* od *alternante*, che nessuno disconosceva, ma anche quelle forme di pazzia che si affermano: 1.° con accessi non rigorosamente alterni di melancolia e di mania; 2.° con accessi non rigorosamente periodici di melancolia o di mania (separatamente); 3.° con recidive similari, ma a lunghissimo intervallo e in numero scarsissimo, anche ridotte ad una serie di soli due termini; 4.° persino con un solo accesso di melancolia (non involutiva) o con un solo accesso di mania, in quanto non si può escludere la parentela patogenetica e sintomatica di questi casi uniaccessuali coi casi recidivanti e coi casi misti, nè la possibilità che al primo accesso non ne tenga dietro un altro, simile o dissimile, in un avvenire più o meno lontano.

La psichiatria dei nostri avi esagerò certamente il valore della distinzione clinica tra mania e melancolia, facendone i due fulcri della classificazione nosografica; ma il tentativo di KRAEPELIN in senso diametralmente opposto non è meno forzato. La sua argomentazione si basa sopra una serie concatenata di passaggi, in parte evidenti, in parte ipotetici, dalla mania semplice alla mania periodica, alla psicosi maniaco-depressiva, alla pazzia circolare; e dalla pazzia circolare, volgendo in senso contrario, di nuovo alla psicosi maniaco-depressiva, quindi alla melancolia periodica ed alla melancolia semplice. Donde risulterebbe che mania e melancolia sono all'incirca la stessa cosa, cioè due aspetti della psicosi maniaco-depressiva, che è il termine fondamentale della serie.

Ora, il primo passaggio è abbastanza naturale. I casi di mania semplice (senza recidive) sono talmente scarsi, e quando si presentano sono così somiglianti ai periodici, ed è così difficile vedervi una causa specifica o morale all'infuori della diatesi costituzionale che sta a base certa (sebbene misteriosa) della mania periodica, che sembrerebbe artificiosa ogni separazione tra le forme di mania semplice e quelle di mania recidivante.

Ma il secondo passaggio, in quanto attribuisce lo stesso valore agli accessi d'esaltamento ed a quelli di depressione, ha tutta l'aria d'una ipotesi inutile. Se anche la mania periodica e la psicosi maniaco-depressiva dipendessero dalla medesima causa, sarebbe sempre necessario ed opportuno studiare il perchè e tener conto del come si manifestino con sintomi così sostanzialmente diversi. La stessa riserva si deve opporre al passaggio dalla melancolia periodica alla psicosi maniaco-depressiva. La melancolia con recidive *similari* (melancolia più o meno periodica) è un fatto dei più comuni, e coglie con frequenza straordinaria persone di carattere serio e del tutto immuni da tendenze maniache. Collocare questi casi di melancolia, in cui la diatesi melancolica si rivela così ostinatamente senz'ombra d'eccitamento maniaco, tra le varietà incomplete di psicosi maniaco-de-

pressiva solo perchè una simile miscela di sintomi si verifica qualche volta in altri individui, è un vero abuso di ragionamento.

Anche l'ultimo passaggio dalla melancolia periodica alla melancolia pura non è molto ovvio. Se si deve riconoscere che i *maniaei* sono quasi sempre cavalli di ritorno, non si può dire lo stesso di tutti i *melancolici*. Al contrario, ve n'è un buon numero, in cui l'accesso depressivo non si riproduce. Quando nel caso d'una vita lunga e serena si trova un lieve ed unico episodio di melancolia sotto l'azione d'una causa esogena fortuita, eccezionale, come sarebbero una serie di sventure gravissime e ravvicinate, un puerperio difficile, un'anemia profonda per emorragia, un allattamento esauriente si deve concludere che la predisposizione personale o manca del tutto od è così debole, da potersi trascurare. In questi casi la melancolia non si allontana dal novero delle psicosi acute e non merita d'essere classificata gratuitamente fra quelle che provengono da causa interna, nè d'andar confusa con le forme periodiche e miste.

Di tutta la costruzione, più dialettica che clinica, finora esposta non restano in piedi che alcuni principî: 1.° che le manie pure, a differenza dalle melancolie, sono assai soggette alle recidive e forse dipendono sempre da una diatesi interna; 2.° che le psicosi circolari con alternative classiche di melancolia e mania possono assumere frequentemente la forma frusta o di psicosi maniaco-depressiva; 3.° che alcuni casi di mania con parecchie recidive *similari* possono sul più bello, per esempio al terzo o quarto accesso, tramutarsi in psicosi maniaco-depressiva per l'inaspettata comparsa di un accesso melancolico; 4.° che la stessa metamorfosi può manifestarsi, per verità assai di raro, dopo una serie di accessi melancolici.

Queste eventualità cliniche stringono certamente i rapporti fra mania e melancolia, attenuandone l'antagonismo, ma non bastano a sopprimere l'autonomia di due psicosi così diverse nelle loro sindromi e così frequentemente incompatibili in una stessa personalità come sono appunto la melancolia e la mania. Uno spoglio statistico di Gucci sopra 1123 tra melancolici, maniaci e maniaco-depressivi, che passarono pel manicomio di Firenze dall'anno 1844 al 1898, dimostra che hanno recidivato sempre con mania 423 casi, sempre con melancolia 498, con mania e con melancolia insieme soli 202. Si sono dunque avuti 921 casi nei quali si è ripetuta più volte la stessa ed identica sindrome morbosa contro 202 nei quali le due sindromi si sono frammischiate.

Si deve dunque concludere che esiste una *diatesi melancolica*, che esiste parimenti una *diatesi maniaca*, e che l'associazione delle due diatesi è un fatto più o meno frequente, ma tutt'altro che ordinario. Quanto alla melancolia, essa può manifestarsi anche in forma acuta, con un accesso

solo, per una causa esterna e quindi indipendentemente da qualunque diatesi. Invece l'accesso maniaco ha un significato più decisivamente costituzionale dell'accesso melancolico, sia perchè si rinnova più facilmente, sia perchè non è mai legato con cause morali. Ma che melancolia e mania si possano presentare come psicosi a sè, in forma acuta e per cause accidentali lo dimostra il grandissimo numero di melancolici e di maniaci che, entrati per la prima volta nel manicomio e licenziati come guariti, non vi fecero mai più ritorno in uno spazio di tempo lunghissimo. Dalle ricerche già citate di Gucci risulta che in 55 anni, mentre 1120 tra melancolici e maniaci rientrarono, dopo la prima guarigione, una o più volte (e in questa folla chi sa quanti erano dementi precoci ?), vi furono ben 2419 individui che, guariti da un unico accesso di melancolia o di mania, non rientrarono. In parte (sia pure) per morte o per emigrazione, ma in parte ben maggiore per avere fortunatamente evitato ogni e qualunque recidiva.

Riconoscendo l'affinità delle psicosi affettive, ma anche l'opportunità di tenerne distinti i varî quadri clinici, noi descriveremo:

A) Le psicosi affettive a tipo *acuto* e da causa prevalentemente *esterna* . . :
- *Melancolia* (con uno o pochi accessi isolati, abbastanza frequente).
- *Mania* (con uno o pochi accessi isolati, rara).

B) Le psicosi affettive a tipo *cronico* e da causa puramente *interna* . . . . . :
- *Melancolia periodica* (con molti accessi simili e ricorrenti a scadenze pinttosto regolari).
- *Mania periodica* (analogamente).
- *Pazzia circolare* (con alternative più o meno regolari di melancolia e di mania).

Da questo schema si scorge che, per poter farci un'idea sulla natura d'una malattia affettiva in rapporto con la sua causa determinante, cioè per decidere se si tratti d'una forma uniaccessuale o d'una forma periodica, noi siamo costretti ad attenderne caso per caso lo svolgimento, le riprese e le metamorfosi talvolta nel corso d'una vita intera. Il giudizio diagnostico, che sarebbe tanto utile, in quanto implica la prognosi, non può pronunziarsi *a priori* sopra l'esame dei sintomi, che sono sempre gli stessi, ma solo *a posteriori*, quando sia passato un tal numero d'anni, da permettere o di vedere in atto la riproduzione del primo accesso o di escludere ogni probabilità di recidive.

Il solo criterio che autorizzi a classificare una melancolia od una mania

fra le psicosi costituzionali è dunque quello della sua *periodicità avverata* ed *accertata*. Un criterio subordinato e del resto infido sarebbe anche quello della sproporzione fra la presunta causa occasionale e la gravità della reazione affettiva. Tanto l'uno come l'altro di questi criteri non ha, come abbiamo indicato, che un valore individuale; ed anche in così modesti limiti d'applicazione il giudizio non sarà mai assoluto. Infatti, come si fa a ragguagliare la misura del disturbo affettivo alla causa morale o materiale che sembra averlo prodotto? E, dato il criterio della periodicità, come distinguere due recidive, che si sono ripetute pel ripetersi delle stesse cause occasionali, da una breve serie di accessi dovuti ad una causa interna ed immanente? Per dire il vero, l'esistenza d'una causa costituzionale è quasi totalmente al riparo da incertezze in tutti i casi di psicosi a doppia forma, per pochi che siano gli accessi. Ma di fronte alle melancolie ed alle manie che si svolgono con accessi similari in piccolo numero e con intervallo di venti o trent'anni, è sempre lecito il dubbio che il puro caso, rinnovando l'azione della causa esterna, abbia potuto rinnovare anche l'effetto.

Del resto, l'identità della patogenesi fra tutte le psicosi affettive, che Kraepelin ha voluto consacrare nell'unità clinica d'una pretesa forma maniaco-depressiva, non ha che un interesse teorico. Praticamente, per la felicità del malato, per la maniera di curarlo e per le cautele da adottarsi in previsione dell'avvenire, contano assai più la frequenza o rarità degli accessi e la distinzione tra accesso melancolico ed accesso maniaco, che la loro confusione nello stesso crogiuolo della psicosi maniaco-depressiva. Tra chi va incontro ad un accesso di melancolia e potrà soffrirne un'altra volta in capo a quarant'anni e chi soffre quasi ininterrottamente di accessi similari di melancolia o di mania, la differenza è troppo grande per restar sopraffatta dall'ipotetica analogia delle cause morbose.

1. — Melancolia.

Col nome di *melancolia* o di *lipemania* (Esquirol) si designa una sindrome esclusivamente o prevalentemente affettiva che decorre in modo acuto o subacuto, e la cui manifestazione essenziale è una morbosa ed ostinata tristezza. Da un lato, cioè nelle sue forme leggiere, la melancolia si scosta poco dalla normalità; e tanto meno poi, se come movente decisivo del processo melancolico, si può accampare una disgrazia realmente avvenuta. Dall'altro lato, cioè in quanto può complicarsi con disturbi gravi del ragionamento e della coscienza, la melancolia è capace di simulare i sintomi della paranoia, dell'amenza e di altre malattie men-

tali che intaccano profondamente l'intelligenza. Con tutto ciò, essa conserva sempre il proprio carattere, che è dei più tipici e che non permette alcun equivoco di diagnosi. Nella melancolia le irregolarità dell'ideazione e della condotta, se ve n'è, sono sempre d'origine sentimentale.

SINTOMI.

Dolorabilità psichica. — La tristezza del melancolico ha la sua sorgente perenne in una speciale *dolorabilità psichica*. Ogni impressione che arriva alla coscienza determina o piuttosto ribadisce uno stato d'animo più o meno spiacevole e duraturo, che dal semplice tedio o *spleen* può andare fino all'angoscia. Questo dolore psichico è alimentato e reso continuo dalla frequenza inevitabile con cui si seguono i molteplici stimoli del mondo esterno. Per quanto il melancolico cerchi d'isolarsi il più che è possibile, è esposto incessantemente a cause innumerevoli di dolore; le impressioni più indifferenti gli riescono disgustose, le più gradite hanno perduto la proprietà di far vibrare il suo cervello piacevolmente. Alle importazioni desolanti del di fuori si aggiunge il lavorìo interno dei processi associativi, che è costantemente orientato verso le rappresentazioni dolorose e sinistre.

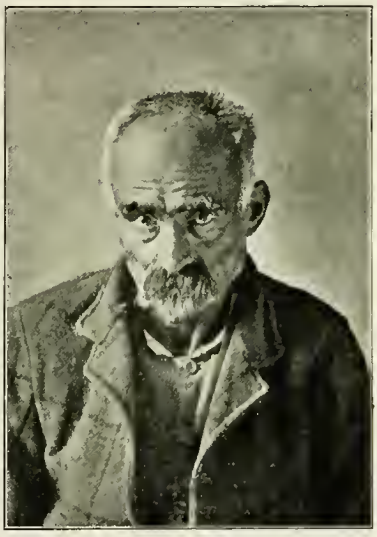


Fig. 104. — Melancolia con viva espressione di tristezza: delirio ipocondriaco.

Le interpretazioni, le rimembranze e le previsioni, sia che si riferiscano alla propria persona, sia che riguardino gli altri, si inspirano al più disperato pessimismo: per una specie di affinità elettiva, vengono evocate e fissate nella coscienza tutte le immagini più lugubri, mentre sono respinte o non si affacciano le altre.

Il melancolico, vittima di questa selezione interna delle immagini, non solo si sente infelice, ma perde anche la capacità di rappresentarsi nettamente ciò che rallegra o conforta la vita. Finchè non è liberato dalla melancolia, non solo è infelicissimo, ma, per un errore di prospettiva, spesso si convince d'essere sempre stato infelice, crede di dover restare perpetuamente sotto l'incubo del dolore, e ravvisa nelle persone che lo

circondano altrettanti sventurati, che solo per un eccesso di spensieratezza possono qualche volta compiacersi d'una felicità effimera ed apparente.

Se la malattia non oltrepassa questo primo grado d'intensità, come avviene spessissimo, e se per di più il malato è molto intelligente, essa può acuire l'indagine introspettiva e suggerire un pessimismo abbastanza coerente, che in casi eccezionali si eleva ad altezza lirica o filosofica. Ma il risultato ultimo è sempre una perdita, perchè le costruzioni melancoliche, per quanto logiche, sono paradossali ed unilaterali, ed impediscono tutto il lavoro ideativo che potrebbe svolgersi all'infuori dal tema obbligato del dolore, ossia finiscono per circoscrivere il campo intellettuale.



Fig. 105. — Melancolia semplice.

I malati, astraendo sempre più dai loro rapporti con gli altri, non si curano più di dominarsi, non riescono o non tentano di dissimulare, provano anzi un sollievo nel comunicare al primo venuto le proprie sofferenze ; talvolta si proclamano da sè stessi forsennati o candidati alla pazzia. È questo il solo argomento che possa renderli attenti e loquaci. Ma, a lungo andare, la ruminazione monotona di poche idee dolorose genera un sentimento subiettivo di vacuità, che diventa un nuovo incentivo alla melancolia. Il melancolico s'infastidisce di dover ascoltare la propria voce, d'essere spettatore necessario dei proprî pensieri, di assistere per forza agli atti che è spinto a compiere dall'abitudine e che compie svogliatamente come se fosse investito da un estraneo d'una missione fastidiosa ed inutile.

A questo punto il fenomeno della sua tristezza cessa persino di riescirgli interessante ; non ne parla più ; non si cura d'attenuarlo, ha perduto ogni fede, non ascolta conforti, si chiude in una disperazione cupa

e minacciosa. Come nelle nevralgie la parte dolente s'immobilizza, così avviene nella melancolia riguardo ai centri delle volizioni.

Un simile aggravamento può presentarsi come una seconda fase della malattia o come una breve crisi che ricorre più o meno spesso o nelle ore del mattino o nel cuore della giornata. Durante l'imperversare di queste crisi o di questa fase della malattia i sentimenti, per solito assai affettuosi del melancolico, subiscono una brusca compressione e persino un'inversione. Mentre un grado di melancolia non molto spinto esagera nei malati l'attaccamento per la famiglia e li rende carezzevoli, remissivi, facili al pianto, pronti a commuoversi per motivi i più altruistici, non appena la malattia si esacerba, il melancolico diventa indifferente verso i suoi, e talvolta intollerante, ribelle e persino manesco.



Fig. 106. — Melancolia con espressione dolorosa ed attonita.

Dipende dal temperamento individuale dei malati se la melancolia acquisterà piuttosto una tinta *irritabile* od una tinta *patetica*. Però il melancolico irritabile si pente subito, talvolta anche esageratamente, delle proprie escandescenze, e raddoppia di tenerezza verso le persone che ha offeso; d'altra parte ogni melancolico patetico è suscettibile d'improvvise irritazioni. L'irritabilità d'umore si manifesta o gravemente sulle persone, od anche in modo abbastanza innocuo con atti d'impazienza sopra oggetti fragili o lacerabili.

Certamente anche l'uomo normale, sotto l'influenza d'un trauma psichico, si sente rinnovare ad ogni tratto il ricordo doloroso; lo ritrova svegliandosi; si addormenta con esso; lo deve subire, ospite importuno ed insistente, che attraversa, che interrompe, che spesso riesce a sopraffare la corrente logica dei suoi pensieri e delle sue azioni. La tristezza di quel ricordo incoercibile si diffonde in tutto l'orizzonte mentale e non è senz'effetto sui processi incoscienti. Ma un simile stato d'animo non si produce nei normali che in rapporto bene accertato con una sventura grave, come la morte dei figli, l'amore contrastato, il disonore, un rovescio di fortuna, la prigionia, l'esilio forzato; e non si prolunga mai oltre qualche tempo; e difficilmente raggiunge la continuità senza tregue della melancolia morbosa. Il dolore psichico, per quanto intenso, che proviene da cause fisiologiche e che si mantiene in limiti fisiologici di durata, ha dunque un carattere meno profondo; si riduce in certo modo ad un disturbo locale; all'infuori del cervello, l'organismo non vi interviene che in minima parte; e dalla cenestesi presso che inalterata partono

frequenti richiami ai bisogni ed ai piaceri della vita materiale, che iniziano il processo di riparazione e cancellano prontamente gli effetti del traumatismo morale.

Il dolore dei melancolici risveglia invece, come vedremo, un consentimento generale di tutto il corpo, che in parte è l'irradiazione del turbamento cerebrale, in parte è forse l'indizio d'un disordine generale che si rende bensì più intenso o più appariscente nel cervello, ma senza localizzarvisi in maniera esclusiva. Nella stessa cerchia delle reazioni psichiche, il dolore morboso dei melancolici si contraddistingue dal dolore fisiologico dei normali per una tendenza spiccata ad esorbitare dal campo puramente affettivo in quello del ragionamento, pervertendo i giudizî, ed anzi arriva al punto da creare abbastanza spesso allucinazioni e delirî o da trascinare ad azioni morbose.

Il dominio incontrastato delle idee dolorose imprime un nuovo indirizzo nelle opinioni e nella condotta del malato. Il melancolico è cambiato: diventa bigotto, avaro, pusillanime, e si perde negli scrupoli della casuistica morale, confessando colpe giovanili di minima o di dubbia importanza. Il meno che possa fare è di lagnarsi della pretesa decadenza a cui vanno incontro la sua forza muscolare, la sua memoria, la sua penetrazione, la sua abilità professionale, il suo amor proprio, il suo altruismo. Spesso questi malati vanno più in là, e sostengono di non aver mai avuto abilità o merito di sorta, d'aver compromesso la famiglia, di non amare nessuno.

Può darsi che esagerino scientemente o perchè, temendo che il racconto genuino delle loro sofferenze trovi degli increduli, procurano d'accaparrarsi, sia pure con la menzogna, un maggior tributo di compassione, o perchè (ed è il caso più frequente), avendo concepito una specie d'odio verso sè stessi, provano un'amara compiacenza nel calunniarsi. Questo fenomeno dell'*auto-rimprovero* è comunissimo in quasi tutti i melancolici, che vengono così a trovarsi in opposizione con l'egoismo naturale, in uno stato d'affettività paradossale, di *algofilia psichica*, per cui risentono una specie di voluttà nel fare strazio di sè stessi.

Non è facile analizzare caso per caso gli abissi di queste contraddizioni; però il più delle volte gli auto-rimproveri non rivelano un'intima persuasione di colpa, quanto piuttosto il proposito d'una volontaria mutilazione morale. In ogni modo il melancolico, a furia di torturarsi coi suoi scrupoli ipercritici, cede lentamente alla suggestione delle proprie parole; e credendo a ciò che ha inventato, si persuade di meritare veramente quel disprezzo che aveva cercato d'inspirare agli altri. Così dal semplice pessimismo passionale si procede verso il *delirio paranoide*.

La tristezza melancolica conduce a gravi complicazioni psichiche per

due strade diverse: da un canto, per gradazioni crescenti di pervertimento nell'ideazione, trascina, come abbiamo accennato, ai delirî paranoidi; dall'altro, per gradazioni crescenti di pervertimento nella condotta, travolge i malati nel così detto *raptus*, che è appunto un delirio d'azione.

Deliri. — Tra i delirî melancolici, il più caratteristico è quello di *povertà*. Nè un largo censo, nè l'evidenza dei registri, nè la realizzazione di enormi risparmi valgono a togliere di mente al melancolico (che in questo caso è spesso un ricco avaro) la convinzione della miseria. Talvolta non è soltanto la miseria, ma la rovina economica e morale insieme: il fallimento, la prigione, il supplizio completeranno l'odissea delle sue sventure, e l'infermo sbigottito crederà che i suoi beni sono confiscati, che il portinaio è un agente di polizia, che gli infermieri del manicomio sono secondini o carnefici.

Un sentimento invincibile d'*indegnità* inspira anche altri delirî, per esempio quello di *dannazione*, per cui i malati si credono destinati od anche già relegati all'inferno, il delirio di *sitofobia*, per cui respingono ogni cibo, ritenendosi immeritevoli di vivere e di mangiare. Nei tempi antichi era frequente la *lycanthropia*, ossia il delirio d'essere convertito in una bestia, delirio di cui la tradizione vuole che abbia sofferto Nabucodonosor, e che era favorito dai pregiudizî sulle metamorfosi e sulla metempsicosi. Un saggio di psichialgia disperata con delirî nascenti è dato dalla seguente lettera che un melancolico, ora guarito, dirigeva alla propria moglie:

« *Evelina mia!*

S. Salvi, 2 Luglio 1900.

« Ti scrivo col cuore in pezzi pensando quanto dolore vi ho arrecato. Perdonatemi, ve ne scongiuro, e pregate il Signore che mi faccia ritornare in seno alla mia cara famiglia. Sarò buono, avrò cura di voi più che per lo avanti, vi amerò, starò sempre vicino a voi, ve lo prometto. Di quanti peccati io sono colpevole! Ti sposai per renderti felice ed invece ti ho cagionato infiniti guai! Tu mi dici che mi sono dimenticato di voi: a momenti lo credo, e ciò mi spaventa. Ma non lo credete, io vi ho sempre nell'anima, io penso sempre a voi; e se non scrissi, fu perchè credevo di non essere più in tempo per ottenere il perdono di Dio. — Ho creduto di essere dannato e per sempre, ho creduto di non essere al manicomio, ma all'Inferno. Toglietemi da questo dubbio atroce. Ho creduto che i miei figliuoli muoiano di fame e di sete, di miseria: è un sogno od è così? Me disgraziato! Il Signore mi aveva date tutte le felicità; un angelo di sposa, dei figli adorabili che mi amavano e non volevano che me, dei parenti buoni, premurosi. A nulla ciò valse, fui cattivo, disprezzai il Signore, ed egli mi ha punito.

Tu, che sei tanto buona, prega la Vergine Santissima che mi perdoni, che abbia compassione della mia famiglia, di te, dei miei figliuoli, di quel piccino di Camillo, poverino, che piangeva la mia e la sua disgrazia.

Prega la Vergine, dille che sono pentito, che cambierò vita, che mi emenderò, che mi chiuderò magari dentro ad un convento, pur di salvare la mia anima e la vostra.

Non sono degno di baciarti. Bacia i miei cari bambini e credimi il tuo infelicissimo

Armando.

P. S. Nel leggere la presente non ti rattristare: la scrissi in un momento di dolore: ho desiderio vivissimo di rivedervi almeno una volta. Perdonami se mi azzardo a mandarti tanti baci. Addio, addio ».

In altri malati si manifesta la *pantofobia*, ossia uno sgomento confuso d'ogni cosa, con tremito generale e con tutte le altre espressioni mimiche della paura. Vi sono melancolici che credono erroneamente di puzzare, d'infettare tutto ciò che toccano, d'uccidere coll'alito (spesso realmente viziato), d'esercitare una specie d'influenza fatale sulle persone che amano: *delirio di iettatura attiva*, che è una variante più moderna della *demonomania* o delirio degli indemoniati. Altri melancolici sono tormentati dallo spettacolo d'immaginarie torture a cui vedono esposti giornalmente i loro figli; li credono sotto processo o morti o in prigione; rassicurati dalle presunte vittime, fantasticano che si voglia ingannarli con una pietosa bugia o che la catastrofe sia semplicemente rimessa all'indomani: *delirio di rovina* a forma *altruistica*.

Raramente il pessimismo melancolico conduce al *delirio ipocondriaco* che, presupponendo la convinzione d'una malattia, sembrerebbe escludere la colpa e l'indegnità; tuttavia anche questa forma di delirio può essere l'espressione d'un rimorso morboso e riferirsi alla colpa, vera o falsa, dell'onanismo, d'un contatto impuro, d'un pensiero peccaminoso. Meno frequente d'ogni altro è fra i melancolici il *delirio di persecuzione*, che in ogni modo si manifesta sotto una forma umile, supplichevole e ben lontana dalla ficrezza delle convinzioni paranoiche. Infatti il melancolico si scusa preventivamente d'incolpazioni immaginarie; ma le crede motivate dalle apparenze, non dettate da malanimo. Perciò non prova verso gli accusatori che un risentimento mediocre, ed è il vero contrapposto del perseguitato persecutore, che prende sempre l'offensiva e vuole giustizia, non indulgenza.

I varî delirî dei melancolici sono tutti riducibili ad un fondo comune di *micromania*, e devono considerarsi come eccezionali o spurî i pochi casi di delirio senz'abbassamento della personalità. L'umiltà del melancolico, se non si palesa in dichiarazioni esplicite, si tradisce nella cerimoniosità esagerata, nell'assenso quasi servile alle opinioni ed ai consigli del primo venuto, nell'abitudine di non offrire la mano ad alcuno o di non parlare che interrogato. Quest'umiltà di parata non impedisce al malato

di ostinarsi, benchè dolcemente, nell'inerzia, nelle penitenze e nei delirî che sono il frutto della melancolia, senza dare alcun ascolto alle persone di cui si mostra così rispettoso. L'origine di tali delirî è profondamente sentimentale e perciò non conosce resipiscenze, nè si arrende ad autosuggestioni di nessuna specie.

Che il delirio melancolico non abbia origine in errori dei sensi, lo prova anche la rarità delle *allucinazioni*. Le allucinazioni complesse, scene terrifiche, visioni d'eccidî, di supplizî, di processi, di saccheggi, non si producono che negli stati di stupore, quando la coscienza è profondamente sconvolta e la mente degli infermi è quasi del tutto separata dalla realtà. Invece il caso più ordinario è quello di allucinazioni elementari senz'alcun delirio, e più precisamente di un *ronzio* continuato, che l'infermo identifica benissimo per quello che è veramente, cioè per un acusma subiettivo. Il ronzio agli orecchi o ad un solo orecchio è spesso l'effetto materiale di disturbi vasomotorî od anche dell'anemia. Le allucinazioni elementari d'altri sensi, sotto forma d'ombre, cattivi sapori, puzzo indeterminato, sono del tutto eccezionali.

Abulia e disbulia. — In tutti i melancolici, salvo i dissimulanti, sono notevoli certe irregolarità di contegno, e specialmente, come fu già accennato, la ripugnanza da qualunque iniziativa. Qualche volta l'inazione non deriva da assoluta abulia, ma dall'incertezza, ossia dal conflitto di parecchie volizioni contrastanti, nessuna delle quali è abbastanza intensa per aver vittoria sulle altre: *melancolia perplessa* di Lasègue. Si tratta dunque d'una vera forma di disbulia con un fondo d'*ipobulia*.

I malati semplicemente ipobulici trascurano i loro doveri, non escono di casa e durano un'immensa fatica a compiere gli atti più dozzinali; parlano poco, a voce sommessa e lentamente; e nei casi più gravi stentano persino a rispondere o non pronunciano che pochi monosillabi appena intelligibili. Quanto ai malati disbulici, la loro condotta si riassume nell'indecisione. Messi, per esempio, al bivio o di continuare la gestione dei proprî affari o di conferire la procura ad un amico fidato, riconoscono la giustezza del dilemma, ma non hanno sufficiente energia per prendere una decisione nè in un senso, nè nell'altro; per cui lasciano, fra rassegnati e disperati, che tutto vada in perdizione. La stessa incertezza insuperabile provano di fronte alle decisioni inconcludenti di tutti i minuti, agli abiti da indossare, alla posizione da scegliere, al modo di prendere un cucchiaio o di dare una stretta di mano o di spedire un biglietto.

La contemplazione spasmodica del proprio dolore interno assorbe i melancolici in maniera, da renderli disattenti a tutto il resto. La loro disattenzione è in parte volontaria, perchè ripugnano *a priori* da qualunque impressione nuova che possa rompere il malefico incanto del loro mono-

ideismo. Per ottenere che diano una risposta, che alzino un braccio, che sporgano la lingua, bisogna — nei casi gravi — darne loro il comando in forma categorica e ripetuta; per farli camminare bisogna spingerli. Spesso, nella loro passività, vorrebbero obbedire; ma non possiedono più l'energia che basta neppure per fare ciò che vogliono gli altri. Così i malati diventano negletti negli abiti e nella persona, non si lavano più, e spesso rifiutano il cibo, indipendentemente dal delirio d'indegnità o dal proposito del suicidio, solo perchè non possono sopportare la fatica di masticare e d'inghiottire.

In tali frangenti la melancolia precipita allo *stato attonito* e si avvicina alle forme stupide dell'amenza; ma se ne distingue pel fatto che la coscienza non è interamente sospesa, e che il malato, per quanto la sua ansia dolorosa subisca un'attenuazione, non cessa dal soffrire di allucinazioni spaventose o spiacevoli, che è in grado di ricordare sommariamente quando il periodo di stupore è terminato, appunto per la loro coerenza.

L'inazione melancolica implica sempre un certo grado di resistenza, per cui la sua passività non è completa e può prendere l'aspetto della *catatonia*. Talvolta è una catatonia puramente parziale, che consiste per esempio nella ostinata flessione del capo sul petto. Quest'atteggiamento è senza dubbio il prodotto d'una volizione morbosa e permanente, non già d'una contrattura involontaria, come riconoscono gli stessi malati quando ritornano allo stato normale.

La mancanza d'ogni iniziativa e insieme la pertinacia della volontà in senso negativo si affermano vivamente in quella strana forma di catatonia che appunto fu designata col nome di *negativismo*. Il melancolico, che non è capace di compiere il più piccolo sforzo per un impulso proprio, diventa il più valido ed accanito oppositore di fronte ai movimenti passivi ed alle suggestioni altrui, per quanto possa essere persuaso della loro utilità od innocuità. Rifiuta il cibo che gli si porge e che desidera; si scopre se si vuol coprirlo e viceversa; non sa nè obbedire, nè comandare, ma solo disobbedire sistematicamente e costantemente per una specie di reazione paradossa della volontà.

Le scene più orribili e sanguinose, rappresentandosi alla mente del melancolico come semplici possibilità e ripetendosi come immagini favorite per la loro enormezza, si trasformano qualche volta in un'*ossessione motrice*. L'ossessione, non trovando che scarsa resistenza in un cervello esaurito ed abulico, diventa così impellente, da spingerlo con fatalità inesorabile all'esecuzione degli atti corrispondenti, alle stragi cieche, alla mutilazione dei genitali, al suicidio nelle forme più raccapriccianti. Quando ciò avviene, il malato, immerso in un'idea esclusiva e dominante, perde la visione d'ogni altra cosa e si trova in uno stato molto prossimo al-

l'incoscienza. E infatti, dato sfogo all'azione e cessata la crisi, non ricorda più l'accaduto o lo ricorda in modo inesatto e incompleto. L'atto incoercibile si svolge rapidamente, automaticamente e violentemente, come una scarica epilettica, e prende il nome di *raptus melancholicus*.

Sotto l'influenza d'un raptus, si vedono malati timidissimi avventarsi senz'odio e senza collera contro persone inoffensive che non conoscono; infierire contro nemici improvvisati; precipitare dalla finestra coi figli in braccio; dar fuoco al proprio letto dopo esservisi coricati col corpo spalmato di petrolio. Qualche volta il melancolico è trascinato all'azione delittuosa suo malgrado per un'allucinazione imperativa o pel bisogno di provare a tutti la propria indegnità o con la speranza di farsi condannare a morte.

Tutti i melancolici, malcontenti come sono della vita e sfiduciati di poterla mai migliorare, si devono riguardare come candidati al *suicidio*; ma non bisogna confondere i casi di suicidio cosciente e meditato con le forme mostruose di suicidio per raptus, che si verificano in pubblico senz'alcuna preparazione.

Si possono considerare come in istato di *raptus prolungato* i melancolici agitati, che gemono, si dibattono, si graffiano, si mordono la lingua, si strappano i capelli, in preda ad uno spavento che si vede scolpito in tutta la loro fisionomia. Anche in questi casi i malati sono quasi incoscienti: non ascoltano, non comprendono, non ricordano. L'agitazione può continuare giorno e notte per settimane e mesi e conduce ad un rapido e profondo dimagramento. Ma non è facile che la melancolia raggiunga questi estremi; e le forme agitate di depressione sentimentale sono più spesso proprie dell'involuzione senile.

Altri sintomi. — Un sintomo importante della melancolia è la così detta *angoscia precordiale*, che può complicare il quadro dell'agitazione e preludere al raptus. Ma l'agitazione ed il raptus non sono punto frequenti: invece l'angoscia precordiale, almeno in forma rudimentaria, è un sintomo assai comune, e sono pochi i melancolici che ne vadano del tutto esenti. Infatti, al primo manifestarsi della melancolia, i malati sentono spesso un non so che di molesto alla regione del cuore, che si esacerba e diventa quasi dolore ad ogni contrarietà, per piccola che sia: l'aspettativa della posta, di un giornale qualunque, d'una persona indifferente, la pioggia, un rumore improvviso risvegliano subito questa sensazione penosa.

Una sensazione affatto simile si produce spesso all'*epigastrio* anche nei sani, ma momentaneamente, per l'attesa d'una sentenza nell'anticamera d'un tribunale o nell'aula d'una scuola. Invece la risoluzione improvvisa e favorevole d'una situazione penosa o d'una impresa avviata con timore

ed esitazione determina un effetto opposto, un vero *piacere precordiale*. L'angoscia precordiale non è dunque che l'esagerazione d'un reflesso fisiologico.

Talvolta è così continua e così grave, che per mesi interi si estrinseca con gemiti più o meno rumorosi ad ogni espirazione, non sospendendosi che durante il sonno. Oppure si hanno attacchi simili a quelli dell'*angina pectoris*. I malati provano la dolorosa illusione d'un nodo in mezzo al torace o alla regione mammaria di sinistra, d'una tensione crescente, d'una minaccia alla vita. Talvolta si credono colpiti da cardiopatia mortale, ma l'ascoltazione non rivela alcuna irregolarità, tranne una leggiera tachicardia con respiro superficiale.

Dopo la dolorabilità psichica, il sintomo più caratteristico della melancolia è l'*insonnia*. Non v'è melancolico che non ne soffra e non se ne lagni come del maggiore fra i suoi tormenti. La tristezza ordinaria del malato si fa gigante nella solitudine interminabile della notte: le campane delle chiese gli risuonano nell'anima come un rintocco funebre; più tardi i rumori del mattino e la luce fredda dell'alba gli arrivano come un richiamo disgustoso alla vita sociale che lo riprende nel suo ingranaggio crudele.

Malgrado lo spauracchio di un'altra notte insonne che s'approssima, e malgrado il maggior accumulo di fatica, quasi tutti i melancolici si sentono sollevati verso sera: sono le loro ore più sopportabili. Il momento di coricarsi è quasi piacevole. I malati pregustano la dolcezza nirvanica, per quanto breve, dell'incoscienza; talvolta s'illudono di poter addormentarsi per sempre; e in realtà s'addormentano subito, dormendo un sonno tranquillo e leggero. Disgraziatamente questo sopore incompleto non dura più di un'ora o due, e cede il posto al più amaro dei risvegli. L'insonnia è più grave al principio della malattia, e spesso ne è il segno prodromico; si attenua (anche per l'uso degli ipnotici) negli stadî ulteriori, fino a permettere quattro o cinque ore di riposo; e può uscir di scena prima che la tristezza melancolica sia completamente dissipata, ciò che costituisce un ottimo auspicio di guarigione.

L'*inappetenza* è un sintomo meno costante dell'insonnia; di raro conduce fino alla sitofobia, che è piuttosto l'espressione d'un delirio o della semplice abulia. Di solito l'anoressia scompare nelle prime settimane e può dar luogo ad una certa *bulimia*. Per lo meno, è frequente che i melancolici si sentano venir meno se, come i nevrastenici, non si procurano più volte nella giornata qualche alimento; e di notte sono costretti a tenerne preparati accanto al letto. La soddisfazione immediata che ne ricavano è scarsa, e la digestione laboriosa: il melancolico è braditrofico. Talvolta i malati si sforzano a mangiare ed anche a bere alcoolici con

l'illusione di sedare il loro dolore, ma non vi riescono ed anzi l'aggravano. È assai meglio consigliarli od anche obbligarli all'astensione completa dal vino e dai liquori.

Più costante e più ostinata dell'anoressia è la *stitichezza*. Sono ben pochi i melancolici che non ne soffrano, e qualcuno se ne preoccupa a segno, da trarne argomento a deliri ipocondriaci. L'intestino è tappato, i cibi si accumulano all'infinito nello stomaco, la soffocazione è imminente: e così il melancolico, stitico e delirante, diventa *sitofobo*. In ogni modo, la sua lingua è sporca, l'alito è viziato, e non è rara la coprostasi. L'atonia intestinale, benchè nella gran maggioranza dei casi non provochi alcuna conseguenza diretta sul meccanismo del ragionamento, aumenta il malessere dei melancolici e forse vi aggiunge un nuovo coefficiente autotossico, che va combattuto giornalmente con purgativi miocinetici.

Non sempre nei melancolici è assopito il *senso genetico*: anzi qualche volta è sovreccitato. Tuttavia, se anche la tendenza al coito, alla masturbazione ed ai pervertimenti sessuali è morbosamente esasperata, ciò non toglie che la voluttà sia straordinariamente diminuita. Gli eccessi, scompagnati da voluttà e seguìti da prostrazione psichica e fisica senz'alcuna soddisfazione o compenso, aggravano le condizioni obiettive e subiettive dei malati. Nelle donne, la melancolia può generare scrupoli ed ossessioni d'ordine sessuale, che non convien forzare: per esempio l'orrore del coito od anche impulsi morbosi ad atti illeciti d'erotismo, che svegliano acuti rimorsi e vanno a carico del *negativismo*.

La melancolia, essendo una sindrome affettiva, dimostra la misura esatta delle sue gradazioni anche nella *fisionomia* dei malati. La fronte dei melancolici è increspata; le sopracciglia sono ravvicinate ed oblique, perchè è rialzata la loro estremità mediale; gli angoli della bocca sono stirati in basso per la contrattura dei muscoli triangolari; e i due solchi naso-labiali appariscono più profondi causa l'inarcamento della bocca. (fig. 104, 106). Quest'espressione mimica della tristezza, che il melancolico non può nascondere, si esagera o si attenua con oscillazioni visibilissime secondo le vicende della malattia, e non si cancella interamente che quando è suonata senz'altro l'ora della guarigione.

Anche lo sguardo è straordinariamente espressivo: smarrito, grave, torvo o concentrato, a seconda dei casi e dei momenti. I gesti sono fiacchi. L'incesso irresoluto. Il contegno dimesso o imbarazzato.

Nelle donne è spesso sospesa o scarsa la *mestruazione*. La secrezione del *sudore*, anche indipendentemente dall'immobilità, è quasi nulla: fortissime dosi di pilocarpina non bastano a provocarla (Stoddart).

Sembra che i melancolici, specialmente nello stato attonito, presentino spesso un aumento della *resistenza alla corrente elettrica* (Roubinowitch e Toulouse).

DECORSO E VARIETÀ CLINICHE.

La melancolia comincia con insonnia e tristezza, i suoi due sintomi fondamentali ed inseparabili: l'uno e l'altro vanno crescendo con progressione lenta. Per qualche settimana la malattia, se anche si aggraverà più tardi, non esce dalla cerchia dei disturbi puramente affettivi, e gli infermi conservano interamente la propria lucidità. Almeno nel 60 % dei casi la conservano sempre. Ma in capo a due o tre mesi la tristezza melancolica raggiunge il suo apice, ed è in questa fase tempestosa che possono presentarsi le complicazioni: il delirio, lo stupore, l'angoscia precordiale, il raptus. Il periodo di defervescenza è lento e graduale quanto quello d'incremento.

Per lo più la melancolia guarisce, e il ritorno all'equilibrio mentale avviene per mezzo di tregue che annunziano la convalescenza. Le tregue si fanno sempre più frequenti, più durevoli e più serene, finchè a poco a poco il malato stesso s'accorge e riconosce che la melancolia è superata, perchè il suo umore obbedisce di nuovo all'influenza normale degli avvenimenti esteriori. Un indice quasi sicuro del miglioramento è il riordinarsi del sonno.

Tutto sommato, il processo melancolico si svolge in un periodo minimo di cinque mesi e in un periodo massimo di venti mesi; ma il termine medio va dagli otto ai quattordici mesi. Se la durata è inferiore ai cinque mesi, si tratta d'una melancolia a base isterica o d'un accesso melancolico che fa parte d'una psicosi periodica. Se poi si oltrepassano i due anni, la melancolia assume il carattere *cronico*, nel qual caso cambia anche d'aspetto: la psichialgia, diventando abituale, si attenua o svanisce per cedere il posto ad un delirio ipocondriaco od a forme d'indebolimento mentale.

Quando il melancolico è uscito di convalescenza ed ha potuto accertarsi che la terribile infermità è veramente terminata, la sua gioia non ha più limiti. Dopo aver sofferto tutte le amarezze, egli si avvede di poter assaporare tutte le grandi e le piccole delizie che si offrono non tanto a chi ha fortuna quanto a chi ha salute, coraggio e costanza. La rimozione d'ogni ostacolo ai processi più volgari della vita vegetativa, nervosa e intellettuale è già bastevole ad inspirargli per settimane e mesi un'allegrezza inesauribile. Coricarsi senza la minaccia d'una notte insonne ed affollata di fantasmi tormentosi; risvegliarsi di pieno giorno col corpo alacre e con l'animo ilare; affrontare con fiducia spensierata le traversie e le incertezze della giornata; mangiar bene e digerir meglio; prendere

parte attiva a conversazioni interessanti o facete; gustare una passeggiata a piedi, una boccata d'aria, uno spettacolo naturale od un'opera d'arte; rivedere senz'alcun rinnovamento d'angoscia i luoghi che furono il teatro delle sofferenze passate, ed anzi cavarne materia ad un confronto piacevole col presente; sentirsi liberi dall'oppressione morbosa, accessibili a tutti i piaceri e immunizzati per lungo tempo a tutti i dolori, è veramente una felicità che non ha l'uguale. Se la melancolia è la più dolorosa delle malattie, la sua scomparsa è la più piacevole delle guarigioni.

Neanche il timore ragionevole d'una ricaduta può offuscare la letizia d'una situazione che dipende dall'attualità concreta del presente assai più che dalla rappresentazione astratta del futuro.

Quest'arcobaleno che succede all'uragano della melancolia acuta ha tutta l'impronta d'una reazione naturale alle condizioni precedenti di psichialgia e non rassomiglia per nulla all'esaltamento morboso che, nei circolari, segue più o meno regolarmente le crisi periodiche di melancolia. Ma, se il passaggio dalla tristezza all'allegria è troppo rapido, e se l'allegrezza si manifesta in modo poco pacifico ed esagerato, sarà da temersi che il disordine mentale assuma la forma d'una pazzia circolare.

La condizione fisio-patologica che sta in più intima unione con la melancolia è il rallentamento dei processi cerebrali. Questo rallentamento è dovuto, con molta probabilità, ad azioni inibitorie, che qualche volta producono l'inerzia assoluta per impotenza psichica.

Diagnosi differenziale. — La melancolia si distingue facilmente dagli episodî depressivi che accompagnano altre psicosi molto ricche di sintomi proprî, come l'*epilessia*, l'*isterismo*, la *paralisi progressiva*, la *paranoia*, l'*imbecillità*, la *demenza precoce*. I sintomi estranei al quadro che abbiamo già descritto, convulsioni, stigme isteriche, indebolimento mentale, delirio cronico antecedente allo stato depressivo, limitazione congenita dell'intelligenza, assurdità degli atti, e che si incontrano rispettivamente e senza fallo in ciascuna delle malattie summenzionate, sono troppo caratteristici per non suggerire subito la vera diagnosi. Ma oltre a ciò, è da notare che le crisi depressive degli epilettici, delle isteriche, dei paralitici, dei paranoici, degli imbecilli e dei dementi precoci non sono mai così protratte, nè così gravi, nè così lentamente graduali, nè così tipiche come quelle dei veri melancolici: per esempio, esse sono spesso esenti da insonnia.

Nell'epilessia e nell'isterismo gli accessi di tristezza sono improvvisi e scompariscono rapidamente. Nella paralisi progressiva la loro base è cenestetica, senza contenuto ideativo: se vi è un delirio, tradisce facilmente la vacuità o la decadenza intellettuale del malato: e la disperazione non assume mai quella forma altruistica che non di rado si nota nei

melancolici. Il melancolico attenta alla propria vita con un proposito d'espiazione, s'immola ad un ideale, pensa più agli altri che a sè o per lo meno all'onore, al benessere della famiglia, al proprio avvenire morale; invece il paralitico si abbandona ad un furore bestiale contro sè stesso, una parte ancor lucida del suo cervello insorge contro tutto il resto del corpo, che è invaso da un malessere crudele, gigantesco, superiore all'immaginazione, ma del tutto materiale, da una paura cieca, enorme, soprannaturale, da una disperazione istintiva e terribile perchè inaccessibile a qualsiasi idea correttrice: Guy de Maupassant, sul principio del processo paralitico, provò queste orribili angoscie e tentò d'uccidersi.

Anche tra gli imbecilli e tra i paranoici si osservano accessi di melancolia che per la loro frequenza dimostrano uno stretto legame con la costituzione psichica di questi anomali. Ma questi accessi sono di breve durata: quattro o cinque giorni, una settimana, un mese. Quanto agli accessi depressivi dei dementi precoci, essi sono interrotti, smentiti e sminuiti da atti di ilarità o di collera o d'ostentazione, che evidentemente passano i limiti della melancolia, anzi ripugnano alle norme inflessibili e severe della logica melancolica. Quando un infermo di mente, che per la sua tristezza sembrerebbe un melancolico, ride o sorride o commette un atto di puerilità, di spavalderia, di sconsideratezza, sia pure per un istante, vuol dire che è un ebefrenico.

Cura. — La cura dei melancolici dev'essere rivolta principalmente alla reintegrazione del sonno. Il cloralio, il sulfonal, il trional, la bromidia, l'edonal ed altri ipnotici, che si possono sostituire uno con l'altro di tanto in tanto, devono essere il rimedio d'ogni sera. Un ottimo rimedio è anche l'oppio, che si dà in tintura durante il giorno a dosi rifratte e progressive, cominciando con 10 goccie per arrivare fino a 100. Questo trattamento, purchè sia applicato con lentezza e con prudenza, attenua la psichialgia, la rende tollerabile, in certi momenti quasi inavvertibile, e forse contribuisce ad abbreviare la malattia. Bisogna accompagnare all'oppio l'uso di miocinetici intestinali, come la cascara sagrada o la podofillina, perchè i melancolici sono quasi sempre stitici per causa della psicosi di cui soffrono e delle abitudini che contraggono durante la malattia: ora, l'oppio aggrava l'inerzia dell'intestino ed è necessario controbilanciare quest'influenza, crescendo la misura dei miocinetici che del resto è bene somministrare in ogni modo. Il pericolo d'aumentare la stitichezza non deve trattenere dall'uso dell'oppio, che è utile egualmente. D'altra parte, indipendentemente da qualunque causa supplementare di stitichezza, anche questo disturbo va combattuto, perchè spesso aggrava lo stato depressivo sia per le impressioni disgustose che produce subiettivamente, sia per gli intoppi o le intossicazioni che può provocare

obiettivamente nel circolo intestinale, e sempre con l'effetto ultimo di esacerbare la depressione melancolica.

La somministrazione metodica e sminuzzata di farmachi, come pure un regime di vita spinto alla pedanteria persuadono il melancolico con l'eloquenza dei fatti ch'esso è sinceramente e accuratamente trattato come un infermo. Ora, questa persuasione, nel pessimismo sfiduciato della melancolia, diventa un conforto. Ogni melancolico preferisce credersi vittima d'una malattia, per quanto grave e misteriosa, anzichè bersaglio d'una fatalità maligna ed inafferrabile. La *permanenza a letto*, che oggi si prescrive ad una gran parte d'alienati acuti, è utile ai melancolici anche per questo, che sottolinea il loro stato di malattia.

Nel 1889 Brown-Séquard propose pei melancolici le iniezioni di succo testicolare; ma gli esperimenti furono poco incoraggianti. Si aveva un'eccitazione momentanea, a cui seguivano traccie durevoli d'intossicazione. Nelle forme irritabili di melancolia e quando vi siano segni di sovreccitazione fisica, è utile il bromuro di potassio ad alte dosi, per esempio di sei o sette grammi al giorno: mentre la cura eccitante dell'oppio si pratica in maniera moderata e continua, la cura sedativa del bromuro va applicata in modo energico e passeggero. Un ottimo sedativo sono anche i bagni caldi, e nel periodo della convalescenza i bagni freddi e brevi, le doccie, il lenzuolo bagnato purchè in modo non troppo violento.

I melancolici devono astenersi dal vino, dai liquori e dal caffè. Non è prudente, nè abbastanza razionale sottoporli al *gavage* alimentare; ma può giovare la cura del ferro, in quanto diminuisce gli effetti dell'anemia che, per quanto sia moderata, favorisce la depressione melancolica in qualche predisposto.

Di fronte a qualunque caso, sia pur mite, di melancolia si affaccia sempre anche un altro problema, quello del ricovero in sanatorî o in manicomî. Il problema ha un doppio aspetto: la sorveglianza del malato e la cura, specialmente morale. Spesso è indispensabile, per prevenire tentativi di suicidio, che il melancolico sia circondato da persone esperte, in numero sufficiente, infaticabili, non importune, non indiscrete e responsabili di ciò che accade, che non l'abbandonino, ma non l'opprimano, che lo incoraggino senz'irritarlo, che vigilino senza farsi scorgere; e questa vigilanza ideale non si può sempre raggiungere nelle famiglie. D'altra parte, indipendentemente dalla sicurezza del malato, la cura psichica della melancolia si avvantaggia assai dalle condizioni che si trovano nelle case di salute: l'ambiente monotono d'un sanatorio, il contatto con altri valetudinarî, la soggezione ad un regime organizzato ed impersonale, la separazione dalla famiglia e il desiderio di ritornarvi agiscono favo-

revolmente sull'animo dei melancolici. L'uniformità delle abitudini preserva dalle emozioni, semplifica il regime di vita e garantisce una specie di *dieta psichica*. I rapporti con altri infermi, specialmente con altri melancolici, ammoniscono il melancolico, che fra gente sana si trovava solo e incompreso, come esistano altri infelici che soffrono chi più, chi meno di lui, e lo richiamano alla realtà dolorosa, ma non disperata della sua posizione. La perdita momentanea dell'indipendenza sottrae il malato dallo spavento di dover agire, sbagliare, compromettersi, e lo culla nel riposo della passività. La lontananza dei parenti è una causa di dolore reale e ragionevole, ma che distrae il malato dalla contemplazione d'un dolore fantastico e morboso. Finalmente la possibilità di ritornare a casa è una prospettiva consolante, il cui fascino aumenta di mano in mano che si prolunga la privazione, e finisce per dare un argomento alle speranze, un obiettivo all'attività del malato. Il ritorno del melancolico alla propria casa deve avvenire senza ritardo appena comincia la convalescenza.

II. — Mania.

La mania è per eccellenza la psicosi dell'esaltamento. La sua sindrome tumultuosa fu spesso appaiata e contrapposta a quella della melancolia. Come nei melancolici, anche nei maniaci è scossa di preferenza l'affettività; ma in luogo d'un raccoglimento doloroso si ha un'espansione d'allegrezza e d'energia. La condotta è spensierata, violenta, ma non assurda; l'ideazione è agile ed abbondante; la percezione esatta e rapidissima. Questo quadro morboso non si delinea nettamente che nella forma di mania più lieve e sotto i nomi attenuati d'*ipomania*, *eccitamento maniaco*, *mania mitissima* (Schüle), *mania sine delirio*. Quanto ai casi più gravi, se per un'intonazione spiccata di fierezza e per certi lampi di massima lucidità ricordano l'impeto ed il fulgore dell'ipomania, essi se ne discostano non poco (e sembrano vicini all'amenza confusionale) per un disordine d'atti e di parole in cui non è sempre facile discernere il filo direttivo.

Il fenomeno comune a tutte le forme di mania, le gravi e le leggiere, e che ne rappresenta in certo modo la chiave fisiologica, è la sovreccitabilità corticale. In quanto è moderata e diffusa, la sovreccitabilità corticale si manifesta con una straordinaria scioltezza dei processi mentali, che inspira un senso di benessere opposto al malessere della melancolia; in quanto è uniforme e senza lacune, non altera profondamente i rapporti di solidarietà funzionale fra i varî territorî della corteccia, e perciò si traduce in una sovrattività psichica abbastanza ordinata e del tutto diversa dalla confusione in parte caotica, in parte lacunare dell'amenza.

SINTOMI.

Il quadro clinico dell'ipomania non può confondersi con alcun altro. Sulle prime le immagini più dozzinali ed abitualmente scolorite acquistano un'insolita vivacità. Processi associativi per solito latenti od inibiti si rendono attivi e facili, e i malati dimostrano una certa facondia ed argutezza, fanno giuochi di parole, si mettono temerariamente a parlare lingue o dialetti che appena conoscono, cantano romanze in società, filosofeggiano, si danno improvvisamente alla politica, al lusso, alla galanteria. L'attività cerebrale — nel pensiero, nella parola e nell'opera — si fa più intensa e più molteplice.



Fig. 107. — Ipomania.

Ma il maniaco, perlustrando molte strade collaterali, abbandona spesso la strada maestra, e così disperde una gran quantità di lavoro mentale che non è sufficientemente compensato da qualche associazione felice. Quest'esuberanza d'idee, di discorsi e di azioni, che rassomiglia al primo grado dell'ubbriachezza, finisce anzi per ingombrare ed impiccolire il campo dell'attività utile, ossia dei processi logici. Infatti le associazioni logiche si formano per mezzo d'un lavorìo sottile d'eliminazione e di scelta, che è la vera antitesi dell'*ideorrea maniaca*. L'uomo ragionevole deve astrarre da tutte le immagini interne che sono estranee all'ordine del ragionamento; respingere, non appena il ragionamento è cominciato, tutti gli eccitamenti nuovi che arrivano dal mondo esterno. Invece il maniaco, abbandonandosi alle impressioni avventizie, non è mai in grado di seguire a lungo una corrente d'idee prestabilita. Nella mania l'attenzione passiva vince l'attenzione attiva, e il malato è estremamente facile a lasciarsi distornare (Kraepelin). I suoi discorsi sono prolissi; le poche osservazioni spiritose sono guastate da un gran numero di *luoghi comuni*

o di sciocchezze proferite con prosopopea; le associazioni per assonanza verbale prevalgono su quelle per affinità logica. Salvo qualche momento fugace d'arguzia, la conversazione del maniaco è inconcludente e diventa presto insopportabile. Ma il malato non ha il tempo d'accorgersene; si compiace delle forze che estrinseca senz'alcuna fatica; ne attinge l'illusione d'esser cresciuto di valore; e da questa illusione trae motivo d'allegrezza e di petulanza.

B. C., signorina inglese: 29 anni, indipendente, colta, viaggia sola per l'Europa con la sua cameriera; e si trova da pochi mesi in Italia, da pochi giorni a Firenze. Conosce bene il francese e il tedesco, e in quattro settimane impara l'italiano. Frequenta famiglie inglesi e stringe relazioni amichevoli con artisti e medici italiani. Ma nell'isolamento del viaggio sente più vivamente certe contrarietà domestiche; si rammarica di non essere bella come le sorelle; soffre di cefalea e di qualche disturbo mestruale. Dopo breve periodo d'abbattimento (quattro giorni), a poco a poco si esalta ed entra in un vero accesso di mania con qualche tinta d'erotismo. Vuol darsi alla pittura, alla poesia, alla danza, alla declamazione, simultaneamente. Il suo contegno eccentrico e sfrenato attira l'attenzione generale, che l'ammalata scambia a torto per simpatia ed ammirazione. È impossibile lasciarla libera, e il ricovero al manicomio s'impone. Quest'avventura di viaggio non dispiace alla signorina, che è disposta all'ottimismo e che fra le mura della clinica psichiatrica non cessa di declamare, cantare, dipingere (male) e discutere (passabilmente) sopra soggetti politici, mondani e letterari. Ora benigna, ora altera, ma poco curante delle distinzioni sociali, fa amicizia cordiale con le altre malate, fra cui una giovinetta isterica, lucida, con stigme di infantilismo mixedematoso, una certa Natalina X. Passano dieci giorni dal suo ingresso trionfale alla clinica di Firenze, trenta dal principio dell'esaltamento; e l'ammalata, per volontà dei parenti, viene trasferita in un sanatorio privato di Parigi dove abita una sua sorella. Di là mi scrive, ed ecco la sua lettera, modello insuperabile di graforrea ipomaniaca.

« *Signor Professore Tanzi* »

« *23, Quai de Suresnes, Suresnes. Seine* »

« Lei deve pensare che la madonna dell'Arte ha dimenticato tutti i suoi amici che sono a Fiorenza e sopratutto coloro che hanno dimora nella casa giocosa (*la clinica*)! Ma non temere: la mia memoria è (grazia a Dio!) troppo buona per lasciare nell'oblio la bontà d'amici che hanno nome Tanzi, Lungarno (*per Lugaro*), Rigoletto (*per Righetti*), etc. etc. Gli altri, ad eccezione del dottor Foi, Leberwurst non sono presenti alla mia memoria per la buona ragione che non credo aver mai sentito dire il nome loro! » (*Leberwurst, salsiccia di fegato, è l'espressione d'un'indifferenza canzonatoria; ed equivale al fico secco degli Italiani*).

« Non ho molte cose da scrivere, la vita qui si passa placida, come fa l'Arno quando burrasche non vengono disturbare la placidità delle sue onde. Bene, ecco che io fo della poesia mediocre, ma giustamente qualcuno fa della musica, ed i miei piedi vogliono fare tic, tac come facevano nella sua clinica, caro professore! Ripensando a questi tempi mi pare d'essere stata come in un sogno. Qualche volta era abbastanza bello, ma

quando vedeva venire i dottori Lung'Arno e Rigoletto per farmi une piqûre de je ne sais quoi! allora addio bel sogno, ed ecco le « cauchemar! ». Bisogna dire a lei, signor professore, lei mi ha fatto molto soffrire con queste maledette piqûres! Io non so la parola italiana, e come non ho un dizionario, lei deve perdonare les fautes d'ortographe qui sèment le commencement et la fin de cette lettre. La vera ragione di queste righe è per avere *des nouvelles* della piccola NATALINA ch'io chiamava Stella o cinquecento. Poveretta, se Lei, caro dottore, poteva fare qualche cosa per questa mia piccola protégée, io sarò sempre piena di riconoscienza! Tante volte io penso ad ella, e se solamente l'aveva qui, sarò molto felice, e noi due saremo veri diavoletti, cantando insieme le belle canzoni italiane! Ho una vera nostalgia del bel paese dove il *sì* risuona, ed io prego ogni dì a Dio di lasciarmi rivedere questo paese benedetto da Lui, ma reso infelice dalla sciocchezza dei ministri che compongono il governamento!

Qui il sole si fa molto pregare, un giorno risplende, ed io mi fo un'idea d'essere a Firenze, ma non nella state, perchè il sole non ha il calore, invece sembra essere composto d'una soluzione molto indifferente! Ho qui molti amici ed una buona amica, una signora inglese che mi chiama sempre la sua figlia! I dottori tutti sono intelligentissimi, ed io fo bon menage avec eux. Sono così gentili questi dottori, ed io sono divenuta l'enfant gâtée della casa, non per merito mio, ma solamente che qui hanno preso tutti le mot di rendermi la vita felice, così felice che io desidero solamente la mia libertà! Addio, caro Professore, sperando di ricevere (forse) una lettera dandomi notizie di lei e di tutti gli amici che ho avuto il piacere di conoscere durante il mio soggiorno nella sua clinica, un po' contre mon gré, disons le sans rancune! Prego anche a lei di fare i miei complimenti alle due persone del mio viaggio, il dottore..... trois Etoiles (non conosco il suo nome, ma posso dire con verità che non era molto bello) e ad Elvira.

« Agréez, M. le Professeur, l'expression de mes sentiments distingués.

10 août 98

B. C.

Madonna dell'Arte!!

Questa stessa malata, tornata in libertà e perfettamente guarita, si ricorda ancora di Natalina e delle infermiere che l'hanno assistita, e nel mandare a loro qualche regalo mi scriveva da Nizza, questa volta in corretto francese: « Je suis ici depuis un an, heureuse, et en pensant aux jours de Florence je me demande si tout ce passé n'a pas été un cauchemar! Malheureusement ma memoire implacable me dit que non. »

La turbolenza del maniaco è complicata in causa dell'*insonnia*, ma quanto diversa dall'insonnia dolorosa che tormenta le notti del melancolico. Lo stato di sovrattività porta negli elementi nervosi del maniaco una tensione funzionale che non permette il riposo, come avviene agli studiosi dopo una nottata d'intensa applicazione, e perciò l'insonnia maniaca è quasi piacevole, e i malati se ne rallegrano come d'una superiorità; anzi qualche volta, per apparire più *intellettuali*, esagerano la propria resistenza al sonno e si vantano di non dormire affatto.

Per riempire le lunghe ore di veglia, essi immaginano imprese, affari, divertimenti in cui cercano di trascinare amici o conoscenti senz'accorgersi della propria indiscretezza. Il bisogno di agire e la confidenza in sè stessi li spinge a rendersi anche deliberatamente importuni e poco riguardosi per gli altri. Spesso il maniaco è petulante: non sa risparmiarsi un'insolenza, impegna discussioni senz'alcuna competenza, improvvisa requisitorie, va in collera per cose da nulla, minaccia d'inviare i suoi padrini.

Fin qui non si esce dai termini dell'ipomania. Ma se la sovrattività psichica diventa molto intensa, l'ipomania si trasforma in *mania*. L'armonia dei processi associativi si rompe, e i malati passano dalla semplice prolissità all'incoerenza, da un'eccessiva libertà degli atti al vero disordine ed alla *impulsività*. Non si tratta d'una dissociazione caotica come negli stati confusionali e particolarmente nell'amenza: l'attività associativa si afferma ancora energicamente, ma in modo parziale, frammentario, per serie brevi che s'incalzano incessantemente prima che il ragionamento o l'azione siano compiuti. In causa di questa dissociazione relativa il maniaco grave si dimostra ancora pronto e lucidissimo verso gli eccitamenti che si trovino per caso nel fôco della sua attenzione, ma apparisce già tardo od incosciente verso quelli, assai più numerosi, che ne sono un po' lontani.

Per la mancanza d'un programma meditatamente malizioso e per la loro accessibilità ad ogni sorta di distrazioni questi malati sono più docili di quel che sembra, e la sorveglianza non è difficile. Il maniaco si mostra in qualche momento imperioso ed esigente, ma in generale è di facile contentatura. Basta tenerlo d'occhio con istancabile assiduità, evitando d'inasprirlo con un'opposizione aperta o malaccorta. Spesso, durante un diverbio, il malato resta disarmato da un'espressione gioviale, da un richiamo gentile, ma energico alla sua lealtà. E poichè è violento, ma volubile e cavalleresco, passa dalle invettive all'effusione d'un'amicizia non meno improvvisata della sua collera.

Gli atti sono risoluti, volubili e disordinati come le parole. Il maniaco non rispetta nè orarî, nè convenienze, nè regolamenti: pranza nel cuor della notte, discorre con persone che non conosce, si presenta in modi indebiti alle autorità, viaggia all'impazzata, pretende di entrare nei teatri senza biglietto, è scomposto negli abiti, esce senza cravatta o senza cappello, arringa la folla dalla finestra, e qualche volta, al colmo della confusione, non riconosce più le persone, scambia i suoi famigliari per nemici, li rimprovera, li maltratta, li percuote, o crede di ravvisare vecchie conoscenze in estranei che interpella confidenzialmente (illusione *palingnostica*): è l'esemplare classico della pazzia com'è concepita nella tradizione popolare.

La ragione delle *illusioni*, talvolta così paradossali da parere vere allucinazioni, sta nella vivacità e nella precipitazione con cui i malati associano le impressioni esterne alle rappresentazioni preesistenti, il che li fa spesso incorrere in errori di giudizio e in contraddizioni di condotta. Sono frequenti le *illusioni visive*. Vi è anche un certo grado d'*iperacusia*, ma in luogo d'arricchire la coscienza dei malati, contribuisce a confonderla, perchè moltiplica le occasioni di giudizi sbagliati. Nascono a questo modo le illusioni verbali, per cui il maniaco si crede ingiuriato o canzonato o minacciato, e non esita a reagire. Ma di raro una stessa illusione si ripete, ancor più di raro si perpetua in un delirio sistematizzato, e *mancano* le vere allucinazioni che invece sono così caratteristiche nell'amenza.

Quando poi la mania arriva al colmo, i processi associativi soggiacciono ad una limitazione prolungata e rilevante della loro complessità e varietà, fino a cadere nell'*oligoideismo*. Ma siccome in pari tempo mantengono la loro morbosa vivacità, anzi raggiungono l'estremo limite dell'energia, così si traducono in atti gravi che, per essere il risultato di *ragionamenti incompleti*, sembrano del tutto irragionevoli e persino incoscienti. I malati si avventano all'improvviso e senza motivo contro le persone; apostrofano il padrone di casa o il direttore del manicomio; cantano, declamano a perdifiato, si emancipano da ogni vincolo o pregiudizio o rispetto umano. Le donne, per una specie di reazione alla loro timidezza d'obbligo, si fanno notare più degli uomini, spogliandosi in pubblico, facendo gli abiti a brandelli per adornarsene il capo e il seno in modo ridicolo o per improvvisare trofei sulle pareti, ammiccano con gli occhi ai passanti, si sciolgono i capelli, si spalmano il corpo d'orina, si offrono al primo venuto. I rapporti con l'ambiente sono talmente alterati, da dar luogo ad un disorientamento non inferiore a quello degli amenti, almeno negli effetti esterni.

All'infuori dei disordini affettivi e motorî, il quadro sintomatico della mania è molto povero. I processi d'innervazione che non hanno carattere transcorticale presentano alterazioni di mediocre importanza, che si possono in parte interpretare come una ripercussione indiretta della soprattività psichica.

La clonicità dell'attenzione esercita un'influenza assai evidente sulla sensibilità, specialmente dolorifica. I malati, per la loro disattenzione, sembrano colpiti da *analgesia;* ma se, per caso o ad arte, si trovino di fronte ad uno stimolo in istato d'*attenzione aspettante* (come può avvenire durante un esame clinico), dimostrano nel reagire una prontezza, un'intensità ed una precisione, da far meraviglia. Il maniaco rassomiglia al combattente che in rissa od in battaglia non sente nè il dolore,

nè il contatto dell'arma feritrice; e sfida i pericoli come se fosse invulnerabile. L'*anestesia del freddo* lo induce ad abusare di doccie che accrescono il suo esaltamento, a stare svestito, a dormire all'aria aperta. L'irregolarità delle sensazioni cenestetiche lo rende capriccioso nel mangiare e nel bere, e disposto, secondo i momenti, tanto all'astensione come all'abuso.

Una conseguenza ovvia della soprattività psichica è l'*ipermimia:* il maniaco ha la fisionomia mobile, le guancie accese, il gesto risoluto, lo sguardo penetrante. Qualche volta l'elevatore della palpebra superiore, teso oltre il tono normale, lascia scorgere sopra l'iride l'orlo bianco della sclerotica; e l'occhio acquista, secondo i casi, un'espressione erotica od iraconda. Vi sono faccie di maniaci raccapriccianti: ma un grado leggiero d'ipomania può anche trasfigurare ed abbellire un volto giovane che sia animato da un'ilarità moderata e da sentimenti benevoli.

Nella *voce* dei maniaci si notano i passaggi più accentuati dal piano al forte e da un tono all'altro; ma i malati diventano presto rochi. Sia poi perchè parlano, urlano e cantano continuamente, sia per una diretta irritazione delle glandule salivari (cerebrale), essi sputano senza discrezione; la loro saliva è più abbondante e più fluida che di consueto: *scialorrea.* Spesso i malati se ne fanno un'arma d'offesa od uno strumento di scherzi insolenti.

I maniaci, che guarendo si sforzano di ricapitolare i loro confusi e scarsi ricordi, pretendono qualche volta d'aver sofferto d'intensa *cefalea,* che sarebbe smentita dal loro contegno durante la malattia. È probabile che si tratti d'un'illusione retrospettiva, o ch'essi scambiino per una cefalea continua qualche dolore fugace, o che raffigurino nella compressione fisica del capo un oscuro ricordo della coercizione morale a cui li esponeva la confusione maniaca.

DECORSO E VARIETÀ

La mania incomincia quasi sempre e qualche volta termina con fenomeni passeggieri di *depressione.* Ma anche nel colmo del processo morboso, il quadro della mania, per quanto grave, non è tutto a tinte gaie o violente. Esso è interrotto da momenti di *lucidità* perfetta in cui i malati hanno la chiara visione del proprio stato e se ne affliggono. Si notano abbandoni e stanchezze che svaniscono all'improvviso, rari scoppi di pianto, che sembrano accompagnare l'ordine naturale delle idee, ma che forse si devono a stimoli centrali di natura organica. Durante questi accessi il malato perde la sua volubilità e non differisce in nulla dal

più classico dei melancolici; ma il ritorno all'ilarità maniaca è immancabile, rapido ed oltremodo accentuato. Si può arrivare per qualche giorno al più flagrante ravvicinamento con la malancolia, cioè fino ad una forma di *stupore maniaco* (Weygandt). Quest'apparente contraddizione si spiega con la sovreccitazione dei processi inibitori, e non fa che confermare il carattere fondamentale della mania, che non consiste tanto nell'ilarità o nella collera, quanto nella variabilità degli affetti e delle idee.

La mania decorre più sollecitamente della melancolia. Ad uno stadio prodromico di depressione seguono ordinariamente i sintomi dell'ipomania. Il periodo ipomaniaco può essere brevissimo. Un'esplosione improvvisa di furore grave senza prodromi ipomaniaci è possibile nell'*alcoolismo*, nell'*epilessia*, nell'*imbecillità*, ma non nei casi di mania genuina, che sono preannunziati almeno da qualche giornata di depressione o di esaltamento ilare e senza disordine. Quando la malattia si mantiene nei termini dell'esaltamento leggiero per tutta la sua durata, la guarigione si raggiunge in poche settimane. La mania assume, più spesso delle altre psicosi, la *forma remittente*.

Chi soffre di mania ha quasi sempre presentato o presenterà in avvenire altri accessi similari, che denotano l'esistenza d'una predisposizione personale. Si possono contare più di 60 accessi, naturalmente assai brevi, nella vita dello stesso individuo. Questi accessi, per la maniera improvvisa con cui insorgono senza prodromi depressivi, per la mancanza di grave disordine mentale e per la frequenza con cui assumono la forma mite d'ipomania (Rilcz), si possono fino ad un certo punto distinguere da quelli più tipici che sopravvengono gradualmente come malattie acute ed accidentali in personalità valide ed equilibrate. Per mia esperienza personale posso aggiungere che negli accessi di mania periodica spuntano non di raro spiccate tendenze al *delirio di querela*, sintomo che non si osserva nella mania semplice.

Non di raro gli accessi periodici di mania si alternano rigorosamente con accessi di melancolia, ciò che costituisce la *psicosi circolare* o a *doppia forma* o *alternante*. Ma, indipendentemente dalle forme circolari e dalle periodiche di sola mania con recidive frequenti e regolari, bisogna tener conto dei casi in cui la mania si ripete due o tre volte nella vita con lunghissimi intervalli. Questi casi sono qualche cosa d'intermedio fra la mania acuta con un accesso isolato e la mania periodica con ricadute a scadenza fissa.

L'esito ordinario della mania è la *guarigione*, salvo le recidive. È singolare che il maniaco guarito, simile in questo all'ubbriaco, non capisce quasi mai la gravità della psicosi da cui è uscito. Benchè rammenti gli atti commessi e le parole pronunciate, è in buona fede quando

se ne scagiona o ne diminuisce l'importanza: mancando nel corso della malattia le impressioni prolungate e spiacevoli, i ricordi sentimentali sono in aperto contrasto con le rimembranze schematiche dei fatti, e diventa difficile l'intera consapevolezza del passato.

Ma non sono eccezionali i casi di *mania cronica*. Si può anzi affermare che la mania tende alla cronicità più della melancolia, e che, diventando cronica, conserva meglio di essa i proprî caratteri tipici: loquacità ed agitazione, senza disorientamento.

La *morte* è rara ed avviene per malattie intercorrenti, pneumonite, enterite; o per cause indirette, per collasso, per lesioni traumatiche, per *embolie grasse* dei polmoni in seguito a vaste contusioni del tessuto cellulare sottocutaneo (Jolly).

La condizione probabile ed immediata dell'orgasmo maniaco è la presenza d'un agente morboso che irrita i centri corticali, svegliando le attività latenti ed esagerando le attività ordinarie. Quando l'agente morboso è più intenso, si può ritenere che, pur conservando l'influenza eccitatrice sopra certi processi, acquisti un'azione paralizzante sopra altri, e che così abbiano origine la scarsezza d'idee ed il disordine proprio della mania gravissima. Le crisi di pianto, di collera, di stupore passivo, che di raro mancano interamente nel decorso della mania, per quanto siano effimere, indicano a loro volta un esaurimento parziale. Questa tendenza agli esaurimenti, per lo più circoscritti e momentanei, lungi dal contraddire, non fa che confermare la sovreccitazione generale che sta a base della mania.

Che dietro alla sovreccitazione della corteccia cerebrale si debba scorgere una lesione costante e caratteristica, p. es. un'iperemia del cervello o delle meningi, non è punto provato. Il reperto anatomo-patologico d'iperemia, benchè s'incontri frequentemente nella letteratura psichiatrica, non è per lo più che l'espressione d'un preconcetto; lo stesso preconcetto ha fatto ravvisare l'anemia cerebrale nelle autopsie dei melancolici. Ma esami più accurati e più recenti hanno potuto accertare che nel corso della melancolia non è infrequente l'aumento dei globuli rossi (Loveland); ed è notorio che molti maniaci soffrono d'anemia.

Tra queste due malattie l'antagonismo dei sintomi non corrisponde ad un antagonismo dimostrato delle cause. È anzi probabile che la causa di entrambe sia una sola e che consista in un disturbo del ricambio organico. Il grado di questa alterazione chimica, combinato con la diatesi personale, determinerebbe il grado della psicopatia e la natura della sua reazione clinica piuttosto nel senso della mania o in quello della melancolia. Nella mania prevale quasi sempre il fattore endogeno; nella melancolia è spesso visibile e massima l'azione del fattore esogeno. In

ogni modo, uno dei due fattori può ridursi al minimo. L'intensità dell'agente tossico può variare anche nel corso della malattia, producendo i noti episodi di depressione nella mania e d'agitazione nella melancolia. La diatesi personale, a sua volta, non è necessariamente immutabile, ma spesso va incontro ad oscillazioni nella sua misura, ed arriva, per riguardo alla qualità od al *segno*, fino alla totale inversione. Così si spiega come un avvenimento o uno sconcerto di lieve importanza possa riescire intollerabile a chi ha superato con indifferenza un avvenimento o uno sconcerto più grave; e come persino, di fronte ad un'analoga situazione patologica, si produca nello stesso individuo una volta la reazione maniaca ed un'altra volta la reazione depressiva.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

L'individualità clinica della mania venne posta in dubbio da varî punti di vista. Stretta fra la demenza precoce, che assorbe gli accessi isolati di mania, e la psicosi mista o maniaco depressiva, che ne assorbe gli accessi ripetuti, la mania come forma a sè svanisce nel nulla. Ma vi è di peggio: la mania venne scambiata anche con l'amenza, e vi sono alienisti che, almeno in pratica, non riconoscono in essa se non una varietà di *amenza violenta*.

Questa interpretazione è erronea: basta ricordare la sindrome dell'ipomania e la precedenza di sintomi ipomaniaci in ogni processo di mania grave, per dare la dovuta importanza alla distinzione clinica tra mania ed amenza. La mania s'inizia e talvolta persiste con una lucidezza che è addirittura il contrario della confusione amenziale. Infatti, come si è veduto, la confusione dell'amente è l'effetto di allucinazioni asistematiche e di lacune improvvise che provengono da irritazioni interne ed incongrue: perciò l'amente è disorientato. Invece il disordine del maniaco agitato è il prodotto d'impressioni troppo vive, rapide, numerose e cozzanti, ma abbastanza esatte: e il maniaco non è disorientato. Nell'amente si ha un eccesso d'attività interiore, di sensazioni erronee, d'impulsi ciechi, di pensieri slegati, ed un'immensa povertà di percezioni esterne, per cui l'infermo è separato dal mondo e tutto assorbito in sè stesso. Nel maniaco vi è un'accessibilità illimitata verso le impressioni esterne e il contatto con la realtà è tutt'altro che perduto; ma l'affollamento degli stimoli rende difficile la loro utilizzazione. L'antitesi è evidente: le sensazioni prodotte da irritazioni centrali (allucinazioni) e quelle d'origine cenestetica (specialmente se false), che predominano nell'amenza, sono elementi di disordine, sia per sè stesse, sia perchè chiudono il varco ai processi

d'attività normale o ne alterano la serie; invece le immagini specifiche della vista, dell'udito e degli altri sensi, che non restano impedite, ma anzi piuttosto agevolate dal processo della mania, sono elementi d'ordine, perchè corrispondono alla realtà obiettiva, e la loro utilità non viene mai a cessare completamente se anche accade che, per esuberanza di numero e per insufficienza di selezione, una gran parte di esse passi senza traccia o disturbi l'attività interiore.

Gli episodî di esaltamento ricorrono frequentemente anche nella paralisi progressiva, di cui talvolta rappresentano l'esordio clamoroso e caratteristico. Ma l'esaltamento dei paralitici, oltre a rivelare la propria origine per la presenza di complicazioni motorie, non brilla nè per ricchezza d'idee, nè per coerenza d'azioni; anzi è inspirato ad una fatuità che è la negazione della vera mania.

Egualmente facile è la distinzione tra la mania e gli accessi d'esaltamento che sopravvengono negli epilettici come equivalente o come prodromo o come conseguenza della crisi convulsiva. L'esaltamento degli epilettici sovrabbonda talvolta d'impeto e d'incoerenza, ma è privo di brio e di gaiezza. Più simili agli accessi di mania sono quelli che si osservano nell'isterismo, e non è sempre possibile di scorgervi una differenza. Le isteriche non vanno del resto esenti da accessi acuti ed isolati di vera ipomania o di vera mania; tutt'al più, questi accessi, in quanto sono favoriti dall'isterismo, insorgono improvvisamente; e in quanto sono emancipati almeno in parte dalle cause comuni di mania, si dileguano più rapidamente che per l'ordinario. Naturalmente l'esaltamento maniaco che si presenta in qualche caso particolare d'isterismo non va confuso con le crisi passionali che seguono le convulsioni e che appartengono alla serie caratteristica dei fenomeni isterici.

Gl'imbecilli e i paranoici vanno soggetti a loro volta ad accessi piuttosto effimeri d'esaltamento che non nascondono la limitazione o la deviazione fondamentale dell'intelligenza, e che quindi si possono diagnosticare facilmente per quel che sono, cioè per semplici complicazioni d'una psicosi o di un'anomalia costituzionale.

Ma i malati più esposti a scoppî di furore che somigliano a quelli della mania sono i dementi precoci. Se questi scoppî d'agitazione insorgono tardi, mentre la malattia è già in corso, l'anamnesi rende assai ovvia la diagnosi. Ma se sono essi che aprono la scena della malattia, la distinzione non è sempre facile: in ogni modo l'assenza di logica negli atti, un'apparenza d'ostentazione, la brevità dell'accesso, la mancanza d'amor proprio, che caratterizzano la demenza precoce e ne accompagnano tutte le manifestazioni, anche le più iniziali, potranno indicare che quell'episodio d'agitazione non è un caso di mania schietta. Quanto all'ipomania,

che è un esaltamento spiritoso, leggiero e produttivo, essa non si riscontra mai nella demenza precoce.

Se si tien conto di questi casi spurî, che non sono di mania, e se si aggiunge che nei vecchi manicomî la sindrome maniaca era troppo spesso un prodotto artificiale della coercizione inconsulta, non farà meraviglia la scarsezza dei veri maniaci nei manicomî moderni. Il loro numero è così piccolo, che fra mille ricoverati si stenta a trovarne più di dieci ; e talvolta, per dimostrare ad una scolaresca il quadro dell'esaltamento maniaco, bisogna ricorrere ai casi periodici, perchè mancano i casi vergini di probabile mania acuta. È certo che l'antica psichiatria abusó di questa diagnosi, applicandola ad amenti, a paralitici, a circolari ed a periodici, senza dare la dovuta importanza nè alla diversità dei sintomi, nè alla diversità delle cause : oggi la mania passa più giustamente per una malattia rara.

La *cura* della mania è puramente sintomatica. Quando l'agitazione è assai intensa, giovano i bagni caldi di tutto il corpo con vescica di ghiaccio al capo o doccia frontale, ma la durata del bagno deve prolungarsi a tre quarti d'ora, un'ora e fin due o tre ore, e la temperatura dell'acqua deve mantenersi fra 39° C. e 37° C. Quest'applicazione idroterapica è costosa e faticosa, perchè i maniaci debbono essere sorvegliati durante il bagno da almeno due infermieri. Nei manicomî pubblici non è mai possibile largheggiare così nell'assistenza dei malati, tanto più che il bagno caldo e prolungato non si prescrive ai soli maniaci, ma anche ai paralitici in agitazione e ad altre specie di psicopatici sovreccitati. Per surrogare l'azione sedativa del bagno caldo si adopera la iosciamina, specialmente sotto forma di bromidrato, e la duboisina, ma meglio ancora la ioscina. Queste sostanze agiscono rapidamente e profondamente quando sono propinate per iniezione ipodermica, mentre riescono inefficaci o d'azione incerta quando siano date per bocca, ancorchè in dose doppia o tripla, p. es. a 5 milligr. L'effetto dell'iosciamina, dell'ioscina e della duboisina, che sono potenti midriatici, si può misurare anche dal contegno della pupilla. I maniaci si avvantaggiano molto dall'isolamento e dalla mancanza di coercizioni inutili. La presenza di molte persone, la moltiplicazione delle impressioni, gli ammonimenti inopportuni, la repressione violenta inaspriscono questi malati ed aggravano il loro disordine mentale.

III. — Melancolia periodica.

Fra le melancolie periodiche si devono annoverare i casi classici e spesso ereditarî in cui un accesso sempre identico di depressione mentale si ripete molte volte a breve intervallo, rivelando con certezza l'esistenza d'una predisposizione costituzionale. A questi casi classici è utile aggiungere in coda quei casi ambigui, ma ben più numerosi, in cui la scarsezza degli accessi, la lunghezza quasi indefinita dell'intervallo lucido e l'azione evidente di gravi cause esterne od anche una circostanza assai più semplice, cioè lo scoppio immediato della melancolia dopo un avvenimento doloroso, rendono discutibile, per non dire inverosimile, la diatesi melancolica e lasciano pensare al concorso d'un fattore extra-costituzionale che per un'accidentalità può anche rinnovarsi una o più volte, ma che in ogni modo permette una prognosi abbastanza fausta per l'avvenire.

Questi casi incerti, che formano la maggioranza delle melancolie e tra cui vanno provvisoriamente computate tutte le melancolie iniziali, starebbero bene accanto alle forme acute, ma si possono immaginare come una folla di ombre indecise nascoste dietro alle due figure scultorie e tra loro lontane del melancolico acuto e del melancolico costituzionale. Dipenderà dagli eventi e dalla forza attiva d'una diatesi invisibile e non costante se quelle ombre si allineeranno dietro alla figura del melancolico acuto o dietro a quella del periodico, diventando corpi col tempo. Perciò la melancolia recidivante e la melancolia appena incominciata si possono considerare a volontà, sia dal punto di vista della melancolia acuta, sia da quello della melancolia costituzionale, secondo la soluzione che si ha di mira nell'avvenire. Questa soluzione è una semplice congettura, che per la psichiatria antica era generalmente orientata verso l'ottimismo, per Kraepelin verso il pessimismo e nel senso d'una predisposizione costante.

Infatti le differenze tra la melancolia periodica e l'acuta non sono molto facili ad afferrarsi *a priori*. La più importante è la durata dell'accesso, che nelle forme periodiche è molto abbreviata e spesso non oltrepassa i due mesi. Un'altra differenza sta nella rapidità con cui gli accessi si dileguano. All'infuori di queste sfumature, le due forme di melancolia presentano lo stesso insieme di sintomi attuali e non differiscono che nel decorso.

Qualche volta la melancolia periodica si riaccende ad ogni gravidanza, ad ogni puerperio od allattamento, ad ogni decesso che venga ad affliggere la famiglia dell'ammalato o dell'ammalata. Più spesso manca ogni

indizio d'una causa occasionale. Alcuni individui cadono periodicamente in melancolia tutti gl'inverni; peraltro è ben difficile che la norma cronologica degli accessi non si alteri a lungo andare. Anche la melancolia periodica può guarire: talvolta l'età porta nell'organismo nuove condizioni che distruggono o neutralizzano la predisposizione melancolica; talvolta rende continua una melancolia intermittente. In questo caso la depressione affettiva si attenua e i delirî ipocondriaco, persecutorio, micromaniaco prendonó il sopravvento. Ciò avviene specialmente nelle forme di demenza presenile, che KRAEPELIN mantiene distinte dall'arteriosclerosi sotto il nome di *melancolia involutiva* (la sola forma, per lui, di melancolia genuina). Noi parlammo di questi delirî depressivi occupandoci delle cerebropatie degli adulti, perchè ci sembra che non sia abbastanza fondata la loro separazione dalle forme di senilità anticipata.

Non solo l'intervallo dei ricorsi melancolici, ma anche il contenuto del disturbo affettivo può col tempo mutare: la melancolia si trasforma, cede il posto ad uno od a pochi accessi maniaci, dopo i quali può aversi ancora un ritorno di accessi melancolici. In altri casi, dopo una serie di accessi puramente melancolici, può manifestarsi una forma classica di pazzia circolare con alternative regolari.

La melancolia periodica non è sempre una malattia grave. Alcuni di questi malati, benchè soffrano molto, sanno nascondere la natura psicopatica delle loro sofferenze, accusando disturbi d'altro genere che sanno benissimo di non avere, come un vizio al cuore, disordini digestivi, cefalea; e intanto seguitano ad occuparsi, benchè con diminuita energia, dei loro affari, piegandoli senza danno a queste oscillazioni d'attività. Nelle donne l'accesso periodico di melancolia è quasi sempre accompagnato da amenorrea.

La *cura* non è diversa da quella che si pratica nella melancolia acuta. BURKHARD iniettava stricnina non appena s'accorgeva che il polso era fiacco e poteva dedurne l'imminenza d'un accesso.

IV. — Mania periodica.

La mania periodica è più frequente, più caratteristica e più grave della melancolia periodica. Vale a dire che la mania in genere è una malattia più costituzionale della melancolia. Per essa non si può invocare nè l'azione di sventure immeritate, nè una squisitezza affettiva che fino ad un certo punto sarebbe un segno di perfezione. Il maniaco, anche allo stadio euforico dell'ipomania, è sempre assai meno ragionevole del melancolico, e i suoi atti morbosi non hanno quel rapporto strettamente logico

con gli avvenimenti che si osservano nella melancolia semplice. Secondo Pilcz vi sono psicosi periodiche e specialmente *manie periodiche* che dipendono da *cicatrici cerebrali* e che compaiono in tarda età; naturalmente, fra queste forme tardive, predominano le post-apoplettiche. Quando la mania periodica tien dietro, nella vecchiaia, ad un'apoplessia del cervello, anche gli arti paretici sono in balìa di movimenti involontarî che formano con l'accesso psicopatico uno stesso quadro (Neisser). L'accesso periodico di mania post-apoplettica è attribuito a stati congestizî del cervello irritato dalla presenza della cicatrice.

Non sono infrequenti i casi di mania periodica con accessi che si rinnovano per tutta la vita. Al manicomio di Firenze si ricorda un impiegato in pensione che fu accolto per mania 18 volte, ed un sensale le cui ammissioni sommarono a 62. In questi due malati gl'intervalli erano naturalmente brevissimi, ma tutti, anche gli ultimi, contrassegnati dalla più completa lucidità. Una signora, che si trova tuttora al manicomio, non presenta più che intervalli brevissimi di lucidezza; a stento questi intervalli arrivano ad una settimana di durata, ma pure l'equilibrio affettivo, l'assennatezza dei giudizî, la compostezza del contegno nel corso di quelle brevi tregue non lasciano nulla a desiderare.

I quadri della mania periodica sono più svariati che non quelli della melancolia periodica. Talvolta assumono il carattere dell'*agitazione furiosa*. Spesso si manifestano nella forma d'un *pervertimento morale* con accessi di *dipsomania*, di *ninfomania*, di *cleptomania*, di *querelomania*. In certi malati il turbine della mania periodica, in luogo di sconvolgere la sola affettività o i sentimenti morali, perverte transitoriamente l'intelligenza. Si hanno *deliri paranoidi* in forma intermittente, invenzioni fantastiche, atti di proselitismo politico e di misticismo religioso. Di tratto in tratto, col concorso dell'accesso maniaco, si sveglia una predisposizione alla paranoia che negl'intervalli era latente. Così il maniaco periodico si allontana dalla bonarietà e dalla penetrazione intellettuale che così spesso caratterizza il maniaco acuto, malgrado la sua agitazione.

Certi spiriti inquieti, battaglieri, ma incostanti nei loro disegni e pronti alle resipiscenze improvvise, alle espiazioni solenni, alle apostasie clamorose e ripetute, non sono altro che malati di mania periodica in grado lieve. È probabile che appartenesse a questa categoria di psicopatici il giureconsulto italiano Pietro Sbarbaro, famoso pe' suoi libelli e per le sue ritrattazioni più che per le sue opere.

Si citano casi di mania periodica in cui gli accessi sono preannunziati da una specie d'aura: disturbi vaso-motorî, palpitazione di cuore, vertigini, nevralgie, insonnia, cefalea, irritabilità, inappetenza. Al termine dell'accesso manca l'abbattimento che chiude il quadro della mania acuta.

La mania periodica non è assolutamente inguaribile, nè insuscettibile di miglioramento; ma per lo più la gravità e la durata degli accessi vanno aumentando col tempo. Come la melancolia periodica, essa è una psicosi propria dell'età matura e comincia dopo i trent'anni.

La mania periodica non ha nulla di comune con l'epilessia e può degenerare, dopo una serie d'accessi similari, in una forma mista di psicosi maniaco-depressiva od anche di pazzia circolare a tipo classico. Questa metamorfosi non è frequente, e il caso più ordinario è che la mania periodica conservi il proprio carattere indefinitamente, salvo a peggiorare lentamente per riguardo all'intensità ed alla persistenza dei sintomi.

La *cura* preventiva non ha un gran potere su questa psicosi, e del resto non è facile esperimentarne gli effetti. In tempi antichi si usava il salasso. Quando la malattia è in atto, si adoperano con vantaggio gli stessi mezzi curativi che furono indicati per la mania acuta.

V. — Pazzia circolare.

Questa malattia mentale è ben conosciuta da mezzo secolo per opera di Baillarger, che la isolò nel 1854 col nome di *pazzia a doppia forma*, di Falret, che la descrisse contemporaneamente chiamandola *pazzia circolare*, e di Legrand du Saulle che la illustrò a sua volta come *pazzia alterna*. Ma il passaggio dalla melancolia alla mania era stato intravisto e chiaramente indicato molti anni prima da Morgagni: « melancholiae autem mania in tantum affinis est, ut si affectus saepe vices commutant et alterunter in alterum transeat; quin saepius dubitantes medicos videas hinc taciturnitate et metu, hinc loquacitate et audacia in eodem aegro, subinde alternatis, melancholicum an maniacum pronuncient ».

Se si prescinde dai casi con decorso irregolare e poco distinto, gli esempi di vera pazzia circolare sono poco numerosi; ma non vi è alienista che non ne abbia avuto sott'occhio qualcuno e che non vi abbia riscontrato in abbondanza le impronte indiscutibili d'una malattia fra le più tipiche ed interessanti. La fatalità del ritmo con cui l'esaltamento si alterna alla depressione, l'antitesi stridente ed improvvisa tra queste due fasi della malattia, la costanza della loro durata fanno della pazzia circolare la più grande singolarità della psichiatria. I circolari hanno due personalità, due caratteri, due maniere di vivere e d'intendere la vita, che stanno in perfetto contrasto. Persino il loro aspetto si trasforma in maniera irriconoscibile (fig. 108 e 109). Il profondo e periodico voltafaccia del loro umore, della loro indole, della loro condotta è troppo protratto, troppo indipendente dagli avvenimenti, troppo fatale per

essere confuso con le oscillazioni affettive degli spiriti volubili e passionali. Nessuno potrebbe disconoscere l'origine morbosa di queste crisi a doppia forma, anche se esse non raggiungono i più alti gradi del furore maniaco e della disperazione melancolica; ed è facile ravvisarne la base costituzionale anche nei casi leggieri, che si allontanano appena dalla normalità e che sono i più numerosi. Talvolta il Giano bifronte della pazzia circolare è nettamente scolpito in uno de' suoi aspetti, ed è appena accennato nell'altro; ma la subitaneità del passaggio e la costanza dei sintomi depressivi od esaltativi, per quanto ridotti, durante l'intero periodo della depressione o dell'esaltamento, non lasciano alcun dubbio sul genere della malattia.



Fig. 108. — Pazzia circolare: fase melancolica (la stessa malata della fig. 109).

La pazzia circolare può decorrere in tre modi differenti:

1.° Qualche volta le alternative di melancolia e di mania si seguono *senza interruzione*, e i malati sono sempre pazzi.

2.° Altre volte, al termine d'un ciclo completo, s'intercala un *lucido intervallo* più o meno lungo e regolare, durante il quale la malattia resta sospesa; per lo meno è certo che tutti i suoi sintomi, dal primo all'ultimo, si rendono latenti.

3.° Finalmente, ed è l'eventualità più rara, il lucido intervallo può presentarsi non al termine d'un ciclo completo, ma al risolversi d'*ogni singola fase*.



Fig. 109. — Pazzia circolare: fase maniaca.

Il ritmo con cui si seguono le due fasi opposte è spesso piuttosto affret-

tato: brevi melancolie si avvicendano con brevi manie, e la durata del doppio accesso non oltrepassa i quattro o cinque mesi. Talvolta i due accessi si svolgono ciascuno in due o tre settimane e non si protraggono quasi mai per un anno o più, come avviene nella mania acuta e più specialmente nella melancolia. Il periodo melancolico tende a durare più lungamente del maniaco.

La regolarità delle alternative può assumere una precisione singolare. Un'idiota ventinovenne va soggetta da oltre sei anni ad accessi di depressione e di eccitamento che si dànno il cambio nel breve periodo di 48 ore, durando un giorno per ciascuno. Nella giornata dell'esaltamento l'ammalata salta, corre, gesticola, vocifera, canta, tenta di togliersi le vesti in preda ad un'agitazione continua, intensa, irresistibile, benchè senz'alcuna aggressività. Nella giornata di depressione sta accoccolata, sonnolenta, con l'aria triste, e rifiuta il cibo. Qualche volta ciascuno dei due periodi si raddoppia e dura due giorni, ma senza che resti alterato il tipo dei loro rapporti reciproci.

La pazzia alternante è una malattia troppo evidentemente costituzionale, perchè vi sia bisogno di dirlo; ma non è superfluo ricordare che essa è molto sovente ereditaria, talvolta familiare, ed io conosco un esempio di simili alternative in due gemelli. Quanto alla sua patogenesi, Meynert ha tentato di ricondurla all'innervazione dei vasi cerebrali che da uno stato spastico con anemia e melancolia passerebbero per reazione ad uno stato paretico con iperemia e mania. Ora è incerto se questo schema corrisponde veramente e costantemente, nelle due fasi contrarie che lo compongono, alle condizioni del circolo sanguigno nel melancolico e nel maniaco; ma se pure la corrispondenza vi fosse, nulla dimostra ancora ch'essa sia un fatto primitivo. Tutto induce anzi a credere che fenomeni così grossolani come quelli della circolazione cerebrale non siano la causa, ma piuttosto l'effetto dell'inerzia melancolica e dell'agitazione maniaca. E infatti, data l'enorme diversità del contegno tra il melancolico e il maniaco, è naturale che tutte le funzioni dell'organismo, e specialmente quelle che sono dominate in modo più stretto dal sistema nervoso, debbano intonare la loro attività sopra un diapason del tutto diverso a seconda che il malato si trova nell'una o nell'altra fase della pazzia circolare per ragioni d'ordine correlativo. Il respiro, il polso, il grado globulimetrico, i movimenti riflessi, la tensione dei bulbi oculari, il tempo latente di reazione, tutto ciò che è suscettibile di numerazione e di misura non fa che confermare la solidarietà dell'organismo con lo stato d'animo e del cervello.

C. B., avvocato in una piccola città della Toscana, 65 anni, celibe, di povera origine, seppe con lo studio e l'ingegno salire in fama di abile

professionista, realizzando discreti guadagni. Sua madre fu pazza per molti anni. Nel 1870 *primo accesso* di mania: il malato si trovava, durante l'estate, a Bologna per affari, quando cominciò a spendere, a gozzovigliare, a importunare la gente, chiacchierando con tutti, discutendo, offendendo chi lo contraddiceva, mostrandosi petulante ed aggressivo. Fu internato nel manicomio della città, dove rimase fin verso l'autunno. Tornato a casa, il suo animo era completamente mutato: si diceva screditato, rovinato, vuoto d'idee, incapace di riprendere le sue occupazioni, era oppresso dalla tristezza e dalla vergogna, parlava poehissimo ed attentava alla propria vita. Si dovette rinchiuderlo nel manicomio di Firenze, in istato di vera melancolia. Restò a Firenze dal 12 dicembre 1870 al 19 febbraio 1871, passando repentinamente in pochi giorni dallo stato di melancolia a quello di mania agitata (2.° aceesso), ma uscendo guarito. Appena uscito, si rimise con fortuna e slaneio all'esercizio della propria professione. Ma nell'estate subentrò il 2.° accesso di melancolia con pianto, disperazione e propositi di suicidio. Era in piena melancolia, quando il 19 novembre del 1871, verso le 10 del mattino, dopo aver preso della canfora, cominciò ad eccitarsi, ad apostrofare il pubblico, a picchiare quanti esitavano ad approvarlo o tardavano a rispondergli; ma in un momento di calma mostrava d'aver così ben compreso la situazione, da chiederc spontaneamente e senz'alcuna ostentazione d'essere condotto al manicomio, come infatti avvenne. Le sue ammissioni al manicomio si ripeterono dal 1870 al 1902 per undici volte:

1.ª	Ammissione:	12	dicembre	1870	— 19	febbraio	1871
2.ª	»	20	novembre	1871	— 6	dicembre	1872
3.ª	»	12	dicembre	1876	— 15	febbraio	1877
4.ª	»	15	luglio	1877	— 19	settembre	1877
5.ª	»	21	dicembre	1877	— 14	giugno	1878
6.ª	»	31	agosto	1882	— 19	febbraio	1883
7.ª	»	14	novembre	1884	— 23	febbraio	1885
8.ª	»	30	giugno	1886	— 5	gennaio	1887
9.ª	»	13	agosto	1891	— 10	marzo	1892
10.ª	»	15	settembre	1894	— 8	agosto	1895
11.ª	»	10	febbraio	1903	— 15	dicembre	1903

In questo ammalato gli accessi di melancolia c quelli di mania si sono sempre alternati piuttosto regolarmente, e al doppio periodo di pazzia seguiva un intervallo di lucidezza abbastanza lungo. Durante lo stato depressivo l'infermo era trattabile, ma apatico, e non aveva bisogno d'entrare al manicomio. Durante la fase dell'esaltamento si faceva spendereccio, intraprendente, litigioso, ma sulle prime senza perdere la sua lucidezza, nè la considerazione dei suoi clienti, che venivano al manicomio per eonsultarlo; in seguito andava esaltandosi fino al parossismo, avanzava proteste ed accuse contro ehi lo aveva privato della libertà, urlava, declamava, percoteva, inventava ogni sorta di scherzi ingegnosi e crudeli. Una notte, dopo aver legato ad una fune una seggiola lasciata nel giardino, si divertiva a tirare nascostamente la fune stando a letto, in modo da svegliare gli altri ammalati e da gettar l'allarme fra gli infermieri. Una volta, essendo ancora al principio dell'aceesso maniaco e libero di sè stesso, convitò a banchetto tutti gli amici, ma al momento di mettersi a tavola l'anfitrione si era rifugiato di proprio impulso fra le mura del manicomio. Nel periodo dell'esaltamento il malato scriveva brindisi, satire, odi in versi sonori, enfatici e perfettamente eorretti,

ma vacui e noiosi; passava le notti in bagordi o in lunghe gite senza scopo; si dava ad intraprese industriali ed edilizie ed aveva riunito una quantità non indifferente di materiali, che poi fu costretto a rivendere per vil prezzo; e nella sua agitazione rasentava sempre da un lato il delirio dei querelanti, dall'altro la pazzia morale.

M. M., maritata, è una donna alta, bella, di mente svegliata, di carattere energico. Si sposò a 26 anni con un giovane di 30, impiegato; e dal 1882 al 1889 ebbe tre figli, tutti sani e normali. Questo fu il vero periodo della felicità per lei e per la sua famiglia, tra cui regnava il miglior accordo. Al terzo puerperio, dopo due mesi di sforzi ostinati per allattare l'ultimogenita, la signora M.... fu colpita da forte abbattimento: bisognò ricorrere ad una balia e l'ammalata fu ricondotta presso sua madre al paese nativo. Si era dichiarata una melancolia franca con insonnia, tristezza, pessimismo, abbandono completo d'ogni iniziativa volontaria, taciturnità ed immobilità. In capo a tre mesi mutamento di scena il più completo: l'ammalata, che non aveva mai scritto un rigo al marito, comincia a perseguitarlo con lunghe lettere piene di pretese, di lamenti, di progetti. Dice d'essere maltrattata dalla madre e dalle sorelle, di cui è ospite, ed un bel giorno fugge con pochi denari a Firenze, dove viene a sorprendere il marito ed i figli. Grande fu la loro meraviglia nel vederla così diversa de quando era partita: florida, brillante, vestita con insolito lusso, profumata. Era appena tornata, che si mise a comperare tappeti, fiori, biancheria e persino un triciclo che non era in armonia col bilancio della famiglia. Presto il marito venne in chiaro che l'ammalata aveva parecchi conti da saldare con fornitori che cominciavano a mormorare, e ch'essa aveva acceso qualche debito con suoi colleghi d'ufficio, cosa che lasciava campo a commenti maligni. Ogni ammonimento era preso in mala parte: l'inferma strillava, si rifugiava presso qualche amica, diceva d'essere tiranneggiata, maltrattata, privata del necessario. Insultava anche le amiche, se prendevano la difesa del marito o cercavano di calmarla. Le sorelle e la madre dell'ammalata, accorse per verificare il peggioramento, s'erano convinte che si trattasse d'un pervertimento del carattere, non già di malattia, per invasione diabolica e proponevano la confessione, l'esorcismo e gli altri riti o sortilegi del repertorio cattolico. Intanto l'ammalata voleva imporsi a tutti, licenziava ogni poco la domestica, la incolpava di sottrazioni che credeva avvenute in casa e che erano addebitabili al suo disordine. Ma non fu presa alcuna risoluzione, le cose si appianarono, tornò da balia la neonata, e le cure della maternità assorbirono tutta l'attenzione della malata, che gradatamente passò in uno stato di calma dolcissima e parve guarita.

Nel 1894, verso il mese di dicembre, la signora M.... diede alla luce una bambina che visse 12 giorni. La morte della bambina produsse in lei un nuovo abbattimento che durò otto mesi, ma non fu seguìto da esaltazione. Nel 1897-98 si ebbe un terzo lungo periodo di depressione con tutti i sintomi della melancolia. Il marito era occupato in luoghi lontani per affari, i figli erano stati affidati ad altri parenti, e l'ammalata era assistita da una sorella. Quando il marito tornò in famiglia, dopo un'assenza di quattro mesi, in luogo di trovare l'inferma come l'aveva lasciata, cioè triste, deperita, sfiduciata, umile, notò la stessa trasformazione a vista che era accaduta nel 1890. Sua moglie era d'aspetto fiorente, attiva, loquace, proclive ai divertimenti, molto profumata; aveva acquistato mobili e contratto debiti; stava per cambiare di casa a insaputa di tutti; non accettava consigli, non tollerava contraddizioni; e sollevava contro di lui atti d'accusa

per avarizia, trascuranza, violenze, ubbriachezza, fondandosi sopra circostanze futili e inconcludenti. Questa volta l'ammalata entrò al manicomio di Firenze.

Giunta al manicomio, si dimostrò così lucida e convinta di quanto veniva raccontando, che fu necessario raccogliere diligentemente tutte le testimonianze, per intendere la natura maniaca delle sue querimonie. L'ammalata, mentre riconosce d'essere stata tre volte colpita da fiera melancolia e ne ammette senza difficoltà l'origine morbosa, non crede d'essere mai stata maniaca e tanto meno nel momento presente. Parlando, si commuove, piange, implora, fa appello alla giustizia, adduce fatti e interpretazioni interminabili, con cui riesce sempre a confutare i capi d'accusa a suo carico e a dimostrare la propria innocenza, sanità mentale, avvedutezza, abnegazione, abilità di governo domestico, amorevolezza pei figli e immeritata sventura d'essere trattata come pazza, rinchiusa al manicomio, calunniata, derubata, vilipesa, abbandonata da tutti. Nelle sue lamentele espone con veemenza e malignità inaudite ogni atto d'impazienza, ogni parola dura, ogni piccola inconsideratezza di suo marito o delle sue sorelle, pronta a scagliarli l'uno contro l'altre, per poco che un dissenso tra di loro ne dia l'agio a lei. Anche verso il personale del manicomio non usa misericordia: un segno di disattenzione, un sorriso scettico, un'allusione al suo squilibrio mentale la fanno invipcrire. Del resto, nè un'allucinazione nè il minimo indizio di delirio, nè alcuna insensatezza di contegno. Lo stato maniaco non si manifesta che con gli scoppi di collera e le malignità.

Dopo 5 mesi di degenza al manicomio, l'inferma, non ancora guarita, è accolta da una famiglia d'amici, e vi fa buona prova. L'eccitamento si dissipa, subentra un periodo di grande amabilità, e a poco a poco l'ammalata si riconcilia col marito. Passano quasi due anni. Ora è incominciato da poche settimane il 4.° accesso di melancolia.

E. L. è una giovinctta di 15 anni, di grazioso aspetto, d'intelligenza promettente, di carattere buono ed espansivo, di sviluppo rigoglioso. Nella primavera del 1901 ammala d'influenza, per pochi giorni, con leggiero movimento febbrile. Quando lascia il letto, è triste, avvilita, piange e manifesta idee deliranti. Durante la notte non dorme e le sembra che i Mori siano calati in Italia, compiendo saccheggi e stragi. Ha paura che la mamma debba morire, che il babbo stia per andare in carcere. Sulle pareti e nei vetri vede figure di Mori, di gobbi, di guardie. Di tratto in tratto sente voci confuse gridare: « Emma, vien via! » Durante il giorno la ragazza riconosce le proprie allucinazioni, ma non riesce a liberarsi dalla paura, dalla tristezza, dai sinistri presentimenti. È dimagrata e vien condotta in campagna.

Nell'autunno, quando ritorna in città, è del tutto cambiata. Ben nutrita, con lo sguardo vivace, allegrissima, ha una gran voglia di discorrere, di divertirsi, di ballare, d'adornarsi, e si lascia corteggiare assai volentieri. Spesso scrive versi piuttosto ingenui, ma non insensati; è sempre in faccende dalla mattina alla sera; non vuol mai coricarsi; dice di sentirsi felice e che tutti le vogliono bene. Va soggetta, una o due volte per settimana, ad accessi di *pavor nocturnus:* si sveglia di soprassalto verso le 4 di mattina, siede sul letto con gli occhi aperti, grida, chiama al soccorso ed accenna di veder angeli, diavoli, bambini viventi.

Siccome la famiglia è povera e non può sorvegliarla, la giovinetta vien fatta entrare al manicomio, dove presenta uno istato d'ipomania molto moderata, con lucidezza perfetta, senz'alcun segno di puerilità, d'osten-

tazione, d'insensatezza, di incongruenza, che possa indicare il principio della demenza giovanile. L'ammalata presenta anche iperestesia al bregma e boccone isterico; ma non ha altri caratteri d'isterismo. La sua età; la presenza di allucinazioni nella 1.ª fase della psicosi maniaco-depressiva e negli accessi di *pavor nocturnus;* la complicazione d'uno stato sub-delirante nel corso della fase melancolica lasciavano pensare che in questo caso non si trattasse d'una psicosi circolare durante la sua prima rotazione, ma che invece si ordisse un processo di demenza giovanile, benchè sotto forma assai mite e probabilmente guaribile. Tuttavia l'energia appassionata della ragazza, la sua costante disinvoltura e naturalezza, la gioia di vivere che traspariva da tutti i suoi atti e da tutte le sue parole, non erano molto conciliabili con la diagnosi di demenza giovanile. Infatti passarono due anni abbondanti, l'ammalata è sempre seria, corretta, contenta, ed ha imparato a dipingere porcellane.

Nella psicosi circolare l'inconsapevolezza della malattia è spesso assoluta: malati che sono passati decine di volte sotto le forche caudine della melancolia e della mania, uscendone felicemente, ignorano d'esservi ritornati. Solo negli esordî si trovano i previdenti che s'arruolano di propria iniziativa tra i ricoverati del manicomio. Ad accesso finito è conservato fedelmente l'apprezzamento dello stato melancolico, ma non quello dello stato maniaco, per quanto fosse stato violento, ripetuto e più caratteristico del suo complementare. Un circolare di mia conoscenza, che dopo l'accesso depressivo si mantiene in equilibrio normale per tre o quattro mesi, non riconosce per normale il periodo d'intervallo, ma solo il periodo d'esaltamento. Quando è in istato di equilibrio ammette il proprio miglioramento, ma non lo crede ancora pieno ed intero; egli procrastina tutti i divertimenti e le decisioni più gravi alla fase submaniaca, che attende come la soluzione della malattia; e poichè non eccede certi limiti nemmeno in questo stato, non glie n'è incolto alcun male.

La *diagnosi* della psicosi circolare, è inutile dissimularlo, si fa a posteriori. Nessuno può arguire dai sintomi se una melancolia od una mania che si presentano per la prima volta saranno seguìti o no da accessi contrarî.

La *prognosi* non è assolutamente sfavorevole. Per lo più i ricorsi della psicosi circolare sono continui e la serie delle ricadute non termina che con la vita. Qualche volta la durata degli accessi tende ad abbreviarsie il ritmo si condensa. In altri casi una delle due fasi si rende più breve e più sbiadita, mentre la fase complementare conserva i suoi caratteri e predomina. E non è punto impossibile che il ritmo si interrompa lungamente o che si estingua. Queste irregolarità, queste interruzioni e queste guarigioni, che forse corrispondono ad un intervallo straordinariamente prolungato, hanno dato origine al concetto d'una psicosi maniaco-depres-

siva, in cui l'alternativa regolare dei due stati opposti è sostituita da una linea saltellante e senza ritmo.

La *cura* d'una simile malattia consiste sopratutto nella prevenzione dei danni basata sulla previsione del ritmo. I malati, malgrado l'origine più che mai costituzionale dei loro disturbi affettivi, non sono punto insensibili all'azione degli eccitanti durante la fase depressiva e dei calmanti durante la fase d'esaltamento. Perciò si adotta il medesimo trattamento di quello accennato rispettivamente per la melancolia e per la mania.

CAPITOLO XVIII.

La Nevrastenia

La nevrastenia è uno stato abituale di valetudinarietà, a cui non corrisponde alcuna lesione caratteristica. Essa si manifesta con una serie di fenomeni poco importanti dal punto di vista obiettivo, perchè non compromettono nè la vita, nè la salute, ma monotoni, pertinaci e fastidiosi dal punto di vista subiettivo. Fra questi sintomi il principale è un senso di profonda stanchezza che non trova refrigerio nel riposo; e in certi casi compaiono ossessioni, dubbi, esitazioni, che tuttavia non oscurano l'intelligenza, ma anzi la raffinano, spingendola all'introspezione.

Qualche volta la tubercolosi, le malattie di cuore, l'influenza, la tabe, la paralisi progressiva, la demenza precoce e molte altre infermità croniche sono precedute od accompagnate da lunghe crisi nevrastenoidi. Ma la vera nevrastenia si presenta da sè e rimane isolata coi suoi pochi sintomi che si ripetono ogni giorno. Vi è una *nevrastenia acuta* che guarisce, ma che lascia sospettare una certa predisposizione latente; e vi è una *nevrastenia costituzionale*, ma soggetta a tregue che sembrano guarigioni. Tra queste due forme di nevrastenia non è sempre facile una distinzione. Esiste anche una forma associata d'*istero-nevrastenia* (Charcot) e fu descritta una varietà di *nevrastenia traumatica;* come pure un'altra di *emi-nevrastenia.* Tutte queste varietà testificano col loro nome significativo, anche senza bisogno di spiegazioni, l'affinità di natura tra nevrastenia ed isterismo.

Tanto la nevrastenia costituzionale come la nevrastenia acuta (e la traumatica) si possono scindere in due tipi clinici a seconda che intervengono o mancano le idee incoercibili. Ma anche se sono presenti le idee incoercibili, il nevrastenico non è mai un vero malato di mente, perchè la sua coscienza è limpida e la sua personalità è integra. Non vi è pericolo che il nevrastenico disconosca l'irregolarità, se c'è, dei suoi processi associativi e dell'idea intempestiva, frivola, molesta che ne è l'invariabile esponente. Eppure, non solo queste forme di nevrastenia ossessiva, ma anche quelle più miti che decorrono senza ossessioni, sembrano scaturire, come l'isterismo

dall'attività psichica. L'origine psichica o per lo meno centrale è anzi più evidente nella nevrastenia che nell'isterismo; perchè i fenomeni isterici sono, per ipotesi, la reazione involontaria ad un'autosuggestione dimenticata e qualche volta indimostrabile; mentre la più gran parte dei sintomi nevrastenici, per la loro indole subiettiva, appartengono alla psicologia patologica, ancorchè lascino intatta la ragione.

SINTOMI.

Stanchezza. — O che lavori intensamente tra rischî ed emozioni con dispendio d'intelligenza, o che si dedichi ad un lavoro tranquillo e moderato, o che non lavori affatto, passando il tempo nella contemplazione e magari nella coltivazione dei suoi fastidî, il nevrastenico è sempre stanco. La mattina è più stanco che la sera; è stanco se ha dormito; è stanco se ha vegliato; il suo lamento continuo è quello d'aver troppo da fare. Il senso di stanchezza non si attenua che nelle tarde ore di notte, appunto quando dovrebbe subentrare la fatica del lavoro accumulato durante la giornata. E non v'è funzione, tra quante sono rappresentabili alla coscienza, che non sembri portare il suo contributo a questa iperestesia della stanchezza. L'incesso, la posizione eretta, l'inclinazione del capo, l'esercizio della vista, dell'udito, della parola e del pensiero riescono faticosi. Il coito è scarso di voluttà e lascia una gran fiacchezza. Ma, se cerchiamo d'analizzare le sensazioni subiettive in cui si decompone il malessere del nevrastenico, vediamo ch'esse si riferiscono prevalentemente al sistema muscolare, liscio e striato. Infatti è frequente tra questi infermi un sintomo che si ritenne caratteristico nella *malattia di Erb*: la *reazione miastenica* (Flora). La curva del tetano faradico si alza a buon livello, ma cade subito precipitosamente; e così l'esaurimento della forza muscolare, benchè non giustificato da un dispendio antecedente d'energia fisiologica, si dimostra anche obiettivamente.

Gli infermi si lagnano d'una grande pesantezza alle gambe, alle braccia, al collo, alla schiena, alle palpebre. Accusano mal di capo o vertigini alla vista d'immagini mobili e variabili, come pure alle oscillazioni brusche della luce; ma non tanto, com'essi credono, per una maggior sensibilità della retina, quanto per i lievi sforzi d'accomodazione a cui sono costretti i muscoli dell'occhio. Lo stesso si dica per l'esaurimento dell'udito e del pensiero. Nell'illusione pessimistica di non afferrare abbastanza presto o abbastanza bene, il nevrastenico volge il capo, corruga la fronte, converge gli sguardi, trattiene il respiro, si mette in orgasmo, e in una parola esagera la mimica dell'attenzione, ciò che lo induce ad una lieve tensione muscolare e quindi alla stanchezza.

Che la stanchezza non risparmi neppure i muscoli involontarî e gli stessi muscoli lisci, si può arguire dalle sensazioni viscerali che accompagnano così frequentemente la nevrastenia. I nevrastenici si dolgono col medico d'un'*oppressione*, d'un *rodimento interno*, d'un *trambusto sfrenato* nella regione del cuore. Per lo più queste sensazioni rimangono nell'orbita dei fenomeni subiettivi, e l'ascoltazione non raccoglie mulla; ma qualche volta si ha *tachicardia* o *bradicardia* (per esempio 60 pulsazioni al minuto), *pseudo-angina pectoris* con irradiazioni dolorose al braccio sinistro, *pseudo-collasso* con polso raro, sudor freddo, tendenza alla lipotimia.

Lungo il tubo digerente un *senso gravativo*, una *difficoltà di funzione*, un'*illusione* di ripienezza o di vacuità, secondo i momenti, sorge forse da minime oscillazioni della tonicità muscolare, e dà luogo a stati effimeri di *nausea*, di *falso appetito*, di *voracità*, di *eruttazioni*, di *meteorismo intestinale*, Si arriva persino all'*atonia di stomaco*, alla *dilatazione*, all'*iperceloridia*, all'*ipocloridria*, alla *stipsi*, alla *diarrea*, ossia a disturbi grossolani e precisi, di cui non si può certo incolpare l'immaginazione. Questi disturbi non sono forse che conseguenze indirette delle vicende a cui sono esposte o primitivamente o secondariamente (cioè pel tramite dell'innervazione) le grandi tuniche muscolari del tubo digerente; fors'anche dipendono da *angioparesi* e da *angiospasmi* localizzati.

Parestesie. — Le irregolarità vasomotorie, che si ammettono e spesso si vedono nell'isterismo, si possono presupporre e talvolta si vedono anche nella nevrastenia, dove spiegherebbero molte minute irregolarità di funzione e in particolare le parestesie: il *freddo* alle estremità, il senso di *formicolio* spesso unilaterale e così nettamente circoscritto da far sospettare l'imminenza d'un'emiplegia, le *caldane* al viso, le *vertigini*, la *cefalea*, i *dolori tabetiformi*, le *nevralgie*. Queste parestesie sono caratteristiche della nevrastenia; ma la cefalea è di tutte la più frequente. Per lo più è continua, poco dolorosa e *occipitale;* qualche volta si estende in forma di *casco*; e non è rara anche una *cefalea frontale*, che può associarsi ed alternarsi con l'occipitale nello stesso individuo. L'origine vasomotoria delle parestesie nevrasteniche si può indurre anche dalla facilità con cui si attenuano o scompaiono dopo un pasto copioso o dopo l'ingestione d'un semplice bicchiere d'acqua.

Algesie localizzate. — Secondo Beard, ha molta importanza la dolorabilità delle apofisi spinose lungo la colonna vertebrale; ma questo sintomo è tutt'altro che frequente. I dolori spontanei ai *testicoli* e il bruciore lungo l'*uretra prostatica* caratterizzano una varietà clinica, a cui lo stesso Beard diede il nome di *nevrastenia sessuale* e che sarebbe conseguenza di abusi sessuali, di masturbazione, di polluzioni notturne o indizio di speciale labi-

lità nervosa nella cerchia delle funzioni genetiche. Nella nevrastenia sessuale si notano anche altri disturbi, come palpitazione di cuore, astenopia, tremore, specialmente dopo un eccesso anche lieve. Le donne non sono esenti dalla nevrastenia sessuale.

Un altro campo di dolori localizzati è lo stomaco, sia per ipercloridria, sia per gastralgie. Ed anche nella cerchia delle funzioni digestive Beard ha creduto di poter delineare una varietà clinica di nevrastenia, che è, a seconda dei casi, effetto o causa di disordini dietetici.

Sintomi obiettivi. — Fra tanti sintomi subiettivi, che hanno inspirato agli epigoni di Beard la frammentazione della nevrastenia in varietà a mio avviso trascurabili, sono preziosi per la diagnosi e per gli accertamenti giuridici i pochi sintomi obiettivi. Oltre alla reazione miastenica, vi sono due sintomi che possono considerarsi come prove obiettive della nevrastenia: l'*esagerazione del reflesso patellare* e il *tremito delle palpebre* ad occhi chiusi. Questi due segni sono quasi costanti e rendono sicura la diagnosi quando si abbia il sospetto di amplificazione o di simulazione interessata. Si capisce inoltre che qualunque lieve incomodo obiettivo, sopravvenendo nel corso d'una nevrastenia, sia risentito vivamente dal malato e innalzato agli onori d'un sintomo nevrastenico. Invece le malattie gravi prendono un tale sopravvento sulla nevrastenia, da sospendere e cancellarne ogni manifestazione. Le stesse eclissi nel corso di gravi processi patologici subisce anche l'isterismo.

Stato generale. — Dall'insieme delle sofferenze, delle angustie e delle parestesie che accompagnano lo stato di veglia, salvo nei momenti di distrazione, di sonnolenza e di benessere, che non mancano mai nel corso della giornata, il nevrastenico è tratto ad osservare incessantemente sè stesso. Egli si sente respirare, digerire, camminare e pensare. La cenestesi, che dovrebbe occupare nella coscienza l'ultimo posto, sale immediatamente al primo. Una specie di chiaroveggenza malaugurata rende perspicue e dolorose quelle funzioni viscerali che dovrebbero svolgersi nell'indifferenza, se non addirittura nell'incoscienza. I malati ne sono così infastiditi, che si condannano a cure complicate, ad astinenze inutili, ad un regime di riposo assoluto, pur di guarire. Essi sono tra i più assidui clienti dei medici, frequentano le case di salute e conoscono tutta la tecnica degli esami clinici e delle cure antinevrasteniche. L'ipocondria ragionevole e senza delirio è dunque addirittura un sintomo patognomonico della nevrastenia.

Ma se prescindiamo dal senso subiettivo di stanchezza e dal pessimismo ipocondriaco, dobbiamo riconoscere che molti nevrastenici durano allo studio e al lavoro sedentario anche meglio dei sani. La nevrastenia è comunissima

tra gli scrittori, e forse per questo è la sola psicopatia che i romanzi e le commedie descrivono fedelmente. Talvolta i malati si astengono da ogni sforzo intellettuale, fino a non leggere per settimane o mesi nemmeno i giornali; ma essi non fanno che obbedire ad un preconcetto. Anzi non è raro il caso di nevrastenici che si sentono venir meno al principio d'un lavoro materiale o mentale e che spiegano una resistenza inaspettata protraendolo o rendendolo più energico. Il fatto sta che tra i nevrastenici si contano persino camminatori, schermidori ed atleti. È dunque probabile che il senso di stanchezza non provenga dall'abbondanza dei prodotti regressivi che accompagnano fisiologicamente il lavoro muscolare, ma dall'azione di altre sostanze, che provocano stimoli paradossi di fatica o nei centri nervosi o sulle terminazioni sensibili dei muscoli. Invece il normale lavoro dei muscoli, purchè non oltrepassi certi limiti, non solo non dà luogo alla stanchezza genuina, ma attenua le sensazioni morbose e preesistenti di falsa stanchezza e forse contribuisce all'eliminazione od alla distruzione delle sostanze anormali.

Una funzione generale che di rado è disturbata nella nevrastenia è quella del *sonno*. Per lo più i nevrastenici dormono regolarmente. Se patiscono d'*insonnia*, ciò avviene temporaneamente, nei periodi d'esacerbazione o al primo insorgere della malattia. È abbastanza comune invece il fenomeno opposto, cioè la *sonnolenza*, e molti nevrastenici sono dormiglioni per inveterata abitudine e per prepotente bisogno, come se avessero preso un ipnotico. Così il paradosso è completo: alla stanchezza ingiustificata si aggiunge il sonno sproporzionato.

SINTOMI PSICHICI.

Charcot pel primo, illustrando l'isterismo, introdusse in clinica l'espressione: *diatesi di contrattura*. Con questa espressione egli intende di designare la facilità per cui, in molti isterici, un muscolo fisiologicamente *contratto* resta patologicamente *contratturato*. Qualche cosa d'analogo si verifica, nel campo dei fenomeni psichici, tra i nevrastenici che patiscono d'*idee fisse* od *incoercibili*. Un'idea spuntata fisiologicamente dall'associazione corrente del pensiero, e che non avrebbe ragione di ripetersi, tende a ripresentarsi fuor di proposito, patologicamente, come un tic cogitativo. Quel lavoro d'eliminazione che mettiamo in atto non solo quando studiamo e meditiamo, ma anche quando ci abbandoniamo alla fantasia, e che inibisce l'ingresso nel campo della coscienza a tutte le idee estranee, futili e perturbatrici, rimane indebolito nel nevrastenico. E ciò specialmente di fronte all'*idea ossessiva* che altre volte ha violato il divieto.

È la diatesi d'*incoercibilità psichica*. L'attenzione si lascia vincere momentaneamente, ma spesso, da un'idea che ripetute vittorie hanno reso temibile e forte. D'altra parte, è difficile che nella vita d'un nevrastenico con ossessioni trionfi una sola idea incoercibile. Di solito le idee incoercibili si dànno il cambio, benchè a lunghissimo termine, ad una ad una; o sono parecchie che dominano e disturbano l'attenzione simultaneamente. Ma nella vera nevrastenia non accade mai che l'ossessione si converta in convinzione, in teoria, in dogma o in delirio: tutt'al più prende momentaneamente la forma di un dubbio.

X. Y. di famiglia sana, trentenne, operaio, marito e padre fortunato, intelligente, tarchiato, con cranio ampio, va soggetto ad ossessioni da oltre otto anni. L'idea ossessiva acquista nella sua mente un'egemonia temporanea, che si mantiene per qualche mese. Talvolta l'ossessione è breve e non dura più d'una settimana, ma per cedere il posto ad un'altra. Altre volte il predominio è condiviso tra due o tre idee differenti che si alternano a brevi intervalli o si presentano insieme. Nella conversazione, durante il lavoro e nelle intense emozioni il malato prova un sollievo momentaneo: appunto perciò si è fatto frequentatore di teatri e predilige i drammi con spargimento di sangue. Ma da vari anni le tregue non durano mai più d'una giornata. La gravità dell'ossessione non è però sempre uguale e spesso permette al malato di passare ore tranquille e quasi felici. Quanto alla lucidezza mentale, essa è sempre perfetta, e non vi è alcun indizio d'indebolimento nell'intelligenza o nella memoria come neppure negli affetti di famiglia.

Nel parossismo dell'incoercibilità psichica, quando cioè la rappresentazione morbosa è più che mai insistente, tormentosa ed impossibile a scacciarsi, l'infermo è in preda a un *tic convulsivo*, anch'esso incoercibile, senz'alcun carattere coreico. Il tic è costantemente limitato ai muscoli della fronte, dell'orbita e della guancia destra, e vi partecipano alcuni altri muscoli, fra quelli della spalla omonima. Possiamo ora enumerare le idee ossessive che accompagnarono subiettivamente l'estrinsecazione di questo tic motorio.

1.° Il malato fu travagliato giornalmente per quasi un anno dall'idea tormentosa, che gli si riaffacciava alla coscienza fin 200 o 300 volte in 12 ore, di domandare a sè stesso tacitamente: « che cosa sono io? perchè le ossa hanno quella data forma? perchè non ne hanno un'altra? e che diverranno dopo la mia morte? e come si trasformeranno? e dove andranno? e saranno le mie come quelle degli altri? e che cosa sarà avvenuto dello scheletro di mio padre? ». Tutto ciò, rendendosi conto perfetto dell'inanità dei suoi problemi e della morbosità della loro origine.

2.° Ogni piccola contrarietà, un carro che interrompe la circolazione d'una strada, una persona che lo urta, una faccia antipatica, una voce stridula, una parola sgarbata, si imprimono nella mente del malato con l'ostinatezza dell'ossessione. Ne resta preoccupato tutto il giorno, vi pensa, vi ripensa anche quando non vorrebbe, ne trae conseguenze interminabili, ne resta oppresso e angustiato, e studia quasi sempre invano il modo di combattere o di neutralizzare con idee allegre la rappresentazione da cui è dominato.

3.° La paura di diventar pazzo, benchè naturale nelle sue condizioni, assume carattere d'idea fissa, senza corrispondenza affettiva, in quanto

il malato va almanaccando: « se l'essere andato una volta al Manicomio per visitarvi un amico possa influire sul suo stato mentale, se l'aver *visto*, *nominato* o *pensato* un matto possa essere occasione allo scoppio della pazzia, se l'aver toccato od avvicinato il *parente* d'un matto possa nuocergli nella stessa maniera, se il toccare o l'avvicinare egli stesso qualcuno dei suoi — dopo d'aver pensato ad un pazzo — possa trasportare la pazzia nella sua famiglia, se, affinchè ciò avvenga, è necessario che impazzisca anche lui, ecc. ecc. ». A tutte queste domande, di cui il malato ammette con enfasi sincera l'assurdità, la ragione risponde invariabilmente *no*; ma la nevrastenia ripete il quesito come un ritornello senza curarsi della risposta negativa.

4.° Ogni cosa — persone, oggetti, avvenimenti — può essere piacevole o spiacevole all'infermo in altissimo grado; ma solo il sentir pronunciare una *sillaba* contenuta nel nome d'una persona antipatica gli mette angoscia, lo trascina nell'abisso delle associazioni incoercibili, gli risveglia il *tic convulsivo*, e cagionandogli un tormento di parecchie ore, sopratutto per l'amarezza di dover riconoscere che la malattia non disarma, gli guasta una giornata cominciata bene. All'idea od alla sillaba antipatica eccolo costretto a contrapporre un'idea o sillaba simpatica di pari forza. Allora, come uno spettatore passivo, il malato assiste al duello tra le due opposte rappresentazioni, e non è raro il caso che la più ilare vinca la triste, finchè, a furia di ripetersi, diventa oppressiva a sua volta.

5.° Il malato non può tollerare certi contatti: ha abolito la camicia di tela, il colletto, le mutande; veste di lana in tutte le stagioni, e il solo vedere qualche cosa d'inamidato gli mette raccapriccio. Non può tollerare certi colori: una camicia a fiori azzurri è per lui tormentosa come quella di Nesso, ma se, pensando intensamente ad una rosa od al cielo d'occidente durante il tramonto, riesce a dimenticare l'azzurro, finisce col tollerare quella camicia, è in grado di toccarla e d'indossarla per un giorno *senza soffrire assai*. Di queste vittorie si compiace e discorre come d'un grandissimo ostacolo superato, d'un gran pericolo scongiurato, sebbene sia il primo a dichiararne l'enorme futilità, a mostrarne sdegno e meraviglia.

6.° Basta che in un paese, in una trattoria, in un teatro l'infermo abbia parlato, rivolto lo sguardo o il pensiero ad una persona antipatica perchè quel luogo gli divenga a sua volta uggioso ed insopportabile per settimane e per mesi. L'immagine di esso lo assale come ad accessi, ripetutamente, terribilmente, e scompare in modo insensibile per riapparire più tardi. Altri paesi, trattorie, teatri hanno influenza ilare e benefica.

7.° Anche un fatto ridicolo, un ricordo piacevole, un impulso al riso od alla baldoria moderata possono tradursi in rappresentazione incoercibile, così da determinare, almeno da principio, uno stato d'allegria, che solo dopo qualche giorno finisce per diventare angoscioso. Però in generale l'infermo è serio, gentile ed abbastanza accorto per non lasciar trasparire le proprie condizioni d'animo agli estranei.

8.° Se X. Y. legge e la sua attenzione si distrae alcun poco dall'argomento della lettura, spesso gli avviene che una determinata parola, sia pure astratta o indifferente o di significato indistinto e incompleto, come gli avverbi e le preposizioni, si fermi stabilmente nella sua coscienza, suscitandovi idee e stati d'animo non sempre penosi, ma insistenti e incoercibili.

9.° Le idee fisse possono assumere carattere di programmi attivi, d'impulsi, che però l'infermo sa prudentemente coonestare e rendere tollerabili con pretesti ingegnosi.

10.° Non solo le idee spontanee, ma anche le idee importate nel suo

cervello con la persuasione, per esempio le suggestioni del medico possono, se vengono insinuate in momenti opportuni, acquistare quella temporanea egemonia che tuttavia, diventando morbosa, perde ogni virtù benefica e disturba l'attività logica. Cessa l'ossessione della malattia e subentra quella della guarigione.

Malgrado tutto, l'infermo attende all'arte sua, è contento di vivere e s'augura una lunga vecchiaia.

La diatesi d'incoercibilità psichica è la sorgente delle monofobie e delle ossessioni isolate che costituiscono il quadro della *psicastenia*. Essa si associa quasi sempre con fenomeni sensitivi e motori di nevrastenia; ma anche all'infuori d'una simile concomitanza, la natura nevrastenica delle ossessioni e dell'incoercibilità psichica in genere è abbastanza ovvia per autorizzare la fusione della psicastenia con la nevrastenia. Gli ammalati di psicastenia cedono all'ossessione appunto per la paura preventiva di soccombervi; e questa paura è la conseguenza della intensità con cui risentono e della preoccupazione con cui analizzano tutti i fenomeni subiettivi che si svolgono nella loro coscienza, da quelli inferiori della cenestesi fino ai processi più elevati del pensiero. Se, malgrado la continuità di questa preoccupazione, i nevrastenici si arrestano quasi sempre ad una o poche idee ossessive e non diventano vittime di qualunque rappresentazione che attraversi per caso la loro mente, ciò avviene perchè la ripetizione d'una rappresentazione coatta ne aumenta la forza morbosa in modo da precludere l'adito non solo alle idee normali, ma anche ad altre ossessioni di tema differente.

Per quanto l'idea fissa sia futile per rapporto al suo contenuto, non bisogna indurne ch'essa sia del tutto accidentale per rapporto all'origine. L'attitudine a trasformarsi in una ossessione non è propria di qualunque idea; e infatti vi sono dieci o venti temi favoriti, non più, che servono a tutti i nevrastenici del mondo civile. Essi sorgono da una paura frivola ma profonda che per la sua prevalenza costituisce un aspetto individuale del carattere. Se un predisposto alle idee coatte è colpito dalla nevrastenia, quella pusillanimità parziale, insignificante, spesso occulta e pur tipica, che forma la singolarità del suo carattere, sarà il punto di minor resistenza, donde prorompe il tema dell'ossessione. E se i temi si contano non oltre a dieci o venti (ed anche meno), è perchè le varietà psicologiche dei caratteri sono in fondo assai poche.

Agorafobia. — Il timore di non aver forza sufficiente per attraversare uno spazio vasto, come una piazza (*Platzangst*), una via od una sala, non ha nulla di comune con l'*astasia-abasia*. Anzitutto si tratta sempre di semplice abasia senza astasia; e poi, a riprova della differenza, sta anche il fatto della facilità con cui, malgrado la loro paura, i malati rie-

scono a camminare, purchè si sforzino. L'agorafobia condanna i malati ad una vita sedentaria, ma spesso intellettualmente attiva e non infeconda; è più frequente negli episodi di nevrastenia acuta che nelle forme croniche; e storicamente è la varietà di ossessione che attirò per la prima l'attenzione di WESTPHAL, dandogli occasione di illustrare le idee incoercibili e di distinguerle dalle convinzioni deliranti.

N. N., negoziante, intelligente, coniugato senza figli, antico *viveur*, sofferse di sifilide in gioventù. Ora ha 40 anni e presenta tutti i segni dell'agorafobia. Dirige la sua azienda commerciale dalla propria casa, conferendo ogni mattina col suo socio d'affari; da lui partono le iniziative e i progetti; a lui fanno capo le lettere e gli avvisi più importanti. Il socio stesso ne conviene, lodandosi dell'avvedutezza di cui dà prova il malato. Basta al malato la presenza o la vicinanza d'un bambino o d'una persona conosciuta per avventurarsi nelle strade; ma, ancorchè con tale espediente gli riesca di camminare, è sempre dominato dalla paura che la compagnia gli venga improvvisamente a mancare per una combinazione qualunque. All'agorafobia si associano altri disturbi nevrastenici, come l'esagerazione dei reflessi patellari, intenso tremore delle palpebre ad occhi chiusi, tremito delle mani, formicolio ostinato, intolleranza della luce. Non vi sono sintomi di paralisi progressiva, nè di tabe dorsale. Manca il fenomeno di Argyll-Robertson, non vi è miosi, non vi furono mai dolori in cintura. I disturbi nevrastenici durano da tre o quattr'anni. Si pensa alla possibilità d'una tabe incipiente o d'una nevrastenia metasifilitica; ma la cura specifica mediante iniezioni di sublimato corrosivo è inefficace.

Misofobia (HAMMOND) o **rupofobia** (VERGA). — Forse il timore di non resistere ad un lungo cammino, ossia l'agorafobia, ha radice nelle emozioni di desiderio e di sgomento che assalgono il bambino ai primi conati d'incesso e che rimangono scolpite nel cervello dell'adulto, benchè dimenticate, appunto per la loro antichità. L'orrore della sporcizia è un prodotto dell'educazione, ma non ha origine meno antica, nè meno profonda. *Guardare e non toccare* è un precetto dei più insegnati ed anche dei più ostici ad una mente infantile. Per inculcarne l'importanza si ricorre ad artifici, attribuendo a certi contatti un pericolo immaginario per la salute e per l'incolumità personale. La tradizione educativa ha precorso e oltrepassato la bacteriologia, creando centinaia e migliaia d'incompatibilità tattili, che si possono considerare come aspetti speciali dello *schifo*, ossia come piccole paure. Il fatto sta che la misofobia è la forma più comune d'ossessione.

Signora di 38 anni, maritata, molto agiata, istruita, alta, robusta, elegante, soffre da tempo immemorabile di *misofobia*. Essa non può capacitarsi (e bisogna riconoscere che in teoria ha ragione) come la polvere e e le immondezze della strada si lascino entrare negli appartamenti per mezzo delle scarpe. Perciò l'ammalata, malgrado le sue abitudini intellettuali, lava ogni mattina con le proprie mani il pavimento della camera dove ha dormito, anche se si trova all'albergo; cambia spesso di resi-

denza e di casa; predilige la Spagna perchè a Madrid ha scoperto un albergo conforme alle sue esigenze di pulizia; e costringe i propri inquilini a calzare certe pantofole collocate alla soglia di casa prima di salire la scala comune. Questa consegna draconiana ha provocato l'emigrazione di tutti gli inquilini e lo sciopero dei portinai a cui doveva essere affidata la vigilanza; ragion per cui la casa è vuota. L'ammalata non dà la mano a nessuno; appena un visitatore esce dal suo salotto, fa lavare in terra; e cambia spesso di cameriera. Ma i conoscenti che ignorano la sua malattia non si accorgono di nulla, perchè la signora sa dissimularla con rara abilità e la sua conversazione non presenta assolutamente alcuna anomalia.

Signora di 29 anni, florida, avvenente, d'abitudini modeste, è affetta da istero-nevrastenia. Un giorno sulla scala comune di casa, proprio davanti alla porta del suo appartamento, vide lo sterco d'un cane. Ne provò uno schifo tale, che da quel giorno non pensò più ad altro. La possibilità d'un contatto con qualche particella di sterco canino è il suo incubo continuo e la causa della sua infelicità. Ha cambiato di casa e di città; ha abbandonato temporaneamente il marito, tornando nella famiglia paterna e anche rinchiudendosi in case di salute; ha tentato molte cure. Ma non vi è punto della terra che, essendo abitabile per l'uomo, non sia infestato dai cani. La paura del cane e delle sue escrezioni non lascia in pace questa malata che, tra molti disturbi nevrastenici ed isterici, di questo solo è intollerante e si lagna.

Signora di 36 anni, madre di famiglia, è affetta da misofobia generica. Porta i guanti di filo, ma non se ne sente garantita a sufficienza. Se deve prendere in mano un oggetto qualunque, anche pulitissimo, per esempio il cappello accuratamente coperto e riposto nel suo armadio, comincia nell'intimità della sua coscienza una battaglia. Quel cappello è stato esposto alla polvere della strada; la spazzola che l'ha pulito è anch'essa un nido di polvere; come fare a toccarlo? E toccandolo coi guanti, non bisognerà in seguito toccare i guanti per toglierseli e per rimetterli? Allora l'esitazione assume proporzioni angosciose: l'ammalata diventa pallida e affannosa, piange, si dispera, si accusa d'essere una pazza, una cattiva moglie, una madre capricciosa e frivola. Più volte s'è confessata e più volte ha desiderato la morte. La sua psicastenia è associata a cefalea occipitale, dura da tre anni, e non è suscettibile che di effimeri miglioramenti mercè la cura in case di salute o in campagna.

Patofobia. — La patofobia è stretta da intime e logiche affinità con la misofobia. I miasmi, la polvere e gli altri veicoli di malattie sono infatti causa di schifo non meno che di pericolo per la salute. Tra tutte le malattie, le più temute nel campo delle ossessioni sono: la *rabbia*, la *tubercolosi* e la *sifilide*, appunto pel modo improvviso o subdolo con cui possono assalire l'uomo più prudente del mondo.

L. R. è un tarchiato campagnolo e non è mai stato morso da cani; ma sa che in paese vi furono casi di morte per idrofobia, ha paura dei cani vaganti e pensa che l'idrofobia possa trasmettersi anche senza morsicature per mezzo della bava che i cani perdono dalla bocca e

lasciano colare sul terreno. Il vento può sollevare quei granellini di polvere contaminata. E così via via. La patofobia di questo campagnuolo è d'antica data e si accompagna con sintomi spiccati di nevrastenia; formicolii agli arti, mal di capo occipitale, esagerazione dei reflessi patellari, stiticchezza.

N. N., alto funzionario dello Stato in pensione, sessantenne, morto di vizio cardiaco, sofferse per molti anni di nevrastenia. La patofobia l'aveva indotto a tappezzare di stoffa le pareti della sua casa, quantunque fosse poco curante del lusso, per meglio ripararsi dal freddo. Il timore del terremoto gli aveva suggerito di fortificare i muri del fabbricato con armature superflue e costose. Il desiderio di vuotare giornalmente e regolarmente l'intestino, superando la prevenzione di non riescirvi, l'aveva spinto a costruirsi una latrina d'urgenza accanto alla stanza da pranzo. L'avidità del caldo, o per dir meglio la paura del freddo, aveva inspirato allo stesso infermo un'altra idea architettonica, quella di innalzare al primo piano del suo villino una gran terrazza, coprendola di vetri, in modo da privare di luce diretta tutte le finestre e le camere che davano sulla terrazza. Così d'un grazioso villino aveva fatto un'abitazione incomoda ed inestetica. Questo signore, mentr'era ancora in attività di servizio, viaggiò l'Inghilterra per incarico del Governo italiano, servendosi sempre di treni espressi, non solo per meglio adempiere la sua missione, ma anche per poter rallentare la corsa al passaggio dei *tunnels*. È evidente che la nevrastenia aveva fatto pullulare una quantità d'ossessioni simultanee, che non ebbero termine se non con la morte.

M. L., trentenne, celibe, maestro di musica, è affetto da nevrastenia e *sifilofobia*. La sifilofobia non si presentò che per qualche mese al parossismo d'un accesso nevrastenico, ma raggiungendo un grado d'intensità veramente eccezionale. L'infermo era di passaggio a Parigi quando, malgrado il suo timore specifico, stretto da uno stimolo imperioso, andò a visitare una *cocotte* d'alto rango. Ebbe con lei contatti meticolosi e poco più che telepatici; e infatti la sua sifilofobia divampò come un incendio gigantesco non tanto al ricordo del contatto carnale quanto al pensiero d'aver toccato con la mano nuda la *maniglia* lucida d'una porta che poco prima era stata aperta dall'ospitale padrona di casa! Era inutile indicare al malato l'infondatezza dei suoi sospetti e le eccezioni che si potevano opporre a simili sospetti: 1.° erano passati vari mesi e mancava ogni segno iniziale di sifilide; 2.° mancavano *a fortiori* i sintomi della sifilide secondaria; 3.° non era nè provato, nè presumibile che la persona incriminata del contagio fosse sifilitica; 4.° se anche fosse stata sifilitica, nessun argomento lasciava credere che il virus si fosse deposto sulla maniglia della porta, nè che di là fosse passato alla mano *perfettamente integra* dell'infermo. L'infermo era così invaso dalla paura, così affannoso, così disattento, che le più robuste argomentazioni sfioravano tangenzialmente il suo cervello senza penetrarlo. Egli coglieva una parola o una frase del discorso, scaricandovi sopra tutto il peso dei suoi preconcetti; ma non aveva animo d'ascoltare tutto il ragionamento, perchè la paura era più forte dell'attenzione. Tuttavia non era in delirio: la sua ossessione non oltrepassava il livello d'un dubbio, ma era un dubbio tormentoso, atroce. Questo infermo, entrato in una casa di salute, guarì; ed ora canzona i nevrastenici che soffrono d'ossessioni; anzi non riconosce nè la psicastenia, nè la nevrastenia; e dice che si può guarirne con uno sforzo di volontà, ciò che non crediamo affatto, malgrado l'autorità del giudizio.

Dismorfofobia. — Fu illustrata la prima volta da Morselli che le diede il nome: è il capitolo teratologico della patofobia, perchè consiste nella paura d'essere o di diventar deformi. Anche qui la *fobia* non si riferisce ad una mostruosità qualunque, ma ad un'anomalia localizzata e specifica, che, se fosse vera, costituirebbe un'infrazione minima dei canoni estetici.

Una giovinetta di 17 anni, anemica, bella, temeva che un improvviso rossore od un processo patologico di pigmentazione potesse guastare l'euritmia del suo regolarissimo nasino. Cento volte al giorno interrogava lo specchio e rivolgeva lo sguardo ansioso alle sorelle per essere rassicurata; poi rideva e piangeva della sua paura. Di notte, spento il lume, la dismorfofobia tornava a picchiare alla porta della sua coscienza assopita e le impediva di dormire. Bisognava riaccendere il lume, correre in fretta allo specchio, ritornare a letto, col pericolo di ricadere in un secondo accesso di dismorfofobia notturna. Ma il sonno era meno compromesso da queste manovre energiche e spiccie che dalla lotta interna con una paura che non ascolta ragione. Una cura ricostituente migliorò, ma non guarì la disgraziata fanciulla.

Una ragazza di 24 anni, di gradevole aspetto, con lineamenti regolari, con stigme isteriche, che vive in famiglia, è dominata dal timore d'essere troppo rossa. Le sue guancie sono effettivamente un po' rosse, quantunque l'ammalata sia anemica: talvolta soffre d'edemi transitori (di natura isterica) ai piedi. Ma questo rossore e queste irregolarità vasomotorie, ormai abituali, non costituiscono nè una minaccia alla salute, che è buona, nè un oltraggio all'estetica, che è rispettata. È anche difficile discernere se, nella sua paura, l'ammalata sia suggestionata da un'apprensione ipocondriaca o da un eccesso di vanità femminile. Il suo contegno non dimostra la minima vanità: e i suoi apprezzamenti su possibili malattie sono del tutto ragionevoli. Nondimeno, questa signorina commette stranezze e imprudenze per diminuire il rossore, più presunto che reale, delle sue guancie. Apre le finestre durante la notte in pieno inverno; ha dato l'ostracismo a tutte le maglie; sta senza calze.
Questo caso non è da ascriversi all'*eritofobia*, perchè il movente affettivo non è la vergogna.

Una fanciulla di Palermo, che appartiene ad una famiglia di pazzi e di nevropatici, la cui madre soffre di topoalgia e d'altri disturbi isterici, è tormentata dal pensiero continuo d'aver la testa storta. Anche questa malata è una ragazza florida e intelligente: la sua testa leggiadra non ha alcun difetto.

Fobia della responsabilità. — Sotto questa denominazione, a cui sarebbe difficile sostituire un equivalente greco, si possono raggruppare vari casi d'ossessione, dove la timidezza è trasportata dalla capacità funzionale e dalla vita organica alla capacità sociale ed alla vita pubblica. Non si tratta di gravi e serie responsabilità, che rivelino un alto sentimento del dovere, ma d'errori minimi, materiali e affatto particolareggiati, da cui l'infermo, più egoista che scrupoloso, teme di rimaner compromesso.

N. N., laureato in scienze naturali, trentottenne, ammogliato senza figli, è preso da *fobia* della responsabilità ogni volta che si accinge a scrivere. Un biglietto, una ricevuta, una lettera ai parenti, un indirizzo sono per lui un'impresa pericolosa, perchè involontariamente potrebbe sfuggirgli un errore di data o di parole, da minacciare la sua riputazione. Il malato è spaventato sopratutto dalle cifre che rappresentano prezzi e valori; rifà una somma dieci volte, e quando ha licenziato uno scritto soffre d'angoscia al pensiero di non poterlo più rivedere per verificarlo. Rinchiuso di sorpresa in una casa di salute (contro il mio parere), vorrebbe protestare, implorare la libertà, informarne la famiglia; ma piuttosto d'arrischiarsi a scrivere, aspetta in silenzio. I suoi scrupoli lo abbandonano dinanzi agli esperimenti di Laboratorio a cui si dedica per ragione professionale: il malato insegna ed esperimenta come qualunque altro fisico. Invece la tendenza psicastenica si manifesta in un altro campo, quello della *gelosia coniugale*. Per la fobia dei numeri e dei documenti il malato si condanna all'inerzia e trascura l'amministrazione del suo patrimonio; per la fobia dell'infedeltà da parte della moglie, è un tiranno domestico. La vita di questi due coniugi è infelicissima. Allo stato di fobia si associa cefalea occipitale, stitichezza, ronzìo auricolare.

Un macellaio di 35 anni teme, vendendo carne, specialmente a malati od a persone che sospetta d'esser malate, d'incorrere in tremende responsabilità, di diffondere malattie, di passare per assassino. Quando è al banco della sua bottega, si propone sempre di smettere il mestiere: ma ciò non gli impedisce di farsi pagare regolarmente, di dare il peso giusto e di saper acquistare il bestiame secondo i prezzi del mercato e il proprio interesse. La tendenza a lasciarsi vincere da un'idea incoercibile si è rivolta, anni sono, ad un altro tema, in modo violento ed acuto: mortogli il padre, il malato rimase sotto l'ossessione di non averne baciato il cadavere; è riuscì a farlo dissotterrare ventiquattr'ore dopo (il cimitero era in una piccola città) per poterlo baciare. E così questa prima ossessione sparì; ma non l'altra, che perdura invincibile.

Ereutofobia. — Il timore d'arrossire davanti ad altri risale sempre all'adolescenza, di cui è una manifestazione ordinaria, ma transitoria e collegata col sentimento del pudore. Più tardi il pudore rientra nei limiti di un'abitudine tranquilla ed automatica: gli adulti non arrossiscono mai o solo in rare occasioni; essi non hanno quindi alcun motivo di stare in apprensione. Ma la nevrastenia può dare continuità o far rinascere l'apprensione giovanile coi caratteri d'una vera fobia. I malati temono di dare spettacolo del proprio imbarazzo; di tradire col rossore sentimenti nascosti da cui talvolta ripugnano, ma che, per ossessione incoercibile, non possono fare a meno di rappresentarsi; e così sono sempre in imminenza d'arrossire. Spesso arrossiscono davvero, appunto perchè il rossore è l'estrinsecazione mimica e involontaria della vergogna; e come tale succede alla vergogna ossessiva non altrimenti che alla vergogna fisiologica.

L'ereutofobia è, come la maggior parte delle ossessioni, una timidezza relativa ad un'incapacità funzionale, che consisterebbe nel non saper frenare il rossore. Questa situazione d'animo si verifica incidentalmente

anche in persone normali, che con un leggero sforzo riescono quasi sempre a deviare la corrente del pensiero dall'immagine vergognosa, e così mantengono una fisionomia inalterata. Vi riescono perchè non hanno gran paura dell'insuccesso. Nei nevrastenici la paura è continua, immensa e crescente, perchè alimentata da ogni nuovo insuccesso; gli sforzi interni, gli scongiuri superstiziosi, gli stratagemmi per impedire o nascondere il rossore sono pari alla paura, ma non sempre infecondi. Alcuni ammalati evitano le compagnie, non avvicinano mai personaggi di soggezione, nè giovani di sesso opposto, non osano fissare lo sguardo sopra una frotta di educande o di soldati nel giustificato timore di fare una figura ridicola; e tremano al sopravvenire di un'immagine o d'una parola ereutogena. Altri interpellano medici e chirurghi dichiarandosi pronti a subire cure pericolose, operazioni deformanti. Per gli ereutofobi la maschera di ferro, di romanzesca memoria, non sarebbe una tortura, ma una liberazione; e ve n'è che pensarono sul serio di adottarne qualche surrogato.

Giovane di 22 anni, laureato in legge, molto intelligente, colto, ricco, è stato in pellegrinaggio presso gli alienisti delle città che percorre per suo diletto. Durante il colloquio con me, non arrossisce mai, nemmeno nei momenti più scabrosi del suo discorso; e ciò è naturale perchè, aprendo interamente il suo animo ad un medico di fiducia, non può temere d'essere frainteso, nè di parere imbarazzato o ridicolo. La sua parola è facile, precisa, colorita e il suo contegno disinvolto. Questo giovane non è alle sue prime armi amorose; è abituato alla società e ricercato nei convegni, dove riesce spesso o a frenare con la forza della volontà il rossore che spunta o a dissimularlo con artifici ingegnosi. Ma oltre all'*ereutofobia*, soffre di *misofobia*; e di più presenta un *tic* mandibolare. All'infuori di queste ossessioni, non ha alcun sintomo di nevrastenia; e le sue fobie sono un segreto per tutti, eccetto che per gli intimi.

Ossessione del come e del perchè. — L'ossessione del come e del perchè, il così detto *delirio metafisico* o *Grubelsucht*, è l'espressione generica dell'incoercibilità psichica; e non consiste in altro che nel *sentirsi pensare*, nello studiarsi mentre si pensa, nello sdoppiarsi in un *io* che pensa e in un altro io che osserva. È dunque un'introspezione ad oltranza, pedantesca, infrenabile e per ciò sterile. Peggio che sterile, quest'introspezione minuziosa ed ammanierata è un vero inciampo al pensiero: nel corso d'un ragionamento filato l'introspezione ossessiva diserta solo per un istante dalla coscienza, ma ricomparisce sul più bello e si svolge per conto proprio ora parallela al pensiero legittimo, come la sua ombra, disturbandolo e togliendogli la spontaneità, ora insediata al suo posto, interrompendolo o spezzandone per sempre la connessione.

S. C., giovane maestro di musica, istruito, soggetto a cefalea occipitale e frontale, spesso insonne, stitico, facile a stancarsi, soggetto a polluzioni notturne, insofferente della luce, dei rumori, della folla, della famiglia e di sè stesso, è in istato di continua e forzata introspezione. La sua introspezione non è sistematica, deliberata e coerente, e perciò non conduce a nessun risultato psicologico; si rivolge alle parole ed alla loro etimologia più che alle idee; e dei ragionamenti non analizza che singoli termini. Lo stesso infermo si paragona ad un impiegato di biblioteca che debba riordinare incessantemente dei libri sempre in disordine, e che perciò non arriva mai in tempo nè a leggerli, nè a riposare. E infatti l'ossessione del come e del perchè non gli lascia tregua. Durante le lezioni di musica il malato analizza ciò che suonano i suoi allievi, le impressioni che ne prova e i commenti indiretti suscitati dalla sua introspezione; e così finisce per ascoltare a mala pena, per non concludere nulla e per soffrire assai. La casa di salute e varî regimi di vita non migliorarono punto le sue condizioni di mente. Per qualche tempo l'incoercibilità psichica si sistematizza sopra un tema prediletto. Uno di questi temi fu il suicidio, ma allo stato di semplice rappresentazione coatta senza impulso, nè desiderio. Il malato era sotto l'ossessione d'un quadro funebre, dove campeggiava la sua figura: si vedeva in atto di preparare il veleno o la corda, poi sul letto di morte, poi cadavere nella bara e al cimitero, ma non aveva intenzione d'uccidersi ed era il primo a dichiararlo.

R. M., medico in una grande città, attivo, di mite carattere, amante della musica, cade di tanto in tanto in leggieri accessi di nevrastenia, durante i quali ha gli ordinarî disturbi della sensibilità e dell'innervazione viscerale, più la tendenza ad almanaccare. L'introspezione a cui sottomette i proprî pensieri è più automatica che filosofica; e quando i pensieri sono mentalmente rappresentati con parole, degenera addirittura dall'analisi psicologica all'analisi grammaticale. Ma quest'analisi è assidua e fastidiosa: il campo della sua coscienza è disputato continuamente tra due personalità, di cui una è logica, tranquilla, conscia dei proprî interessi, l'altra è cocciuta, irrequieta, sofistica, puerile e indomabile. La personalità ribelle s'interpone continuamente per improvvisare a sproposito i suoi *come?* i suoi *perchè?* i suoi *quando?* L'altra personalità, che è la vera, cioè quella in cui il malato riconosce sè stesso, è costretta ad ascoltare lo stolido chiacchierio del monello pazzo che alberga nel proprio seno. In questo malato anche certi spunti musicali prendono possesso della coscienza per qualche tempo sotto forma di rappresentazioni incoercibili. Fortunatamente la nevrastenia del mio collega è a decorso interrotto; e durante i lunghi intervalli l'ossessione tace.

Idee ossessive d'azione. — Di solito le idee incoercibili sono frivole e indifferenti: non diventano moleste che per l'insistenza con cui si ripetono. Ma qualche volta è disgustoso anche il loro contenuto. Conobbi una donna maritata, il cui padre soffriva di malattia cutanea: essa aveva inteso dire che quella malattia poteva essere sifilide; e da tale diceria, venendole in mente che suo padre avesse avuto una malattia immonda, concepì un'involontaria avversione fisica per lui, un vero schifo ossessivo, che le impediva di mangiare in sua presenza, benchè gli conservasse stima ed affetto filiale ed anche dopo che i medici (non so se

per convinzione o per opportunità) avevano dichiarato che il loro malato non era mai stato sifilitico. Sono del pari affliggenti, anche pel loro contenuto, le ossessioni che hanno per oggetto una presunta incapacità fisiologica; e, fra tutte, l'ossessione dell'*impotenza sessuale*. È infatti noto che il preconcetto dell'impotenza erotica si risolve quasi sempre in una triste realtà, disturbando quella spensieratezza e semplicità d'animo che è condizione indispensabile per il normale esercizio delle funzioni sessuali.

Ma, più che disgustose ed affliggenti, sono addirittura drammatiche quelle ossessioni che contengono un programma d'azione. Per quanto quel programma non si affacci alla coscienza che come una semplice rappresentazione ossia come una possibilità teorica, esso suscita ben presto la *fobia* di non poter resistere alla suggestione implicita nell'idea astratta dell'atto. Se anche si tratti d'atti futili o di scongiuro, il malato si troverebbe spinto, compiendoli, a render pubblica la propria infermità e a farla uscire dalla cerchia dei fenomeni subiettivi. Ma qualche volta l'atto che si rappresenta sotto forma ossessiva nella mente del nevrastenico è un delitto o un'oscenità da far rabbrividire.

È importante a sapersi che simili ossessioni con programma esecutivo, oltre ad essere molto rare, non vengono quasi mai attuate. Esse assumono un carattere ossessivo appunto perchè ripugnano all'etica, al gusto od al buon senso del malato; e questa ripugnanza arma contro di loro tutte le forze sane del malato stesso, che riescono vincitrici. Se a quella frivolezza o a quel delitto o a quell' oscenità l'individuo fosse trascinato dalla puerilità del carattere o da passioni criminose o da perversitimento sessuale, le immagini dell'atto da compiere non sarebbero morbose, ma naturali, e non potrebbero acquistare l'incoercibilità rappresentativa che proviene dal loro contrasto con l'intera personalità del malato. Non vi è sconfitta dove non vi è guerra; e non vi è idea incoercibile, nel senso patologico della parola, senza un deciso e speciale contrasto. Il contrasto tra l'idea incoercibile e la personalità del malato si manifesta non solo contro il contenuto dell'idea, ma anche contro la sua presenza: alla disapprovazione morale, estetica e logica dell'immagine ossessiva s'unisce l'intolleranza psicologica della sua comparsa. Un normale può rappresentarsi una insulsaggine, un delitto o un'oscenità come qualsiasi altra cosa; uno sciocco o un criminale può pensarvi con compiacenza; ma solo un nevrastenico in istato d'ossessione se ne sente invaso con disgusto o con raccapriccio.

Un vecchio medico che vive di rendita e non esercita la propria professione mi confidò d'essere vittima da oltre trent'anni di immagini oscene che lo assalgono specialmente in chiesa e in società e di un im-

pulso a proferire parole sconcie e bestemmie stereotipate. Malgrado la persistenza *ab antiquo* di questi impulsi, sempre nella medesima forma, il malato non li ha mai tradotti in azione. Vittoriose come immagini, le sue ossessioni sono sempre rimaste soccombenti come impulsi. La psicastenia di questo vecchio signore è ignorata da tutti e passa per semplice nevrastenia. Nella famiglia del malato vi è eredità psicopatica.

Un altro medico, più giovane, la cui madre morì pazza, quello stesso di cui si parla a pagina 208, soffre di nevrastenia a ricorrenze piuttosto rare e fortunatamente brevi. Nell'ultimo accesso la *fobia* d'impazzire si sommò con quella, ancor più orribile, di potere per una improvvisa aberrazione mentale strozzare la propria bambina, ciò che ha di più caro al mondo. Dalla fobia nacque l'impulso, che si rinnovava più volte nella giornata, ma che non raggiunse mai le proporzioni d'un tentativo. Questo psicastenico potè, anche nel parossismo del suo accesso, che durò alcuni mesi, esercitare la professione e vivere in famiglia senza mai torcere un capello a nessuno. La moglie del paziente era a notizia della patofobia, ma non seppe mai che suo marito soffrisse d'impulsi e tanto meno di quel terribile impulso che minacciava l'esistenza della loro unica figlia. Sono passati tre anni, e la felicità di questa piccola famiglia, almeno nelle sue apparenze esteriori, non è stata mai rotta.

Non è da credere che i reati d'origine ossessiva offrano difficoltà diagnostiche sotto l'aspetto medico-legale. Prima d'obbedire all'impulso criminale, il malato se ne duole amaramente, si denunzia e fa il possibile per trattenersi. È pronto alle cure più dolorose, all'isolamento, alla reclusione preventiva. E se, malgrado ogni sforzo, soggiace all'ossessione (il che è rarissimo e quasi impossibile), trova cento testimoni che possono documentare l'origine morbosa del delitto e dimostrarne il fatale determinismo che esclude ogni responsabilità penale. Manca, ed è ovvio provarlo, la causale ordinaria d'un reato: *cui prodest*. È evidente invece la causale psicopatica che si può formulare in un movente paradosso: il delitto è effettuato perchè è divenuto un'ossessione, ed è un'ossessione perchè ripugna al carattere onesto, mite e tenero del sedicente criminale.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

La vera nevrastenia sarebbe facile a diagnostificarsi se parecchie malattie, tra cui la paralisi progressiva e la demenza precoce, non si rivestissero dei suoi sintomi durante l'esordio. Quando una crisi nevrastenica è legata a tubercolosi, a carcinomatosi, a calcolosi, a prostatite cronica, la presenza della malattia fondamentale non può passare inosservata: i sintomi nevrastenici passano in seconda linea e non costituiscono che una meteora propria della fase iniziale, perchè nelle fasi successive primeggiano le manifestazioni particolari della malattia fondamentale.

La distinzione è più laboriosa e talvolta impossibile nei casi di tabe, di paralisi progressiva e di demenza precoce; e spesso si deve aggiornare fino a quando compaiono i primi segni certi di queste malattie organiche. Nei paralitici progressivi la nevrastenia è piuttosto apatica, spesso contradittoria, poco ragionata; talvolta le idee ipocondriache ch'essa inspira sono enormi e rasentano il delirio; vi è una certa disarmonia tra l'importanza dei disturbi denunziati dal malato e la reazione affettiva quale si dimostra dalla mimica, dal contegno e dalle parole. Trasparisce quasi sempre un certo grado d'indebolimento mentale che non può sfuggire nè all'alienista, nè agli intimi del malato, se sono avveduti. Ricordo un paralitico agli esordî della malattia, che si sentiva depresso e stanco, presentava rigidità di pupilla e pareva nevrastenico; una sera ad un ballo, non trovando il gabinetto, orinò di nascosto in un bicchiere e commise qualche altro atto di spensieratezza con un'ingenuità serena e prettamente paralitica. Invece i nevrastenici veri sono intelligenti, buoni osservatori e descrittori squisiti. Ma non sempre l'indebolimento mentale dei paralitici si lascia scoprire; e la diagnosi differenziale non si fa praticamente che *a posteriori*.

G. C., trentacinquenne, padre di famiglia, che sofferse di sifilide a 17 anni, ammala di periostite alla mascella. Si produce un ascesso nell'interno della cavità orale con enorme tumefazione esterna. Inciso l'ascesso e guarito dalla periostite, l'infermo si lamenta d'essere diventato grosso, deforme, grottesco, altissimo. Ma la sua *dismorfofobia* non è un dubbio, è una convinzione; ed anzi questa convinzione è trasferita dal malato su tutti gli esseri viventi. Gli uomini sono enormi, toccano quasi il soffitto, e i loro abiti crescono in proporzione; la moglie (bella e giovane) gli desta commiserazione, tanto è cambiata ai suoi occhi; gli animali soggiacciono alla stessa metamorfosi. Ma le piante e le cose inanimate conservano la loro figura. A questa *dismorfofobia* di falsa lega si associano fenomeni d'indebolimento mentale (passività, indifferenza, smemoratezza, puerilità di contegno) e i segni somatici della *paralisi progressiva*, come rigidità delle pupille, anisocoria, un accesso apoplettiforme.

R. L., cinquantenne, tabetico (miosi ed abolizione dei reflessi patellari) soffre contemporaneamente di due ossessioni: quella della rabbia (*patofobia*) e quella dei *tunnels* (*claustrofobia*). Siccome è viaggiatore di commercio, non può, causa la doppia fobia, nè camminare a piedi per paura dei cani, nè percorrere certe linee ferroviarie per paura dei *tunnels*. Anche l'orrore dei *tunnels* si confonde un po' con la patofobia, perchè si impernia sopratutto nel timore di non poter respirare. Il malato è irritabile, convinto d'esser malato, ma lucido. Dopo due o tre anni d'ossessioni preludenti alla tabe, si dichiarò una tabe-paralisi che travolse le fobie, dando luogo a indebolimento mentale e delirio. È dunque il caso d'un accesso nevrasteniforme collegato ad un grave processo organico e che ne accompagna l'inizio.

La demenza precoce esordisce quasi sempre, specialmente nei giovani,

con idee ipocondriache che vengono ascritte alla nevrastenia. Ma spesso le parestesie e i dolori degli infermi sembrano ostentati: qualche volta non si capisce se il malato scherzi o se parli sul serio; altre volte si tratta di sensazioni così strane che non corrispondono al quadro, abbastanza povero e preciso, della nevrastenia. Il contegno del demente precoce è ilare, petulante o indifferente o volubile; insomma non è punto conforme allo stato d'animo d'un nevrastenico puro sangue. Se vi sono ossessioni, si presentano a frotte o si succedono a breve termine come in un caleidoscopio. Nel rivelarle al medico il malato non è lucido, sobrio, preciso come il nevrastenico, ma disordinato, ampolloso, incerto, e spesso si contraddice. Sembra quasi che abbia delle *arrière-pensées*; ma si esprime male o perchè le sue sensazioni non sono nette o perchè le sue confessioni non sono sincere.

Un giovane medico, che si laureò con onore, di figura aitante e regolare, di modi brillanti, è all'inizio della *demenza precoce*. Si può stabilire questa diagnosi dalla grave eredità psicopatica e dalla fatuità che già comincia a traspirare nel suo contegno. Il malato non si occupa più di medicina, crede di poter imparare senza studiare, nè osservare, per mezzo della sola speculazione; d'altra parte obbedisce ai miei consigli letteralmente, senz'ombra di critica, con indifferenza, fino a consegnarsi al Direttore d'un Sanatorium; e sì che non si crede ammalato. La contraddizione tra ciò che fa e ciò che pensa questo disgraziato infermo diventa ancor più inesplicabile (salvo con la diagnosi di demenza precoce) quand'egli abbandona all'improvviso il Sanatorium per entrare in un vero e proprio manicomio senz'avermi interpellato, di sua iniziativa.

Orbene, il malato è affetto da *dismorfofobia*; ma il suo timore, in luogo d'essere respinto come assurdo dalla coscienza, acquista subito il carattere d'una convinzione. Il dottor B.... è certo d'esser deforme e di attirarsi l'antipatia dei passanti, l'orrore dei conoscenti. Egli è appena entrato nel novero dei nevrastenici, che già ne esce per passare in quello dei paranoidi. Qui si tratta certamente d'una crisi psicasteniforme con caratteri ambigui, che accompagna gli esordi d'una demenza precoce.

Uno studente di medicina di mediocre intelligenza, ma già prossimo alla laurea, comincia a lamentarsi di cefalea, polluzioni, dolori lancinanti al petto, difficoltà di respiro, aritmia di cuore, smemoratezza; consulta tutti i suoi maestri; si isola dai compagni; trascura lo studio; si dà alla lettura di vecchi libri. Ma in luogo di limitarsi alla parte di sintomatologo, s'avventura alla diagnosi e pretende di scoprire in sè stesso, simultaneamente, la meningite, l'impotenza sessuale, la tabe, la tubercolosi polmonare e un vizio cardiaco. Con tutto ciò non è molto triste e le sue condizioni fisiche sono ottime: è un giovane tarchiato, robustissimo. A poco a poco si dimentica dei sintomi, non ne parla e si comporta come se non li avesse; ma si ostina sempre più nelle sue diagnosi molteplici, ne pretende la conferma dai clinici, le discute, le ripete con ostentazione come un ritornello con accento monotono e indifferente. Battezzato da principio per un nevrastenico, riceve la cresima d'ipocondriaco; ma in realtà è un demente precoce. Le idee ipocondriache vanno diventando

oltremodo assurde, e il contegno del malato perde ogni rapporto non solo con la realtà dei suoi interessi, ma anche con le aberrazioni paranoidi del suo delirio. Sono passati otto anni: non vi è più alcuna traccia di nevrastenia, nè d'ipocondria, e questo infermo è piombato nella più profonda demenza.

Giovane di 18 anni, alto, magro, pallido, poco intelligente, ma assai studioso, soffre di diverse *fobie*, ha orrore del fulmine e del contatto coi metalli (forbici, rasoio, forchette, cucchiai), è soggetto a cefalea, a polluzioni, a parestesie; si lagna continuamente di sensazioni moleste che partirebbero da una cicatrice cutanea, conseguenza d'una ferita accidentale ed antica alla mano sinistra. A questa cicatrice attribuisce sofferenze inverosimili ed effetti d'irradiazione: dice che la sua attenzione è continuamente richiamata alla ferita; che ciò gl'impedisce di studiare e lo rende infelice; che, se non fosse quella ferita, profitterebbe dello studio e potrebbe farsi onore. Intanto si tortura la mente per sostenere numerosi esami, non vuol rassegnarsi a rimanere indietro d'un anno; dà ripetutamente battaglia su tutte le materie ed è sempre sconfitto. Di dieci esami non riesce a superarne nemmeno uno; e ciò avviene quattro volte di seguito in due anni, malgrado l'aiuto di ripetitori e i desolati appelli all'indulgenza per motivo di malattia. Si tentano cure generali (bagni caldi, bromuro di potassio, *gavage* alimentare, cambiamento d'aria, vita di campagna, riposo). Si tenta una cura locale con mire suggestive, prima sottoponendo la cicatrice all'azione del cloruro di metile, poi correggendone l'irregolarità (lievissima) con l'intervento chirurgico, che infatti ottiene, al posto d'una curva un po' frastagliata, rilevata e rossiccia, una ferita rettilinea, liscia ed ora del tutto bianca.

Ogni tentativo è vano: il malato si incaponisce sempre più nelle sue ossessioni. Ma invece di considerarle come idee morbose, le solleva alla dignità di dubbî, poi di convinzioni, di teorie, di dogmi che vorrebbe con petulanza imporre anche alla famiglia ed ai medici. Qualche volta, sentendosi contraddetto, va in collera, e la sua collera è sproporzionata, irragionevole, cieca. Un medico ignorante fa diagnosi d'epilessia. Si deve ricorrere alla casa di salute.

Per dirla in breve, il malato abbandona la *fobia* della sua cicatrice, ma rifugge persin dalla vista dei metalli, si masturba in presenza degli infermieri, e cade nel più abbietto disordine mentale. Il suo contegno è automatico, assurdo, spesso violento; la parola è ridotta a pochi monosillabi senza significato; i rapporti col mondo esterno sono nulli; vi è perdita delle feci e dell'orina. L'evoluzione di questo processo demenziale, iniziatosi con nevrastenia ed ossessioni, si compì in tre o quattr'anni, non senza episodî di catatonia; ma la natura paranoide delle ossessioni trapelava sin dai primi momenti e non passò inosservata ad un abile medico della famiglia.

Molto più rara è la coincidenza della nevrastenia ossessiva con la paranoia. Appunto perchè la paranoia è un'anomalia della mente che non implica alcuna confusione, essa è compatibile con la nevrastenia e permette al malato di giudicare come morbose le proprie ossessioni; ma la costituzione paranoica favorisce la trasformazione delle ossessioni in dubbî e talvolta in reazioni psicopatiche, da cui una mente normale saprebbe più facilmente trattenersi.

Un signore cinquantenne, corpulento, che soffre d'albuminuria ciclica, di costituzione uricemica, ricchissimo, padre di famiglia con figli normali, buon amministratore, intelligente, amabile, è oppresso da una idea la cui natura è intermedia tra l'ossessione e lo scrupolo. Egli pensa che il testamento dell'avo paterno, a cui deve la sua considerevole fortuna e di cui è in possesso il padre ancora vivente, possa incorrere in nullità per vizio di forma. Il nome del testatore, un israelita tunisino, invece d'essere indicato in lingua araba, è tradotto in italiano. Ora, nè l'esignità di questo errore materiale (se pure è un errore), nè gli anni trascorsi (che oltrepassano il periodo di prescrizione), nè il godimento effettivo e indisturbato dell'eredità, nè la mancanza di altri legittimi eredi, nè i responsi di cento avvocati hanno mai potuto svellere dall'animo del malato questa ossessione. Passano mesi ed anni interi senza che egli ne parli, ma ad ogni recrudescenza di nevrastenia l'ossessione o piuttosto il dubbio si riaffaccia tormentoso. Questo signore, appunto per l'incertezza in cui si trova se il suo dubbio sia fondato o morboso, oscilla tra la paranoia che gli dice: *è vero* e la nevrastenia che gli permette di credere *è falso*, anzi *è assurdo*. E quest'incertezza lo porta all'esasperazione. Bisogna concludere che vi sia una costituzione paranoica, altrimenti il dubbio non potrebbe apparire fondato neppure per un istante; ma non si può negare che su questo fondo latente di paranoia fiorisce uno stato di nevrastenia. E infatti il malato soffre di cefalea, d'insonnia, d'irrequietezza, di diffidenza, di *patofobia*, di ossessioni al suicidio; desidera d'essere curato, si confida pienamente col medico, lo interroga sopra ogni nonnulla, e gli obbedisce in certi particolari come un bambino. Se fosse un paranoico genuino, non ammetterebbe d'esser pazzo. Messo in casa di salute, è violento per paura di perdere la ragione, si ribella, poi chiede scusa. Frattanto è sempre lucido, anche nel culmine dell'attacco nevrastenico.

Un giorno, sotto l'incubo della sua ossessione ed eludendo la vigilanza della famiglia, si avvelenò e morì nella latrina della sua villa, bruciando 800.000 lire in cartelle che aveva scelto appositamente tra i titoli non rifondibili del suo patrimonio. L'imprevedibile e stravagante suicidio fu messo a carico della pazzia. Ma la causa determinante è estremamente misteriosa: fu obbedienza ad un'ossessione nevrastenica e riconosciuta per tale o fu insofferenza d'una paura paranoica scambiata per un reale pericolo? Forse, distruggendo quanto poteva del suo patrimonio liquido, il malato credeva di salvare la famiglia da liti rovinose; o invece, pur sapendo di compiere un olocausto assurdo ed inutile, fu vittima consapevole della rappresentazione coatta fino alle sue ultime conseguenze?

ETIOLOGIA E PATOGENESI.

Le cause della nevrastenia sono l'esaurimento fisico, le emozioni deprimenti e qualche volta i traumi; ma al disopra di queste cause occasionali incombe un fattore più costante: l'eredità similare. Anche in questo la nevrastenia rassomiglia all'isterismo: le occasioni non fanno che risvegliare una predisposizione latente. Perciò l'accesso, unico o ripetuto, di nevrastenia non vale a smentire la natura costituzionale della malattia, nemmeno quando guarisce rapidamente senza lasciare alcun residuo visibile.

Quanto alla patogenesi, le interpretazioni immaginate dai clinici, malgrado le loro numerose varietà, non fanno che rispecchiare le teorie fisiologiche della fatica e seguirne le vicende. La fatica, come la nevrastenia, è certamente sentita nelle cellule dei centri nervosi, ma qual'è la sua origine? Tutti s'accordano, naturalmente, nell'attribuirla all'esercizio esagerato delle attività organiche e al maggior accumulo dei prodotti catabolici che accompagnano il dispendio d'energia funzionale. La divergenza comincia quando si tratta di fissare la fonte anatomica dei prodotti regressivi che, penetrando nel torrente circolatorio, avvelenano il cervello. Si suppone *a priori* che, fra tutte le funzioni, possano portare un contributo alla fatica quelle che, per discontinuità e per disuguaglianza di distribuzione o d'intensità, sono soggette a grandi oscillazioni del loro chimismo: è lo stesso che dire le funzioni muscolari e le funzioni nervose. Ma l'esperienza e la fisiologia insegnano che il metabolismo è massimo nei muscoli, minimo nel cervello (pag. 37-43).

Sono quindi da considerarsi come antiquate le teorie che pretendono di spiegare l'intossicazione o l'esaurimento del cervello come un effetto immediato del suo chimismo particolare, sia per insufficiente eliminazione dei prodotti regressivi, sia per insufficiente assimilazione delle sostanze anaboliche. Tali sono le teorie di Beard, di Kaan, di Féré, e in parte anche quella di De Fleury, tutte inspirate alla convinzione che la nevrastenia derivi dallo strapazzo psichico e che il sopralavoro, come pure il lavoro della corteccia cerebrale, abbiano una grande importanza nell'economia chimica dell'organismo.

La maggioranza dei clinici propende oggi a considerare la nevrastenia come una reazione a distanza. Il cervello (qualche volta il solo midollo spinale) è irritato dal passaggio di prodotti tossici che si versano nel sangue e provengono da alterazioni generali. Questi prodotti del ricambio esercitano un'azione poco diversa da quella che si produce fisiologicamente quando il catabolismo muscolare è rilevante; e così si determina un senso illusorio di fatica, spesso anche una vera astenia. Hayem pensa che la nevrastenia dipenda da alterazioni dei processi digestivi che darebbero luogo a prodotti disadatti, inadeguati alla nutrizione e renderebbero la riparazione fisiologica inferiore al consumo. Secondo Bouchard, la dilatazione di stomaco, la stasi, l'ipocloridria provocano fermentazioni putride, ossia una specie d'indigestione cronica, che in realtà chiarisce molti casi di nevrastenia, ma non tutti. Secondo Glénard, i nevrastenici si troverebbero sempre in uno stato complesso di *enteroptosi* con atonia gastrica e un disturbo x del chimismo epatico, che dipenderebbe da queste condizioni anatomiche e che costituirebbe l'agente tossico della malattia: teoria ipotetica, esclusiva e mal connessa, che probabilmente non è mai vera, nemmeno in casi eccezionali.

Sono più verosimili e in grado d'abbracciare un assai maggior numero di casi, per non dire la totalità, le teorie che indicano la fonte dell'agente tossico non in un singolo apparecchio funzionale, ma nell'intero organismo. Così Axenfeld, Huchard, Lemoine e Bordaries ravvicinano la nevrastenia all'artritismo, ossia la considerano come un pervertimento del ricambio generale, che è caratterizzato sopratutto dall'insufficienza costituzionale dei processi d'ossidazione.

L'artritismo, il diabete, la gotta, l'obesità (Biernacki) sarebbero le varie espressioni cliniche di questo pervertimento; e la nevrastenia rappresenterebbe la varietà nervosa del medesimo gruppo nosologico. La *diatesi nevrastenica* è molto affine alla *diatesi arterio-sclerotica* (Régis), ed entrambe si allacciano o come anomalie collaterali o come cause o come effetti al gruppo delle malattie indicate da Biernacki. Ma oltre alle aberrazioni del ricambio generale è giusto tener conto particolare di quelle intossicazioni che provengono esclusivamente dall'inerzia muscolare e chimica dell'intestino (Bechterew).

Una leggiera anomalia del ricambio generale e la scarsa eliminazione di prodotti regressivi, siano normali o no, non bastano a produrre nè febbre, nè sopore, nè delirio; ma, come la fatica e la sonnolenza fisiologiche, sono sufficienti a determinare effetti subiettivi d'esaurimento: stanchezza, parestesie, idee incoercibili. A questo effetto concorre da una parte il vizio costituzionale od accidentale del ricambio, ma dall'altra anche l'intolleranza sempre costituzionale della cellula nervosa di fronte ai veleni fisiologici in genere o a qualcuno di questi veleni in ispecie. Se l'intolleranza è massima e generica, si ha la nevrastenia allo stato continuo, perchè l'organismo non è mai completamente libero di qualsiasi prodotto regressivo; se l'intolleranza è minima e specifica, la nevrastenia non si manifesta che ad episodî. Ma in ogni modo questa esasperazione della sensibilità nervosa è costituzionale e soggetta alla legge dell'eredità similare: il chimismo generale non esercita nella patogenesi della nevrastenia che un'influenza complementare. All'azione tossica il metabolismo autoctono dei centri nervosi non può concorrere che in proporzioni insignificanti.

CURA.

Se la nevrastenia è determinata da un'intolleranza assoluta e generica a qualunque veleno fisiologico, la cura non potrà avere altro scopo che quello di regolare nel modo più perfetto il ricambio generale, diminuendo i rischi dello sbilancio chimico e quindi le sofferenze dei malati. Essa potrebbe proporsi come scopo remoto anche di portare la sua opera risa-

natrice nel seno stesso della cellula nervosa, cambiando gradualmente il tipo funzionale della sua reattività funzionale e riconducendolo nei limiti della norma; ma i metodi per raggiungere un così arduo scopo sono tuttora in balìa dell'empirismo. Se invece la costituzione nevrastenica è poco accentuata e vi è motivo di credere che si palesi solo di fronte a certi veleni, bisognerà cercare con cura la fonte dell'intossicazione o dell'esaurimento che agiscono come causa complementare. Rimossa questa causa prossima, si potrà ragionevolmente sperare d'aver ridotto al silenzio, se non all'inesistenza, la causa fondamentale.

Storicamente i metodi di cura più usitati (e meno idonei) sono quelli che mirano a riparare un'ipotetica debolezza nervosa mediante il *gavage* alimentare o mediante l'assoluto riposo o mediante rimedi dotati d'un presunto potere ricostituente. Il *gavage* si applica con norme minuziose che furono adottate anche nella cura dell'isterismo e che riescono efficaci in alcuni casi, ma che non sono generalizzabili (v. cap. XIX). L'assoluto riposo non è di alcuna utilità e, obbligando i malati all'ozio, favorisce le idee ipocondriache, le ossessioni, lo scoraggiamento. Quanto poi ai rimedi ricostituenti, molti di essi (e specialmente i composti di fosforo) non meritano la mistica fede di cui sono circondati e che in gran parte si deve ai preconcetti d'una fisiologia trapassata.

Il trattamento che si addice meglio alla grande maggioranza dei nevrastenici è più igienico che curativo: alimentazione moderata (Vigouroux), mista, suddivisa in quattro pasti giornalieri; allenamento progressivo negli esercizi fisici, ginnastica da camera, massaggio, idroterapia, vita di montagna, sobrietà, astinenza (relativa) dai piaceri sessuali. Se vi è ipercloridria, sarà facile vincerla con questo regime e con l'uso di acque alcaline. Durante i periodi di massima depressione nevrastenica e d'ipotensione arteriosa si ricorre alla stricnina. Spesso il benessere generale ritorna al ristabilirsi del tono normale nel circolo, e per arrivarvi momentaneamente bastano mezzi assai semplici: il soggiorno nell'alta montagna oltre a mille metri, il cambiamento d'aria, un bagno caldo e breve, un bagno fresco o tiepido, un istante di raccoglimento lontano dalla luce e dai rumori, un po' di cibo, una tazza di thè non troppo carico, un bicchiere d'acqua inzuccherata o d'acqua pura che interrompano il lungo intervallo pomeridiano di digiuno e ristabiliscano la pressione interna nell'albero circolatorio.

Questi mezzi modesti riescono efficaci se sono applicati con metodo e perseveranza. Ad essi va aggiunto il trattamento psichico. I nevrastenici hanno bisogno d'interrogare il loro medico, di proporgli quesiti innumerevoli, sottili, ma ragionevoli, che non si trovano menzionati nei libri. Per rispondere a simili quesiti occorre intelligenza, serenità di spirito,

chiarezza d'esposizione. Il medico che riunisce queste qualità è in grado di soddisfare le pungenti curiosità dei malati e di sollevarli dal loro scoraggiamento. Così egli acquista su di essi un ascendente, senza di cui sarebbe impossibile sottometterli ad una disciplina igienica.

La terapia psichica è un coefficiente necessario della disciplina igienica, perchè ne rende ragionati, coordinati e quindi imperativi i precetti. Alle suggestioni verbali del medico si aggiungono le suggestioni silenziose dell'ambiente: la montagna, con la sua solitudine grandiosa, distrae lo spirito dalla contemplazione delle miserie individuali, semplifica il modo di vivere e riordina il modo di pensare. Talvolta, meglio dei viaggi e dei divertimenti rumorosi, spazza la coscienza dalle idee incoercibili.

Nella terapia psichica è compreso un certo grado di esercizio mentale che deve andare di pari passo con l'esercizio fisico. Il programma dell'attività mentale e fisica sarà graduato in maniera da generare distrazione, non sazietà, fatica o preoccupazione. Bisogna esteriorizzare la mente dei nevrastenici, richiamarla a questioni generali, elevate ed obiettive. Si cura l'isterismo trascurandolo sistematicamente; si cura la nevrastenia inducendo i malati stessi a trascurarsi, a superare i proprî ritegni, le proprie paure, le suggestioni del proprio egoismo. Ma una simile dimostrazione richiede tempo, abilità e competenza: guai se il medico, come qualche volta avviene, ne sa meno del malato.

CAPITOLO XIX.

L'isterismo

L'isterismo è un'attitudine costituzionale, per lo più ereditaria, dei centri nervosi a reagire in modo paradossale sotto l'azione di stimoli che riescono inavvertiti o insignificanti nei normali. Queste reazioni paradosse, con cui l'isterismo si manifesta dall'adolescenza in poi e talvolta dall'infanzia in tutte le sfere dell'innervazione, sono positive e negative, permanenti od effimere, frequenti e rare, parziali e generali, futili ed importanti, a seconda dei casi e dei momenti, ma non senza limiti e norme; e tra gli stimoli che le provocano primeggiano le emozioni, sempre potenti e capricciose nei loro effetti anche tra gente sana e ben conformata. Di fronte alle leggi fisiologiche, l'isterismo è dunque l'illegalità, non l'anarchia. Più che una malattia è un'anomalia dell'equilibrio nervoso, a cui forse corrisponde un'anomalia (e non grave) dell'equilibrio chimico. Perciò l'isterismo non è nè causa, nè effetto d'alterazioni anatomiche; non conduce mai alla demenza; e le sue manifestazioni, per quanto localizzate e continuate, non sono mai irreparabili.

Si pretende che tutti i sintomi dell'isterismo siano d'origine psichica, cioè che derivino da una squisita suggestività. E infatti non v'è neppur uno tra i fenomeni isterici che non si possa riprodurre alla perfezione per mezzo dell'ipnotismo. Prima di diventare *reazioni*, questi fenomeni morbosi sono immagini, sia pur fuggevoli; uscendo dal foco della coscienza, per una speciale irritabilità dei centri reattivi, acquistano valore d'impulsi. Forse l'immagine retrocede, per vie centrifughe, nei centri inferiori dell'innervazione incosciente, con un processo fisio-patologico analogo a quello dell'allucinazione. Ma sono sempre immagini messe in azione? Gli isterici, si dice, tendono a eseguire senza volerlo tutto ciò che pensano; ed è vero. Ma essi eseguiscono anche ciò che non pensano, che non ricordano d'aver pensato e che non hanno effettivamente mai pensato; e il loro potere d'esecuzione (o d'ommissione) invade il dominio dell'innervazione incosciente. Non è così degli ipnotiz-

zati, che obbediscono sempre ad una suggestione: esplicita o senza parole, presente o dimenticata, questo non importa. Vi è nei centri nervosi degli isterici la possibilità costituzionale di funzionare in modo indipendente o invertito o iperbolico od incongruo, con associazioni e dissociazioni di cui sono incapaci le persone normali, e che gli stessi ipnotizzati non sarebbero in grado di effettuare senza l'intervento d'una suggestione formale. Questa *plasticità funzionale*, estendendosi a tutti i processi d'innervazione, ha un campo ed un significato piu ampî di quelli che sarebbero assegnabili alla semplice suggestività. La suggestività degli isterici è dunque un aspetto, una parte, e ben grande, d'un fatto più generale, cioè della facilità con cui i centri nervosi agiscono un po' all'infuori delle regole, delle inibizioni e delle proporzioni ordinarie. Ma isterismo e suggestività non sono la stessa cosa; ed è una pura ipotesi che dietro a qualunque fenomeno isterico vi debba essere una suggestione inspiratrice.

Salvo questa riserva, bisogna convenire che la suggestione, l'autosuggestione, l'imitazione incoercibile, la paura, ogni sorta d'emozioni, un malessere fisico, un lieve turbamento della cenestesi e persino un trauma, agendo su persone isteriche o predisposte all'isterismo, provocano sia un episodio corrente, sia la comparsa *ex novo* e in età adulta d'un isterismo fino allora latente. L'*isterismo tardivo*, la così detta *nevrosi traumatica* o *railway spine*, anch'essa, non è che isterismo: e il trauma che ne è l'occasione, ma non la causa, è quasi sempre lieve, talvolta immaginario; in altre parole non opera che trasformandosi prima in un trauma psichico, in un'autosuggestione. Tanto è vero che tra l'avvenimento traumatico e lo scoppio dell'isterismo intercede sempre un periodo di preparazione; Charcot lo chiama addirittura *periodo di meditazione*.

Se alla produzione dei fenomeni isterici concorre come causa occasionale l'autosuggestione (o la suggestione altrui), ciò non significa che la sintomatologia dell'isterismo sia in tutto o in parte un puro effetto del capriccio o della simulazione, come si propendeva a credere prima di Charcot. Talvolta nelle persone isteriche la volontà può bensì impedire l'accesso o qualche sintomo isterico; ma non sempre essa è in grado di generarli integralmente. Per acquistare forza isterogena, bisogna che il sistema nervoso si abbassi contro volontà per lo meno al monoideismo inintelligente dell'autosuggestione. Questo stato mentale quasi subcosciente è più efficace della volontà, perchè modifica processi e funzioni su cui la volontà non ha alcun dominio.

Tanto l'isterismo, come quella specie d'isterismo artificiale che è l'ipnotismo, spaziano, più largamente della vera pazzia, negli stessi confini del sistema nervoso: dovunque penetra l'influenza, cosciente o no, del-

l'innervazione, ivi può arrivare l'isterismo; anzi i più caratteristici dei suoi sintomi si svolgono appunto nelle forme inferiori dell'attività nervosa, come sarebbero il tono muscolare, le funzioni vasomotorie, il trofismo. Perciò, mentre il punto di partenza da cui muovono gli stimoli provocatori è localizzabile nei centri psichici e talvolta assume senz'altro l'aspetto d'una rappresentazione cosciente e quasi d'una volizione, gli effetti della reazione morbosa non hanno che ben di rado una veste psichica e non sono attaccati allo stato d'animo, al carattere morale dei soggetti, alla suggestione isterogena, che per virtù d'un legame morboso, talvolta improvvisato.

Insomma, l'isterismo è un'anomalia che le persone normali non saprebbero contraffare neppur volendo: se lo potessero, non riescirebbero a persistervi. Ma d'altra parte gli isterici e le isteriche si distinguono immensamente dai veri pazzi. Per quanto le loro irregolarità d'innervazione siano d'origine psichica; per quanto la suggestione sia in certo modo la chiave di tutti gli enigmi isterici e l'isterismo sia stato definito con ragione come una psicosi, è un fatto che questi nevropatici sono individui lucidi, intelligenti, pochissimo esposti ai profondi disordini della mente. E spesso anche il loro carattere morale è ben lungi da quella fatuità e da quei pervertimenti di cui l'ha gratificato la tradizione.

SINTOMI.

Tra i sintomi dell'isterismo si distinguono i parossismi e gli stati interparossistici. I parossismi comprendono non solo il grande accesso e il piccolo accesso, ma anche gli episodî più o meno prolungati di paralisi, di contratture e di turbamenti acuti nel campo dell'innervazione vasomotoria, trofica e viscerale. Gli stati interparossistici sono caratterizzati dalle stigme somatiche e psichiche, cioè dalle anomalie abituali della sensibilità generale e specifica, del tono muscolare, dell'affettività e del ricambio chimico.

Grande accesso isterico. — Il grande accesso isterico è il sintomo patognomonico della così detta istero-epilessia; ma, come insegna Charcot, non ha nulla che fare con l'epilessia. L'isterismo e l'epilessia possono coesistere in uno stesso malato e può avvenire che un isterico diventi poi epilettico; ma gli attacchi d'isterismo sono sempre distinti da quelli d'epilessia, e non v'è crisi o sintomo in cui le due malattie si sommino o si confondano.

Nell'accesso isterico è sempre assai chiara l'origine emotiva. Il suono delle campane, un organo di Barberia, la comparsa del medico, l'illuminazione improvvisa d'un ambiente oscuro, un temporale, una porta

sbattuta, una cattiva notizia, un'ingiuria, una minaccia, il sopravvenire della mestruazione bastano a provocare una crisi convulsiva o qualche cosa d'equivalente.

Queste crisi sono precedute da uno stato *d'aura*, che assume forme caratteristiche e costanti in ogni soggetto. L'aura isterica non è istantanea come l'aura epilettica, e qualche volta si presenta per proprio conto senz'essere seguìta da alcun accesso. Gli ammalati *hanno i nervi*: sono tristi, imbronciati, impazienti, irritati, piangono per nulla o si abbandonano ad un'ilarità sfrenata o dormono un sonno agitato da sogni opprimenti o si affaccendano disordinatamente. E questo quadro costituirebbe l'aura *psichica*. L'aura *sensitiva* consiste specialmente nell'esasperazione di tutte le zone iperestesiche ed isterogene, che diventano dolorose e sede di nevralgie o di spasmi. Il *chiodo isterico*, ossia la cefalea al vertice del capo, il *bolo isterico*, l'*ovarialgia*, le *caldane* sono sovente la preparazione d'un accesso. Una forma specializzata d'aura *sensoriale* è quella che consiste in *allucinazioni*.

Dall'aura, perdendo ogni residuo di volontà e talvolta anche ogni traccia di coscienza, i malati passano all'accesso propriamente detto. La scuola di Charcot divide l'accesso in quattro periodi. Il primo è il *periodo epilettoide* con le convulsioni tonico-cloniche e con una crisi finale di risoluzione accompagnata da respiro stertoroso: durante questa fase il collo si gonfia e le pupille, dopo essersi ristrette, si irrigidiscono (Féré). Segue un periodo d'*acrobatismo*, in cui i malati o le malate assumono atteggiamenti da *clown*, si abbandonano a contorsioni sataniche, improvvise, svariate, violente, in contrasto con le leggi dell'estetica, del pudore e quasi persino della gravità. Tra questi atteggiamenti è da notare l'*arco di cerchio*, per cui il corpo dell'isterica si solleva sul letto come un ponte a volta, mentre la testa e i talloni si avvicinano e formano gli unici punti d'appoggio; l'*artiglio* o *griffe cubitale* dove la mano è flessa fortemente, le ultime due dita sono chiuse e le tre prime distese, rigide e divaricate; i movimenti di salamelecco; le oscillazioni del bacino che imitano il coito; e tutta la plastica teatrale degli indemoniati. Il terzo periodo dell'accesso è quello degli *atteggiamenti passionali*: mistici, erotici, serafici, lacrimosi, con allucinazioni e con sogni che ricordano lo stato sonnambulico degli ipnotizzati. Gli infermi sono immobili e sembrano raccolti nella preghiera, crocefissi, rapiti in estasi amorosa, attenti in ascolto d'una voce lontana, minacciosi coi pugni chiusi e lo sguardo torvo, infervorati a scrutare il terreno formicolante d'insetti (*zoopsia*). Durante questo periodo le isteriche sono in grado di parlare e talvolta parlano in tono fatidico. Così parlavano alle turbe fanatiche le pitonesse e le sibille. A poco a poco i movimenti cessano, gli atteggiamenti pla-

stici si risolvono, la coscienza ritorna; e il malato s'affligge, piange, si dispera o si mostra avvilito, taciturno e sospettoso, o si abbandona ad un delirio più o meno protratto, che chiude l'accesso.

Secondo Bernheim, questa successione regolare di periodi non è che un prodotto artificiale, una suggestione scolastica della Salpêtrière. Io credo che Bernheim abbia ragione. Alla Salpêtrière convenivano innumerevoli isteriche, affascinate dal nome d'un grande maestro; studiate, esposte al pubblico, soggette alla reciproca imitazione o addirittura all'emulazione; facili a cadere gradatamente in un isterismo di maniera. Il grande accesso è il loro esame di laurea. Con questo non intendo dire che l'isterismo della Salpêtrière e in particolare l'accesso istero-epilettico siano il puro effetto d'una suggestione involontaria; ma la suggestione ospedaliera completa, riordina, cristallizza le manifestazioni irregolari dell'isterismo greggio.

La scuola di Charcot, malgrado le sue benemerenze, ha dato prova anche nello studio dell'ipnotismo d'essere guidata da preconcetti. Mentre si sforzava d'attenersi al più stretto empirismo, elevava a regola, a legge, ossia a preconcetto ogni collegamento fortuito di manovre che interpretava come cause specifiche (la compressione del capo, l'apertura degli occhi, l'applicazione del magnete) con reazioni che interpretava come effetti specifici di quelle cause (lo stato sonnambulico, lo stato catalettico, la polarizzazione delle anestesie e delle paralisi al lato opposto e persino ad altre persone). Così nacquero le illusioni della metalloterapia, del *transfert* per mezzo di calamite, dei rimedî con azione a distanza; e così si formò un codice dell'ipnotismo, che pretende di schematizzare in tre stadî rigorosamente distinti le manifestazioni tumultuarie del sonno ipnotico, e di assegnare un determinismo affatto speciale ad ogni stadio. Se l'ipnotismo si rivela con reazioni regolari in serie ordinate, ciò dipende dall'educazione e da un'abitudine individuale o d'un dato ambiente.

Modificazioni dell'orina durante i parossismi. — Il grande accesso isterico e, in grado minore, tutti i disordini parossistici dell'isterismo determinano per poche ore uno stato di *poliuria* (orina nervosa) con minzioni poco frequenti, ma abbondantissime d'orina incolora ed inodora: persino 700 gr. per volta. Ma la quantità d'orina nella giornata è press'a poco normale. Mentre nelle persone sane ed anche negli istcrici, all'infuori dell'attacco, la secrezione orinaria lascia un notevole residuo, il peso di questo residuo discende subito dopo l'attacco dalla media di 40 o 52 gr. (per 1000 d'orina) alla cifra di 35 gr. E questa diminuzione avviene in buona parte a spese dell'urea. Secondo le ricerche di Catheli-neau e Gilles de la Tourette, l'orina convulsiva offre un'altra particolarità ancor più caratteristica: essa è assai povera di fosfati. L'acido

fosforico, dalla dose di due grammi o due e mezzo nelle 24 ore scende anche a meno d'un grammo. Se poi si analizza più minutamente, si vede che questa specie di oligofosfaturia è quasi interamente a carico dei fosfati alcalini, mentre i fosfati terrosi sono in aumento. Nell'orina normale l'acido fosforico è unito agli alcali (sodio e potassio) in proporzione tre volte maggiore che non alle basi terrose (calce e magnesia); invece nell'orina isterica (parossistica) *la formula dei fosfati è alterata.* I fosfati terrosi stanno ai fosfati alcalini non più come 1 a 3, ma come 1 ad 1. Questo fatto ha ricevuto un nome improprio per eccesso: si parla d'*inversione* nella formula dei fosfati, mentre si avrebbe ragione di dirla invertita solo nel caso che il rapporto 1 : 3 si trasformasse nel rapporto 3 : 1.

Secondo questi stessi autori nulla di simile si verifica durante l'attacco epilettico; anzi avviene il contrario. Invece l'accesso isterico, se anche si manifesta in forme attenuate, determina sempre una diminuzione più o meno notevole dei fosfati alcalini con aumento dei fosfati terrosi; e la quantità complessiva dei fosfati è scemata di circa un terzo. Questo antagonismo tra i risultati urologici dell'accesso isterico e quelli dell'accesso epilettico (che accresce l'eliminazione dei fosfati e dell'urea) vale come criterio alla diagnosi differenziale tra le due malattie; e le due formule rispettive, ciascuna dal canto proprio, servono di base alla diagnosi diretta. Immediatamente dopo l'accesso isterico tutto il residuo fisso è notevolmente ridotto: cioè non solo l'urea e i fosfati, ma anche i cloruri e i solfati. Gli urati e l'acido urico sono in diminuzione alla loro volta.

Pare che l'orina parossistica degli isterici perda grandissima parte della sua tossicità (Bosc), e che ne occorrano 200 cc. per ogni chilogrammo di peso se si vuol uccidere con iniezioni un cane od un coniglio. Secondo Mairet, ciò si dovrebbe alla scarsezza delle materie coloranti. L'accesso adempirebbe l'utile ufficio d'agevolare l'eliminazione dei principî tossici.

Del resto, fra tutti questi dati urologici, il più fondamentale, il più dimostrativo e il più dimostrato è quello della poliuria: poliuria momentanea per angiospasmo, che si verifica facilmente anche nei non isterici quando siano stati esposti ad emozioni od a freddo. La povertà del residuo solido non è che una conseguenza della poliuria; e l'alterazione nella formula dei fosfati è un aspetto, non molto facile a spiegarsi, di questa povertà. Quanto alle differenze tra l'orina isterica e l'orina epilettica immediatamente dopo l'accesso, esse hanno un significato abbastanza semplice. L'accesso epilettico provoca un consumo straordinario e rapidissimo d'energia muscolare che accresce il residuo fisso delle orine. Invece l'accesso isterico, malgrado la sua esteriorità appariscente, è una crisi psichica di poco momento, che lascia quasi inalterato il chimismo generale e non produce altro effetto interno che quello dell'orina spastica.

Status hystericus. — Charcot, Bourneville, Gilles de la Tourette e Richer osservarono che esiste uno stato isterico analogo al così detto stato epilettico. Si tratta d'accessi convulsivi che si succedono in serie per un periodo di settimane e di mesi, e che possono raggiungere il numero d'un centinaio e più al giorno. Vi sono malate che caddero in convulsione alcune migliaia di volte durante un periodo di pochi giorni. Naturalmente in questi casi si trattava d'accessi rudimentali e brevissimi. Gli attacchi in serie rassomigliano assai all'epilessia; ma se ne dilungano sia perchè non sono accompagnati da febbre e da pericolo di morte, sia perchè ogni tanto, in mezzo alle convulsioni, fa capolino l'isterismo o con un atteggiamento passionale o con una rapida ricomparsa della coscienza. Qui ha valore più che mai anche il criterio differenziale dell'orina e del suo residuo fosforico; ed anzi questo criterio si applica non solo in confronto all'epilessia generale, ma anche all'epilessia jacksoniana, che si potrebbe più facilmente confondere con l'isterismo. Anche nell'epilessia parziale gli elementi costitutivi dell'orina durante le 24 ore sono notevolmente aumentati (Cathelineau e Gilles de la Tourette).

Le epidemie isteriche assumono ordinariamente la forma dello *status hystericus* o *état de mal*, perchè, sopravvenendo in comunità ristrette e tra quattro pareti, sono soggette ad uno scambio continuo d'influenze suggestive, emotive e imitative.

Parossismi minori. — Il grande accesso si può presentare sotto forme incomplete, fruste o di equivalenti isterici. E in questo caso la coscienza, che è obnubilata durante le crisi classiche, è pienamente integra. Si hanno così i *piccoli accessi* o lo stato di *petit mal*.

Un'espressione caratteristica del piccolo isterismo è quella dei tics. Benchè i tics si possano presentare anche in individui quasi normali o nevrastenici o semplicemente nevropatici, come persistenza morbosa d'una abitudine contratta nella fanciullezza, essi appartengono all'isterismo tutte le volte che costituiscono la così detta *malattia dei tics* (Gilles de la Tourette). Nella malattia dei tics la scossa è ritmica, regolare, non dolorosa e provocata da un'emozione; essa s'accompagna ad altri segni o stigme d'isterismo che permettono di distinguerla dai tics volgari, e fra gli altri, spesso, a *coprolalia*. I tics rappresentano un complesso sistematico di gesti difensivi o di espressioni ripulsive o di movimenti professionali. Alcuni malati fanno l'atto di prosternarsi; altri voltano il capo da una parte e torcono la bocca; altri si stringono con sussulti regolari nelle spalle; vi è chi si picchia rumorosamente nel petto come se recitasse il *Confiteor*, chi batte le mani sul letto come sopra un'incudine, chi nuota in aria, chi va *pedalando* dalla sua seggiola, vi sono i saltatori e le danzatrici (*corea saltatoria*).

Tutte queste forme di tics possono costituire una crisi di piccolo isterismo. Il loro àmbito circoscritto e il fatto d'essere coscienti non li rende meno imperiosi ed energici. Alcune malate, poco prima d'essere prese da un accesso di tics, ne avvertono gli astanti affinchè si premuniscano dagli urti. Dai tics si passa, con un crescendo d'estrinsecazioni motorie, agli *spasmi ritmici* ed alla *corea ritmica*. Gli spasmi ritmici sono movimenti più grossolani e vasti dei tics, ma sempre parziali; la corea ritmica è uno spasmo generalizzato che guizza da un gruppo muscolare ad un altro e che di regolare ha solo la reiterazione a pause isocrone. Dalla corea ritmica, quand'è assai grave e accompagnata da incoscienza, si torna al grande accesso, perchè in tal caso i movimenti coreici assumono l'aspetto e il carattere delle convulsioni cloniche o degli atteggiamenti passionali con cui si confondono. Ma anche la corea ritmica rimane nettamente distinta dalla corea volgare o di SYDENHAM, che non è punto ritmica. È vero d'altra parte che l'isterismo, da quel proteo che è, può presentarsi anche con l'apparenza della corea vera, cioè in forma aritmica; ma in questo caso il marchio dell'isterismo si scorge nelle altre stigme o nell'origine emozionale.

Alla stessa famiglia sintomatica appartengono la così detta *corea elettrica* od *elettrolepsia* (BERGERON) e il *paramioclono multiplo*. Anzi la corea elettrica non è che una varietà infantile (PITRES) della corea ritmica; e solo è da tener presente l'enorme differenza che la separa, malgrado la parziale coincidenza di nome, dalla corea di DUBINI. La corea di DUBINI è una malattia dolorosa, mortale, rarissima e probabilmente infettiva; di più, come ogni altra forma di corea, tranne l'isterica, non si manifesta per accessi, ma in modo continuo. Quanto al paramioclono multiplo, esso non è che una varietà di mioclonia fra le tante; e se, cosa tutt'altro che frequente, è sistematico e ritmico, può acquistare un significato pari a quello della corea ritmica. Secondo MÖBIUS e secondo STRÜMPELL il paramioclono multiplo è sempre un sintomo dell'isterismo.

Episodî morbosi. — Gli episodî morbosi dell'isterismo differiscono dagli accessi perchè sono meno violenti e spesso cronici; differiscono pure dalle stigme perchè, se anche cronici, non durano tutta la vita. La loro durata può variare da poche ore ad alcuni anni; e molto spesso non sono che l'esagerazione d'una stigma abituale o l'attuazione d'una diatesi che costituisce anch'essa una stigma. A questo gruppo di sintomi appartengono certe reazioni vasomotorie e trofiche come pure le paralisi, le contratture, le parestesie e le anestesie. Tutto ciò forma il quadro più frequente e più importante dell'isterismo all'infuori degli accessi; perchè è naturale che le stigme permanenti, non mettendosi in evidenza che durante l'esame del medico, sono quasi sempre ignorate dagli infermi e considerate come

una particolarità non morbosa o come un segno di squisita sensibilità o come un privilegio.

Tra i disturbi vasomotori, se ne vedono di molto singolari. Gli isterici vanno soggetti ad *ecchimosi sottocutanee*, ad *edemi*, ad *emorragie*, che dipendono da una diatesi. E questa diatesi vasomotoria costituisce forse uno dei cardini dell'isterismo, perchè alle reazioni congestive od asfittiche che si vedono debbono aggiungersi quelle che non si vedono e che, consumandosi nell'interno dei visceri e del cervello, possono essere addebitate, senz'alcuna inverosimiglianza, delle sofferenze cenestetiche e delle variazioni affettive che angustiano e caratterizzano la vita delle isteriche. In altre parole tutti gli enigmi viscerali e gli indovinelli psicologici che, per la loro fantastica rapidità, superficialità e determinatezza meravigliano i profani e non sono spiegati dai medici che si occupano d'isterismo, hanno forse per substrato meccanico questi disordini vasomotori, che si improvvisano, si localizzano e poi svaniscono. Sotto l'impressione viva d'un trauma leggiero, ma doloroso o temibile, si produce per esempio un *angiospasmo* locale; e l'angiospasmo è talvolta così rapido e così potente, da impedire l'emorragia. Infiggendo uno spillo nella pelle d'una isterica o d'una ipnotizzata, avviene qualche volta di scorgere tutt'intorno un'areola di pallore col diametro d'un millimetro o due. La *dermografia* è il fenomeno opposto, cioè uno stato d'angioparalisi provocato da uno stimolo non doloroso che vellica leggermente la pelle.

Reazioni analoghe a quelle della dermografia si possono ottenere con l'applicazione di metalli e di carta, con il magnete, col contatto d'un dito ed anche con niente, ossia per semplice *suggestione*. Io ne ottenni a comando sulla superficie dorsale delle mani in un'isterica ipnotizzata all'Ospedale Mauriziano di Torino. Avevo addestrato gradatamente l'ammalata alle ecchimosi sottocutanee, adottando come mezzo prima una moneta, poi un pezzo di carta delle stesse dimensioni, poi il contatto d'un dito e infine il semplice comando; e mi riuscì di produrre alla presenza di testimoni e in pochi istanti delle vere stigme che assumevano rozzamente la figura di croci. Le così dette stimmate in senso stretto, come apparivano spontaneamente in forma di lettere o di cuori trafitti sulle mani dei santi durante i loro rapimenti ascetici, non sono altro che ecchimosi sottocutanee d'origine rappresentativa, che la diatesi vasomotrice rende possibili negli isterici. Come il timore di fare una cattiva figura, ossia il sentimento della vergogna richiama il sangue alle guancie delle persone normali, così una rappresentazione qualunque, purchè precisa ed accompagnata da una speciale emozione, produce un'angioparalisi momentanea nella parte del corpo rappresentata, se la plasticità isterica apre alla rappresentazione centrale l'insolito sfogo nei rispettivi rami dell'innervazione periferica.

Non solo ecchimosi, ma emorragie svariate sopravvengono non di rado o da sè o come fenomeno vicario della mestruazione in un numero d'isteriche tutt'altro che indifferente. L'*epistassi*, le *emottisi*, le *gastrorragie* e persino le *enterorragie*, che simulano malattie gravissime, possono non essere che manifestazioni d'isterismo. Gradenigo pubblicò un caso di *emorragie periodiche* dell'orecchio in una isterica con membrana timpanica imperforata. Se in luogo d'emorragie esterne si producono semplici congestioni interne o stati opposti d'asfissia locale, si capisce che possano nascerne molti fenomeni finora poco spiegati nell'economia delle funzioni secretorie, trofiche e psichiche. Una simile patogenesi è ovvia, ad esempio, per la poliuria e per l'oliguria come pure per la perdita della coscienza.

La natura isterica di questi fenomeni, presi uno per uno, risulta provata dal modo speciale con cui si presentano. Così nella *pseudo-tisi* isterica lo sputo sanguigno, benchè possa arrivare a qualche cucchiaiata, è sempre povero d'elementi ematici e di pus, ricco d'epitelio pavimentoso, di filamenti di *leptothrix* e di residui alimentari. Un altro fenomeno vasomotorio è l'edema, e gli specialisti dell'isterismo ne descrivono tre varietà, tra cui la più comune è il così detto *edema azzurro*, un edema congestivo ed inelastico; l'*edema rosso*, più caldo, è pure d'origine congestiva; mentre l'*edema bianco* ha per causa un'anemia locale. La sede preferita dell'edema azzurro è nelle mani e nelle parti paralizzate o contratturate o traumatizzate o comunque ammalate, per esempio nelle articolazioni dolenti per *artralgia isterica*. Il fenomeno che porta il nome di *sein hystérique* non è che edema isterico delle mammelle (talvolta unilaterale) a cui si aggiunge il dolore: è insomma una *mastodinia edematosa*, e si osserva spesso isolatamente come espressione d'isterismo monosintomatico od anche associato ad altri sintomi isterici. La mastodinia isterica conduce facilmente ad errori di diagnosi, perchè qualche volta non è soltanto la cute sollevata in pieghe dall'esaminatore, che si mostra dolente, ma la pressione sveglia dolore nella glandola mammaria.

È probabile che dipendano da vaso-costrizioni e da angioparalisi localizzate la *pseudo-angina* di petto, la *pseudo-vertigine di Menière* e alcuni casi di febbre isterica poco accentuata che però si verifica parzialmente all'ascella e non al retto o viceversa. Naturalmente non si possono spiegare a questo modo nè la vera febbre, nè gli abbassamenti termici generali. Che l'isterismo dia luogo a simili perturbazioni della termogenesi è cosa tuttora assai dibattuta: Strümpell non crede alla febbre isterica, mentre Sciamanna e molti altri ne registrano esempî rari, con rialzi termici a 43° e fino a 44°: e Mierzejewski riporta casi di abbassamento termico a 35°, a 34°, a 32° senza collasso, che attribuisce ad isterismo.

Dopo i fenomeni vasomotorî vengono secondi in importanza, benchè

più appariscenti, i fenomeni di movimento. Nell'isterismo vi è una *diatesi* di *amiostenia* che conduce alle paralisi, ed una *diatesi di contrattura* che conduce alle contratture. Tra le paralisi, le monoplegie della gamba sono assai rare; meno rare quelle del braccio, specialmente del sinistro. Sono invece assai comuni le *paraplegie* e più ancora le *emiplegie*. Alla paralisi si associa molto spesso l'anestesia; così l'emiplegia isterica è quasi inseparabile dall'emianestesia, e all'emianestesia si somma spesso la sordità o l'amaurosi o l'ageusia o l'anosmia sia dalla stessa parte, sia dalla parte opposta, sia bilaterale; per cui il più delle volte la diagnosi differenziale di fronte all'emiplegia capsulare non è punto difficile.

Le paralisi isteriche sono spesso accompagnate o seguite da rigidità; ma ve n'è anche di flaccide. In ogni modo, la contrattura non è un fenomeno che le segua tardivamente ad inflessibile scadenza e con esagerazione dei riflessi, come avviene nelle paralisi capsulari e corticali; perchè la contrattura degli isterici è anch'essa un episodio isterico che entra in iscena all'improvviso e spesso per conto proprio, cioè senz'essere preceduta, nè seguìta da alcuna paralisi. Del resto, non vi è alcun gruppo di muscoli volontarî che si sottragga alla possibilità della paralisi isterica. La paralisi del facciale, che da Brissaud e da Marie veniva nell'isterismo negata e che pochi nevrologi avevano osservata, non è una pura apparenza dovuta, come credevasi, alla contrattura unilaterale delle labbra, ma è un fenomeno dell'isterismo e non dei più rari: Ballet, fra gli altri, descrive un'ammalata che, parlando, sembrava in atto di fumar la pipa dalla parte paralizzata.

Caratteristica dell'isterismo è l'incapacità a reggersi in piedi ed a camminare, mentre le gambe conservano la forza ordinaria nelle contrazioni che compiono in posizione orizzontale o stando a sedere, come è facile a verificarsi col dinamometro: Blocq per primo descrisse questa singolarità dell'isterismo col nome di *astasia-abasia*, nome che le è rimasto e che riassume esattamente uno stato di cose sulla cui verità e frequenza si hanno innumerevoli conferme.

L'astasia-abasia non è da confondersi con l'*akinesia algera* (dolorosa), sebbene anche questa sindrome, che può durare qualche decennio, sia da riguardarsi come propria dell'isterismo. Per Bechterew, l'akinesia algera è una nevrosi a sè; ma per Möbius non è che isterismo, e per Spanbock, Strümpell, Erb, Binswanger, Mingazzini è isterismo monosintomatico, a cui non corrisponde alcuna lesione materiale, malgrado la lunga durata della malattia.

L'astasia-abasia (non dolorosa) si presenta in due forme diverse; vi è una forma atassica che deriva da incoordinazione ed una forma veramente paretica che dipende da debolezza. La varietà atassica è piuttosto una *disbasia*.

Una forma frequentissima di paralisi è quella che rende inattive le corde vocali, dando luogo all'*afonia isterica*. Al contrario dell'afonia da catarro o da congestione, l'afonia isterica, che comparisce all'improvviso per cause psichiche o ignote, ma all'infuori dall'azione del freddo, può essere combattuta vittoriosamente con l'*esercizio metodico;* e basta questo per riconoscerne l'origine psicogena. Talvolta l'afonia isterica si prolunga in modo da simulare una tubercolosi della laringe: ma è facile a riconoscersi per quello che è veramente, grazie alla *sonorità della tosse*. Quando l'afonia ha per base un'infermità locale della laringe, è afona anche la tosse.

Oltre alla paralisi del laringeo superiore, gli isterici possono andare incontro ad un vero stato di *mutismo*. Anche il mutismo isterico è d'origine emotiva e costituisce un'imitazione completa dell'afasia corticale (senza emiplegia destra). Tuttavia l'ammalata di semplice isterismo differisce notevolmente dai veri afasici: non si sforza ad articolare parole, non cade mai in parafasie, ma dà di piglio alla penna e scrive senz'esitazione, abbondantemente. Invece l'afasia motrice non si dissocia mai dall'agrafia (DEJERINE). La guarigione del *mutismo isterico* avviene, al solito, per crisi, ed è certamente in forza d'un episodio simile che potrebbe esser vera la leggenda, secondo la quale il figlio di Creso, muto, ma non sordo, ricuperò la parola per dire al soldato nemico: non uccidere mio padre! Del resto il mutismo isterico può combinarsi persino con la sordità; ed allora si verifica il caso del *sordomutismo isterico*, che è l'unica forma possibile di sordomutismo acquisito ed acuto. MENDEL ne descrisse un caso in un uomo di 51 anni che aveva sofferto fin dalla gioventù di malaria e poi di grande isterismo.

La diatesi amiostenica dell'isterismo non finisce qui. Essa può tradursi in altre paralisi del tutto sistematizzate o assolutamente parziali. Si videro infermi cadere di piombo appena chiudevano gli occhi, presentando il fenomeno di Romberg in forma addirittura perfetta. Non mancano le descrizioni d'*oftalmoplegia totale* con immobilità degli occhi, con amimia e con una certa difficoltà nei movimenti della lingua (BALLET); e sembra che questa sindrome si avveri più specialmente in quei casi in cui l'isterismo si complica col morbo di Basedow. Un sintomo noto dell'isterismo è lo *strabismo*, per così dire, acuto che può far pensare a meningiti, a sifilide cerebrale, a tubercoli solitarî, e che si accompagna, naturalmente, con *diplopia*. L'incoordinazione dei muscoli dell'accomodazione può dare luogo a *diplopia monoculare*.

Il meteorismo è un incomodo molto comune fra le isteriche. Qualche volta anche questo incomodo si deve riferire alla diatesi amiostenica, perchè le ammalate, avendo il dono poco invidiabile di poter inghiottire dell'aria a loro piacere, non la emettono per la via dell'esofago, ma la

lasciano discendere nell'intestino; ciò avviene, come dimostrò Ebstein, in causa d'una speciale *incontinenza del piloro* o di semplice *insufficienza.*

Un illustratore non recente, ma assai esperto dell'isterismo, Briquet, ha raccolto la statistica delle paralisi isteriche in 115 casi per verificarne frequenza nelle varie parti del corpo.

Paralisi	dei muscoli principali del tronco e dei quattro arti	6 casi
»	dei due arti di sinistra	46 »
»	dei due arti di destra	14 »
»	delle due braccia	5 »
»	del braccio sinistro	7 »
»	del braccio destro	2 »
»	delle gambe	18 »
»	della gamba sinistra	4 »
»	dei piedi e delle mani	2 »
»	della faccia	6 »
»	della laringe	3 »
»	del diaframma	2 »
		115 casi

A questa statistica non vi è da muovere che una sola obbiezione: le monoplegie, specialmente del braccio, sono forse più frequenti di quel che apparisca dai dati suesposti. In quei tempi non si conosceva ancora l'isterismo traumatico e poichè una buona parte delle monoplegie appartiene appunto a questa varietà di nevrosi, esse dovevano necessariamente sfuggire all'indagine, per quanto coscienziosa, di Briquet.

Com'è naturale, nelle paralisi isteriche mancano i guizzi muscolari e la reazione degenerativa, ciò che serve a distinguerle di fronte alle paralisi periferiche e nucleari.

I fenomeni spastici dell'isterismo sono ancor più numerosi. Tra di essi primeggiano le *contratture* che Charcot considera come l'espressione di una speciale diatesi di contrattura. La diatesi di contrattura consiste in questo, che, date certe circostanze, ogni contrazione dei muscoli, volontaria od automatica, studiata od accidentale e magari anche passiva, si trasforma in contrattura: una caduta, una distorsione, un dolore, un movimento un po' spinto, l'immobilità protratta, la paura, la reminiscenza o la presenza d'una paralisi in un arto, in un muscolo o in un gruppo di muscoli bastano a mantenere in contrazione forzata quell'arto, quel muscolo o quel gruppo di muscoli. Uno scolaretto isterico ammalò di *trisma* per aver ricevuto uno schiaffo dal pedagogo; una madre isterica ammalò di *monoplegia* del braccio destro con *rigidità* per averlo dato.

Le contratture dell'isterismo non assumono carattere catatonico che durante il grande accesso, quando le ammalate si atteggiano ad espressioni

passionali; ma, tranne in questo caso, esse rassomigliano alle comuni contratture che s'incontrano nelle malattie organiche. Si hanno contratture effimere e contratture permanenti; si hanno anche contratture per imitazione. Tutte queste contratture, mentre si presentano come quelle d'origine organica, si comportano diversamente: per lo più svaniscono durante la narcosi, ma talvolta persistono nel sonno.

Quando lo stomaco è sofferente per una causa qualunque, sia pur lievissima, la diatesi spastica si manifesta con *crampi* ed anche col *vomito incoercibile* (BRISTOWE). In questo caso è efficace la lavatura dello stomaco o la semplice introduzione della sonda. Tuttavia l'irritabilità dell'esofago può rendere difficile questo rude espediente di terapia suggestiva.

Se l'isterica è solleticata da un minimo stimolo nella mucosa nasale o da una reminiscenza analoga, non è raro il caso che i suoi muscoli espiratori entrino in una serie di contrazioni spasmodiche ossia in un parossismo di *starnuti*, che poi diventano abituali. Si conosce egualmente una *tosse spasmodica* dell'isterismo, che può esplodere periodicamente ad ora fissa o in una determinata posizione del corpo. È assai caratteristico anche il *singhiozzo isterico*: conobbi un'ammalata che ne sofferse per anni dalla mattina alla sera, e nemmeno la suggestione ipnotica bastava a farlo cessare, fuorchè per qualche ora. Contro questo sintoma, a cui non si sottraggono del tutto neppur le persone normali, è noto quanto giovi la sorpresa; e un comando autorevole può metter fine alla piccola crisi. Ma il singhiozzo degli isterici è più durevole. Nell'isterismo è possibile, ma raro, lo *sbadiglio spasmodico*. Un'ammalata di CHARCOT sbadigliava otto volte al minuto, ciò che vuol dire una serie di 480 sbadigli all'ora e di 7200 in quindici ore di veglia. Queste inspirazioni incoercibili non cessavano che nel sonno, e si distinguevano dallo sbadiglio fisiologico, oltrechè per la persistenza, per l'enorme spostamento delle mascelle, tale da minacciare lussazioni. Lo sbadiglio isterico può presentarsi come un fenomeno continuo, ma episodico, ed anche come un equivalente del piccolo accesso.

Il *bolo isterico* o *globo isterico* è un fenomeno di gran lunga più frequente e caratteristico, ma non è facile a classificarsi. Può preludere all'accesso, può costituire l'aura d'un accesso abortito e può rinnovarsi abitualmente come la tosse. Qualche volta è complicato con l'*aerofagia* ossia con deglutizione d'aria. Da un lato è una *sensazione* o un complesso di sensazioni ed appartiene al gruppo dei disturbi sensitivi; dall'altro è uno stato spastico ed appartiene alla diatesi di contrattura. Infatti è uno spasmo, spesso ritmico, della faringe e dell'esofago. L'isterica fa vani sforzi per inghiottire la saliva, non può bere, a stento riesce a

respirare: donde il senso di soffocazione e la congestione della faccia. Gilles de la Tourette pretende che il globo isterico possa condurre alla morte.

Fra i tremiti rapidi e i tremiti lenti Charcot colloca il *tremito isterico*, che considereremo come un'espressione della diatesi spastica, ma che sotto certi aspetti meriterebbe forse di passare fra i segni d'amiostenia. Sembra che gli uomini ne soffrano più spesso delle donne e che sia uno dei sintomi preferiti dell'isterismo traumatico. Del resto, il tremito è, a seconda dei casi, generale (testa, tronco e membra) o parziale, localizzato alle braccia o alle gambe o ad un membro o ad un segmento d'un membro; qualche volta dura dei mesi o degli anni, e l'ampiezza delle sue oscillazioni può aumentare sotto l'azione delle consuete cause isterogene. Quanto alle forme del tremito isterico, il più delle volte sono simili a quelle di altre notissime malattie. Vi è un tremito con 3 o 4 oscillazioni per secondo che simulano la *paralisi agitante;* un tremito rapido con 8 o 9 vibrazioni per secondo che imita il *morbo di Basedow;* un tremito intenzionale di rapidità mediocre, che sembra quello della *sclerosi a placche;* e un tremito delle gambe che, per la sua insolita localizzazione, rassomiglia alla trepidazione della *paraplegia spastica.* Il reperto negativo dell'autopsia indica la causa di tutti questi tremiti nell'isterismo.

Un gruppo sterminato di sintomi isterici è quello che comprende i disturbi della sensibilità e dei sensi specifici. Primissimo l'*emianestesia*, su cui si basano molte diagnosi d'isterismo e che, specialmente se è scompagnato da emiplegia, è veramente un sintomo patognomonico. È vero che spesso questo sintomo è occulto od allo stato latente e che i malati non si accorgono della loro imperfezione, se non al momento dell'esame medico; ma ciò non toglie all'emianestesia il suo valore diagnostico. In primo luogo l'emianestesia è quasi sempre localizzata a sinistra, cosa che non avverrebbe se essa fosse dovuta puramente ad una suggestione provocata dal medico con l'atto stesso di saggiare la sensibilità e d'interrogare il malato. Dato che la suggestione involontaria del medico avesse una tale efficacia, non vi sarebbe ragione che si attuasse alla metà sinistra del corpo con una preferenza così sistematica. Bisogna dunque ammettere che negli isterici preesista una tendenza all'anestesia del lato sinistro e che la suggestione dell'esame medico non faccia che tradurla in atto od accentuarla in modo da renderne avvertito il malato.

Per lo più l'emianestesia isterica è completa perchè riguarda insieme il tatto, il caldo, il freddo, la pressione e il dolore; ma non è raro il caso di un'insensibilità limitata al dolore. Spesso l'emianestesia è collegata con paralisi omonima od opposta d'un senso oltrechè dei movimenti. Essa differisce dalle emianestesie d'origine organica perchè non c'è nè

formicolìo, nè intormentimento, nè senso di pulsazione. Nelle emianestesie capsulari i sensi non sono mai coinvolti, tranne il caso speciale e tipico dell'emianopsia bilaterale omonima. Piuttosto è da ricordare che un certo grado di emianestesia (destra o sinistra con pari frequenza) s'incontra spesso nell'epilessia (LOMBROSO).

Nell'isterismo è molto rara l'anestesia totale; anzi OPPENHEIM non ne osservò mai alcun caso, malgrado la sua grande esperienza in materia. Qualche volta si ha un'anestesia quasi totale, ma con un'isola di sensibilità regolare in forma di rettangolo o di trapezio che non corrisponde ad alcun territorio anatomico d'innervazione. Meno rara dell'anestesia totale è l'insensibilità a placche molteplici. Queste placche od isole d'anestesia si potrebbero confondere con gli scotomi (si passi la metafora) d'insensibilità cutanea che caratterizzano la siringomielia; ma nella siringomielia si riscontra anche la così detta *dissociazione siringomielica* della sensibilità (si perde la sensibilità termica e dolorifica, mentre si conserva la tattile), e alle zone insensibili si sovrappongono o si mescolano le zone distrofiche, ciò che non accade nell'isterismo.

Un sintomo fondamentale e assai frequente dell'isterismo è la *riduzione concentrica del campo visivo:* anch'esso ha importanza nella diagnosi. Il primo a farne cenno fu GRAEFE. L'*ambliopia* e l'*amaurosi isterica* non sono che l'esagerazione di questo sintomo spinta al massimo grado possibile. Ma, prima di condurre all'amaurosi, il restringimento del campo visivo può manifestarsi in modo diverso di fronte ai varî colori, limitandosi ad alterare la graduatoria fisiologica tra i varî campi speciali della visione cromatica. Nei normali il campo di visione più esteso è quello del bianco; segue l'azzurro; vengono poi il giallo, l'aranciato, il rosso e il verde; ultimo è il violetto. L'isterismo può ridurre il campo visivo a danno, per esempio, dell'azzurro; e in tal caso il campo del rosso, quello dell'aranciato e quello del giallo restano favoriti e primeggiano subito dopo il bianco.

Se poi la riduzione concentrica subisce per ogni colore una riduzione campimetrica proporzionale alla rispettiva estensione fisiologica, è naturale che i colori la cui perimetria è meno estesa soffriranno un danno relativamente maggiore; e la perdita potrà arrivare al punto, da produrre la *cecità parziale*, come suppone GALEZOWSKI. La cecità parziale si verifica sopratutto a danno del violetto e del verde, che sono i due colori più accentrati, e colpisce difficilmente l'azzurro od il giallo. Tuttavia queste acromatopsie parziali non sono d'origine retinica. Per provarlo, RÉGNARD ricorre ad un esperimento molto elegante. Posta la cecità parziale al verde, egli fa uso d'un disco su cui sono disegnati raggi rossi e raggi verdi. Gli ammalati o sospetti d'isterismo (anche gli epilettici vanno soggetti a dis-

cromatopsie postaccessuali) percepiscono correttamente i raggi rossi, ma confondono il verde col bianco. D'altra parte, appena si fa girare il disco, lo vedono bigio. Ciò significa che nella loro retina i raggi rossi si sono sommati coi verdi per formare il bianco o il bigio; mentre, se si trattasse di vero daltonismo retinico, dovrebbe, anche col disco in moto, persistere l'immagine del rosso e nulla più.

Anche l'udito è sistematicamente bersagliato dall'isterismo. La *sordità isterica* è più spesso unilaterale che bilaterale, si accompagna spesso con ronzìo ed altri fenomeni subiettivi e si localizza quasi sempre nel lato dell'emianestesia a cui di solito si associa; ma ciò che più caratterizza questo sintomo è il fatto che, in caso di sordità isterica, anche il padiglione dell'orecchio, la conca e il condotto uditivo esterno sono insensibili, ciò che non si verifica mai nelle sordità da lesioni organiche. Inoltre la trasmissione dei suoni si effettua peggio per via ossea che per via area, come è facile verificare col diapason (prova di Rinne) od anche semplicemente coll'orologio; e così si può subito escludere che la cofosi dipenda da malattie periferiche dell'orecchio.

L'anestesia può localizzarsi anche nelle mucose che tappezzano gli organi genitali e la vescica. Si ha l'*anafrodisia*. La pressione dell'orina non risveglia più il bisogno della minzione, e si ha una *ritenzione* non dolorosa dell'orina, che a lungo andare è ribadita da contratture dello sfintere vescicale. La ritenzione dell'orina, che necessita l'uso della siringa, è frequente nei casi di *paraplegia isterica*. Si menzionano anche casi di *anestesia del retto*.

Nel campo degli altri sensi specifici abbiamo le *ageusie* e le *anosmie*. La ripugnanza al cibo è frequente e può arrivare fino alla *sitofobia*. Vi sono bambini sitofobi in cui l'*anoressia* è dovuta ad isterismo grave. Bisogna stare all'erta per non confondere questi casi con quelli di insensibilità gustativa ed olfattiva per cause locali. Nell'isterismo non è escluso che operino cause del tutto analoghe; ma gli effetti sono sproporzionati, spesso paradossali e ad ogni modo dipendono in massima parte dal concorso dei centri psichici di rappresentazione.

Gli altri disturbi della sensibilità specifica e generale, piuttosto che presentarsi come episodî acuti dell'isterismo, sono stigme costituzionali e pronte a comparire in qualunque momento, purchè le circostanze le mettano in luce.

Le stigme isteriche. — Nella sfera dei movimenti le stigme isteriche non esistono che allo stato di semplici disposizioni: vi è una *diatesi convulsiva*, una *diatesi spastica* ed una *diatesi amiostenica* o *paralitica*, a cui basta un minimo stimolo, talvolta incosciente, per tradursi in convulsioni, in contrattura od in paralisi; e gli episodî isterici, compreso l'accesso, non

sono altro che l'attuazione di queste diatesi potenziali. Talvolta lo stimolo provocatore è patologico ed accidentale: una percossa, una malattia locale, una sorpresa, un'emozione grave, un dolore morale. Talvolta l'eccitamento non è accidentale, ma è strettamente connesso con la costituzione isterica; e in questo caso può darsi che parta direttamente dal cervello in quanto il cervello è sede d'un abnorme stato di coscienza, o che invece provenga bensì dal cervello, ma come semplice risposta ad un'abnorme sensazione. L'abnorme sensazione o l'abnorme assenza d'una sensazione sono a loro volta l'espressione d'una stigma isterica, perchè hanno origine da zone limitate e costanti della cute, delle mucose o dei visceri profondi, che costituiscono una sorgente perenne di reazioni isteriche, ed appunto perciò prendono il nome di *zone isterogene*. Le zone isterogene diventano facilmente anche zone ipnogene.

Le stigme isteriche si rivelano dunque anche nel campo della sensibilità come in quello della mentalità: sono tasti falsi che, premuti od anche senza pressione esterna, dànno sempre una nota sbagliata.

Tra le stigme della sensibilità, l'emianestesia e specialmente l'emianestesia sinistra, che così spesso si palesa completa in forma d'un episodio acuto, veglia in permanenza ed allo stato d'attenuazione sotto forma di *ipoestesia*. Sono pochi gli isterici che sentano egualmente nelle due metà del corpo. L'ipoestesia destra e più spesso la sinistra costituiscono una stigma permanente non solo dell'isterismo, ma anche dell'epilessia, come bene osservò Lombroso e come confermarono Tonnini ed altri. Un'anestesia locale e molto caratteristica dell'isterismo è quella che si osserva, toccando leggermente con un cucchiaio, nella mucosa della faringe: l'assenza del *reflesso faringeo* al contatto d'un corpo estraneo è una causa probabile del *bolo* o *globo isterico*. Nell'isterismo è assai frequente anche la mancanza del *reflesso congiuntivale:* se si titilla il bianco dell'occhio con la capocchia d'uno spillo o con l'angolo d'un fazzoletto, l'isterico non ne risente alcuna molestia e l'occhio rimane immobile, mentre nei normali si ha la chiusura violenta e involontaria o per lo meno lo spasmo delle palpebre. Ma questa stigma non è così probatoria come la precedente, perchè molto spesso dipende dal modo con cui si applica nell'occhio lo strumento investigatore: i soggetti preavvertiti e che si sentano toccare un po' lontano dalla cornea tollerano con indifferenza queste manovre anche senz'essere isterici.

L'*iperestesia* della regione ovarica sinistra è una stigma dell'isterismo che per la sua grande frequenza e pei commenti a cui ha dato luogo merita un'attenzione particolare. Nota fino dai tempi di Romberg e di Piorry, l'iperestesia ovarica, quantunque non abbia bisogno di provocazione per manifestarsi, cadde in dimenticanza per lunghi anni insieme con

la teoria antiquata che attribuiva l'isterismo a cause erotiche o ad anomalie dell'utero. Ma nel 1873 Charcot riprese in esame questo sintomo, attribuendogli una localizzazioue profonda e precisa nel corpo stesso dell'ovaia: Féré pretende che, durante la gravidanza, l'iperestesia della regione ovarica si sposta, seguendo le migrazioni delle ovaie. In realtà sembra difficile premere sull'ovaia se non si ricorre al metodo bimanuale che usano nelle loro esplorazioni i ginecologi. Ad ogni modo, profonda o superficiale che sia, l'iperestesia ovarica ha non solo un valore diagnostico, ma anche un'importanza isterogena. Spesso l'accesso si sviluppa da un'ovarialgia spontanea che lo precede come un'aura.

Sono stigme dell'isterismo anche la *mastodinia*, la *rachialgia*, la *pleuralgia*, la *sacrodinia*. Il *chiodo isterico* è un'iperestesia della regione bregmatica che, acuendosi spontaneamente, si trasforma in un dolore violento. Tutte queste stigme possono diventare il punto d'irradiazione all'aura isterica od all'accesso. Dalla pleuralgia può nascere la *pseudo-angina* di petto, come dall'*iperacusia* e dagli *acusmi* può svilupparsi una *pseudo-vertigine di Ménière*. Nell'isterismo non è impossibile anche la *coxalgia*. Sarà facile distinguere la coxalgia isterica da una coxalgia di natura organica perchè nel primo caso l'accorciamento dell'arto cessa durante la narcosi.

Una singolare e non frequente manifestazione d'isterismo è quella anomalia della sensibilità a cui Pitres diede il nome d'*afalgesia* (ἁφή = contatto). Essa consiste nel dolore che si sveglia o in una data regione o in qualunque parte del corpo al contatto d'una sostanza particolare: rame, latta, argento, oro. E si potrebbe aggiungere: succo di limone, buccia di pesca ed altre simili sostanze che anche ad occhi chiusi producono effetti di ripugnanza noti come *idiosincrasie*.

Carattere isterico. — Il carattere isterico, con le sue diverse sfumature, può considerarsi come una *stigma psichica* dell'isterismo. Gli isterici dimostrano anche un modo di pensare e un modo d'agire che hanno appunto radice nel loro carattere e che si affermano come qualche cosa di abbastanza tipico nonostante le indefinite differenze individuali nel grado e nel genere d'intelligenza. Così l'isterismo psichico, quantunque meno appariscente, non è meno importante dei disturbi che si riferiscono alla sensibilità, ai movimenti ed agli accessi.

Il carattere degli isterici ha per tratto fondamentale la mobilità. Cambiano con incredibile rapidità le inclinazioni, l'umore, la cenestesi: vi è, dice Huchard, una specie d'atassia morale. Si dovrebbe dire, con maggiore esattezza, *atassia affettiva*. La volubilità delle isteriche, lo spettacolo delle loro tendenze *contraddittorie* e l'adattabilità che dimostrano ai continui mutamenti del proprio programma hanno fatto credere che l'isterismo

fosse un'officina d'artifizi, di mistificazioni e d'imposture. È certo che questa anomalia costituzionale, modificando le tonalità affettive in ragione delle numerose variazioni cenestetiche, aumenta la complessità del carattere senza aumentare di pari passo la coerenza. Qualche volta gli isterici e più ancora le donne isteriche, sempre sospettate di poca sincerità, sono imbarazzate ad esternare le impressioni contradittorie che provano nel loro interno: sapendo che una descrizione veritiera sarebbe incompleta, aggiungono delle menzogne che corrispondono meglio, se non alla successione obiettiva dei fatti, alla successione subiettiva dei loro sentimenti. L'obiettività assoluta è difficile a raggiungersi anche dai terzi che assistono spassionatamente alle vicende dell'isterismo; tanto meno riesce accessibile a chi, essendo autore, attore e giudice di quelle vicende, non può prescindere dalle suggestioni d'un subiettivismo intenso o soverchiante.

L'eccesso di subiettività, se rende volubile la condotta degli isterici, accresce la gamma della loro coscienza estetica ed etica: e quando i malati sono molto intelligenti, cosa tutt'altro che rara, può darsi che, per merito dell'isterismo, assorgano a punti di vista nuovi, dominando orizzonti più vasti di quelli riservati alla mediocrità fisiologica. Forse non c'è poesia senza un'ombra almeno d'isterismo. L'isterismo, in proporzione moderata, comunica grazia e spontaneità, almeno di quando in quando, anche a persone d'intelligenza limitata: esso è il contrapposto della *routine*, della pedanteria, del misoneismo. Perciò le isteriche si sentono attratte verso l'eroe, verso il martire, verso lo straniero, verso il condannato. Nello stesso tempo esercitano una certa attrazione sugli uomini: tra la folla femminile rappresentano sempre la tendenza rivoluzionaria e qualche volta in senso progressivo. Gli uomini dal canto loro sentono, sotto l'influenza dell'isterismo, squisitezze ignote ai normali, d'un egocentrismo ad oltranza, ma che, portate nell'arte, sono comprese ed apprezzate da tutti. L'egocentrismo, mentre rinvigorisce la personalità, non la distoglie certo dall'egoismo. E l'egoismo degli isterici è prepotente, indomabile e, nelle sue incessanti metamorfosi, irresistibile. L'incostanza dei sentimenti, l'intrigo, la simulazione, la combattività giungono all'inverosimile. Le ingiurie gratuite, le calunnie senza scopo, le lettere anonime, le scene teatrali di suicidio, gli attentati al termometro per simulare la febbre, i ricatti, le ostilità per antipatie improvvisate e ingiustificate costituiscono il repertorio dell'isterismo femminile ed anche un po' del maschile, almeno in un'esigua minoranza di casi caratteristici. Ma queste manifestazioni d'una estrema *irrequietezza affettiva* non sono mai permanenti: esse indicano una faccia, ma non tutto intero il poliedro del carattere isterico, che ha molte faccie in continuo moto. Vi sono isteriche che coltivano le avventure galanti

per un bisogno inestinguibile di finzione romanzesca, d'emozioni, di novità, malgrado la più assoluta anafrodisia. Se non si occupano delle proprie pene amorose, debbono intromettersi negli amori altrui, e sono famose combinatrici di matrimoni, ma anche di discordie fra coniugi e di separazioni. Il caleidoscopio dei loro sentimenti è oggetto di meraviglia anche per esse; e di qui proviene la facilità con cui raccontano in pubblico le loro gesta e le loro intime tempeste, consultando medici, tentando cure farraginose, abbandonandosi all'empirismo petulante d'ipnotizzatori laureati e non laureati, non sapendo se debbono compiangere od ammirare il loro destino. Ma basta un fatto nuovo (anche futile) che le interessi, perchè dimentichino ogni male.

L'estrema vivacità e varietà degli affetti rendono gli isterici non meno espansivi ed eloquenti nella parola, che pronti e talvolta energici nell'azione. Quando sono agitati da una passione, gli isterici sanno osare e sanno riescire in qualunque cosa: le donne specialmente, rompendo le pastoie imposte dall'egoismo degli uomini al loro sesso, prendono il volo per lontani paesi, si dànno all'arte, all'amore, alla filantropia; sfidano l'opinione pubblica; oggi suore di carità, infermiere nelle ambulanze di guerra, cantanti, domani mogli parsimoniose, prostitute, pinzochere arrabbiate: amanti deliziose e mogli insopportabili.

Ma l'isterismo, accortamente inalveato, può rimaner nascosto; e qualche volta è in certo modo utilizzato a fini altruistici od a scopi di beninteso egoismo. Santa Caterina da Siena fu un tipo d'*isteriea superiore*. Vi sono non pochi isterici tra artisti e polemisti di valore. Le energie disordinate, ma vive dell'isterismo, con un po' di dissimulazione e un po' di disciplina, si convertono in ambizioni elevate, in rigidità ponderata di condotta, in severità inflessibile, e non mancano tra le isteriche le madri di famiglia esemplari, che sanno educare i figli, far rifiorire le finanze domestiche, regnare nel circolo dei loro intimi, dando prova di una risolutezza virile. Nella vita mondana e vertiginosa delle grandi città le isteriche, se possiedono pregi fisici o ricchezza, trovano spesso un ambiente così adatto ai loro ideali variabili e voluttuarî, che non hanno più ragione di soffrire, nè di reagire morbosamente; e il loro isterismo assume l'apparenza di una sensibilità raffinata. Esse dispongono di seguaci ed imitatori senza iniziativa e senza brio a cui insegnano abitudini e dettano legge, per lo meno in fatto di stile. Oggi nei salotti eleganti non vi sono più mezzi termini per qualificare le persone e le cose mediocri, che pure sono innumerevoli in confronto alle ottime ed alle pessime. Tutto ciò che piace, anche mediocremente, è addirittura uno *splendore;* tutto ciò che dispiace, per quanto poco, è un *orrore*. Il repertorio isterico degli epiteti non comprende che i superlativi.

La facilità con cui negli isterici si producono angiospasmi e angioparalisi localizzate, fuori o probabilmente anche dentro al territorio del cervello, col corteo delle sensazioni relative, predispone questi ammalati all'*ipocondria*. La loro attenzione è spesso concentrata sulla salute, malgrado lo stato di floridezza di cui godono in generale. L'ipocondria isterica può degenerare in vere *ossessioni* od anche addirittura in *deliri* più o meno sistematizzati. Nella migliore ipotesi, le preoccupazioni di natura ipocondriaca spingono ad un tenore di vita eccentrico, alla ricerca insistente e volubile di rimedi alla moda, al vagabondaggio nei luoghi di cura e nei gabinetti di consultazioni mediche. D'altra parte, la poca stabilità dei disturbi vasomotori e sensitivi, che cambiano di sede o spariscono del tutto all'improvviso, qualche volta con l'uso di medicamenti stravaganti o ridicoli, genera negli stessi malati alternative di scoraggiamento e di baldanza. Il benessere che essi provano ad accesso finito li conduce a negare o ad attenuare il male di cui si lamentavano con esagerazione disperata. Perciò l'ipocondria degli isterici è assai verbosa, ma soggetta a remissioni che si confondono addirittura con l'euforia; e i deliri o le ossessioni che nascono da una ipocondria così fatta vengono di sovente sconfessati. I malati divengono un po' incoerenti e fanno la figura di cadere in contraddizione unicamente perchè sentono e secondano le contraddizioni della propria cenestesi senza riescire a giudicarne spassionatamente.

Con tanta labilità di equilibrio nervoso e psichico non vi è da stupire se gli isterici vanno soggetti non solo a *disturbi psicopatici*, ma anche a vere e proprie *psicosi*, specialmente di natura affettiva. Quando ciò avviene, la diagnosi d'isterismo introduce nelle previsioni del medico un elemento favorevole, perchè permette di sperare una guarigione talvolta improvvisa dell'episodio psicopatico e di mettere in opera mezzi suggestivi d'efficacia immediata, che non basterebbero di fronte a psicosi genuine. Le sindromi della melancolia, della mania, del delirio sistematizzato, dell'amenza allucinatoria possono spuntare dal fondo isterico e ingigantire per conto proprio come se si trattasse di malattie primitive; ma il loro decorso è più irregolare, più breve e in complesso più benigno. Qualche volta si tratta di *stati secondi*, ossia di crisi isteriche straordinariamente protratte e che si riproducono con una certa periodicità. In tali casi avvengono singolari rivoluzioni della memoria: lo stato secondo fa sospendere i ricordi dello stato ordinario, ma risuscitano quelli delle crisi precedenti che parevano cancellati.

Le psicopatie accentuate s'incontrano nell'isterismo, ma con ben poca frequenza. Per lo più, esse non sono la conseguenza della costituzione isterica, ma l'espressione parallela ed associata della degenerazione psichica che si afferma doppiamente. Per esempio: l'isterismo può associarsi

all'*epilessia* e confondersi nel deperimento intellettuale che attende gli epilettici dopo lunghe serie di accessi ravvicinati; può precedere la *demenza precoce* e restarne travolto; può sommarsi con l'*immoralità costituzionale* o con l'*imbecillità ereditaria*. L'alleanza più consueta è quella dell'isterismo con la *nevrastenia costituzionale* e con le diatesi di depressione o di esaltamento affettivo. Così gli isterici cadono in *ossessioni* e in altri stati di permanente disordine mentale che a rigore non si debbono imputare all'isterismo. Non è impossibile che in uno stesso individuo si cumulino le stigme dell'isterismo e della *paranoia*. In complesso tutte le anomalie mentali e tutte le malattie schiettamente degenerative, come la demenza giovanile, vanno facilmente in compagnia; e l'associazione dell'isterismo alle psicopatie che abbiamo menzionato non è che un caso particolare di questa legge.

ETIOLOGIA E DECORSO.

L'isterismo è un'anomalia eminentemente ereditaria ed anzi costituisce in patologia un esempio tra i più caratteristici d'*eredità similare*, la sola forma veramente tipica d'eredità morbosa. Il sesso femminile vi è predisposto assai più del maschile. Se Briquet, prima che venisse Charcot a volgarizzare l'isterismo maschile, non trovava che un isterico ogni 20 isteriche, è probabile che la sua statistica fosse piuttosto incompleta; ma per quanto si voglia largheggiare, la grande prevalenza delle donne sugli uomini in fatto d'isterismo è una verità indiscutibile. Le donne sono anche normalmente più facili degli uomini al pianto, al riso, alla paura, al tremito, ai brividi e ad ogni sorta d'emozioni (Kraepelin). Bisogna tuttavia tener presente che una stigma isolata, come l'anestesia faringea o la scarsezza dei fosfati alcalini, non basta a stabilire la diagnosi d'isterismo in una donna, e che una sfumatura d'isterismo è qualche cosa di insito alla natura femminile.

E infatti noi vediamo che gli uomini vanno bensì soggetti all'isterismo spontaneo, ma sopratutto nell'età che precede l'adolescenza, cioè quando i caratteri sessuali non si sono ancora differenziati. La comparsa della pubertà, che è il momento più pericoloso per le donne, coincide spesso con la scomparsa dell'isterismo per il sesso maschile. Secondo Marie il piccolo isterismo è più frequente nelle donne che negli uomini; ma nel grande isterismo, almeno presso le classi povere, avverrebbe il contrario. Le donne del popolo non hanno tempo d'abbandonarsi al lusso del grande isterismo, che richiede ozio e spettatori. Invece gli uomini sono più esposti delle donne agli infortuni. L'*isterismo traumatico* è un appannaggio dei mestieri pericolosi, come quelli di muratore, di conciatetti, di ferroviere, di minatore, di marinaio, che sono esercitati esclusivamente da uomini.

Da quando CHARCOT, nel 1882, riescì a raccogliere 77 casi d'isterismo maschile, la proporzione indicata da BRIQUET fu rapidamente sorpassata. Nell'ambulatorio di MENDEL e di EULENBURG sopra circa 12.000 nevropatici il 10 % era rappresentato dall'isterismo; e tra 1224 isterici, 122 appartenevano al sesso maschile. Vi erano contadini, soldati, cocchieri, fabbri, accademici ed impiegati. Quanto all'età, PITRES nel 1891 riunì i seguenti dati che riguardano 100 casi di sua osservazione personale:

Anni d'età	Uomini	Donne	Totale
6-10	1	1	2
11-15	4	12	16
16-20	6	34	40
21-25	2	18	20
26-30	4	4	8
31-35	8	0	8
36-40	5	0	5
41-45	0	0	0
46-50	1	0	1
	31	69	100

L'isterismo maschile non differisce nei sintomi dal femminile, anzi è più violento. Tra le donne predominano invece, come osserva MARIE, le forme blande che si confondono con la normalità. L'apparizione precoce dell'isterismo infonde ai bambini un'impressionabilità che non nuoce al loro sviluppo intellettuale, anzi li sveglia e li sferza, allargando l'orizzonte della loro contemplazione e della loro attività. Gli accessi e le stigme dell'*isterismo infantile* non sono dissimili dagli accessi e dalle stigme degli adulti.

Il decorso dell'isterismo non è tracciabile che in rapporto all'età. Comincia o nell'infanzia o nell'adolescenza o nel colmo della giovinezza. Lo stesso isterismo traumatico si manifesta ben di rado per la prima volta in vecchi che non abbiano mai dato altre prove di costituzione isterica. La menopausa e la vecchiaia possono cancellare, attenuare o trasformare le turbe isteriche; ma vi sono casi, benchè eccezionali, in cui le creano.

Il grande isterismo può interpolarsi come una parentesi nel corso del piccolo isterismo. Quest'ultimo, che è il vero retaggio del sesso femminile, può decorrere a sua volta in maniera discontinua, con lunghissime tregue che equivalgono allo stato normale e con rare esacerbazioni che si allontanano appena dalla normalità. Qualche volta le esacerbazioni sono dovute a gravi contrarietà o ad altre cause precise ed evitabili; e in questi casi l'isterismo si riduce alle proporzioni d'una semplice diatesi. Per molte donne, specialmente delle classi agiate, l'isterismo non è che una forma d'*iperestesia normale* con tendenza alle estrinsecazioni emotive nel campo dell'innervazione involontaria: vasomotoria, secretoria e trofica. Le persone

affette da un'anomalia così lieve possono facilmente preservarsi od essere preservate da spiacevoli conseguenze. Vi è poi l'isterismo maschile, che guarisce spesso verso i 18 anni; e quando si dice che è più grave del femminile, si allude ai suoi sintomi, non alla sua prognosi.

L'*isterismo traumatico* si può considerare come una varietà dell'isterismo comune, da cui differisce per l'insorgenza improvvisa in relazione con un trauma o con uno spavento. Questa varietà per lo più tardiva d'un isterismo rimasto latente durante gli anni di vita che precedettero il trauma o lo spavento fu descritto per la prima volta da Walton sotto il nome di *railway-spine* nel 1882. Naturalmente le ferrovie, se hanno il privilegio degli scontri, non hanno il monopolio dell'isterismo traumatico; ma con la grandiosità degli spettacoli fortunosi a cui espongono i viaggiatori, con le grida d'una folla spaventata e con la varietà delle lesioni che provocano o minacciano in caso d'infortunio esse favoriscono straordinariamente l'isterismo fra le vittime, dirette e fra i testimoni. Basta infatti l'emozione a produrre lo *shock* nei più predisposti. I Tedeschi si affrettarono a sostituire il nome di *nevrosi traumatica* a quello, troppo diffamatorio per le ferrovie, di *railway-spine*.

Del resto Walton stesso, come pure Page e Putnam, che illustrarono i primi casi di *railway-spine*, ne compresero benissimo la natura, posero ogni sforzo a distinguere questa nevrosi dalla commozione spinale, e conclusero esplicitamente che si trattava d'isterismo. Basta ricordare i malati che inspirarono a Walton la sua descrizione e la sua denominazione per intendere subito il vero significato del *railway-spine*. Il primo ammalato era un ferroviere di 55 anni, ferito gravemente al lato destro, e che presentava forte rachialgia, diminuzione della sensibilità sessuale, irritabilità psichica con tendenza al pianto, debolezza motoria, emianestesia destra, limitazione concentrica del campo visivo, emianosmia ed emiageusia destra; il secondo caso si riferisce ad una giovinetta di 16 anni non ferita, ma semplicemente impaurita.

L'imponenza dei fenomeni osservati in caso di isterismo acquisito, stando all'infuori dalla sfera ordinaria delle influenze psichiche, fecero credere che queste forme d'isterismo traumatico fossero vere malattie organiche: Oppenheim e Thomsen sostennero una simile tesi contro Charcot, che nel 1885 era sceso in campo per ridurre il *railway-spine* a semplice isterismo; e per suffragare l'irreparabilità delle lesioni proprie della nevrosi traumatica, citavano la rigidità pupillare, l'atrofia del nervo ottico, gli accessi epilettici, che veramente farebbero credere ad una cerebropatia o ad una mielopatia organica, se in realtà non fossero un reperto del tutto estraneo alla sindrome in questione. Più tardi lo stesso Charcot prestò un po' di contributo indiretto alla tesi, pretendendo che l'isterismo,

anche nelle sue forme ordinarie, fosse capace, benchè a lunga scadenza, di produrre lesioni anatomiche del nevrasse e che, per esempio, una contrattura isterica di lunga e ininterotta durata determini degenerazione del fascio piramidale. Tale opinione non trovò conferme. La sig. KLUMPKE esaminò il cervello e il midollo in una donna che aveva sofferto di contrattura isterica per 6 anni di seguito e non trovò nulla di anormale. ROSENTHAL in una donna con doppia emiplegia isterica, anestesia dei quattro arti ed ambliopia bilaterale che si protrassero per sei anni riscontrò soltanto anemia cerebrale ed edema, nient'altro. Le due ammalate erano morte di tubercolosi.

Di solito l'isterismo traumatico si manifesta con grandi accessi e con la comparsa di stigme che rimangono. Qualche volta si hanno soltanto fenomeni di monoisterismo: la frattura del radio provocherà, per esempio, una monoplegia brachiale; un tumore della conca auricolare, dando al chirurgo occasione d'incidere l'orecchia, indurrà in paralisi il facciale dello stesso lato. Le nevrosi postoperatorie non sono anch'esse che isterismo traumatico. Tutte queste reazioni isteriformi ai traumi, alle operazioni, allo spavento acuto od alle preoccupazioni abituali concentrate sopra una regione od una funzione limitata del corpo non si estrinsecano immediatamente, ma seguono qualche giorno o qualche settimana dopo l'avvenimento causale. E CHARCOT per primo (lo abbiamo già ricordato) ha battezzato questo intervallo di latenza per un *periodo di meditazione*. Durante questo periodo si ordisce alla sordina il lavorio d'autosuggestione che determinerà poi lo scoppio dei fenomeni isterici; e la possibilità, anzi la costanza d'un periodo preparatorio è la miglior prova della tesi propugnata da CHARCOT e più recentemente anche da MÖBIUS: che cioè la nevrosi traumatica è di natura psicogena, appunto come l'isterismo. Essa rassomiglia all'isterismo perchè è isterismo, e non differisce dalle forme comuni se non per la singolarità della causa occasionale.

L'isterismo acquisito può contrarsi anche per imitazione e talvolta investe contemporaneamente più persone in forma epidemica. Nel 1883 TONNINI osservò due giovani contadine conviventi che presentavano una sindrome simultanea ed omologa d'isterismo. Nel Madagascar verso il 1863 scoppiò un'epidemia d'isterismo tra ragazze dai 15 ai 20 anni in seguito all'assassinio di Radama II: lo spavento e l'imitazione s'erano dati la mano per produrre insieme un isterismo doppio: emotivo ed epidemico. Tra casi poi d'isterismo emotivo è singolare quello d'una bambina che divenne isterica a 7 anni per aver veduto una sua coetanea ubbriaca.

Se l'isterismo nelle sue apparizioni e nelle sue scomparse segue abstanza spesso le età critiche della vita, che sono contrassegnate principal-

mente dalle vicende delle funzioni sessuali, ciò non vuol dire che queste funzioni siano una fonte specifica di sintomi isterici. I ginecologi più riputati respingono in modo assoluto un simile momento etiologico. Gli organi genitali sono isterogeni come qualunque altro viscere.

Quest'anomalia ereditaria, benchè favorita dalle abitudini della vita civile, non è ignota tra i Negri. Probabilmente ne soffrono anche i selvaggi. Quanto all'ipotesi che l'isterismo prediligesse la razza latina in confronto alle razze germaniche, essa non era che una *fin de non-recevoir* da parte dei nevrologi tedeschi di fronte alle novità descritte da Charcot e dalla sua scuola. Ma in breve anche la letteratura germanica si arricchì di storie cliniche che rivaleggiano con le francesi ; e basterebbero i drammi di Ibsen per dimostrare a quali squisitezze morbose possa giungere l'isterismo in ogni paese. Bourneville e Dange descrissero un caso d'isterismo convulsivo e psichico persino in un idiota.

L'isterismo è spesso preannunziato nell'infanzia da accessi di sonnambulismo.

CURA.

Nella cura dell'isterismo regna ancora il medio evo. Era il 1866, e Baker Brown non si peritava di proporre l'asportazione della clitoride. Un simile trattamento trovò seguaci illustri che lo perfezionarono. Così Friedreich, nel 1882, sostituì all'asportazione la cauterizzazione. In 8 casi toccò ripetutamente la clitoride con la pietra infernale, ottenendo sempre la guarigione. Una sola di queste malate, che erano anche onaniste, recidivò dopo due anni, ma guarì definitivamente ad una seconda ripresa delle cauterizzazioni. La *castrazione* ha ancora i suoi partigiani. In origine si praticava senza indicazioni speciali ; ora non si applica che nei casi in cui anche dal punto di vista ginecologico vi sia un'indicazione precisa ed urgente. Così Landau e Remak eseguirono l'ovariotomia in una malata che soffriva di tumore, una dermocisti all'ovaia : l'ammalata guarì dei dolori ovarici, ma non dell'isterismo. Anche Flechsig usa spedienti chirurgici, ma quando vi sia una indicazione chirurgica: in tre casi egli praticò con successo la castrazione, l'amputazione sopravaginale dell'utero, la dilatazione cruenta del collo uterino appunto perchè aveva verificato la presenza di lesioni locali corrispondenti. Forel dice, e non a torto, che la castrazione, più che rimedio, può diventare causa di psicosi. I ginecologi sono unanimi nel condannarla. Sarebbe lo stesso che estrarre un dente sano per nevralgia del trigemino o amputare una gamba per una semplice sciatica, soggiungono Landau e Remak. In complesso l'isterismo non costituisce un motivo per la castrazione ; e persino

nei casi di malattie locali è ormai ammesso che valga come contromotivo, salvo che la malattia ginecologica non sia grave e che l'operazione non sia per sè stessa d'evidente e sicura utilità chirurgica.

Tra le cure romantiche furono in uso anche le *finte operazioni* con narcosi e suture cutanee; ma esse sono tutt'altro che esenti da pericoli di vario genere e possono, non che guarire, produrre un isterismo per trauma psichico. Le *punte di fuoco* lungo la spina dorsale sono un rivulsivo, ma probabilmente d'ordine psichico: può darsi che attirino l'isterismo dal cervello al midollo spinale dove forse è meno nocivo, ma anche che lo spostino dalla penombra alla luce, aggravandone gli effetti.

È noto che Charcot aveva messo in uso alla Salpêtrière una cintura che per mezzo di un'apposita vite teneva sotto compressione la regione ovarica di sinistra. Il caso gli aveva insegnato che un'isterica con ernia inguinale, per aver adottato il cinto erniario, era riescita a liberarsi contemporaneamente dei suoi doppî incomodi. Ma, guardando bene, nulla garantisce che l'origine della guarigione non sia la suggestione. Del resto Schröder avvertì l'impossibilità di comprimere un'ovaia sana con un cinto di questo genere. Anche la *metalloterapia* operò di questi miracoli; li operò l'*ipnotismo*; li operò la *calamita*, ma sempre per mezzo della suggestione. La credulità delle isteriche è tanta, che accetta per buoni, in dati momenti e da determinate persone, anche gli spedienti di cura più inadeguati, più grossolani e più antiscientifici. Così Babinski potè credere di produrre, per mezzo del magnete, il *transfert* di un'emiplegia da una isterica ammalata ad un'isterica in riposo: per sottrarle alla suggestione aveva ritenuto sufficiente di separare le due donne col mezzo d'un paravento che impediva loro di vedersi. Evidentemente sono le due suggestioni (di guarigione nell'isterica emiplegica, di malattia nell'isterica sana) che s'incrociano per una semplice coincidenza di pensieri e di tempo, favorite dall'apparato dell'esperimento; non è già la paralisi che, attirata dalla calamita, attraversi il paravento ed emigri da un cervello nell'altro.

Un metodo che risente ancora della tradizione medioevale, perchè di genere pantagruelico e perchè è talvolta applicato senza discernimento sopra ogni sorta di isterici, ma che, usato con discriminazione, non manca di fondamento razionale e di buoni effetti, è quello che va ancora sotto il nome di Weir Mitchell e che consiste nel *gavage* graduato. Playfair lo divulgò in Europa. Si allontana l'isterica dall'ambiente domestico; si isola sotto l'assistenza d'infermiere abili e gentili; si sottopone al massaggio generale e alla faradizzazione dei muscoli per varie ore ogni giorno; s'inizia la dieta lattea; e quando lo stomaco è preparato dal semidigiuno e dal vivo ricambio promosso per mezzo del massaggio

a raddoppiare la sua attività funzionale, si applica progressivamente l'iperalimentazione. Questa cura, che giova anche nella nevrastenia, fu adottata da Binswanger, da Jolly, da Charcot, che ne rivendicava alla Francia ed a sè stesso la priorità.

Il metodo di Weir Mitchell ha per complemento la solitudine e il riposo forzato a letto, che forse esercitano un'influenza non meno efficace. Sull'importanza dell'isolamento non solo in casi di isterismo imitatorio, ma anche nei più comuni, e specialmente nei bambini vi è oggi accordo generale. Alla Salpêtrière le isteriche sono ormai distribuite in camere separate: e Dejerine ribadisce l'isolamento materiale coll'isolamento psichico, obbligando l'ammalata a letto, alla dieta lattea ed al contatto momentaneo con un'*unica infermiera*. Le tende del letto sono costantemente abbassate; l'infermiera non fa che brevi apparizioni ogni ora per portare il latte; e l'ammalata non vede, oltre all'unica infermiera che il medico, uomo laconico e compassato.

Al vantaggio dell'isolamento è da sommare quello che proviene dall'abbandono dell'ambiente domestico. Quello della famiglia è spesso un focolare, sì, ma di discordie e suggestioni dannose, che nei casi gravi si debbono assolutamente fuggire. Nel matrimonio, per non compromettere la salute e per conservare la pace, bisogna che al coniuge isterico sia toccato in sorte uno sposo od una sposa che ne sia il contrapposto. Il regime della famiglia dev'essere tollerante, ma fermo; la tattica da usare è la sospensiva; bisogna evitare la contraddizione immediata, inflessibile, irritata, pettegola e lasciare all'isterismo una certa libertà di sfogo, senza annettervi soverchia importanza e senza alimentare le violenze con reazioni sentimentali. Le isteriche sono arrendevoli con chi sa aspettare: passata la bufera, esse si ricredono talvolta da sè stesse e non domandano o di meglio che seguire il programma suggerito dalla prudenza, dalle convenienze e dal buon senso, di cui sono riccamente fornite, malgrado le apparenze contrarie. Le rivolte cieche, ripetute ed indomabili di fronte alla severità come alla dolcezza, di fronte alla collera come all'indifferenza di fronte ad un trattamento metodico come ad un regime empirico e volubile, non sono pertinenti al semplice isterismo, ma all'immoralità costituzionale, o alla paranoia o alla demenza precoce ammantate d'isterismo.

CAPITOLO XX.

L'epilessia

Il concetto clinico dell'epilessia, originariamente limitato all'accesso epilettico ed ai fenomeni strettamente legati con l'accesso, si è ampliato in modo, che oggi si fanno rientrare nell'epilessia fenomeni mentali e nervosi che non hanno l'aspetto di turba motoria; e la diagnosi di epilessia si formula anche se l'accesso classico non c'è mai stato. Si cominciò con l'ammettere che l'accesso epilettico poteva presentarsi in forme parziali e spurie anzichè sotto quella di convulsioni generalizzate e tonico-cloniche. Gli svariati fenomeni sensitivi, sensoriali, motori o vasomotori, che in molti casi precedono gli accessi classici e costituiscono la così detta aura epilettica, possono presentarsi isolatamente, e costituire appunto degli accessi incompleti, abortivi. La convulsione può circoscriversi in una metà del corpo o in un solo arto (epilessia jacksoniana). Infine i profondi disturbi della coscienza che preludono o susseguono all'accesso epilettico possono surrogarlo completamente senza che vi siano altri disordini motori, vasomotori o sensitivi: essi formano allora un *equivalente psichico*.

Accanto ai quadri molteplici dei disturbi transitori si costituì un quadro permanente di sintomi o di stigme costituzionali d'ordine somatico e psichico. Gli individui frequentemente colpiti dall'epilessia in una qualunque delle sue forme accessuali vanno incontro con l'andar del tempo ad un indebolimento mentale ed a manifestazioni caratteristiche, che costituiscono a loro volta una forma particolare di demenza.

I vari fenomeni dell'epilessia, mentre da una parte si possono avverare in individui che durante gli intervalli non presentano alcun segno di malattia, si osservano anche in individui invalidi per gravi lesioni organiche del cervello, con evidenti paralisi, paresi, distrofie, arresti di sviluppo. Perciò si volle contrapporre una epilessia idiopatica od essenziale ad una epilessia sintomatica di lesioni cerebrali. Ma il confine tra le due categorie di casi non è chiaro. D'altra parte, mentre per lo più l'epilessia si manifesta in età giovanile, sì da far pensare ad una disposizione con-

genita, degenerativa, che trova occasione di manifestarsi con un qualsiasi incidente morboso, in altri casi i fenomeni epilettici non si manifestano che in età avanzata, in seguito ad intossicazioni, a disturbi di circolo, ad infezioni, ad alterazioni dei vasi sanguigni, a traumi, a cicatrici cerebrali provocate da rammollimenti, a cisticerchi. Eppure in questi casi, così svariati dal punto di vista della etiologia, le sindromi motorie e psicopatiche sono spesso tanto somiglianti, che una diagnosi causale non è possibile senza l'anamnesi. Talvolta nemmeno l'anamnesi è sufficiente, e occorre il reperto anatomico. Una concezione unitaria dell'epilessia non è dunque giustificata nè dal punto di vista dell'etiologia, nè da quello della patogenesi; essa non regge che dal punto di vista sintomatologico.

Date queste restrizioni, l'epilessia dovrebbe scomparire dall'elenco delle malattie mentali e non rientrarvi che in forma anonima come sindrome o come sintomo non necessario, smembrata tra quelle psicopatie che sono in grado di associarsi ad essa o piuttosto di produrla, come le cerebropatie infantili, le cerebropatie degli adulti, la paralisi progressiva, il diabete, l'uremia; l'alcoolismo e via dicendo. Cesserebbe così anche il forzato ravvicinamento che accomuna l'epilessia all'isterismo per un'analogia apparente e nominale tra i rispettivi accessi. Ma l'esistenza di molti casi in cui la *causa* dell'epilessia è profondamente ignorata rende prematura sia la sua radiazione dal novero delle malattie mentali propriamente dette, sia il suo distacco dall'isterismo.

SINTOMI.

Accesso epilettico. — Per lo più l'accesso epilettico si manifesta all'improvviso, senza alcun segno premonitorio; ma non di rado è preceduto da particolari perturbazioni di senso e di moto, avvertite dallo stesso ammalato o rilevabili anche da terze persone, e che si presentano nei singoli ammalati ogni volta sotto la medesima forma: questi fenomeni costituiscono l'*aura epilettica*. L'aura epilettica precede l'attacco di qualche minuto appena: talvolta è così breve, che l'ammalato non ha tempo di trarne partito a scopo di difesa. Altri fenomeni prodromici possono precedere l'attacco, come ad esempio uno stato di malumore, di irritabilità, di ottundimento o un senso di oppressione al capo che si prolunga per ore o per giorni prima dell'attacco; ma questi fenomeni sono ben distinti dall'aura.

L'aura può attraversare qualunque territorio di innervazione e assumere tutte le forme. Si hanno aure sensitive, sensoriali, motorie, vasomotorie, secretorie, psichiche.

L'*aura sensitiva* consiste in una parestesia, un formicolìo, un senso di

intormentimento o un vivo dolore, che si manifesta per lo più ad una estremità e che procede più o meno rapidamente verso il tronco. Frequentissima è una sensazione penosa all'epigastrio che risale verso la gola. Lo scoppio dell'accesso coincide per lo più col propagarsi di queste sensazioni verso il capo. Non è rara un'aura in forma di forte cefalea.

L'*aura sensoriale* è un'allucinazione elementare dell'udito o della vista: ronzii, scrosci, bagliori; od anche una allucinazione configurata, per lo più di carattere terrifico: fiamme, sangue, parole. Possono aversi anche allucinazioni combinate di varî sensi.

L'*aura motoria* è rappresentata da contrazioni circoscritte di muscoli, da torsione del capo e degli occhi, da movimenti rotatori o di maneggio o di masticazione con atti ripetuti di deglutizione, più raramente da movimenti coordinati. Questi movimenti si continuano immediatamente con l'accesso convulsivo che ne rappresenta in certo modo la diffusione generale: corsa all'innanzi, atteggiamenti e movimenti espressivi o professionali.

L'*aura vasomotoria* si manifesta con pallore improvviso, più raramente con arrossamento del viso, di una metà del corpo o di singole porzioni di esso.

L'*aura secretoria* è data da una ipersecrezione accessuale di saliva o di sudore. Flechsig osservò un aumento del peso specifico dell'urina uno o due giorni prima dell'accesso e considerò questo fatto come un'aura renale.

È da notare che non sempre l'aura consiste in un fenomeno di eccitamento; in casi eccezionali consiste invece in un fenomeno paralitico che si manifesta improvvisamente, in cecità o sordità verbale, sordità completa e improvvisa, afasia motrice, paresi o paralisi nel territorio degli arti.

L'*aura psichica* è rappresentata da immagini che attraversano la mente dell'ammalato, sorgendo improvvisamente senza alcun nesso associativo con le idee di quel momento. Spesso si tratta di un ricordo (sempre lo stesso) per esempio di una scena emozionante alla quale l'ammalato ha assistito. Oppure l'aura psichica può avere più che altro un contenuto affettivo, riducendosi ad un improvviso senso di pena, di angoscia, di terrore immotivato.

Subito dopo l'aura l'ammalato perde la coscienza e cade in preda a una contrazione tetanica di tutti i muscoli, compresi quelli della respirazione. È la fase tonica dell'accesso, che dura pochissimo, un mezzo minuto al più. La caduta non avviene per rilasciamento muscolare, ma segna l'inizio dell'irrigidimento muscolare; anzi in essa si può dire che ogni epilettico ha un suo atteggiamento caratteristico, sicchè cade sempre

nello stesso modo, da una parte o dall'altra, in avanti o all'indietro, e le ferite sul cranio, che si producono così facilmente, colpiscono in certi casi sempre il medesimo punto. Un mio malato porta lungo l'orlo posteriore del berretto una specie di cuscino a mezzaluna tutto imbottito di cotone, che gli protegge l'occipite; perchè egli è sicuro che al sopraggiungere dell'attacco cadrà all'indietro battendo in terra il capo. La violenta espirazione e la contrazione delle corde vocali determinano talvolta un grido. Gli arti inferiori sono fortemente estesi, il tronco irrigidito, i pugni stretti, il capo piegato all'indietro. La lingua resta talvolta impigliata tra le mascelle serrate in trisma. Il tetano respiratorio determina asfissia; e il volto, pallido al momento della caduta, diventa subito rosso e poi cianotico. Le pupille sono dilatate al massimo e rigide. Secondo Siemens, nel primo momento, simultaneamente al grido, presenterebbero un restringimento massimo, fugace ed istantaneo. Sul finire della fase tonica si ha spesso emissione di urina e di feci, più di rado di sperma.

Alla fase tonica segue la fase clonica: violente scosse muscolari si manifestano negli arti, nel torace, nel capo: esse aumentano di intensità in modo da poter produrre gravi lesioni per urti, contusioni, fratture, lussazioni. I movimenti clonici delle mascelle e della lingua determinano nella lingua morsicature. Intanto si riordina con profonde inspirazioni ed espirazioni il respiro, e l'aria emessa rumorosamente tra le mascelle e la lingua morsicata dà luogo a formazione di bava sanguinolenta. La cianosi scompare, il corpo si copre di sudore, il polso è frequente, la temperatura si eleva di 0°,1 ed anche di 0°,5. La fase clonica dura pochi minuti, 4 o 5 al più.

Dopo di essa l'epilettico può tornare subito allo stato normale ricuperando integralmente la coscienza. Ma per lo più rimane stordito e cade in profondo sonno, dal quale si desta dopo alcune ore, abbattuto, di malumore, con cefalea. Oppure insorgono dopo l'accesso quegli stati psichici speciali che vengon detti perciò post-epilettici e che più innanzi descriveremo. Dopo l'accesso l'urina contiene non di rado piccole quantità di albumina. Nel sonno post-epilettico le pupille si restringono talvolta in misura considerevolissima.

I reflessi tendinei dopo l'accesso hanno un contegno assai diverso da caso a caso. Talvolta si ha esagerazione dei riflessi congiunta ad uno stato di ipertonia muscolare; talvolta, più raramente, i reflessi sono indeboliti o del tutto scomparsi. Questa diversità di reazione non dipende dall'intensità dell'accesso, ma piuttosto, secondo Lugaro, dalla sua localizzazione e diffusione nella corteccia cerebrale. Vi sono nella corteccia territorî da cui partono normalmente influenze inibitrici sul tono muscolare e sui reflessi; ve ne sono altri da cui partono influenze stimolatrici. Lo stato d'esaurimento epilettico, in quanto prevale negli uni o negli altri di questi ter-

ritori, darà luogo ad effetti opposti. Ma in uno stesso ammalato, per la somiglianza tra i varî accessi, la localizzazione corticale della scarica e quindi l'influenza secondaria sul tono muscolare saranno costanti.

La frequenza degli accessi è estremamente variabile da un individuo all'altro. Vi sono epilettici con accessi rarissimi, a distanza di mesi e di anni. In altri, benchè raramente, si presentano a gruppi ravvicinati, l'ammalato sta due o tre mesi senza accesso e poi ne presenta due o tre o più in un giorno o in giorni successivi. Talvolta gli accessi si succedono in gran numero separati da intervalli brevi di relativa lucidità: *accessi in serie*. Infine gli accessi possono presentarsi talmente avvicinati che l'ammalato non ricupera la sua lucidità, perchè al primo accesso succede uno stato di coma interrotto di quando in quando da nuovi accessi convulsivi: *stato epilettico*. Lo stato epilettico costituisce un grave pericolo per la vita dell'infermo ed è accompagnato da cospicuo innalzamento di temperatura, che può andare oltre i 42° e che si produce gradualmente col ripetersi degli accessi (Bourneville).

Accessi parziali (epilessia jacksoniana ed epilessia sensitiva). — Gli accessi convulsivi localizzati e parziali sono in generale l'espressione sintomatica di una lesione corticale circoscritta, data da un tumore, da un'emorragia, da un processo infiammatorio localizzato; tuttavia non vi è dubbio che essi possono insorgere anche per cause generali, specialmente tossiche, come nell'alcoolismo, nell'uremia, nel diabete, nella paralisi progressiva. Così pure si possono avere accessi di epilessia jacksoniana non solo in quei casi di epilessia in cui è evidente per altri sintomi una lesione circoscritta del cervello, ma anche nei casi che per mancanza di ogni sintomo di cerebropatia sono da considerare come di epilessia essenziale. Così in certi casi accessi parziali possono alternarsi con accessi completi; più spesso ancora gli accessi parziali possono presentarsi sull'inizio del male per trasformarsi poi gradatamente in accessi generali.

Del resto anche negli accessi generali non è infrequente la distribuzione asimmetrica per prevalenza unilaterale delle scosse muscolari, oppure l'inizio unilaterale delle convulsioni o circoscritto ad un gruppo muscolare, che in pochi secondi si generalizza.

Negli accessi di schietta epilessia jacksoniana si ha spesso un'aura sensitiva localizzata all'arto che è poi colpito dalle scosse cloniche. Ciò dimostra che il fenomeno dell'aura ha per base un'azione irritativa della causa epilettogena in un determinato territorio della corteccia, dal quale s'inizierà facilmente anche la scarica epilettica. E ciò rende sempre più stretti i legami tra l'epilessia generalizzata e l'epilessia parziale.

L'accesso convulsivo parziale si manifesta con semplici scosse cloniche e non è preceduto da una fase tonica. La coscienza persiste; si perde soltanto quando l'accesso jacksoniano si trasforma in un accesso generale per il diffondersi delle scosse muscolari all'altro lato e a tutto il corpo. I muscoli della faccia e quelli del braccio sono i più colpiti e spesso i soli.

L'epilessia parziale può assumere la forma sensitiva. In tal caso l'accesso si riduce a sensazioni anormali che vengono localizzate in un qualsiasi territorio sensitivo od anche nel campo di uno o di più sensi specifici come *allucinazioni*. L'accesso sensitivo può considerarsi come una forma attenuata d'epilessia. Difatti noi sappiamo che negli epilettici soggetti ad accessi con aura accade talvolta che l'aura si presenti isolatamente, senza essere seguìta dalla crisi convulsiva: ciò equivale ad un rudimento dell'accesso epilettico, ad una sua forma abortiva.

Equivalenti epilettici. — Con le forme sensitive e sensoriali di epilessia e con gli accessi di aura non seguìti da crisi convulsiva noi siamo già entrati nel campo dei così detti equivalenti epilettici, cioè di quei fenomeni accessuali dell'epilessia che si estrinsecano dalla corteccia cerebrale non con spasmi o convulsioni, ma con altre forme di attività automatica più o meno parziale.

Gli equivalenti epilettici si sogliono dividere in equivalenti brevi ed equivalenti protratti. I primi possono durare anche pochi secondi soltanto, i secondi anche dei mesi; vi sono però le forme di passaggio. La distinzione dal punto di vista sintomatologico è giustificata, perchè gli equivalenti brevi possono assumere le forme più svariate: basti dire che possono ricopiare fedelmente tutte le forme di *aura* che abbiamo descritto, assumendo anche una forma esecutiva e coordinata, in modo da imitare gli atti coscienti; gli equivalenti protratti consistono invece in varie forme di psicopatia, dove la coscienza è bensì obnubilata, ma non del tutto spenta.

Oltre agli equivalenti che riproducono le varie forme di aura si possono avere altri disordini brevi, che acquistano importanza e per la loro frequenza e perchè spesso costituiscono l'unico fenomeno dal quale si possa dedurre la diagnosi di epilessia. Abbiamo anzitutto le così dette *assenze epilettiche*. L'ammalato colpito da un'assenza epilettica si arresta improvvisamente nei suoi discorsi o nelle sue occupazioni, assume un atteggiamento rigido, fissa lo sguardo, impallidisce. Spesso presenta piccoli movimenti o tremiti nelle labbra, nella lingua, negli arti. Ciò non dura che pochi secondi, un mezzo minuto al più, poi ritorna la coscienza e l'ammalato riprende il discorso o la sua occupazione al punto in cui li aveva lasciati senza accorgersi di nulla. Questi ammalati possono com-

pletamente ignorare la loro malattia, perchè generalmente l'assenza non è accompagnata da disturbi obiettivi ed è assai raro che in essa avvenga perdita involontaria di urina.

La *perdita di urina* durante il sonno può invece per sè stessa costituire un segno di accessi larvati, di equivalenti svoltisi durante la notte. Ciò, s'intende, ove possa escludersi che essa non sia l'unico segno avvertito di un vero accesso epilettico convulsivo. Ma gli accessi convulsivi lasciano dietro di sè generalmente strascichi ben più importanti: stati di malessere, di malumore, cefalea, irritabilità, traccie somatiche come contusioni, morsicature della lingua, ecchimosi cutanee o sottocongiuntivali. L'*enuresi notturna* non può peraltro essere interpretata nel senso di un equivalente epilettico, se non quando si presenti ostinatamente nell'adolescenza o nell'età adulta; nei bambini essa è spesso un fenomeno passeggero che non ha nulla che vedere con l'epilessia.

L'equivalente epilettico si può manifestare in forma di *epilessia procursiva*. L'ammalato improvvisamente si slancia all'innanzi, correndo come spinto da forza irresistibile. Il fatto che in questa corsa possono essere evitati gli ostacoli, mostra che la coscienza probabilmente non è del tutto perduta, benchè l'ammalato alla fine dell'accesso dimentichi completamente tutto l'avvenuto.

Similmente si avverano *atti impulsivi* di ogni genere sotto l'influenza d'un equivalente epilettico con completa amnesia successiva. Si tratta per lo più di azioni violente, spesso violenze contro le persone, che vengono compiute in istato di apparente coscienza e coi segni esteriori dell'ira. Non di rado questi accessi sono seguìti da comuni fenomeni post-epilettici: cefalea, sonno. Uno stato di equivalente epilettico può anche passare in un vero accesso convulsivo che chiude così la scena e viene quasi a testimoniare la natura dell'atto impulsivamente compìto.

Una forma piuttosto rara di equivalente consiste in *accessi periodici di sonno*. In questi casi è importante poter escludere la diagnosi di isteria, tanto più che gli accessi di narcolepsia sono assai più frequenti nell'isterismo che nell'epilessia.

Gli equivalenti protratti dell'epilessia comprendono tutti i fenomeni psicopatici accessuali di lunga durata. La loro caratteristica è il turbamento più o meno profondo della coscienza con amnesia consecutiva o con ricordi assai sommarî dello stato morboso e la tendenza ad atti impulsivi e violenti. Le forme di questi equivalenti protratti sono svariatissime e poco nettamente distinte le une dalle altre perchè collegate da gradi e passaggi innumerevoli. In certi casi più miti prevalgono i disturbi affettivi, nel senso della depressione: si hanno accessi di *malumore epilettico*. In altri il turbamento è più profondo, inte-

ressa tutta la coscienza, l'ideazione, i sensi: sono stati di *disordine confusionale*, con allucinazioni, stati di sogno, stati crepuscolari, stati di automatismo. Le allucinazioni talvolta hanno importanza prevalente e, malgrado la confusione, dànno una certa impronta speciale all'ideazione, determinando uno stato di *delirio* più o meno disordinato. In casi più protratti e più miti per riguardo all'intensità, il delirio può assumere una sistematizzazione e un carattere paranoide.

Gli accessi di malumore epilettico sono relativamente brevi: durano poche ore, un giorno, una settimana o poco più. Gli ammalati sono in preda ad una sorda irritazione; si lagnano di tutto, del vitto, dei loro compagni, degli infermieri, del medico; attaccano briga con estrema facilità, dànno in escandescenze, vengono a vie di fatto, ad atti di furore cieco. Generalmente si lagnano di senso di oppressione al capo o di vera cefalea, ma spesso accusano disturbi svariati di natura ipocondriaca, senso di pena all'epigastrio, sensazioni oscure e tormentose nei visceri; si dicono ammalati gravemente, intrattengono il medico con prolisse esposizioni delle loro infermità, brontolano e imprecano dicendosi trascurati, inascoltati; minacciano di suicidarsi e talvolta tentano realmente di uccidersi. Il malumore, l'ostilità contro l'ambiente possono accentuarsi sino a dar luogo a un vero delirio di persecuzione: sono il ludibrio della sorte, abbandonati dai parenti, destinati a finire la vita in un ospedale, beffati da tutti, fatti segno a severità eccessive, a sevizie morali e fisiche. Il loro accesso si dilegua rapidamente, per lo più dopo il sonno e dopo un accesso convulsivo; ha peraltro grande tendenza a ripetersi.

Gli stati confusionali dell'epilessia non differiscono essenzialmente in nulla da quelli che si osservano nell'amenza, nell'alcoolismo, nella pellagra: il quadro è dominato dalla confusione mentale, dalla insensibilità più o meno completa agli stimoli dell'ambiente, dalle allucinazioni di varî sensi, dai delirî caotici. Certamente nell'epilessia sono più frequenti gli stati di angoscia, di terrore, le tendenze aggressive; ma su ciò non si può fondare una diagnosi differenziale. Si presentano in forme diversissime, a seconda che prevalgono i fatti di eccitamento psicomotorio o di arresto, le allucinazioni o il perturbamento affettivo.

Vi è una forma confusionale, agitata, furiosa, impropriamente chiamata *mania epilettica*. Gli ammalati sono confusi, ma non hanno perso del tutto i rapporti con l'ambiente: rispondono alle domande perdendosi ben presto in una loquacità incoerente, gridano, si svestono, girano ignudi per la cella, si avventano contro il primo venuto, cantano a squarciagola, assumono atteggiamenti grotteschi, ridono convulsivamente. L'accesso può durare da alcune ore a pochi giorni, poi si dilegua completamente o è seguìto da forme diverse di confusione, da stati stuporosi. È probabile che a questa forma appartengano i casi detti di *mania transitoria*.

Assai frequente è il così detto *delirio angoscioso*, una forma di confusione con allucinazioni terrifiche. L'ammalato crede di essere tra nemici, minacciato nella vita, perseguitato da diavoli; la sua mimica esprime la più viva angoscia; egli si difende disperatamente contro gli aggressori, tenta di uccidersi.

Talvolta invece le allucinazioni hanno un carattere religioso: l'ammalato vede Dio, la Madonna, gli angeli, ode le loro voci, subisce le loro ingiunzioni, prega, si batte il petto, canta, si proclama il messaggero di Dio che redimerà il mondo. Ma anche in questi casi l'ambiente può essere considerato in modo ostile: gli infermieri sono musulmani, giudei da sterminare, atei da convertire alla fede e da sottomettere ai riti con la violenza.

Un disturbo più profondo della coscienza che non in questi stati di confusione con eccitamento si ha nel così detto *stupore epilettico*, i cui accessi possono insorgere isolatamente o in seguito o alternativamente con i primi. Gli ammalati stanno immobili, rigidi, con pupille dilatate e poco reagenti alla luce. Assumono atteggiamenti catatonici, pronunciano automaticamente parole, frasi staccate o si chiudono in assoluto mutismo. Non reagiscono più agli stimoli esterni; non avvertono i bisogni corporali. Talvolta presentano flessibilità cerea dei muscoli e conservano a lungo i più strani atteggiamenti.

In tutte queste varie forme di confusione e sopratutto in questa stuporosa, i ricordi di quanto è avvenuto durante l'accesso sono estremamente sommarî o del tutto mancanti. Benchè il difetto della memoria sia proprio di tutti gli stati confusionali in genere, pure è certo che in quelli di natura epilettica il turbamento della coscienza è più profondo e l'amnesia più grave.

Un grado più spiccato di amnesia, spesso totale, si ha invece in altri equivalenti protratti dell'epilessia, che pure non possono dirsi confusionali, sebbene si abbiano argomenti per ritenere che in essi la coscienza subisca un certo obnubilamento. In questi stati l'isolamento dall'ambiente non è mai completo e l'ammalato può in certo modo comportarsi come persona normale di fronte agli avvenimenti esterni; ma è il giudizio, è l'associazione delle idee che sembrano interamente sospesi, sicchè le azioni degli ammalati appaiono interamente destituite di ogni motivazione, come eseguite per una sorta di automatismo. Il netto distacco che vi è nella memoria tra questi stati e lo stato normale li può far assomigliare agli stati secondi dell'isteria.

In primo luogo dobbiamo considerare gli stati di automatismo protratto, le così dette *fughe* degli epilettici. Nello stato di veglia, in mezzo alle sue occupazioni, l'ammalato colpito dall'accesso interrompe l'opera

sua, lascia il luogo in cui si trova e si dà a vagare senza scopo, senza una meta ben definita: talvolta, infilata a piedi una strada, va innanzi frettolosamente sino a cadere sfinito per la fatica e il digiuno. Oppure cammina in varie direzioni soffermandosi qua e là come trasognato, borbottando parole sconnesse, commettendo atti stravaganti: si denuda, prende oggetti altrui, espone al pubblico i genitali per orinare o per masturbarsi come se non vi fossero testimonî. In casi più rari il contegno può essere abbastanza ordinato e la serie degli atti abbastanza complessa: l'ammalato può recarsi alla stazione, prendere un biglietto, compiere un lungo viaggio, fermandosi, cambiando di treno, mangiando a tempo e luogo opportuno, senza attirare l'attenzione d'alcuno. Al cessare dell'accesso si ridesta come da un sogno e dimentica interamente tutto ciò che è accaduto.

Gli *accessi di automatismo* possono iniziarsi durante il sonno dando luogo al noto fenomeno del *sonnambulismo*. L'ammalato s'alza dal letto, accende il lume, si veste, gira per le stanze, legge, scrive, sbriga dei lavori professionali, torna a letto per riaddormentarsi. Oppure esce ignudo fuori di casa, inconscio del suo stato, senza una meta, si espone a pericoli senz'accorgersene. Malgrado l'evidente obnubilamento della coscienza, la coordinazione automatica dei movimenti è perfetta, anzi parrebbe superiore alla norma: l'ammalato può passeggiare con disinvoltura su di un tetto, calarsi giù da una grondaia. Si direbbe che l'incoscienza del pericolo renda più sicuri i suoi movimenti.

A questi stati di automatismo rassomigliano molto le forme più protratte di delirio lucido, che possono durare anche qualche mese. L'ammalato è in preda a idee deliranti, per lo più di grandezza o a contenuto mistico, religioso; ma è lucido, ordinato nel contegno. In questi casi tra la coscienza attuale e i ricordi della vita passata non vi è un distacco completo, ma una lacuna più o meno vasta, che abbraccia giorni o mesi.

Stati pre-epilettici e post-epilettici. — La sintomatologia degli stati pre-epilettici e post-epilettici è del tutto identica e quella degli equivalenti protratti: non vi è alcun sintomo, tra quelli che or ora abbiamo descritto, che non possa presentarsi in seguito ad accessi epilettici convulsivi; e d'altra parte il quadro di un equivalente protratto può chiudersi con uno o più accessi convulsivi o esserne interrotto. Il parossismo convulsivo non può considerarsi quindi nè come la causa, nè come la conseguenza dell'accesso psicopatico; piuttosto è una nota personale che sta ad attestare una speciale partecipazione dei centri motori al processo epilettico. Nota personale perchè in ciascun malato è assai costante il rapporto tra fenomeni convulsivi e fenomeni psicopatici: vi sono epilettici che non

presentano mai accessi classici motorî, ma soltanto degli equivalenti; in altri il disturbo psicopatico precede, per lo più di poco, la comparsa degli accessi; in altri segue o si alterna con accessi unici o più spesso ancora con gruppi di accessi ripetuti. Le modificazioni nel tipo e nell'ordine dei varî fenomeni non si presentano che lentamente in grandi periodi della malattia.

Stati psicopatici permanenti. — Non tutti gli epilettici sono malati di mente. Ve n'è anzi un gran numero che, pur soffrendo di accessi più o meno frequenti, non presentano mai disturbi psicopatici tali da meritare la segregazione in un manicomio o in un ospedale, e anzi possono senza inconvenienti accudire alle loro occupazioni professionali e provvedere ai proprî interessi. Tra questi epilettici si annoverano talvolta persone di notevole intelligenza e attività psichica non comune. Ma la grande maggioranza degli epilettici, circa l'80 per cento, va incontro con gli anni e col ripetersi degli accessi a un particolare stato di indebolimento mentale, a un perturbamento cronico del carattere e degli affetti, che suol designarsi col titolo di *degenerazione epilettica*.

Maggior costanza hanno i perturbamenti affettivi e del carattere, anzi si può dire che essi si osservano in modo più o meno accentuato anche in quegli epilettici che hanno intelligenza normale e che come individui normali vivono in società. La nota fondamentale è la impetuosità del carattere, la eccitabilità emozionale. Gli epilettici sono sempre facili all'ira ed alla violenza, energici e spesso senza scrupoli nell'azione. Irrequieti, volubili, conducono per lo più una vita agitata, che è una sequela di avventure passionali, nelle quali si impegnano senza riflessione. Nelle opinioni religiose e politiche rasentano sempre gli eccessi: conservatori feroci, rivoluzionarî violenti, proseliti fanatici di religioni vecchie e nuove, settarî sempre. Assai di rado le loro passioni hanno un contenuto altruistico, sono invece gli istinti fondamentali dell'egoismo che guidano l'azione degli epilettici: l'avidità del denaro, la bramosia insaziabile della donna, la smania del potere. Facilmente perciò manifestano tendenze criminali; molti ladri, assassini, stupratori sono epilettici.

Negli individui che per le frequenti convulsioni, per le ferite che riportano, per la incapacità al lavoro sono in uno stato di perenne valetudinarietà, l'istinto di attaccamento alla vita assume proporzioni morbose e fastidiose e si afferma con preoccupazioni di natura ipocondriaca. Sempre tra i piedi del medico ad esporre prolissamente le loro sofferenze, i loro dubbî, le loro miserie, esigono cure incessanti, conforti, prescrizioni farmaceutiche, che applicano con zelo meticoloso. Il continuo pensiero della salute, il ritenersi vittime di una grave e fatale sventura li spinge

in braccio al bigottismo più ripugnante; snocciolano interminabili rosarî, frequentano puntualmente la messa e il confessionale, bazzicano per le sacrestie, sono felici di servir la messa, di seguire il sacramento scampanando, di accompagnare i morti anche senza conoscerli. Ma come la cura incessante della salute non li distoglie dall'abbandonarsi all'orgia tutte le volte che se ne presenti l'irresistibile occasione, così il sentimento religioso non li esime da azioni proterve. Persecutori di chi bestemmia, sono a loro volta bestemmiatori emeriti. Untuosi nei modi, umili e servili sino a riescire fastidiosi coi medici che riguardano come superiori, sono poi altezzosi e intolleranti con gli altri ammalati.

Dal lato intellettuale si possono avere tutte le gradazioni dell'indebolimento sino alla più profonda demenza. Molto importa da questo punto di vista la frequenza degli accessi, ma sopratutto ha importanza l'età in cui è comparsa l'epilessia. Se gli accessi si sono manifestati sin dall'adolescenza, ripetendosi frequentemente durante tutta la vita, la demenza raggiunge gradi gravissimi: nelle forme tardive invece l'intelligenza non subisce che una modica involuzione.

Nelle forme leggere di demenza non si nota che un rallentamento ed una limitazione dei processi ideativi. Gli ammalati si esprimono con stento e lentamente, hanno un linguaggio povero, ricorrono a circonlocuzioni prolisse, a paragoni interminabili per ispiegare le cose più semplici; nel narrare si perdono in minuzie, in esposizioni inopportune di antefatti, in lunghe digressioni, che rendono la conversazione con questi ammalati oltremodo fastidiosa. Il patrimonio ideativo si impoverisce, si restringe ad una stretta cerchia di luoghi comuni. In casi più avanzati si manifesta una evidente diminuzione della capacità ritentiva, sicchè non è più possibile l'acquisto di nozioni nuove, nè il ricordo di avvenimenti banali. Nelle forme più gravi di demenza epilettica si arriva addirittura al disorientamento completo di tempo e di luogo: gli ammalati trascorrono la loro vita in uno stato di inebetimento profondo; talvolta persino il loro linguaggio subisce una dissoluzione più o meno completa. Solo tra i dementi ebefrenici si possono trovare gradi di decadenza mentale paragonabili a quelli che raggiunge l'epilessia nelle sue forme più gravi.

Caratteri e sintomi somatici. — Un buon numero di epilettici presenta stigme fisiche che, senz'essere patognomoniche della malattia, hanno con essa legami interessanti. La scuola antropologica italiana, con a capo Lombroso, ha minutamente approfondito l'esame antropologico degli epilettici, cercando sopratutto in essi i così detti *segni degenerativi*. E i segni degenerativi infatti si riscontrano con insolita frequenza in questi ammalati.

L'abnorme sviluppo dei seni frontali, la sporgenza eccessiva delle bozze frontali, la deviazione del naso, la presenza dell'appendice lemurinica, l'insolito sviluppo della mandibola, il prognatismo, le anomalie dentarie, il lobulo darwiniano, le orecchie ad ansa, la sessilità del lobulo auricolare sono caratteri possibili in normali e in epilettici, ma più in questi che in quelli.

Maggiore importanza di queste stigme dal significato incerto hanno altre anomalie che, come vedremo, più che un vero segno degenerativo, sono da considerare come espressione indiretta di lesioni patologiche a cui il cervello o i centri nervosi hanno soggiaciuto precocemente. Importante sopra tutte è l'*asimmetria cranio-facciale*, che in certi casi assume proporzioni imponenti (figura 110). Asimmetrie analoghe si possono qualche volta osservare anche nello sviluppo degli arti. Analogamente, dal punto di vista funzionale, si può osservare esagerata sproporzione della forza muscolare dai due lati, *mancinismo motorio* e *sensorio*. Il nistagmo, lo strabismo, le paresi unilaterali sono fatti di un più accentuato significato patologico. Per essi si passa a quelle forme di arresto di sviluppo anatomico e di deficienza funzionale che sono caratteristiche della cerebroplegia precoce e che, come vedremo, hanno un nesso intimo con l'epilessia.



Fig. 110. — Enorme asimmetria facciale in una epilettica demente; gli accessi, violentissimi, sono seguiti da emiparesi destra che dura alcuni giorni.

Altre anomalie sintomatiche possono considerarsi come un effetto acquisito degli accessi frequenti. Così è di certe *paresi*, prevalentemente unilaterali e che si presentano a lungo andare in seguito ad accessi ripetuti e violenti e sopratutto nel lato maggiormente battuto dalle convulsioni. Anche l'esagerazione dei riflessi tendinei, accompagnata da un leggero stato di ipertonia, è un frequente risultato delle convulsioni abi-

tuali e indizio di un incipiente processo degenerativo nei fasci piramidali. Probabilmente l'accentuata ipoestesia di molti epilettici inveterati è anch'essa acquisita.

L'articolazione della parola negli epilettici soggetti ad accessi frequenti e di remota origine soffre per un'alterazione caratteristica. Il malato parla a stento e con grande lentezza, quasi come se uno spasmo irrigidisse gli organi della fonazione nell'atteggiamento che mano a mano vanno assumendo. Nei casi più avanzati a questa *bradilalia* si aggiunge una vera *disartria*, che può essere anche accentuatissima, tale da rendere la favella quasi incomprensibile. Tuttavia questo disturbo dell'articolazione si può distinguere dalla disartria dei paralitici: manca infatti la deformazione sillabica, l'esitazione, la ripetizione e l'omissione di lettere o sillabe.



Fig. 111. — Donna di 40 anni in istato di demenza epilettica: cicatrici da scottatura e da cadute; carattere irascibile; espressione truce.

Le tempeste emozionali che agitano abitualmente l'animo degli epilettici finiscono coll'imprimersi in modo indelebile nell'espressione fisionomica, nei tratti mimici di questi ammalati. Non di rado gli epilettici inveterati hanno un'espressione addirittura ferina (fig. 111).

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

La diagnosi di epilessia è nella maggioranza dei casi estremamente facile: gli stessi ammalati la annunziano prima ancora di esporre le loro sofferenze. Ma vi è un certo numero di casi in cui la diagnosi può presentare difficoltà rilevanti, tali da esigere un lungo e paziente esame e da rimanere persino ciò non ostante incerta. I punti contestabili sono principalmente due: la natura dell'accesso convulsivo e quella del disturbo mentale quando gli accessi mancano o sono ignorati.

Per ciò che riguarda l'accesso convulsivo è della massima importanza la distinzione dall'accesso isterico. La perdita completa della coscienza, la caduta brusca con produzione di ferite, la morsicatura della lingua, la midriasi con rigidità pupillare, lo stato di asfissia determinato dalle con-

trazioni toniche dei muscoli respiratorî, la breve durata dell'accesso, il succedersi di un periodo di coma, la perdita involontaria di urina, feci, sperma sono fatti che depongono per l'accesso epilettico. Nell'accesso isterico invece la caduta avviene senza danno, quasi prudentemente; la coscienza non sembra del tutto perduta; manca il pallore iniziale del volto; mancano i fenomeni asfittici; la confusione è di lunga durata e permette all'ammalata di assumere gli atteggiamenti espressivi e passionali che già descrivemmo; l'aura non è così istantanea e caratteristica; il grido iniziale è assai raro. Qualche volta la diagnosi è resa difficile dalla profondità dell'incoscienza e dalla piena amnesia che segue il grande accesso isterico. L'isterismo e l'epilessia possono anche associarsi nei medesimi soggetti e ciò dà luogo ad esitazioni o a false rettifiche di diagnosi. Nei casi in cui vi fossero dubbî decide il corteo di tutti i sintomi psichici e somatici che depongono per l'una o per l'altra malattia.

Gli accessi epilettici non differiscono per nessun carattere essenziale dagli accessi convulsivi che si possono osservare nell'uremia, nell'eclampsia, nella sifilide cerebrale, nei tumori cerebrali, nel diabete, nella paralisi progressiva: le sottili distinzioni che taluno ha voluto fare non hanno alcun valore pratico, ed effettivamente la denominazione di accessi epilettiformi che si è voluto dare a questi accessi sottintende una distinzione causale, ma non racchiude una distinzione sintomatologica. È vero che gli accessi epilettiformi sono più spesso a tipo jacksoniano; ma sul criterio del tipo più frequente è evidente che non si può basare alcuna diagnosi individuale. In realtà la distinzione tra gli accessi epilettiformi e gli epilettici non si fa che *a posteriori*, quando è nota la causa. Dinanzi a un caso nuovo, che si manifesta inizialmente coi fenomeni convulsivi, la diagnosi d'epilessia si deve quindi stabilire per esclusione, quando cioè si riesca ad eliminare con sicurezza tutti i sintomi estranei, che appartengono rispettivamente al diabete, all'uremia, ai tumori cerebrali, ecc. Lo stesso si dica per la distinzione tra accessi di epilessia essenziale e accessi di epilessia alcoolica. Quanto poi alla paralisi progressiva, siccome i fenomeni convulsivi ne aprono talvolta la scena, non è facile distinguere questi casi da quelli di epilessia ad inizio tardivo. Possono chiarire il diagnostico gli altri sintomi organici della paralisi progressiva; se però manca persino il caratteristico indebolimento mentale, ciò che avviene assai di rado, la diagnosi di paralisi progressiva dovrà essere aggiornata e non tarderà ad essere chiarita in capo a qualche tempo.

Gli equivalenti protratti dell'epilessia, quando non si conoscano bene gli antecedenti del malato e non si possa assistere ad alcun accesso epilettico, possono andar confusi con gli accessi confusionali, con la mania, con la demenza precoce, sopratutto della forma catatonica. Come criterio

generale si deve tener presente che negli epilettici il turbamento della coscienza, anche quando è relativamente lieve, determina un certo isolamento, una notevole insensibilità alle impressioni esterne; e gli atti dell'epilettico, più che reazioni ad impressioni esterne, sono impulsi che procedono da affetti e da rappresentazioni interne. Se ciò rende relativamente facile il diagnostico rispetto alla mania, nella quale la percezione è pronta e l'attenzione del malato è facilmente attirabile ai minimi avvenimenti esterni, lo rende invece difficile per rispetto all'amenza, nella quale il turbamento della coscienza e l'isolamento sono altrettanto gravi: lo rende pure difficile di fronte alla demenza precoce, dove gli impulsi possono presentarsi in modo esplosivo e imprevedibile come nell'epilessia. Nondimeno l'osservazione attenta e prolungata fornisce quasi sempre elementi per il diagnostico: gli stati confusionali dell'epilessia sono di solito assai brevi, terminano all'improvviso, non provocano deperimento organico, sono seguiti da amnesia che talvolta si spinge retrospettivamente a un periodo più o meno lungo della vita antecedente; tutte cose che non avvengono nell'amenza. Nella demenza precoce poi l'amnesia è eccezionale, e gli ammalati usciti da uno stato catatonico sono in grado di riferire minutamente le proprie impressioni e gli avvenimenti ai quali assistettero da spettatori muti ed immobili.

ETIOLOGIA E PATOGENESI.

Le opinioni degli autori sulla etiologia dell'epilessia oscillano tra due estremi opposti. Secondo i più l'epilessia è una malattia ereditaria, che deriva da cause eminentemente interne e legate alla degenerazione della schiatta. Secondo altri le cause dell'epilessia sono sopratutto di origine esterna: encefalopatie di diversa origine, infettiva e tossica, tumori, traumi, disturbi circolatorî dipendenti da vizi cardiaci, lesioni arteriosclerotiche del cervello. Di questo secondo modo di vedere il più audace e deciso sostenitore è Pierre Marie: egli non esita ad affermare che « la causa dell'epilessia è sempre esterna all'ammalato e posteriore alla sua concezione ».

Non vi è dubbio che moltissimi epilettici presentano antecedenti ereditarî. Althaus trova ereditarietà nel 40,9 °|₀ dei casi, Hugues Bennet nel 41 °|₀. Kraepelin trova predisposizione ereditaria nell' 87 °|₀ dei casi e tra questi in più del 22 °|₀ epilessia dei genitori. Ma le statistiche a questo riguardo meritano qualche critica. In primo luogo quella di cui si suol tener conto è un'eredità generica, a carico della quale si valuta qualunque malattia nervosa o mentale. Se invece si bada soltanto alla eredità simi-

lare ed accertata, i quadri si riducono notevolissimamente. E d'altra parte la presenza di epilessia nei genitori non è un argomento assoluto che testifichi senz'altro un vero fenomeno di eredità morbosa. Molto spesso l'epilessia è una malattia acquisita: come tutte le malattie gravi, essa è causa di disturbi nello sviluppo della prole, di vere encefalopatie fetali, che eventualmente possono assumere la forma di epilessia come nei genitori. Aggiungasi che spesso l'epilessia è provocata dall'alcoolismo dei genitori, che coopera largamente alla genesi di tutte le encefalopatie fetali, e quindi anche di forme attenuate e senza paralisi che talvolta si manifestano con la sola epilessia.

Non vi è dubbio che in molti casi l'epilessia scoppia senza alcun precedente ereditario nell'età infantile od adulta per azione evidente d'una causa esterna. Quelle cause infettive traumatiche che nei primissimi anni della vita sogliono determinare così facilmente le cerebropatie infantili possono, senza produrre notevole indebolimento o arresto dello sviluppo mentale, dar luogo a fenomeni epilettici anche negli adulti. Il vaiuolo, la scarlattina, le infezioni settiche, il tifo, la malaria sono talvolta incriminabili d'una epilessia tutt'altro che idiopatica. La sifilide, indipendentemente da ogni alterazione a focolaio, da ogni processo di meningite gommosa, può produrre una forma di *epilessia parasifilitica*, che non risente gli effetti della cura mercuriale e jodica (Fournier). Non vi è poi alcuna intossicazione cronica che non sia in grado di produrre l'epilessia: oltre all'alcoolismo, il saturnismo, l'ergotismo, il tabagismo, l'astinenza forzata dalla morfina, possono essere accompagnati da accessi epilettici. I traumi, le compressioni, i parassiti del cervello, i tumori determinano a loro volta accessi convulsivi, che non differiscono per nulla da quelli di epilessia classica, e per giunta possono produrre anche accessi equivalenti in forma vertiginosa e psichica.

Se da una parte dunque non si può disconoscere una certa influenza ereditaria, d'altra parte l'influenza di cause esterne (diretta o indiretta) è spesso molto evidente. È perciò che dai sostenitori ad oltranza della genesi endogena od ereditaria dell'epilessia si pretende distinguere tra le epilessie sintomatiche di cerebropatie, di intossicazioni, di traumi, e una forma di epilessia essenziale o degenerativa, nella quale non si può dimostrare l'influenza diretta di alcuna causa esterna ed a cui assegnano il posto d'onore. Ma questa distinzione implica una petizione di principio: si chiama idiopatica quella epilessia in cui non si può dimostrare una causa diretta; quando invece la causa si conosce, si parla di epilessia sintomatica. Ora, l'accesso epilettico di un idiota cerebroplegico non differisce in nulla da quello di un sifilitico cerebrale o di un epilettico « idiopatico ». La distinzione tra l'epilessia vera o idiopatica e le epilessie sintomatiche non

riposa dunque che sull'ignoranza della causa nel caso della così detta epilessia vera, sulla sua conoscenza negli altri casi.

Per ammettere con fondamento scientifico un'epilessia idiopatica ben distinta da un'epilessia sintomatica, bisognerebbe poter escludere la possibilità di una lesione latente o circoscritta del cervello che si estrinsechi con un sintomo solo, l'epilessia. Ora non solo una tal negazione non è dimostrata, ma è invece molto verosimile tutto l'opposto. Tra i cerebropatici infantili che soffrono oltre al resto di epilessia, noi possiamo osservare tutte le gradazioni dell'insufficienza psichica dall'idiozia sino ad una integrità completa dell'intelligenza. D'altra parte, benchè spesso l'epilessia dei cerebropatici sia associata a paresi, a paralisi o ad altri indizî motorî di lesione encefalica, è certo che in alcuni casi l'epilessia è il solo sintoma motorio associato alla deficienza psichica. Perchè dunque non dovrebbe verificarsi il caso di una lesione cerebrale circoscritta, ma di origine identica a quelle che si riscontrano nelle cerebropatie infantili, e che si estrinsechi col solo fenomeno dell'epilessia, figurando così nelle file della così detta epilessia idiopatica?

Non si potrebbe trattare, come ammette Lemoine, di piccole lesioni disseminate, prodotte nell'età infantile da microorganismi o da tossici, e già cicatrizzate all'epoca in cui si stabilisce l'epilessia?

Questa ipotesi riesce maggiormente avvalorata se approfondiamo il significato sia delle stigme somatiche, sia di certe particolarità dinamiche che non mancano mai di estrinsecarsi nell'accesso epilettico.

Cominciamo dalle stigme somatiche. L'asimmetria cranio-facciale, che secondo Lasègue e Delasiauve sarebbe costante nella epilessia essenziale, si può interpretare in un senso strettamente patologico (Bourneville e Sollier), cioè come una conseguenza di processi patologici che si svolgono diversamente nei due emisferi cerebrali. Kreuser osservò la frequente dolorabilità alla pressione sulle suture, che deporrebbe anch'essa in questo senso. Si noti che nei cerebropatici infantili, sui quali i fenomeni di paresi, di contrattura e di atrofia rendono facile anche in vita l'accertamento della lesione cerebrale, le asimmetrie cranio-facciali sono ancor più accentuate che negli epilettici; e in essi sono inoltre frequentissime tutte quelle malformazioni di organi esterni che si considerano come segni degenerativi. Nello stesso senso, cioè come conseguenze indirette di una lesione cerebrale precoce ed unilaterale, quindi circoscritta, debbono interpretarsi tutte le altre asimmetrie trofiche e funzionali che si riscontrano negli epilettici. Tonnini osservò che i disturbi trofici, vasomotorî e sensoriali sono più evidenti nel lato opposto alla parte asimmetricamente difforme del cranio; e Venturi sostiene che da quel lato le convulsioni si presentano più forti.

In generale la esclusività, la prevalenza e la diversità delle convulsioni in un lato, e più ancora la presenza di accessi circoscritti che si alternino con quelli generali o che abbiano aperto la scena sugli inizi della malattia, sono documenti in favore dell'ipotesi che ammette una lesione encefalica nettamente localizzata. Così pure le paresi circoscritte che in certi casi seguono all'accesso e gli accessi in forma paralitica.

Ma anche fenomeni più comuni, che si presentano momentaneamente e formano parte integrante dell'accesso, sono suscettibili della stessa interpretazione. L'aura epilettica non si osserva in tutti gli ammalati; ma quando esiste, assume caratteri costanti per natura, direzione e topografia. Ciò dimostra che l'aura è un'irradiazione morbosa che parte da una lesione localizzata della corteccia cerebrale. Essa è frequente anche nell'epilessia jacksoniana e porge, meglio della convulsione, un prezioso indizio per la diagnosi di sede. Orbene, non deve forse l'aura, che insorge sempre uniforme all'inizio dell'accesso, esser considerata come l'indice della località cerebrale da cui la scarica epilettica si diffonde agli altri centri corticali e dove è verosimilmente la sede dell'unica o della massima lesione?

In certi epilettici l'accesso è accompagnato da deviazione oculo-cefalica: ciò significa che durante il fenomeno convulsivo l'azione d'un emisfero prevale su quella dell'altro. In altri casi si hanno addirittura dei fenomeni rotatori. Anche questi fatti sono interpretabili come segni di lesione locale prevalente. La stessa *epilessia procursiva* può ricevere un'interpretazione analoga: essa è un complesso d'atti coordinati ed automatici che partono da un centro specializzato. Se anche riguardiamo il cammino come un atto psichico e l'accesso d'epilessia procursiva come un equivalente psichico (Büttner) o come un'azione coatta (Kramer), non rinneghiamo con questo la natura circoscritta dell'impulso e della lesione che lo provoca, perchè anche i centri psichici si suddividono e si ammalano separatamente. Molti epilettici cadono sempre nello stesso modo, nella stessa direzione, si feriscono nello stesso punto; anche questo dimostra che la convulsione non è uniforme, che per lo meno al suo inizio colpisce di preferenza certi gruppi muscolari, come se partisse da determinati punti della corteccia, sempre gli stessi, per diffondersi poi a tutto il resto. Vi sono epilettici che si morsicano la lingua sempre da un lato. Oliver fa anzi osservare che la morsicatura della lingua avviene dal lato verso cui si volgono gli occhi e il capo al principio dell'accesso, e che spesso vi è clono del piede dallo stesso lato. Il grido iniziale si presenta solo in una minoranza di epilettici, ma come un fatto costante nell'individuo che ne soffre: ed anche al grido iniziale Oliver dà il valore d'una

manifestazione a focolaio che irradia durante l'accesso dal centro corticale corrispondente.

La mancanza di fenomeni paretici non è dunque sufficiente per infirmare la natura cerebropatica dell'epilessia: nella maggioranza dei casi di epilessia detta essenziale gli accessi o non sono uniformi o si iniziano con *fenomeni particolari* che testimoniano un eccitamento corticale circoscritto: indizio od effetto di una pregressa cerebropatia, nè più nè meno come le paresi, le contratture, le atrofie.

Questi argomenti non devono condurci a conclusioni eccessive. Se è probabile che in ogni epilettico si sia verificato un qualche processo cerebropatico di cui non resta magari che una traccia funzionalmente impercettibile, per esempio una cicatrice o un'area diffusa di lieve sclerosi, non perciò dobbiamo ammettere che questa lesione cerebrale sia l'unica causa possibile dell'epilessia. Gli esperimenti sugli animali ci mostrano che anche da cervelli anatomicamente integri prorompono accessi epilettici, ad esempio per azione di sostanze tossiche. E difatti anche in quegli epilettici nei quali è ben dimostrato un processo di lesione cerebrale infantile, non sempre, anzi soltanto in una minoranza di casi, gli accessi si iniziano subito dopo la lesione cerebrale; spesso invece la lesione diventa del tutto latente e solo dopo parecchi anni, in seguito ad altre cause occasionali, si manifesta l'epilessia.

Dunque da un canto le intossicazioni possono essere causa diretta ed esclusiva di accessi convulsivi, come pare che avvenga quasi sempre per le convulsioni uremiche e diabetiche: dall'altro canto le intossicazioni possono cooperare alla produzione dell'accesso epilettico come causa occasionale. Ciò avviene principalmente per l'alcool. La speciale intolleranza che tutti gli epilettici dimostrano per l'alcool è la prova d'una predisposizione che, accentuandosi, darà luogo all'*ubbriachezza patologica* o addirittura alla *scarica epilettica*, anche senza il concorso d'alcuna lesione anatomica: poche goccie di questa sostanza basteranno, sommandosi con l'intolleranza costituzionale per l'alcool, a fare del predisposto un epilettico. E può anche darsi che l'intolleranza dell'alcool sia un effetto acquisito di processi cerebropatici, di guisa che i fattori dell'epilessia diventino tre: la cerebropatia originaria, l'intolleranza alcoolica e l'alcool, per la sua sola presenza anche in minima dose. In questo caso l'alcool è come un sensibilizzatore del cervello, un rivelatore della epilessia. Ma vi è ancora una terza possibilità. Certe intossicazioni croniche, come ad esempio quella da piombo o la metasifilide possono anche determinare lesioni cerebrali cospicue e perciò agiscono in doppio modo: da un parte come causa dell'encefalopatia, e dall'altra dando luogo al disturbo dinamico acuto che provoca l'accesso epilettico.

In cervelli predisposti all'epilessia, verosimilmente per piccole lesioni cerebrali dell'infanzia, gli accessi sono l'effetto di molte altre cause occasionali. Una delle più invocate è lo spavento; e realmente si può constatare che in moltissimi casi le convulsioni si sono per la prima volta manifestate in seguito ad un trauma psichico. Non è difficile che questi stessi individui presentino stigme caratteristiche e persino segni evidenti di cerebropatia, che attestano la natura organica dell'epilessia; ma intanto i fenomeni epilettici in senso stretto si sono presentati in seguito allo spavento e sarebbero rimasti allo stato latente senza di esso.

Alle cause occasionali dell'epilessia vanno aggiunte le alterazioni periferiche del sistema nervoso od anche di altri organi le quali agiscono come stimolo. Le cicatrici periferiche sono bene spesso causa della così detta *epilessia riflessa*. Le affezioni uditive (Ormerod) e sopratutto le otiti medie (Kupper) sono talvolta causa di accessi epilettici. I polipi nasali, la carie dentaria possono produrre lo stesso effetto. È interessante l'osservazione di Wiglesworth e Bicherton, i quali trovarono che molti epilettici abituali presentavano gravi vizî di rifrazione e che migliorarono in seguito ad applicazione di una opportuna correzione diottrica con lenti. Questa osservazione fu in seguito confermata da Hern, Stevens, Martin, Dodd. Ma non sempre, allontanando la causa occasionale dell'epilessia, scompariscono i fenomeni convulsivi; talvolta essi si attenuano soltanto, talvolta non si modificano affatto. È dunque da pensare che in questi casi la causa occasionale abbia determinato l'epilessia, e che il frequente ripetersi degli accessi abbia creato nei centri nervosi l'abitudine a reagire convulsivamente, aumentandone l'irritabilità.

Le cose più sopra esposte ci sono di non poco aiuto per intendere bene la patogenesi speciale dell'accesso epilettico. Che il punto di partenza della scarica epilettica sia nella corteccia cerebrale non può esser posto in dubbio quando si pensi alle numerose affinità e ai passaggi individuali dall'epilessia jacksoniana all'epilessia generalizzata. Con ciò non si esclude che altri centri sottocorticali possano esser capaci di dare convulsioni generalizzate, ed è anzi possibile che anch'essi, sempre per influenza della scarica corticale, partecipino alla produzione degli accessi convulsivi generalizzati. Ma oggi la questione verte piuttosto su di un altro punto: qual'è lo stimolo che determina la scarica?

In certi casi di evidente lesione cerebrale è facile pensare che le cicatrici residuanti da un antico processo cerebropatico o da un trauma agiscano irritando in maniera continuata i centri motori fino a provocare, per accumulo di stimoli, una scarica periodica ed improvvisa. Ma quando non è manifesta alcuna lesione cerebrale si deve pensare piuttosto ad uno stimolo più diffuso. In questo senso devono essere necessariamente orientate

le concezioni patogenetiche di quegli autori che considerano l'epilessia come uno stato congenito di squilibrio nervoso, dipendente da una alterazione degenerativa costituzionale di tutto l'organismo. Molti di questi autori considerano addirittura la scarica epilettica come l'indice di una alterazione impercettibile coi nostri mezzi di indagine: i centri nervosi, per una singolare modificazione del loro equilibrio molecolare, si renderebbero inadatti a trattenere le energie latenti. Altri invece ammettono meccanismi di azione più indiretti. Così sono stati invocati disturbi vasomotori della corteccia cerebrale, nel senso dell'anemia o dell'iperemia, che dipenderebbero a loro volta da una alterazione del simpatico (Meynert, Echeverria). Ma oggi appare più che mai inverosimile che tali perturbazioni di circolo possano determinare l'epilessia; più fondatamente si ammette che le alterazioni del circolo cerebrale non siano che un effetto dell'accesso. E nessun valore si può dare al fatto che l'anemia e l'asfissia dei centri nervosi provochino talvolta delle convulsioni, come ad esempio nella compressione sperimentale delle carotidi o nella morte per dissanguamento, trattandosi in questi casi di sconvolgimenti oltremodo energici, che non sono presumibili negli epilettici per un semplice giuoco d'azioni vasomotorie. Lasciamo poi stare che l'esistenza di vasomotori nei vasi cerebrali è tuttora piuttosto dubbia, e che ad ogni modo l'irregolarità vasomotoria è lungi dallo spiegare il primo movente dell'accesso: essa non fa che spostare la questione alla ricerca dell'agente che determina a sua volta la modificazione improvvisa del circolo.

Per qualche tempo ebbe voga l'ipotesi che l'epilessia potesse esser determinata da una ristrettezza congenita del canale vertebrale nella sua porzione superiore (Solbrig); ma le osservazioni ulteriori non hanno confermato una tale supposizione. Anche un aumento permanente o accessionale della pressione endocranica, qualunque sia la causa che lo determina, fu considerato come causa degli accessi epilettici; ma le ricerche di Navratzki e Arndt hanno dimostrato che, se la pressione del liquido cefalo-rachidiano è in aumento durante il periodo tonico dell'accesso, ciò non è che l'effetto secondario dell'arresto respiratorio e della stasi venosa.

Le maggiori probabilità sono oggi per la dottrina tossica. L'epilessia deriverebbe da uno stato di intossicazione cronica che presenta a volte delle esacerbazioni. Ma se vi è un accordo generico nell'ammettere una patogenesi tossica degli accessi, si hanno invece le maggiori divergenze circa alla sostanza tossica che inquinerebbe l'organismo. In base a studî chimici sul sangue Haig conclude che l'accesso epilettico sia espressione di un accumulo di *acido urico* nel sangue. Herter non ha potuto verificare tale accumulo, ma invece un'alta proporzione di *composti solfoco-*

niugati. Per KRAINSKI non è l'acido urico la causa degli accessi, ma il *carbammato di ammonio*, un composto affine all'acido urico, salvo in più una molecola d'acqua. Per EVANS si tratta sempre di un'auto-intossicazione di origine intestinale. DONATH ha osservato la presenza nel sangue di *colina* ed attribuisce le convulsioni all'azione convulsivante di questa sostanza. Altri autori si son dati a ricercare genericamente la *tossicità dell'orina* prima e dopo gli accessi, ma i risultati ottenuti sono in gran parte contradittorî o negativi. Altre ricerche infine sono state fatte sulla *alcalinità del sangue*, che secondo PUGH sarebbe in generale costantemente più bassa tra gli epilettici che tra i normali, e subirebbe un abbassamento prima dell'accesso e ancor più dopo, per risalire al livello abituale dopo circa sei ore, salvo il caso che non debba ripresentarsi un altro accesso a breve scadenza.

Tutte queste ricerche, sebbene presentino il fianco a critiche dal lato dei metodi impiegati e dal lato dei risultati, spesso contradittorî, dimostrano tuttavia che negli epilettici sono frequenti le alterazioni del ricambio materiale. È assai dubbio che esse costituiscano la causa esclusiva degli accessi: al contrario è verosimile che in gran parte siano un effetto secondario dell'affezione nervosa, che impegna tutto l'organismo in violenti perturbamenti dinamici; ma è ancor più verosimile che questi perturbamenti, per quanto secondarî, concorrano a perpetuare la malattia, costituendo un incentivo a nuovi accessi. Ciò è evidente, se non altro, per le auto-intossicazioni d'origine gastro-intestinale: ed è anche certo che la dieta è in grado di influire notevolmente sulla frequenza degli accessi, qualunque sia il tipo clinico dell'epilessia.

In conclusione non è possibile sintetizzare in una teoria unica la genesi dell'accesso epilettico. Questa scarica nervosa, periodica e accessuale com'è, rappresenta in certo modo l'esagerazione patologica di una attitudine normale tra gli elementi dei centri nervosi, che è quella di accumulare stimoli ripetuti e leggieri od anche continui e impercettibili per rispondere ad essi periodicamente e con molta energia. Gli stimoli patologici che conferirebbero a poco a poco al cervello, quasi per saturazione funzionale degli elementi interessati, la capacità di una sommazione patologica possono essere di natura diversa: azioni localizzate, congenite od acquisite, autoctone o centripete, ed azioni generali di natura tossica. L'ipotesi di una intossicazione unica e specifica è inutile, inverosimile e in contrasto con l'esperienza: come moltissime sostanze sono capaci di eccitare o paralizzare i centri nervosi, così moltissime sostanze possono esercitare un'azione epilettogena. Forse la capacità del cervello a dare scariche epilettiche può manifestarsi anche in forma congenita e derivare da una preparazione patologica che si svolge in più generazioni come un feno-

meno patologico e degenerativo; ma questo concetto patogenetico è una pura ipotesi e non si applica che ad un certo numero di casi per via di esclusione. È infine verosimile che il ripetersi degli accessi epilettici rafforzi sempre più la tendenza dei centri a violente scariche periodiche e che così ogni accesso costituisca in certo modo il preludio od almeno un elemento preparatorio di accessi susseguenti.

FORME CLINICHE E DECORSO.

I vari sintomi dell'epilessia, presentandosi diversamente e con diversa frequenza nei singoli ammalati, dànno luogo ad altrettante distinzioni di forme cliniche. Così in certi epilettici la malattia si manifesta con puri accessi convulsivi, in altri con fenomeni vertiginosi o con accessi larvati, in altri con equivalenti più o meno protratti. Queste distinzioni, importanti dal punto di vista pratico, non hanno gran valore dal punto di vista teorico, in quantochè sotto il polimorfismo sintomatico rimane sempre identico il carattere fondamentale della malattia, nè vi sono rapporti ben definiti tra speciali cause della malattia e speciali manifestazioni sintomatiche.

Altre distinzioni cliniche sorgono dal fatto che alcune cause provocatrici dell'epilessia sono in rapporto con determinate età e dànno al decorso della malattia una speciale impronta oppure suggeriscono praticamente speciali espedienti curativi. Così le forme di epilessia più verosimilmente legate ad affezioni cerebrali infantili, avendo agio di manifestarsi per un periodo più lungo e svolgendosi in cervelli giovani che non hanno raggiunto uno sviluppo completo, conducono più facilmente a stati di profonda demenza, mentre invece le forme tardive dell'epilessia, legate a processi arteriosclerotici o a malattie di cuore, dànno ben di rado accentuata demenza. Tra le epilessie traumatiche si osservano tutte le gradazioni di gravità: più frequenti sono le forme psichiche e vertiginose, ma non mancano le forme schiettamente convulsive. Si vuole che gli accessi vertiginosi siano specialmente nefasti per l'intelligenza.

Il decorso dell'epilessia è generalmente progressivo. Col ripetersi degli accessi l'indebolimento mentale e i pervertimenti del carattere si accentuano anche se gli accessi non aumentano di frequenza. Vi è peraltro un discreto numero di casi nei quali gli accessi si diradano sempre più. Specialmente quando l'epilessia si è manifestata in seguito ad intemperanza alcoolica, l'astinenza ed un regime adatto possono condurre a guarigione. Vi sono anche casi in cui la guarigione avviene spontaneamente come per il sedarsi di un processo irritativo.

L'epilessia può per sè stessa cagionare la morte; specialmente pericolosi sono gli accessi in serie e lo *status epilepticus:* si può dire che almeno una metà degli epilettici da manicomio muore in seguito agli accessi. Ma l'accesso epilettico può essere anche causa occasionale della morte per soffocazione, per annegamento, per precipitazione dall'alto, per traumi prodottisi nella caduta. Non pochi epilettici finiscono col suicidio.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Quando l'epilessia è collegata a lesioni cerebrali acquisite e diagnosticabili in vita, ossia in tutti i casi della così detta *epilessia sintomatica*, il reperto anatomico è costantemente positivo. Se si tratta di epilessia acquisita nell'infanzia si verificano i reperti accennati al capitolo delle cerebropatie infantili; se invece l'epilessia è acquista nell'età adulta, si troveranno lesioni traumatiche, tumori, parassiti del cervello, focolai apoplettici. Ma di ciò non occorre che ci occupiamo: qui importa vedere qual'è il reperto anatomo-patologico nei casi che, per essere scompagnati da ogni sintomo cerebroplegico, vengono diagnosticati come di *epilessia essenziale.*

In questi casi si può fare una distinzione ulteriore: talvolta si hanno reperti macroscopici grossolani, altre volte l'aspetto del cervello è macroscopicamente normale. Una distinzione netta tra le due categorie di casi non vi è, perchè, se la lesione macroscopica è circoscritta ed assai piccola, il ritrovarla o no dipende più che altro dall'accuratezza che si è usata nel ricercarla.

I reperti macroscopici sono quelli propri delle cerebropatie infantili, benchè di rado raggiungano un'estensione pari a quella che si osserva nelle cerebropatie gravi con paralisi e con altri fenomeni permanenti. Si tratta piuttosto di processi encefalitici circoscritti, atrofie girali, rammollimenti, cisti, cicatrici cerebrali, idrocefalo interno. Può accadere che in vita la diagnosi di queste lesioni sfugga. Ciò dipende dalla loro piccolezza o dalla loro localizzazione all'infuori delle zone motorie, ragion per cui esse non si sono manifestate con segni clinici ben evidenti. Talvolta la cicatrice è così piccola, che occorre un accurato esame dell'encefalo sopra sezioni in serie per ritrovarla; la sua localizzazione può avvenire anche nelle regioni sottocorticali, nel midollo degli emisferi, nei gangli della base. Certamente, se si facessero ricerche accurate e sistematiche, la frequenza di questi reperti aumenterebbe.

Un reperto assai frequente, sul quale MEYNERT richiamò pel primo l'attenzione e che poi fu confermato da una lunga serie di osservatori, è

quello della *sclerosi del corno di Ammone*. Per lo più da un sol lato, ma talvolta anche da ambedue, il corno di Ammone si presenta impiccolito, come raggrinzato, notevolmente indurito. La frequenza di questo reperto è tale, che Worcester lo ritrovò nel 50 % dei casi e Bratz potè descriverne 40 casi. Secondo quest'ultimo autore, si tratterebbe di una vera *ipoplasia*, indice di un disturbo nello sviluppo cerebrale. Secondo Hajos, questa interpretazione si adatterebbe ad una minoranza di casi: nella gran maggioranza si tratterebbe invece di un processo di *atrofia sclerotica*, simile in tutto ai residui di processi encefalitici infantili, così frequenti tra gli epilettici. Laufenauer, Fischer, Nerander, Rosenstein e Ljubimow hanno fatto osservare che il processo patologico non è isolato e la lesione può estendersi anche ad altre parti del cervello. Nissl sostiene che quando vi è sclerosi del corno di Ammone si possono sempre scoprire anche lesioni diffuse di tutta la corteccia cerebrale; ma Alzheimer e Hajos hanno ossservato casi in cui vi era sclerosi del corno di Ammone senza lesioni del rimanente della corteccia; e ad ogni modo è da notare che quest'ultime lesioni, se pur vi sono, non hanno nè la medesima importanza, nè il medesimo aspetto della sclerosi localizzata nel corno d'Ammone.

Altri reperti macroscopici, che si riscontrano qualche volta nei casi di epilessia inveterata, sono: un certo grado di *idrocefalo interno*, *opacamento delle meningi molli*, *ependimite granulosa*, *atrofia dell'ottico*. I casi di epilessia acquisita in età avanzata, di così detta *epilessia senile*, presentano generalmente grave e diffusa *arteriosclerosi*. La morte in *status epilepticus* determina d'ordinario *iperemia venosa* di tutto l'encefalo e piccole *emorragie sparse* nella sostanza grigia e nella bianca. A quelle che si osservano frequentemente nel bulbo e nel ponte fu data speciale importanza, supponendosi che esse potessero avere rapporto causale con gli accessi; ma ormai si ammette da tutti che esse sono una conseguenza degli accessi e nient'altro.

Ma anche dove l'esame macroscopico non rivela alcuna alterazione, si trovano d'ordinario lesioni microscopiche, e sono diffuse e tipiche. È dubbio se queste alterazioni abbiano un valore causale o non siano piuttosto una conseguenza degli accessi frequenti e dei disturbi circolatorî che si verificano correlativamente nell'encefalo. Certo è che, mentre esse sono assolutamente costanti nei casi inveterati di demenza epilettica, sono appena accennate e possono persino mancare quando la malattia ha avuto un decorso breve.

In prima linea stanno le *alterazioni della nevroglia*, che da varî autori sono state ritenute come caratteristiche (Chaslin, Bleuler). Un processo di *gliosi* più o meno accentuata pervade lo strato più superficiale della

corteccia in tutta la sua estensione. Questo strato contiene normalmente fibrille di nevroglia elettivamente colorabili col metodo di Weigert: nella gliosi epilettica le fibrille aumentano enormemente di numero e qualche volta anche di spessore in modo da formare non di rado uno strato compatto al disotto dalla pia madre (fig. 112). Secondo BLEULER questo processo di gliosi sarebbe proporzionale al grado di demenza. In molti casi le fibre di nevroglia compaiono nello spessore della corteccia, ove normalmente mancano del tutto. Ivi si possono anche ritrovare *cellule mostruose* di nevroglia in notevole quantità, quasi come nella paralisi progressiva. La presenza di queste cellule si verifica anche nello spessore degli strati del corno di Ammone sclerosato (fig. 113).

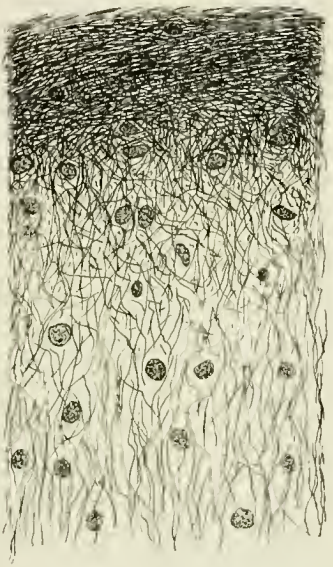


Fig. 112. — Gliosi epilettica. Strato molecolare della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di demenza epilettica. Lo strato di fibre superficiale ha uno spessore più che decuplo del normale ed è fittissimo. La sovrabbondanza delle fibre si estende, attenuandosi, agli strati sottostanti. Metodo elettivo di WEIGERT.

Le *cellule nervose*, ove la gliosi sia piuttosto rilevante, presentano *alterazioni a tipo cronico*, atrofico: sono impiccolite, povere di prolungamenti, talvolta abnormemente cariche di pigmento. L'alterazione cellulare è sempre in diretto rapporto con l'intensità della gliosi; nei casi più accentuati si può andare sino alla distruzione di un numero considerevole di elementi, sicchè riesce turbata l'armonia degli strati corticali. Il rapporto tra queste alterazioni croniche e la gliosi è tuttora poco precisato. Secondo ALZHEIMER l'alterazione cellulare è primaria, la gliosi secondaria: ma qui è evidente che si devono separare i processi di gliosi diffusa, che potrebbero anche essere un effetto secondario di disturbi tossici o circolatori legati agli accessi, dai processi di gliosi circoscritta, che rappresentano una irradiazione locale di un focolaio encefalitico. In ogni modo non è dimostrato che neppure le azioni tossiche o i disturbi circolatori siano in grado di provocare primitivamente un processo di gliosi, se non sono alterate le cellule nervose.

Le cellule nervose presentano spesso anche *alterazioni acute*, analoghe a quelle che si riscontrano nei processi tossi-infettivi acuti e subacuti. Tali alterazioni non appartengono direttamente al quadro anatomo-patologico

dell'epilessia: piuttosto sono espressione di uno stato tossico che ha stretto rapporto con l'epilessia; o derivano dalle malattie che furono causa della morte; o sono l'ultima parola degli stati agonici, dell'ipertermia, dello *status epilepticus*.



Fig. 113. — Gliosi epilettica: sclerosi del corno d'Ammone. Strato circonvoluto del corno d'Ammone. Cellule nervose atrofiche con presenza di numerose *Monsterzellen*: colorazione con l'ematossilina ferrica.

I *vasi sanguigni* presentano spesso alterazioni diffuse: inspessimento delle pareti, proliferazione dei loro nuclei, specialmente di quelli appartenenti all'avventizia, gliosi perivascolare, presenza di linfociti nell'avventizia e nello spazio linfatico perivascolare. Queste alterazioni sono per lo più da considerare come un effetto degli accessi ripetuti, che determinano fatti di *stasi* e di transitoria *asfissia cerebrale*; ma è certo d'altra parte che nell'epilessia tardiva le lesioni arteriosclerotiche, gravi e diffuse, hanno un'importanza causale. Del resto Hochhaus ha riscontrato in tutte le categorie di epilettici un'intensa calcificazione dei vasi cerebrali più sottili; e non esita a considerare questo processo come un coefficiente importante nella patogenesi dell'epilessia.

All'infuori delle lesioni cerebrali hanno importanza negli epilettici le anomalie delle *ossa craniche*. Esse possono essere l'indice di varie alte-

razioni patologiche, di *idrocefalo*, di *rachitide*, di *sifilide*; consistono in *asimmetrie*, *precoci sinostosi*, *abnorme spessore* delle ossa, *ritardi* nelle suture, *iperostosi*.

Tra le lesioni dei visceri hanno qualche importanza quelle del *cuore*. Spesso i *vizî valvolari* sono, se non la causa, per lo meno una concausa nel determinare l'epilessia; e ciò specialmente quando la malattia si manifesta in età adulta o nella vecchiaia. L'*ipertrofia del ventricolo sinistro* (semplice) è una conseguenza abituale degli accessi ravvicinati e numerosi.

CURA.

Poche malattie hanno dato luogo a tanti tentativi terapeutici come l'epilessia; dall'uso di innumerevoli farmaci ai più arditi tentativi operatorî è tuttora un continuo affaccendarsi alla ricerca di espedienti empirici, di rimedî sintomatici, di metodi razionali di cura.

I metodi di cura chirurgica sono inspirati tutti a preconcetti etiologici o patogenetici. Così fu suggerita e praticata da Alexander la *legatura delle vertebrali* allo scopo di diminuire la circolazione del sangue nel cervello. Ripetuta da molti altri, quest'operazione parve apportare benefici effetti, ma si finì per riconoscere che il vantaggio era tutt'al più temporaneo. Più tardi Jakscii fece osservare che forse i successi ottenuti colla legatura delle vertebrali erano dovuti al fatto che in questa operazione si tagliava il simpatico; e propose di limitarsi soltanto al *taglio del simpatico* che agirebbe influenzando la circolazione cerebrale. E anche quest'operazione, come quella più radicale che consiste nell'*estirpazione del ganglio cervicale superiore*, ha dato luogo a risultati contradittorî o nulli, a peggioramenti, a miglioramenti temporanei benchè largamente sperimentata. Ripetutamente è stata vantata la *trapanazione semplice* con *incisione della dura*; anzi Kocher credè di trovare una spiegazione del buon risultato in ciò, che la pressione del liquido cefalo-rachideo aumenta durante gli accessi e che gli accessi abortiscono se si provoca una evacuazione di liquido che ristabilisca la pressione normale. Ma gli studî di Navratzki e Arndt hanno mostrato che l'aumento di pressione non è causa degli accessi, bensì un loro effetto secondario per la stasi venosa cagionata dall'arresto respiratorio. Del resto già Berezowski aveva potuto persuadersi che i benefizî della trapanazione erano tutt'al più temporanei, e a lungo andare le cose tornavano come prima.

In realtà la trapanazione del cranio non trova oggi una indicazione sancita dall'esperienza che nei casi di pura *epilessia traumatica*, quando vi è da ammettere che per frattura con avvallamento o scheggiamento

delle ossa si è stabilita un'irritazione locale, da cui per lo più nascono accessi jacksoniani. Ma anche in questo caso si ha probabilità di successo soltanto se la malattia non sia inveterata e sopratutto se gli accessi, dapprima localizzati, non siano divenuti generali.

Le *cure mediche* sono in gran parte sintomatiche, ed hanno di mira sopratutto la prevenzione degli accessi. È inutile anche semplicemente enumerare tutte le sostanze che volta a volta sono state adoperate a questo scopo, e alcune in base ai più stravaganti presupposti, come ad esempio il *curaro*. L'esperienza generale ha ormai consacrato che i *preparati bromici* sono gli *antiepilettici* per eccellenza; tutte le altre sostanze sperimentate non potrebbero giustificatamente essere adoperate che in casi di intolleranza o di dimostrata inefficacia dei bromuri. Tra queste hanno qualche valore l'*atropina* (Weiss), l'*antipirina* (Lemoine, Amadei), l'*idrato di amilene* (Wildermuth). Il *boracе* ebbe voga per qualche tempo, ma l'esperienza dimostrò poi che spesso non giova, anzi produce un grave stato di cachessia accompagnato da disturbi trofici cutanei, eczema, acne, psoriasi, caduta dei capelli, distrofie ungueali, e da gravi disturbi gastrici, catarro, dispepsia.

Tra i *bromuri* hanno valore pratico quelli di *potassio*, di *sodio* e di *ammonio*; ma la fantasia dei terapisti si è sbizzarrita nel combinare il bromo con ogni sorta di metalli: alcalini, terrosi, pesanti, persino con l'oro, forse per lusingare la vanità di qualche *parvenu*. Ma anche la somministrazione dei bromuri ha i suoi inconvenienti e deve essere usata opportunamente e con cautela. Se la prescrizione del bromo è ovvia in casi di epilessia con accessi frequenti e tendenza alle serie o allo *status epilepticus*, è dannoso e irragionevole somministrare i bromuri ad ammalati con accessi radi. Negli individui saturi di bromuri si manifestano sintomi caratteristici, che costituiscono il così detto *bromismo*: catarro delle mucose congiuntivali, stomatite, catarro gastrico, acne, torpore, ottundimento psichico. In certi individui bastano piccole dosi per provocare disturbi intollerabili, che costringono a troncare la cura. Ad evitare il bromismo, pur continuando l'uso del bromo, sono stati introdotti in terapia la *bromalina* (brometilformina) meno efficace dei bromuri e a dosi alte non esente di pericolo per il bromismo; la *bromipina* di Merck, combinazione del bromo con grassi, che può essere somministrata anche per via ipodermica ed è migliore della bromalina.

Nello *status epileptieus* al bromuro si associa con vantaggio il *cloralio* o l'*idrato d'amilene*. Naab propone la somministrazione di questa sostanza per clisma in dosi da 5 a 7 gr. od anche per *iniezioni intramuscolari* in dosi da 3 a 5 gr. Bondurant loda il *salasso*.

Alcuni metodi di cura recenti si propongono di esaltare con opportune

associazioni e rotazioni medicamentose l'azione sedativa del bromo. Così è della cura di Bechterew, che unisce i bromuri all'*adonis vernalis* : a un infuso di gr. 2-3,75 alla colatura di 180 gr. si aggiungono 7,5 ad 11,25 di bromuri somministrandone 4-8 cucchiaiate al giorno.

Flechsig fa una cura preliminare di oppio, in dosi crescenti da 5 cgr. a un grammo e più in varie riprese per circa sei settimane ; poi sopprime bruscamente l'oppio e dà invece grandi dosi di bromuri, circa 7 gr. al giorno, diminuendone la dose sino a 2 gr. dopo circa due mesi ; e così di seguito ripetendo il ciclo. Questa cura è stata largamente sperimentata da molti medici, ma con risultati in complesso poco incoraggianti. Se vi è chi vanta miglioramenti notevoli anche in casi ostinati o che non risentivano alcun effetto dalle ordinarie cure bromiche, altri molti hanno ottenuto risultati incerti o decisamente dannosi. Non solo, ma qualche volta si è avuto esito letale in *status epilepticus* (Bratz). In complesso pare che l'oppio, se qualche volta può dare buoni risultati come sedativo, riesce dannoso sulla maggior parte degli epilettici per la sua azione generale ; quanto al bromo, è vero che dà effetti anche in individui refrattarî, ma ciò dipende dalle grosse dosi che si prendono dopo un periodo di astinenza. In conclusione quella di Flechsig è una cura violenta e pericolosa.

Richet e Toulouse hanno da pochi anni proposto un nuovo metodo che consiste nella somministrazione di bromuri in dose moderata, riducendo con apposita dieta la somministrazione dei cloruri alimentari. La deficienza di cloruri nell'organismo determinerebbe secondo questi autori la loro sostituzione per mezzo dei bromuri. I bromuri, non più presenti come sostanza estranea, ma ingranati nel meccanismo del ricambio e nella struttura chimica del tessuto nervoso, avrebbero una maggiore efficacia. Anche questo metodo è stato largamente sperimentato ; e mentre da una parte ha suscitato approvazioni, da altre è stato censurato come dannoso e persino pericoloso : Pandi avrebbe notato che il metodo di Richet facilita il bromismo e può condurre a morte per debolezza cardiaca. Gli stessi benefici effetti di questo metodo curativo si possono del resto ottenere senza somministrazione di bromuro, con la semplice adozione di una *dieta ipoclorurata*. L'adozione di una *dieta regolare* e di natura *mista*, come si pratica nel metodo di Richet e Toulouse, è forse l'elemento più efficace della cura.

Del resto le semplici cure dietetiche sono state più volte vantate contro l'epilessia. Così Wistocki propugna la *dieta lattea* : Haig, partendo dalla sua teoria patogenetica che attribuisce l'epilessia all'accumulo di acido urico nel sangue, consiglia la *dieta mista* prevalentemente vegetale, e ne vanta gli ottimi risultati. È ad ogni modo sicuro che la regolarità nella

dieta è un mezzo sicuro per diradare gli accessi. Vi sono epilettici i quali non presentano che rari accessi, e sempre in seguito a intemperanze dietetiche. Molti epilettici che vengono ammessi nei manicomî e negli ospedali perchè presentavano accessi frequenti e ripetuti migliorano moltissimo e talvolta non presentano accessi per settimane e per mesi solo in grazia della dieta regolare a cui vengono sottoposti. La rimozione del catarro gastro-intestinale, così frequente negli epilettici, l'uso di una dieta moderata e regolare, il tenore di vita tranquillo e moderatamente attivo sono elementi di primo ordine nella cura degli epilettici. È ad ogni modo da evitare la superalimentazione carnea, come pure l'uso, nonchè l'abuso, delle bevande alcooliche. Nel caso, frequente, di *stipsi abituale* è assai utile fomentare le funzioni intestinali con i *purganti miocinetici*. In casi di indigestione giovano i purganti salini.

Gli epilettici hanno bisogno non solo di cure mediche, ma anche e forse più di assistenza e di custodia. Molti di essi sono validi al lavoro, ma nel lavoro incontrano pericoli a causa delle convulsioni. Tanto i fenomeni psicopatici accessuali quanto quelli permanenti degli epilettici inveterati sono un'altra fonte di pericolo. Per ovviare a questi pericoli senza costringere gli ammalati ad un tenore di vita troppo diverso dal normale, è opportuna l'istituzione di appositi ricoveri per epilettici, ove essi possano durante l'intervallo d'equilibrio attendere sotto oculata sorveglianza a lavori facili e sani, sopratutto ai lavori agricoli.

CAPITOLO XXI.

La demenza precoce

La demenza precoce è un processo di disorganizzazione mentale a decorso irregolare, che coglie individui predestinati, ma fin'allora intelligenti, per lo più giovani; e dopo una serie d'episodî turbolenti li lascia in uno stato spesso incompleto, ma sempre tipico di deficienza, specialmente per ciò che riguarda gli affetti e la volontà. È un'eccezione se i malati, superando il periodo acuto, ne escono guariti; qualche volta restano semiguariti con deficienze quasi inavvertibili; ma l'esito ordinario è la perdita profonda e irreparabile, quantunque parziale, dell'intelligenza.

A questo modo, e per certe stigme immancabili che spesso permettono una diagnosi istantanea, la demenza precoce si distingue nettamente dalle altre forme d'involuzione psichica. Mentre nelle vere demenze, p. es. nella paralisi progressiva e nell'arteriosclerosi cerebrale dei vecchi, tutte le funzioni psichiche s'affievoliscono armonicamente o, se vi sono guasti parziali, riguardano la prontezza della percezione e la memoria, nella demenza precoce rimangono appunto illese la memoria e ciò che i Tedeschi chiamano *Auffassungsfähigkeit*, cioè la capacità d'afferrare; ma si disgregano sistematicamente il carattere e la volontà.

La demenza precoce non è apparsa all'orizzonte tutta in un pezzo. Oggi essa forma un quadro clinico di vastissime proporzioni che comprende per lo meno il 25 % dei pazzi internati nei manicomî; ma questo grande insieme, malgrado la sua innegabile unità, risulta composto di tre varietà distinte: l'*ebefrenia*, la *catatonia* e la *psicosi paranoide* a tipo incoerente; tre varietà che a prima vista non sembrano collegate da alcuna analogia e che infatti si differenziarono dal caos dei disordini mentali una dopo l'altra a varî anni d'intervallo, restando per qualche tempo separate.

Il primo germe storico della demenza precoce fu l'ebefrenia, riconosciuta da una piccola minoranza d'alienisti, ma come una malattia autonoma e rara. Anche la catatonia non abbracciava da principio che pochi

casi di stupore con atteggiamenti statuarî; fu avvicinata all'ebefrenia solo quando gli osservatori, prendendo in esame le manifestazioni equivalenti e le forme attenuate di catatonia, ebbero l'occasione di studiarla in più largo campo e con maggior interesse. Essi si avvidero così, tra le altre cose, che questa sindrome era un triste privilegio della gioventù, e pensarono di farne una malattia sola con l'ebefrenia sotto il nome di *pazzia giovanile* (Aschaffenburg).

Il concetto della pazzia giovanile venne poi sostituito da quello all'incirca simile di *demenza precoce* (Kraepelin), che allude, con un poco d'ambiguità, non tanto all'età dei colpiti (ve n'è anche oltre ai 36 anni) quanto alla frettolosa (precoce) rapidità dell'esito in demenza terminale. Ma l'importanza attuale di questa psicosi dipende anche dal fatto che, appena rimpastata e ribattezzata col nome di demenza precoce, essa raddoppiò d'estensione. I suoi confini clinici, per iniziativa di Kraepelin, furono portati nel territorio della paranoia.

Come, per gradi successivi, sia avvenuto questo ampliamento, non è difficile a riassumersi. L'idea dell'*ebefrenia* (da Ebe, dea della pubertà) rimontava al 1871, quando Hecker per inspirazione di Kahlbaum isolò con questo nome, staccandola dai casi volgari di vesania, una malattia (oggi noi diciamo una sindrome) che comincia tra i 16 e i 20 anni, che passa senza regole fisse in melancolia, mania e confusione, che poi precipita in demenza e che lascia scorgere in tutte le sue manifestazioni un non so che di puerile, di frivolo, di non naturale, quasi di simulato. Orbene, l'ebefrenia resta tuttora in psichiatria, ma ridotta al grado d'una semplice varietà, tra i casi particolari della demenza precoce; vi resta peraltro con gli stessi connotati di cui aveva fatto menzione Hecker quando la descriveva per la prima volta. E come varietà della demenza precoce ha ottenuto dai clinici quell' assenso che le era stato contestato finchè si voleva che fosse una psicosi indipendente e per sè stante.

Passarono tre anni, e nel 1874 Kahlbaum, precursore poco ascoltato, tornò a sconvolgere la tassinomia delle malattie mentali, questa volta direttamente, per introdurre nella loro serie numerica un nuovo termine, in realtà nulla più d'una sindrome, la *catatonia*. Prima d'allora la catatonia era una varietà anonima e quasi ignorata dello stupore, ossia della melancolia attonita; ma i pochi clinici che ne tenevano qualche conto non avevano mostrato alcuna intuizione dei suoi distintivi principali: della sua frequenza nei giovani, della sua vacuità affettiva, della sua spiccata tendenza a perpetuarsi in forme croniche ed a modificarsi in forme fruste. Un celebre alienista belga, Guislain, osservatore originale e diligente, benchè poco felice nella sintesi, aveva raggruppato, con lucida visione del vero, la maggior parte dei sintomi che corrispondono al

quadro clinico della catatonia: automatismo fantastico, declamazione di parole e frasi invariabili, silenzî ostinati che si prolungano per anni interi, spirito di contraddizione sistematica, manierismo bizzarro di gesti e di linguaggio.

A sua volta, un altro alienista di grande esperienza, Arndt, aveva compiuto fin dal 1868 un principio di selezione nel medesimo senso, adunando come poco guaribili e fra loro affini tutti quei dementi, isterici, stuporosi, melancolici che, malgrado la diversità della diagnosi, presentavano stereotipie di certe abitudini stravaganti, ecolalia, un'ortografia del tutto personale, verbigerazione insensata, continua ed automatica, insomma la serie dei sintomi disbulici che, insieme con gli atteggiamenti statuarî, integrarono poi il concetto clinico d'una catatonia a larghi confini.

L'esistenza della catatonia, come una sindrome a sè, è ormai così poco impugnata che se ne studia non senza profitto il substrato anatomo-patologico (Alzheimer). A poco a poco, e con la partecipazione di parecchi osservatori indipendenti, fu possibile di depurare la catatonia dai preconcetti di Kahlbaum, che aveva osato collocarla per le sue complicazioni motorie accanto alla paralisi progressiva; la diagnosi di catatonia fu estesa anche all'infuori dei classici atteggiamenti statuarî; e l'esperienza accresciuta accertò la natura quasi sempre giovanile delle manifestazioni catatoniche. Gettato il ponte tra catatonia ed ebefrenia, entrò nella serie delle malattie mentali, indiscussa e duplicata, la pazzia giovanile (Aschaffenburg, Arndt, Morselli, Kraepelin).

L'ultima fase nell'evoluzione storica della demenza precoce è rappresentata dall'annessione dei *delirî paranoidi*. Nella V edizione del suo « Trattato di psichiatria » (1897) Kraepelin aveva già cominciato a scindere la paranoia in due sottospecie: la classica o combinatoria e la spuria o fantastica. Nella VI edizione (1899) lo stesso autore lasciava alla paranoia quei delirî verosimili, logici, evolutivi ed incrollabili che aveva assegnato alla sottospecie combinatoria; ma aggregava definitivamente alla demenza precoce, in compagnia delle ebefrenie e delle catatonie, tutti quei delirî immaginosi, poco lucidi, poco stabili e poco serî, che fino a ieri passavano ancora per paranoici ed anzi si confondevano con quelli di tipo classico. Con questo spostamento dei delirî paranoidi la demenza precoce raggiunse la pienezza attuale della sua estensione clinica senza perdere la propria fisionomia.

L'unità della demenza precoce risulta dal fatto che tutte le altre forme di pazzia spingono i malati ad una condotta determinata ed hanno la loro base psicologica o nel turbamento affettivo o in una convinzione delirante o negli errori della percezione o nella perdita dei ricordi o nell'oscurarsi della coscienza o nella scarsezza dell'acume intellettuale: data

la passione morbosa, il preconcetto mistico, l'allucinazione, l'amnesia, la confusione delle idee o la loro meschinità o la loro assenza, si spiega facilmente e quasi si prevede il contegno dei malati che è la conseguenza naturale di premesse fallaci.

Al contrario, la demenza precoce non compromette la funzione contemplativa dell'intelligenza, ma consiste in una sistematica discontinuità fra il pensiero e l'azione, che non è possibile, nè pensabile sotto il punto di vista psicologico, perchè è la negazione d'ogni determinismo subiettivo. E infatti la volontà di questi malati non agisce sotto la pressione di *motivi*, ma per opera di stimoli puramente organici a cui manca un corrispettivo psichico. A questa psicosi complessa, caratteristica e frequentissima, che costituisce l'incarnazione più vera e più piena della pazzia, si addice il nome di *vesania* di cui si valse KAHLBAUM per esprimere qualche cosa di molto simile. Il nome di *vesania*, usato anche da MORSELLI, meriterebbe di surrogare quello di *demenza precoce*, che è veramente infelice e carico di equivoci. Ma non sarebbe pratico di adottare questa sostituzione di nomi s'essa non è confermata dal consenso generale degli alienisti.

SINTOMI.

Il sintomo fondamentale della demenza precoce è la *stolidità della condotta*. Qualunque sia la varietà clinica a cui appartiene, il demente precoce rivela il disordine della sua intelligenza non tanto per ciò che dice e pensa, quanto per ciò che fa; anche quando esprime e parrebbe che pensi qualche cosa di contradittorio, d'assurdo o di sciocco, come avviene spessissimo, l'osservatore spregiudicato s'accorge facilmente che l'infermo non comunica fedelmente il proprio pensiero, ma anzi ha tutta l'apparenza di falsificarlo ad arte, sia per ostentazione, sia per canzonatura, sia per un tradimento involontario della funzione volitiva. Non è raro il caso di malati che commentano e rinnegano, almeno a parole, gli atti senza scopo e le dichiarazioni senza senso di cui hanno dato spettacolo poco prima. Talvolta la loro autocritica è felicissima, benchè fredda e spoglia d'ogni amarezza o rimorso. Se a questa relativa saggezza del pensiero non corrisponde sempre la saggezza dei discorsi, è perchè i dementi precoci sono pervertiti nella volontà e la parola è già un principio d'azione.

Il pervertimento dell'attività volontaria si manifesta in due modi: da un lato con l'indirizzo generale della condotta, dall'altro con estrinsecazioni isolate od anche ripetute, ma non continue, d'automatismo morboso, di cui il malato ha quasi sempre coscienza e ricordo. Il contegno generale è alterato o leggermente, per la passività dei malati, o gravemente,

per la comparsa della catatonia e del negativismo. Quanto agli atti isolati o intermittenti di stolidezza, sono innumerevoli e tuttavia così caratteristici che molti di essi hanno ricevuto un nome.

La *passività* dei malati si rivela sopratutto con la loro facilità d'adattamento al manicomio; molti fra i dementi precoci, specialmente quelli d'antica data, salvo qualche bizzarria abituale di gesti e di linguaggio, sono docili, mediocremente operosi, purchè da loro non si esiga alcuna iniziativa, ordinati fino alla pedanteria. Con simili requisiti potrebbero starsene a casa; ma ogni novità, anche piccola, che li rimuova dal loro programma d'uniformità e d'automatismo, persino lo sforzo che si richiede per la scelta così ovvia tra un bene evidente e un male non meno evidente, è superiore alla volontà dei malati.

Talvolta, è vero, i dementi precoci non tollerano il manicomio; ma la loro ribellione non è per lo più che un atto di negativismo e si esaurisce in una protesta puramente verbale, senza convinzione, che viene ripetuta ogni giorno con le stesse parole, all'ora della visita, come un ritornello o una nenia da mendicante. Alcuni di questi eterni postulanti invocano, col solito accento d'indifferenza, ma con un'ostinazione incredibile, d'essere trasferiti nel manicomio del proprio paese o nel padiglione degli agitati; domandano seriamente d'essere legati; stanno immobili al sole; camminano su e giù tutto il giorno lungo il medesimo viale, come per legge d'inerzia. Nè della loro inazione, nè delle loro azioni sanno indicare il motivo; e infatti il motivo non c'è. La volontà s'è sguinzagliata dalla ragione ed opera per conto proprio, perdendo, s'intende, tutte le caratteristiche dell'attività volitiva. Ad un demente precoce, professore di letteratura nelle scuole secondarie, e che da dieci anni è ospite lucido, tranquillissimo, pulito, ozioso e rassegnato del manicomio, domandai un giorno con una certa solennità se avesse qualche desiderio da soddisfare: dopo una lunga pausa, che pareva di meditazione, il malato, tanto per dire qualche cosa, dichiarò pacatamente che avrebbe gradito..... un bicchier d'acqua. Era il primo desiderio che manifestava in dieci anni, e non aveva sete.

La *catatonia* è uno stato d'immobilità spastica nelle sue manifestazioni classiche e di stereotipia discontinua nelle sue manifestazioni minori. In tutti e due i casi il malato è attivo, ma si tratta di un'attività puramente esteriore e che non impegna le alte funzioni del cervello: psichicamente, il catatonico è sempre passivo perchè le sue estrinsecazioni muscolari, malgrado la loro imponenza o la loro insistenza, non corrispondono ad alcun movente psichico, nè vi è movente psichico od alcun altro determinismo che valga a modificarle. Se la *catalessi* è l'obbedienza incondizionata alla suggestione altrui, la catatonia è l'obbedienza cieca e incon-

dizionata ad un impulso interno di nessun valore psichico. Passività, catalessi, catatonia, sono espressioni non eguali, ma simili d'una stessa condizione fondamentale: il fallimento della volontà. Si può non far più alcun uso della volontà; usarla, ma solo subordinatamente alla volontà degli altri; metterla in atto, ma sotto l'impulso d'uno stimolo irragionevole ed invariabile. In tutti e tre i casi l'atto volitivo è snaturato: della volontà non ha che l'apparenza, è un fenomeno automatico, meccanicamente attivo, psichicamente passivo.



Fig. 114. — Catatonia: l'ammalato sta sempre ritto, a piedi uniti, con le braccia stese e addossate al tronco, tiene la testa rigida e lo sguardo volto in basso; da molti anni non proferisce parola.

Si può distinguere una grande catatonia ed una piccola catatonia. La grande catatonia è caratterizzata dagli atteggiamenti statuarî, ossia dall'immobilità spastica, la piccola catatonia dalle abitudini insensate come l'*ecopraxia*, l'*ecolalia*, la *neolalia*, la *neografia*, i varî *manierismi* nei gesti, nell'incesso, nella pronuncia. Gli atteggiamenti statuarî, che già abbiamo descritto, dei catatonici (cap. VII) non si confonderanno con le espressioni passionali delle isteriche durante il periodo terminale dell'accesso. Le isteriche presentano sempre qualche cosa di drammatico ed anche d'estetico nei loro atteggiamenti mistici, erotici, paurosi od iracondi; mentre i dementi precoci in istato di catatonia, malgrado la loro solennità, sono piuttosto goffi e non hanno nulla di romantico. Spesso si lasciano colare la saliva sul mento o il muco nasale sulle labbra; e l'invariabilità della loro posizione, che sfida ogni stimolo contrario, anche quello del ridicolo, non conferisce al loro prestigio. Alla fig. 114 si vede una faccia raccolta, che potrebbe sembrare meditabonda; ma la lunga durata della catatonia e l'atteggiamento militare del corpo, che non è per nulla in armonia con l'espressione concentrata della fisionomia, dimostrano che l'infermo non è animato da alcuna passione o delirio. La fig. 115 rappresenta un giovane in istato di catatonia, che è anche catalettico e che non parla, ma qualche volta sorride ed ammicca con le palpebre. Nello

atteggiamento della fig. 116 si osserva un espressione di stupore che durò varî anni : il malato non esciva dalla sua immobilità che per rapire lentamente il cibo ai suoi compagni di manicomio.

Della piccola catatonia e delle forme ch'essa assume abbiamo già parlato nel cap. VIII. Qui basterà accennare alle stereotipie più comuni tra i dementi precoci che sono : quella di non deglutire la saliva lasciando che la bocca ne resti riempita; di parlare a denti stretti; di alterare sistematicamente le desinenze delle parole quando parlano (neolalia) e la loro ortografia quando scrivono (neografia, fig. 117), di camminare in punta di piedi, di adoperare formule cerimoniose ad ogni proposito e con una stucchevole gerazione, di mangiare con le mani o con lentezza o in posizione ritta o con certe precauzioni inspirate ad una profilassi fantastica. Vi sono malati che, nei cortili dei manicomî, seguono gli andirivieni e le corse d'un compagno (ecopraxia); talvolta l'imitatore (benchè demente precoce) è dotato d'una certa intelligenza, mentre il modello di cui contraffà i gesti e i movimenti è un idiota. I dementi precoci ripetono questi atti per anni interi con l'attenzione e la serenità di chi compie un dovere od un rito.



Fig. 115. — Demenza precoce in fase catatonica. L'ammalato sta immobile, silenzioso e ad occhi chiusi.



Fig. 116. — Demenza precoce: catatonia.

P. G., abile operaio in mosaici, 45 anni, da 26 anni ricoverato al manicomio, non presenta alcun delirio coerente, è inoffensivo, ordinato, disegna quando ne ha voglia con raro talento, sia copiando dal vero paesaggi e prospettive (fig. 118), sia eseguendo a penna scene immaginarie, cavalcate, cortei trionfali, battaglie, ridde selvagge, con sicurezza di tocco e felicità d'invenzione. Ma il contegno di questo infermo è completamente insensato. Non pronunzia mai le vocali o le accenna appena; parla col solo movimento delle labbra; deforma tutte le desinenze o troncandole od aggiungendovi suffissi in *is* ed in *os*, scrive analogamente, spesso con lettere smisurate e sempre intercalando un *h* fra le vocali *a*, *o*, *u* ed i suoni gutturali *c* e *g*, in modo che si firma *Ghaleffi schultore*, benchè si chiami Galeffi e non sia punto scultore (fig. 119). La sua insensibilità morale è completa; non domanda mai nè di uscire, nè di vedere la sua famiglia; rimane impassibile a qualunque osservazione, esortazione, rimprovero, promessa o vilipendio, e nè per danaro, nè per desiderio di libertà o d'altre agevolezze si è mai sottomesso ad un lavoro regolare. Da 20 anni questo contegno d'assoluta inerzia è invariabile.

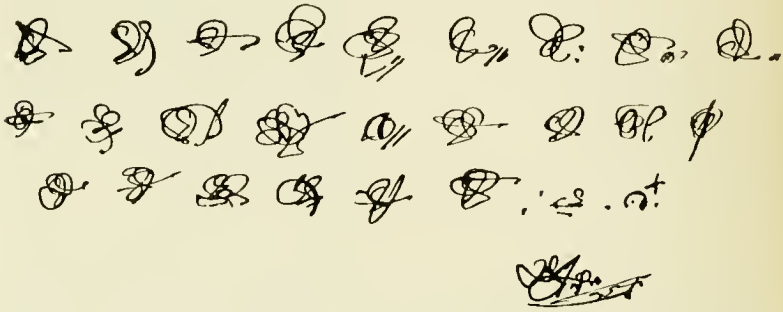


Fig. 117. — Pseudografia in un caso di demenza precoce. L'ammalato è solito mescolare questi segni coi caratteri ordinari. Per lo più interpola una sigla del genere ogni otto o dieci parole comuni (anch'esse prive di qualunque significato). Qui lo siglo pseudografiche sono esposte una di seguito all'altra; alle tre righe ne precedevano altre dodici, tutte simili. Ogni sigla, malgrado la costanza del tipo, è disuguale dalle altre.

L. R., benestante, 27 anni, non fu capace di proseguire gli studî oltre alle scuole elementari, scrive grammaticalmente e correntemente, ma si comporta come un bambino sciocco e viziato; vorrebbe prender moglie per non essere da meno del fratello, abusa di vino e liquori, non ha alcun programma di vita, non rispetta i genitori, sta in ozio completo e sottopone i cibi a manipolazioni interminabili per liberarli dal fosforo di cui li crede impregnati, ma senza un punto di partenza delirante.

L. D., è un giovane di 22 anni, indifferente alla famiglia, ha eretto a proprio ideale l'uniforme e le manovre dei carabinieri, e si ostina a mangiare in piedi. Una volta, prima di entrare al manicomio, senz'alcun proposito di suicidio o d'emulazione o di ginnastica, per puro impulso morboso, si lanciò a nuoto in alto mare e fu salvato dai marinai d'una nave in viaggio che lo vedevano avventurarsi a distanza temeraria dalla spiaggia.

Vi è un aspetto negativo della catatonia che ha preso appunto il nome di negativismo (Kahlbaum). Ed anche per esso possiamo far distinzione

tra il *grande negativismo* ed il *piccolo negativismo*. Il grande negativismo consiste nell'opposizione sistematica ed universale a qualunque suggestione, sia essa imperiosa, tenera o lusighiera, o che venga espressa a parole, o che si manifesti con cenni. Ogni suggestione di questo ge-



Fig. 118. — *Demenza precoce.* Il malato, mosaicista di professione, ha conservato l'abilità di disegnare a penna dal vero; e la conservazione di questo suo talento contrasta col disordine delle idee, coi manierismi grafici (v. fig. 119) e con l'assurdità del contegno. La leggenda unita al disegno dice, in alto: *1897 — Febbraio - Mercoledì 17 —*; in basso: *Stante il disagio che anche ill sole. Fu ieri « studio di viovedì 18 — chontinua ore meriggie — le 5. Tuono assoluto — luce prospetto. D'Impressione. I semi — Veduti Dall siepe del 1.° Tranquilli.* — Le ultime parole hanno un significato: *I semi* vuol dire *padiglione dei semi-agitati* (nel Manicomio di Firenze)..... veduto dalla siepe divisoria del giardino annesso al 1.° padiglione dei tranquilli.

nere, per quanto possa essere inspirata agl'interessi più urgenti e più ovvî del malato, provoca un atteggiamento catatonico in senso diametralmente opposto. Se s'invita il negativista a mangiare, chiuderà la bocca con tutta l'energia possibile, fino al trisma; se lo si vuol adagiare sul letto, lo si vedrà rizzarsi con aspetto risoluto e spettrale, nonostante il freddo e l'incomodo della posizione; insomma il suo atteggiamento abituale è quello di reagire con tutta la persona e con tutte le forze, benchè senza aggressività (fig. 120) a tutto e a tutti. Questa controreazione pa-

radossa si estrinseca anche in forma meno brutale, meno assoluta, meno continua col negativismo spicciolo, che non scende fino alla resistenza meccanica: i malati sono quasi sempre di parere opposto a quello del loro interlocutore, chiunque sia, anche a costo di contraddire sè stessi. Lo spirito di contraddizione che talvolta si riscontra in persone normali e spesso nelle isteriche non ha mai questo marchio patologico, perchè è

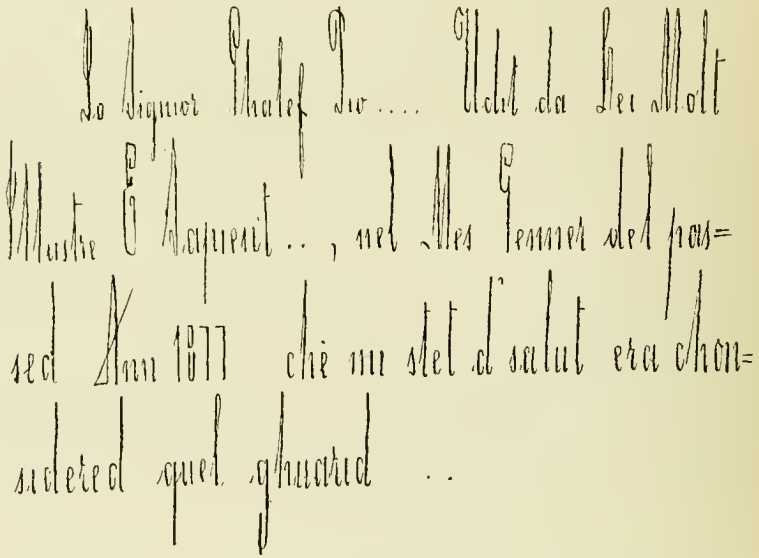


Fig. 119. — *Demenza precoce:* manierismo calligrafico ed ortografico che corrisponde ad un manierismo della pronuncia. *Io Signior Ghalef Pio* (Galeffi) *Udit da Lei Molt Illustre E Sapient... .., nel Mes Genner del passed Ann 1877.... che un stet d' salut era chonsidered quel ghuarid.....* È lo stesso malato a cui si allude nella fig. 118.

sempre dettato da un interesse, per es. dalla passione, dal puntiglio, dal dispetto, e trova un freno naturale in quello stesso egoismo che l'ha provocato. Nei dementi precoci la contraddizione non riceve nè stimolo, nè freno da alcun sentimento, perchè si svolge nella sfera oscura dell'automatismo.

Questo trionfo dell'automatismo avviene senza battaglie interiori, perchè l'amor proprio, il pudore, l'istinto di conservazione, specialmente nel periodo cronico della malattia, sono del tutto assenti; la *vacuità affettiva* è completa. Gl'impulsi morbosi non incontrano alcun ostacolo quando mancano i presidî morali. Vi sono malati che non hanno ritegno a dichiararsi masturbatori, anzi a sostenere pubblicamente la legittimità e l'eccellenza della masturbazione; pochi tra i dementi precoci fanno mistero della propria inaffettività verso la famiglia; alcuni compiono *a sangue freddo* gli atti più gravi e contro natura, persino il suicidio per cause futili o nulle. Un

demente precoce di trent'anni, impiegato, si gettò due volte dal terzo piano restando miracolosamente incolume; non era punto melancolico e dichiarò che con questa prova di coraggio si proponeva di disarmare i suoi nemici; d'altra parte non era molto persuaso che questi nemici esistessero e non attribuiva gran valore alle loro possibili insidie. Un coetaneo e compagno di questo malato, con delirio paranoide di persecuzione, a cui era stata offerta una viola, si mise in capo che quel fiore era nunzio di morte; e perchè il presagio non fosse

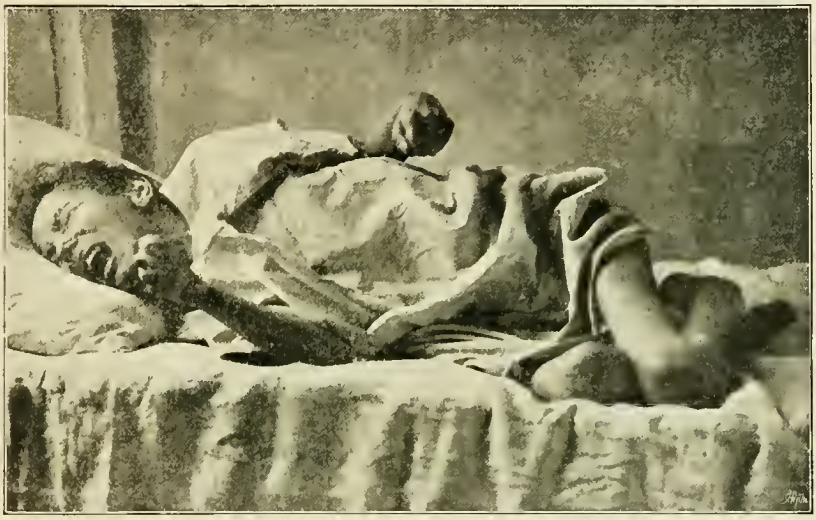


Fig. 120. — Demenza precoce: negativismo catatonico e pseudo-contrattura. L'ammalata grida e resiste ogniqualvolta si tenti di modificare il suo atteggiamento.

sfatato, si tagliò profondamente i polsi col coltello; non riuscendo a morire, esangue com'era, fuggì per la campagna, si arrampicò sopra un cipresso altissimo e di là si accingeva a precipitarsi; ma alla vista della gente accorsa con una scala per salvarlo, cambiò idea e cominciò a berteggiare i suoi salvatori; dall'alto dell'albero gridava loro allegramente *uno, due, tre!* come se a quel segnale dovesse abbandonarsi nel vuoto. Un capitano contabile, anch'esso colpito da delirio paranoide, ed oggi demente, tentò due volte il suicidio..... per dimostrare la propria invulnerabilità: la prima volta si precipitò nel pozzo d'una scala, ma urtò contro la ringhiera e fu balzato nella rampa immediatamente inferiore, non riportando che lievi contusioni; la seconda volta trangugiò un'infusione di sigari raccolti fra i ricoverati dell'antico manicomio fiorentino, ma, colto subito dal vomito, se la cavò in tre giorni con forti sintomi

d'avvelenamento; presentemente, per ribadire la sua tesi, si propone di saltare dal basso in alto, fino al terzo piano. Una signorina, che poi guarì e prese marito, oltre a picchiare le compagne senza ragione, si levò tre incisivi, scalzandoli a poco a poco col manico d'una penna; ogni tanto sogghignava silenziosamente; il suo disordine mentale s'era iniziato con un delirio poco coerente di persecuzione.

Tra gli impulsi dei dementi precoci sono assai frequenti le *fughe:* fughe inconsulte, immotivate, improvvise, che i malati intraprendono senz'avviso, senza denaro, senza collera, senza paura e senza meta. Scoperti, si lasciano ricondurre a casa tranquillamente e come se nulla fosse accaduto. Qualche volta queste fughe si ripetono, sempre in modi diversi, e i malati non mostrano d'accorgersi dello sgomento che gettano così nella famiglia. Le spiegazioni che ne dànno sono sovente grottesche per la loro puerilità: volevano esercitarsi nel cammino, cercare il fresco, passare il tempo, esplorare paesi nuovi, studiare astronomia, contemplar l'alba, allargarsi le scarpe.

L'indifferenza affettiva è già visibile anche negli esordi procellosi e nelle fasi acute della demenza precoce, cioè quando i malati si comportano a modo dei melancolici o dei maniaci o dei paranoici e sembrerebbero animati da grandi passioni. Le loro violenze sono troppo improvvise, effimere ed incoerenti per nascere da un sentimento vero e continuato. È soltanto con la diagnosi di demenza precoce che si spiegano le fughe senza scopo, i suicidî senza disperazione, i ferimenti senza collera, le calunnie senz'odio. Un cocchiere d'omnibus, che da 30 anni è al manicomio, mise i suoi cavalli alla corsa sfrenata con grandissimo spavento dei cittadini, e non era nè incosciente, nè irritato, nè ubbriaco. Un altro demente precoce, tipico per la sua estrema remissività, uccise ad un tratto la propria madre che aveva sempre amato, senza saper dare alcuna spiegazione di questa tragedia così contraria alla sua mitezza abituale ed anche alla forma tranquilla della sua demenza.

Si spiegano allo stesso modo certi atti di minore importanza, come il riso senza ilarità, il pianto senza dolore, le sfuriate senza irritazione, le grida senza paura. Spesso i dementi precoci commettono gravi imprudenze, professandosi e riuscendo a farsi credere innamorati; ma il loro amore è pieno d'eroismo e di costanza, perchè non è sincero. In tutte le azioni, anche le più ardite dei dementi precoci, manca la fierezza.

Questa mancanza di fierezza (e persino di dignità) è assai evidente nella fase terminale. Un demente precoce, a cui domandavo se si credeva pazzo, rispose sorridendo che il quesito non era di sua competenza e che toccava a me, alienista, di risolverlo, non a lui. Un altro ammalato assume qualunque posizione, fa qualunque gesto, ride, freme, va in estasi

simulata a comando, con una mimica espressiva, ma grottesca (fig. 121, 122, 123) anche davanti ad un pubblico numeroso, senza curarsi della magra figura a cui si espone. Eppure, è un uomo colto e intelligente, che conserva la capacità di osservare con acutezza e di scrivere con lucidità. Prova ne sia una sua annotazione, preziosa sotto varî punti di vista per la conoscenza della demenza precoce.



Fig. 121.

« Essendomi stato domandato da un malato del Manicomio un fiammifero od il permesso di accendere la propria pipa al sigaro che tenevo in mano acceso, nell' atto che questi fece di appressare, dietro il mio permesso, la mano alla mia per la bisogna accennata, notai nella mano del compagno una sconciatura ad un dito e dentro me, compassionandolo, mi occorse alla mente il modo di dire burlesco e dileggiante *avrà i bachi!* (i vermi), secondo l'uso del



Fig. 122.

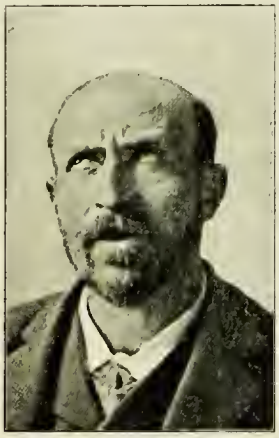


Fig. 123.

Demenza precoce : forma paranoide. L'ammalato, appena riceve analogo invito, assume atteggiamenti grotteschi per la loro esagerazione e che contrastano con la sua profonda ed abituale indifferenza a qualunque avvenimento, piccolo o grande.

Chianti. Ora, o che l'infermiere signor Mazzanti avesse colto sulle mie labbra un fuggevole sorriso o che aprisse la bocca a caso per pronunciare macchinalmente delle parole, il fatto è che udii distintamente quanto in quel momento io aveva pensato e non espresso, cioè *avrà i bachi!* Non credo che ciò mi sia *sembrato*, tanto più che un caso quasi consimile mi era successo con l'altro infermiere, signor Risaliti, al pensiero *mortuus*

est et in camiciola iacet. Saranno ubbie, ma avendo sentito parlare dello spiritismo e del magnetismo e del predominio di forti volontà sopra altre più deboli, fui colpito dai due incidenti che mi rivelano come fosse stato sorpreso il mio pensiero ».

In questo scritto la chiarezza dell'idea e la purezza un po' pedantesca dello stile fanno un certo contrasto con la futilità delle frasi pensate dal malato. Ma il contrasto cresce a dismisura quando si sappia che questo stesso ammalato cammina in punta di piedi, parla con intonazioni ridicole, non si angustia di nulla, nemmeno delle proprie allucinazioni, spesso dice sciocchezze ed è da molti anni il più contentabile tra i ricoverati d'un grandissimo manicomio.



Fig. 124. — Demenza precoce, forma paranoide. Il malato soffrì per lungo tempo di allucinazioni uditive e conserva l'abitudine di tapparsi un orecchio con la mano, l'altro col berretto.

Un fenomeno frequente nella demenza precoce è quello delle *allucinazioni*: molti ammalati ne soffrono continuamente, ma non sempre ne ricavano il tema d'un delirio. Un giovane che legge sempre lo stesso libro e suona sempre la stessa musica, che ripete automaticamente di voler ritornare a New-York, sua patria, e che non s'occupa mai d'altro, sofferse d'allucinazioni uditive ed olfattive; nel suo manierismo demenziale ha conservato l'abitudine di tener rialzato il collare del vestito, e la sua mano è in continuo movimento per turarsi ora l'orecchia (figura 124) ora il naso. Un altro ammalato, tra i più grotteschi del manicomio, che parla in un gergo incoerente, che si cosparge il petto di decorazioni finte e che compie umili servigi nelle infermerie, esplode di

tanto in tanto con imprecazioni, dà calci nel muro, spezza con la scopa i vetri delle finestre e poi trionfa sopra immaginari nemici di cui crede sentire la voce ingiuriosa: all'infuori di queste allucinazioni, è ilare e mansueto. Persino i catatonici, nonostante la loro profonda imperturbabilità, sono spesso allucinati, e nei periodi di remissione raccontano le scene terrifiche o comiche a cui hanno assistito, ma non reagito. In questa specie di dementi precoci un sorriso fugace, un'esclamazione di sorpresa o di minaccia sono, per solito, l'unico e incerto indizio dell'allucinazione attuale. Ma i malati della varietà paranoide ne dànno notizia più esatta, talvolta con espressioni pittoresche. Una giovane, soggetta ad allucinazioni uditive e genetiche, mi scriveva la lettera seguente.

« Illustrissimo Signor Professore, io sono sempre disperata per il pericolo nel quale mi trovo. A stento posso scrivere perchè mi sento la testa occupata in parte da quelle persone invisibili, che mi fanno rimanere stordita e incapace di pensare senza stancarmi sentitamente. Provo dei dolori al ventre terribili, causati dalle stesse persone, che mi tengono avvinta con mezzi così vili. Io non posso sopportare più a lungo questa schiavitù, ho bisogno della mia libertà e della mia salute perchè me le aveva date Iddio. Abbia pietà di me, signor Professore, guardi se mi libera da queste bestie umane! Si rivolga alla Polizia e faccia metter loro la sorveglianza. A questo scopo ci vorranno delle spese che noi pagheremo volentieri. Salutandola rispettosamente mi firmo devotis. N. N.

« Appena posso vado via da Firenze e mi faccio visitare da un primo medico il corpo; e se mi manca qualche cosa, se non ho tutto in regola, son capace di vendicarmi terribilmente ».

Questa signorina, malgrado la serietà delle sue querimonie, è spesso ilare e soddisfatta, e qualche volta è così incoerente da domandare protezione anche ai suoi persecutori, di cui ha in tasca e mostra a tutti un lungo elenco.

Le allucinazioni sono un fenomeno così frequente e caratteristico della demenza precoce, che Kraepelin mette quasi in dubbio la loro esistenza allo stato cronico all'infuori di essa, e ritiene che i delirî della paranoia genuina siano quasi sempre esenti da allucinazioni. Quest'osservazione è assai giusta: classi intere di paranoici, come quelle degli erotici, dei querelanti, dei mattoidi, e una gran parte dei perseguitati, non sanno che cosa siano le allucinazioni e negano sdegnosamente d'averne mai sofferto; ma un piccolo contingente di paranoici perseguitati e quasi tutti gli ambiziosi, p. es. i profeti di nuove religioni, sono allucinati quanto e meglio dei dementi precoci, perchè il fenomeno allucinatorio è in questi paranoici più preciso che in qualunque altro malato di mente. Tuttavia, fatta eccezione di questi pochi paranoici, è certo che l'allucinazione cronica è un sintomo quasi patognomonico della demenza precoce, come l'allucinazione acuta è un sintomo quasi patognomonico

dell'amenza. Tra i dementi precoci abbondano le forme complicate d'allucinazione come il *pensiero ad alta voce*, la *ripetizione sonora del pensiero*, le *visioni parlanti*. Comunissime sono poi le allucinazioni uditive (fig. 124, 125), gustative, olfattive e cenestetiche. Se peraltro s' interrogano i malati senza suggerire la risposta e in pari tempo senza provocare il loro negativismo, si deve riconoscere che le allucinazioni della demenza precoce non sono sempre un fenomeno così schematico e preciso come a noi pare. La spiegazione che ne dànno i malati varia di volta in volta e la pretesa ch'essi hanno d'interpretare il fatto nel suo meccanismo nuoce all'obiettività della descrizione. Tuttavia, raccogliendo un gran numero di confessioni autentiche, non si stenta ad isolare un elemento comune, che colloca i dementi precoci in una posizione psicologica del tutto caratteristica. Spesso il fenomeno che, visto superficialmente da chi non l'ha mai provato, viene classificato fra le allucinazioni, non è prodotto da immagini vivaci e simili alla realtà, ma bensì da *immagini mentali*, talvolta sbiadite, che peraltro differiscono dal pensiero ordinario a motivo della loro eterogeneità. Queste immagini hanno il carattere dell'*estraneità* e sono quindi interpretate come un fenomeno morboso od artificiale e maligno, ma non vengono mai scambiate per immagini del mondo reale appunto perchè non sono allucinazioni vere. Esse sono le così dette *pseudo-allucinazioni* od *allucinazioni psichiche* di BAILLARGER.



Fig. 125. — Demenza precoce: forma paranoide, allucinazioni dell'udito. L'ammalata è in atteggiamento d'ascoltare la voce della figliuola che crede esposta a sevizie.

Nei dementi precoci non manca quasi mai un barlume, almeno, di *delirio*. Il delirio non è dunque una caratteristica della varietà paranoide: esso compare transitoriamente anche negli ebefrenici e nei catatonici. La sola differenza sta in questo, che nei paranoidi il delirio è più cronico; ma non è nè molto più complesso, nè molto più solido. In ogni modo, siccome un sistema delirante è pur sempre un'interpretazione personale, che testifica una certa capacità d'iniziativa, gli ebefrenici e i catatonici non delirano che al principio della malattia o nelle fasi di remissione. Di tutte le forme di delirio la più frequente è l'ipocondriaca. Il *delirio ipocondriaco* dei dementi precoci si distingue per il suo contrasto con l'apatia dei malati e per la veste pseudo-scientifica che assume anche nella

mente di giovani ignoranti. Mentre il delirio ipocondriaco dei paralitici è iperbolico e ingenuo nelle sue conclusioni, ma parte da un malessere profondamente sentito, quello dei dementi precoci non è che un'affermazione petulante e satura di saccenteria. I malati asseriscono d'avere un vizio al cuore, un polmone distrutto, la sifilide, la paralisi generale, la cloroanemia, e magari tutte queste malattie insieme; ma nel discorrerne non tradiscono che una mediocre emozione e qualche volta si mostrano assai più infervorati della spiegazione che dolenti del fatto. La stessa spiegazione, quantunque assai meno inverosimile di quelle accampate dai paralitici, è così infondata, che si rimane in dubbio se il malato, lucido com'è, ne sia veramente convinto. E il delirio ipocondriaco risente un po' della fatuità, della stolidità, dell'automatismo che domina tutta la condotta del demente precoce; insomma è più imputabile alla demenza dei suoi atti che alla demenza delle sue idee.

Quando un adolescente od un giovane, che non sia nevrastenico, manifesta idee incoerenti d'ipocondria, la diagnosi di demenza precoce si presenta come la più probabile. La distinzione di fronte alla nevrastenia è facilissima, perchè i nevrastenici almanaccano, ma non delirano, sono sempre accessibili ai buoni consigli, si lasciano confortare; e nei loro apprezzamenti sono trascinati da sensazioni reali, per quanto ingannevoli. Lo stesso si può affermare riguardo alle idee ipocondriache che talvolta nascono nell'isterismo.

Meno frequente è il *delirio di persecuzione*, ma altrettanto sconnesso e povero d'affettività. I malati non reagiscono contro le insidie che temono o dicono di temere; spesso ne fanno il tema di dichiarazioni annoiate o di scherzi ironici che tradiscono l'indifferenza; o ricorrono, per difendersi, ad espedienti puerili. Un fotografo, grafomane, erotomane, inventore, pseudo-allucinato, che aveva attraversato una fase d'agitazione confusionale, immaginò di premunirsi da ogni ostilità, scrivendo sopra un foglio di carta non mai uscito dalla sua tasca una formula comminatoria. Uno studente di legge caduto in profonda demenza, ma completamente orientato, ripete cento volte al giorno: « In nome di Dio e del mio sovrano il Califfo ottomano, io Umberto B... dell'avvocato Anselmo, di Firenze, chiedo d'esser posto in libertà e dichiaro che non ho bisogno di mangiare, nè di bere, salvochè pane ed acqua, purchè garantiti puri ed *immuni da sostanze organiche umane* ».

Tra i dementi precoci tutte le forme di delirio sono rappresentate. Vi è un *delirio di colpa*, ma senza rimorso, che perciò sta a mille miglia di distanza da quello dei melancolici: i melancolici non sogliono specificare alcun fatto preciso, mentre i dementi precoci raccontano turpitudini immaginarie, improvvisando con disinvoltura, come se volessero mistificare

qualcheduno. Chi si accusa d'incesto, chi si vanta d'assassinio, chi si professa pederasta attivo o passivo a cuor sereno, ma senz'ombra di verità. Le idee d'ambizione dànno alimento a *delirî di grandezza* che vegetano e prosperano in assurda associazione con sistemi del tutto contrarî. Un finto Nerone, re degli Asiatici, delle Fabrizie e delle Concie, malgrado la sua altissima dignità, s'inginocchia ogni volta che incontra nel suo passaggio un medico del manicomio, toccando il suolo con la fronte; ed è così indurito in quest'abitudine, che ne porta il segno, un callo poco più su della glabella. Naturalmente è il pazzo più decorato del manicomio (fig. 126). Nelle donne arrivate alla menopausa o che stanno per entrarvi (e più raramente negli uomini giunti ad un'età analoga) si forma un *delirio persecutorio* a tema ipocondriaco con allucinazioni cenestetiche. Le sue caratteristiche, oltre all'origine tardiva, sono principalmente due: di non degenerare mai nell'incoerenza e di non associarsi ad idee d'ambizione, che sono così frequenti negli ebefrenici. Tolte queste due superiorità, l'*ipocondria persecutoria* (Lugaro) è un delirio paranoide.



Fig. 126. — Demenza paranoide allo stadio terminale con delirio sconfinato e proteiforme di grandezza. L'ammalato converte in decorazioni coperchi di scatole, bottoni, nastri e qualunque oggetto più o meno adatto. Il suo viso ha un'espressione serena, soddisfatta e benevola

Gli scritti dei dementi precoci sono una fonte inesauribile di dati che talvolta testificano una lucidezza inaspettata; altre volte documentano del pari una strana rilassatezza della volontà, che non appariva così grave nella conversazione orale. Esiste, per così dire, una *demenza grafica*, come esiste una *demenza verbale*. Naturalmente, il caso più ordinario, è il parallelismo di tutte le demenze; la condotta in generale, la mimica, la parola e la scrittura in particolare rivelano la medesima disorganizzazione. Ma in ogni modo la forma e il contenuto degli scritti rappresensentano, fra tutti questi sintomi, un reattivo estremamente delicato, che rivela con esattezza singolare la presenza e il grado del disordine o della lucidezza

mentale. Tra gli autografi precedenti ve n'è uno che abbiamo dato appunto come saggio di *lucidezza grafica* in contrasto con l'assurdità incoerente della condotta. A prova del fatto opposto, cioè di demenza grafica, valgano i seguenti. Un giovane paranoide passa le sue giornate riempiendo pagine intere di frasi banali o insensate, ma sottolineate (*ma-*

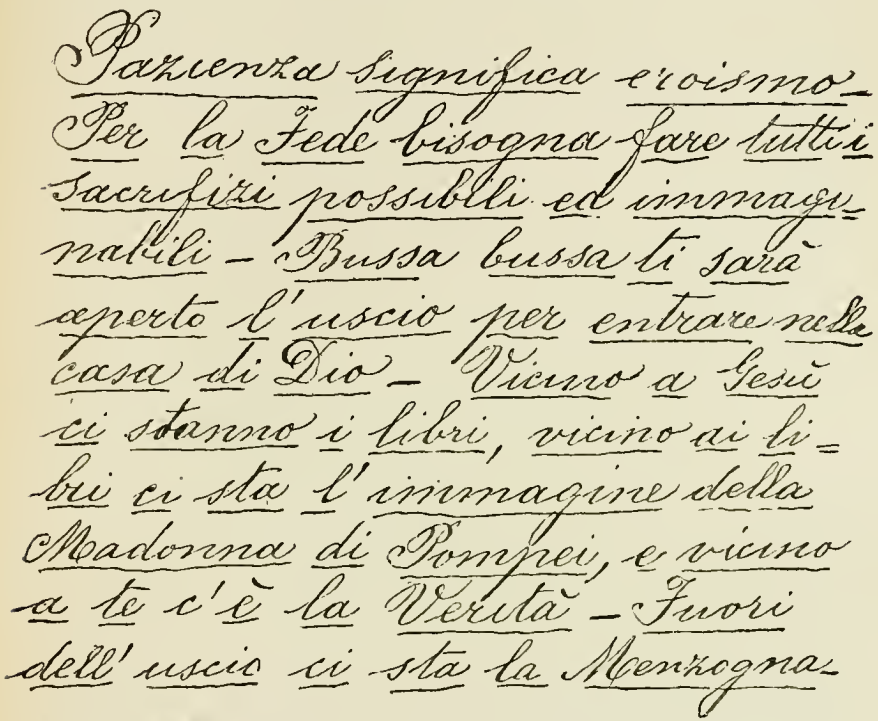

Pazienza significa eroismo
Per la Fede bisogna fare tutti i
sacrifizi possibili ed immagi-
nabili – Bussa bussa ti sarà
aperto l'uscio per entrare nella
casa di Dio – Vicino a Gesù
ci stanno i libri, vicino ai li-
bri ci sta l'immagine della
Madonna di Pompei, e vicino
a te c'è la Verità – Fuori
dell'uscio ci sta la Menzogna

Fig. 127. — *Demenza precoce*: saggio di scritto calligrafico e inconcludente. In certe giornate l'infermo si proponeva di dimostrare la sua virtù, e perciò riempiva dei fogli interi di massime insulse o banali, a cui annette una grande importanza.

nierismo grafico) e scritte nitidamente con irreprensibile calligrafia (figura 127). Uno studente di scultura, abbastanza ordinato nel contegno, scrive:

« Angelo Mosso dubita o meglio crede che l'uomo sia provvisto d'anima, deducendo la sua teoria dagli esperimenti nelle Alpi; Baccelli al contrario ammette la vita come produzione della forza muscolare. Preferisco il secondo ».

Si scende ad un livello più basso nella demenza grafica con questo scritto d'un ebefrenico, che peraltro tradisce lo stesso spirito di saccenteria impotente.

« Vero che il divorzio non pol essere in casa, vero che il mantenere il quale mantenere in casa non avesse... ».

Ma vi sono bassifondi di demenza grafica che costituiscono veri abissi, ed eccone un documento. Si tratta d'un sensale, ammogliato senza figli, che cominciò a dar segni di pazzia con allucinazioni e delirio di gelosia, che da quattro anni è incoerente, ma che conserva un contegno abbastanza regolare, che reclama ogni giorno la libertà con accento serio ed energico, che è fuggito due volte dal manicomio con astuzia e che all'occorrenza sa farsi rispettare. Eppure ha potuto dirigere alla propria moglie una lettera come questa:

« Firenze, 22 Gennaio 1902. Signorissima! Presta alla suddetta signorissima il privato s. questioni la in Falgano S. M. la iniziare la cova mio privativo riconosciuto: vostro aff. Luigi Copenhagen ».

Talvolta il disordine del pensiero si associa a quello della scrittura (fig. 128).

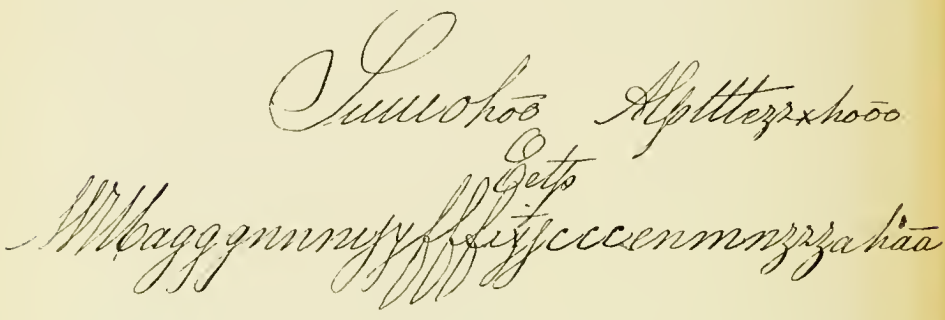


Fig. 128. — *Demenza precoce* della varietà paranoide, stadio terminale con incoerenza caotica. Manierismo grafico, che consiste nella ripetizione, per lo più trina, di certe lettere e nell'interpolazione di lettere che non dovrebbero esserci. Lo scritto dice: *Sua Altezza e Magnificenza*. Autore di questo scritto è l'ammalato di cui si vede il ritratto alla Fig. 126.

La demenza precoce, specialmente nella varietà ebefrenica, è spesso preceduta da abusi incredibili di *onanismo*. I malati vi si abbandonano senza misura e senza vergogna. Secondo il concetto volgare questi abusi sono anzi la causa determinante della malattia. È peraltro più probabile che il tumulto della sensibilità genetica sia già di per sè un sintomo della malattia. Le pratiche masturbatorie accompagnano le prime fasi di questo lungo processo involutivo e producono un dimagramento talvolta spaventoso; ma non è raro il caso che cessino poi bruscamente e nel modo più assoluto. Si direbbe che nell'involuzione progressiva dell'ebefrenia vada travolta anche la sensibilità genetica. Dal giorno in cui tace ogni stimolo erotico, i malati cominciano a rifiorire, e in capo a qualche mese raggiungono una pinguedine eccessiva ed ignobile, che si manifesta principalmente nella faccia e che li rende irriconoscibili. In questo

stadio della demenza precoce tutti i sintomi della malattia si assopiscono per sempre: scompare il negativismo, si sciolgono i sistemi deliranti; il malato non si masturba più: è un vulcano spento.

Siccome, indipendentemente dall'onanismo, i dementi giovanili dei due sessi vanno soggetti a metamorfosi cicliche di grande rilievo in rapporto allo *stato generale di nutrizione*, non è improbabile che il divampare e l'estinguersi improvviso delle manifestazioni erotiche derivi appunto da un effetto particolare di questa metamorfosi generale. D'altra parte, il fatto che la sensibilità genetica, una volta che si è resa latente, non ricompare più, lascia credere che si tratti d'una involuzione parziale, prodotta dallo stesso abuso della funzione.

Quanto ai *sintomi somatici*, i soli veramente notevoli, ma tutt'altro che costanti, nel decorso della demenza precoce sono le oscillazioni dello stato nutritivo che abbiamo or ora accennato. L'esagerazione del reflesso rotuleo, il tremito delle palpebre ad occhi chiusi, la cefalea occipitale, la stipsi, l'insonnia sono proprie del solo periodo acuto ed appartengono alla sindrome nevrastenica; la deduzione che si deve trarre dalla presenza di questi sintomi è una sola, cioè che la demenza precoce comincia molto spesso con crisi più o meno lunghe di nevrastenia.

DECORSO E VARIETÀ CLINICHE.

La demenza precoce, fatta astrazione dalla prestezza con cui raggiunge lo stato di cronicità, meriterebbe la sua qualifica di precoce anche perchè è una malattia eminentemente giovanile. I primi sintomi della demenza precoce si palesano per lo più tra i 15 e i 30 anni. Ma a questi casi giovanili si deve aggiungere un piccolissimo numero di casi tardivi, tuttavia non oltre i 60 anni d'età, a cui Kraepelin ha dovuto riconoscere i caratteri della demenza precoce e di cui io ho potuto anche da parte mia confermare qualche volta l'esistenza. Queste eccezioni non infirmano nè la natura giovanile della malattia, nè (molto meno) la sua individualità. Che la demenza precoce sia una malattia giovanile lo dicono le statistiche ormai numerose di varî alienisti.

Che poi la presenza di qualche caso tardivo accanto alla lunghissima serie dei casi giovanili autorizzi a disconoscere l'individualità della malattia non è cosa sostenibile. La demenza precoce si rivela con sintomi così numerosi e caratteristici, che si può diagnosticare anche senza il certificato di nascita. Vi sono bensì malattie che, fra gli altri connotati, hanno quello dell'età, come la difterite, la pertosse, il morbillo, che colpiscono i giovani; e il carcinoma, l'arteriosclerosi, la gotta, l'apoplessia,

che colpiscono i vecchi. Ma a nessuno verrebbe in mente di sollevare dubbî sull'individualità di queste malattie per le eccezioni d'età che si riscontrano negli individui colpiti. La stessa tolleranza si deve accordare alla demenza precoce. Del resto non è senza importanza che le poche eccezioni si riferiscono ad individui molto adulti, ma non così attempati, da lasciar presumere almeno l'inizio dell'involuzione senile. Si può dunque concludere che la demenza precoce è una malattia della gioventù; che gl'individui al di sopra dei trent'anni hanno una probabilità assai minore di soggiacervi; che questa probabilità è molto piccola oltre i quarant'anni; e che ne sono totalmente preservati i vecchi. Tra le varie forme che assume l'involuzione senile non vi è mai quella della demenza precoce; anzi la demenza senile, in quanto abbuia la memoria e ritarda la percezione, è anche sintomaticamente il rovescio perfetto della vesania o demenza precoce.

Il *decorso* della demenza precoce varia notevolmente da caso a caso. Per lo più incomincia con un delirio paranoide, specialmente a tema ipocondriaco o di persecuzione che poi si disgrega e cede il posto a sintomi catatonici e a deliri di grandezza. Quest'evoluzione è di regola nelle forme paranoidi; e MAGNAN la descrisse felicemente come caratteristica del *delirio cronico*. In capo a qualche anno l'infermo passa gradualmente in uno stato di profonda apatia con residui deliranti e manierismi catatonici, ma senza perdita della memoria e dell'orientazione. Questo andamento progressivo della malattia costituisce il *decorso classico* o *continuo*.

Altre volte la demenza precoce si svolge per *poussées* o per crisi sempre più gravi, separate da intervalli di lucidezza che possono durare anche tre o quattro anni: *decorso intermittente*. Tra una crisi e l'altra i malati sembrano normali; ma è ben difficile che in realtà non siano alquanto diminuiti, meno energici, meno virili, meno immaginosi di prima. Le fig. 129 130 e 131 rappresentano il ritratto d'una ragazza in tre stati differenti: nel primo essa è abbattuta e depressa, nel secondo ha un aspetto attonito e scomposto, nel terzo è guarita (*guarigione temporanea* che si protrasse per tre anni). Può anche darsi che alla prima crisi di demenza precoce il processo si esaurisca per sempre e che i malati ritornino alle condizioni antecedenti: *decorso fausto*, rarissimo. O invece, dopo uno o due anni, il malato scende due o più gradini nel livello intellettuale e morale, e vi rimane per sempre, ma senza presentare alcuna anomalia psicopatica. Povertà affettiva, sterilità psichica, facilità alla rassegnazione, rinunzia agli ideali ambiziosi, meschinità d'orizzonti, puerilità di carattere non impediscono ai guariti di tenere una condotta regolare, scevra d'idee deliranti e di abitudini morbose. In questi casi di *decorso abortivo* l'abbassamento del livello mentale ha una ripercussione visibile nel fatto che il demente pre-

coce, quantunque guarito, si adatta ad una carriera inferiore o si astiene



Fig. 129. — Demente precoce in istato di depressione.



Fig. 130. — La stessa malata in istato di stupore e disnumia.

da qualunque attività militante. Brillanti allievi delle Università accettano uffici di scrivani e si arruolano negli infimi gradi della burocrazia, dell'esercito, del giornalismo, del teatro; o, se sono ricchi, si dedicano ad un ozio senza lusso e senza emozioni, vivendo in famiglia come parassiti che pretendono poco e non contano nulla; oppure si abbrutiscono gradualmente, trascinati da cattivi compagni all'alcoolismo ed alla disonestà, vittime non di passioni interne, ma della propria passività e d'un ambiente funesto.



Fig. 131. — La stessa giovane completamente riordinata. Per quasi tre anni lo stato d'integrità mentale si è conservato: ora è subentrato un nuovo attacco d'ebefrenia.

Tra le varietà della demenza precoce la paranoide è d'ordinario la più tardiva. L'*ipocondria persecutoria* (Lugaro) è la più tipica tra le forme tardive: essa fa la sua apparizione sopratutto nelle donne intorno all'età climaterica e qualche volta anche in uomini sui cinquant'anni. Il delirio paranoide dell'ipocondria persecutoria è abbastanza lucido e si conserva allo stato puro e coerente fino alla morte.

La guarigione e la semiguarigione della demenza precoce non sono in rapporto con la gravità dei sintomi, ma piuttosto con la loro qualità. I paranoidi guariscono più difficilmente degli ebefrenici e dei catatonici. Non si conoscono guarigioni complete nelle forme tardive, ossia nell'ipocondria persecutoria. Talvolta l'accesso d'ebefrenia o di catatonia è brevissimo, e di rado oltrepassa i due anni. Quanto alla fase terminale dei casi cronici, che costituiscono la grande maggioranza, essa si presenta sotto gli aspetti più diversi. Dallo stato di semiguarigione si arriva all'automatismo completo. Tuttavia, per quanto la disorganizzazione dell'intelligenza sia profonda, quella della volontà e della condotta è sempre immensamente più grave. Malati che si comportano in maniera del tutto incoerente sorprendono qualche volta per l'acutezza di un'osservazione, per l'ingegnosità d'una risposta, per la precisione d'un ricordo. Certamente simili manifestazioni d'intelligenza sono molto rare ed isolate; ma appunto per questo valgono come un documento di un'attività mentale più latente o frastornata che distrutta.

Le tre varietà della demenza precoce, ebefrenia, catatonia e delirio paranoide, penetrano di sovente l'una nell'altra; ma, forse altrettanto di sovente, si mantengono allo stato puro. In questo caso l'ebefrenia si presenta con sintomi di mania o di melancolia, che si distinguono a mala pena dalla mania e dalla melancolia vere. Nondimeno, la comparsa d'un accesso di melancolia o di mania in un adolescente costituisce sempre un gravissimo e quasi sicuro indizio di demenza precoce. La diagnosi si avvalora se allo stato depressivo o di esaltamento segue un episodio di confusione mentale; se in mezzo ai sintomi pseudo-melancolici o pseudo-maniaci trapelano indizi contraddittori d'ilarità intempestiva, d'incoerenza, d'impeto ad animo tranquillo; se la durata dell'accesso è di pochi giorni o di poche settimane. Naturalmente si scorge con assai maggior facilità il marchio della demenza precoce quando l'ebefrenico, durante la crisi di depressione o d'esaltamento, mostra di esagerare l'espressione dei suoi sentimenti, ostenta le grandi frasi, posa ad Amleto, fa il saccente. Al medesimo modo sono dementi precoci, non melancoliche, le giovanette che arieggiano Ofelia; e dànno segno di ebefrenia, non di mania, quelle che sono spinte ad atti violenti da un pervertimento o dalla vacuità degli affetti, che dicono d'odiare i genitori senza alcuna ragione, che fanno professione di cinismo e che a torto, ma assai di spesso, sono scambiate per isteriche. Sia dalla pseudo-melancolia, sia dalla pseudo-mania si arriva talvolta allo *stupore*, cosa che avviene ben difficilmente nelle forme genuine di psicosi affettiva e che determina il passaggio dei dementi precoci dalla varietà ebefrenica alla varietà catatonica.

La catatonia, o che riassuma tutto il decorso della demenza precoce o

che ne rappresenti una fase, può durare lunghi anni, sempre uguale. I malati vivono in uno stato di sonnambulismo; e se non raggiungono la completa immobilità, presentano una lentezza spettrale di movimenti che basta alla diagnosi. Spesso queste ombre attonite o corrucciate o sorridenti pronunciano apostrofi stereotipate che non istanno in relazione col loro atteggiamento, bestemmie, oscenità, parole insensate; camminano, si vestono e mangiano come automi; possono giungere fino a giuocare una partita di bigliardo o di scacchi, ma con una inabilità ed un ritardo da stancare la pazienza d'un santo. I catatonici non provano mai i sentimenti raffigurati dal loro atteggiamento; qualche volta sorridono o ridono esplosivamente e sembrano burlarsi di sè stessi. Non di rado defecano o si orinano addosso, ma con un certo sistema, p. es. quando li assiste un infermiere piuttosto che un altro, quasi per fare un dispetto od uno scherzo. O trafugano il cibo o picchiano i compagni di manicomio o gridano a squarciagola con un'impulsività subitanea e irragionevole, per rientrare con passaggio parimente subitaneo e irragionevole nella loro abituale immobilità. Insomma sono statue capaci di qualche attività e che ogni tanto si animano, prendendo iniziative a sproposito. Ma vi sono casi in cui il catatonico, senz'alcun determinismo visibile o indovinabile, si risveglia, si scioglie dalle sue inibizioni e dà segno di sufficiente lucidità per ore o per giorni interi. In questi casi si può accertare facilmente dal contegno e dalle risposte vaghe dei malati ch'essi, malgrado le apparenze contrarie, non erano dominati nè da veri delirî, nè da forti emozioni; e che i loro atteggiamenti statuarî sono il puro effetto dell'automatismo. La coscienza, senz'essere del tutto sospesa, è in uno stato di decomposizione che rassomiglia a quello di chi sogna.

I delirî paranoidi, che formano la terza varietà della demenza precoce, assorbono tutti i casi che passavano sino ad ora sotto la bandiera della paranoia originaria. Soggetti a metamorfosi rapide ed illogiche, decorrono talvolta senza interruzione, talvolta intermezzati da episodî catatonici, ma anideici. I parenti ed i profani, non senza abuso di dialettica, pretendono di assegnare un significato a questi episodî, come se i malati si mettessero volontariamente in catatonia per espiare peccati, per esercitare scongiuri, per compiere una dimostrazione di protesta; o come se vi si abbandonassero perchè sopraffatti dalla passione. Ma i delirî anche originariamente non sono che interpretazioni infelici delle parestesie psichiche, da cui i dementi precoci sono senza tregua dominati: delle allucinazioni, delle pseudo-allucinazioni, degli impulsi. L'interpretazione può compendiarsi in uno o più neologismi: vi è un malato che dice di trovarsi qualche volta in *telepatia*, altre volte in *patotelia*, e intende esprimere col primo vocabolo le allucinazioni vere, con l'altro (al-

meno così pare) le immagini mentali coatte ossia le pseudo-allucinazioni. I deliri paranoidi dei dementi precoci, non abbisognando nè di avvenimenti reali, nè di sforzi intellettuali per allargare la cerchia del loro tema, crescono indefinitamente. A poco a poco la concezione fantastica ed incoerente del mondo e di sè stessi prende nella coscienza dei malati un posto così vasto, da non lasciarne più alcuno per la realtà. I dementi precoci con delirio inveterato rompono ogni relazione intellettuale con gli altri uomini; non si curano nè di conoscere le idee altrui, nè di far note le proprie; ma nelle faccende minute e quotidiane della vita, aiutati dall'automatismo, si comportano con una monotonia placida d'abitudini, che è come un equivalente della regolarità. Salvo qualche residuo di bizzarria, s'alzano, si vestono, si alimentano, salutano e lavorano macchinalmente, ma non senza perseveranza: lenti, ma infaticabili. Le idee deliranti dei malati sono così dissociate, da non suggerire alcuna reazione: la loro risultante, sia in ordine alla conclusione logica, sia in ordine ad un programma pratico, è uguale a zero.

Così i dementi precoci dal periodo agitato dell'ebefrenia, della catatonia e degli esordi paranoidi passano più o meno tardi, talvolta in quattro o cinque anni, ad una fase cronica, terminale, uniforme di apatia completa, interrotta da pochi scatti d'impulsività o d'allucinazioni, che si ripetono a loro volta con una certa uniformità e che si possono quindi prevedere e prevenire. Tra questi infermi abitudinari e tranquilli, che contribuiscono ai bassi servizî dei manicomî e che talvolta eseguiscono con abilità certi lavori stereotipati, ve ne sono molti che si comporterebbero in modo del tutto regolare, se ogni tanto non parlassero da soli, se non camminassero con un passo studiato, se non assumessero il comando militare di legioni invisibili o se non si abbandonassero a pratiche paranoidi. Un nostro malato tra i più attivi nella spazzatura dei locali riempie di numeri ogni pezzo di carta che trova, ne traccia col gesso sul pavimento e con le mani sulla ghiaia del giardino; un altro, non meno assiduo nelle stesse faticose incombenze, adopera la pompa del giardino per irrigarsi l'ano a cura preventiva delle emorroidi; un altro ancora, che all'attività materiale associa un'incredibile e sconclusionata magniloquenza, tenta, se gli riesce, di mangiare lo sterco umano, per fare atto d'omaggio ad un prodotto per quanto umile dell'onnipotenza divina.

I dementi precoci, giunti alla fase cronica, rimangono all'infinito in uno stato di floridezza invidiabile e non presentano alcuna anomalia nel campo delle funzioni somatiche.

Come un esempio tipico di demenza precoce a decorso misto riportiamo il sommario biografico d'un giovane che attualmente sta per passare dalla fase acuta alla cronica.

L. R., 28 anni, laureato in legge, ha un fratello colpito da ebefrenia ed altri parenti psicopatici; sembra che il padre vada soggetto ad attacchi leggieri, ma periodici di depressione senza delirio. Il malato aveva grande memoria, era studioso, arguto, amante della discussione e della speculazione filosofica. Fin dall'infanzia era esagerato nei sentimenti ed un po' strano nelle abitudini. A 12 anni rivelò i suoi primi scrupoli religiosi. A 15 anni, col risveglio della pubertà, abbandono delle pratiche religiose e sospensione degli studî: periodo di psicastenia, di dubbî e di fobie che dura tre anni. A 18 anni ripresa degli studî e ritorno agli esercizi religiosi. Il malato si prefigge la castità e per meglio riescirvi adotta lo *sport* ad oltranza. A 19 anni gastrite col decorso d'una tifoide. A 20 anni stitichezza. Continuano gli esercizi di pattinaggio, bicicletta e ginnastica, le passeggiate si ripetono ogni giorno fin per 6 ore consecutive. A 22 anni primo amore; vi sono difficoltà di cui il malato si affligge, ma per breve tempo. Poi si rassegna per sentimento religioso. A 23 anni laurea in legge. A 24 anni si accentua la stitichezza, cominciano i fenomeni di *arresto nel camminare* e nel parlare, aumenta il misticismo e il giovane neo-laureato è spinto alle preghiere, alla meditazione prolungata, alla penitenza, come una comare. Qualche volta l'infermo è rassegnato. Tuttavia intraprende il servizio militare come volontario d'un anno. Nei primi sei mesi di volontariato tutto procede bene; poi si ripresentano i fenomeni d'arresto e gli tocca di lasciare il servizio. Era il maggio del 1900, quando, condotto in campagna per curarsi, il malato diede i primi segni di pazzia vera e propria: rifiutava di cibarsi da sè (questo per pochi giorni) ed esclamava: *giuro, morte, fiat, dolce dolce* ed altre parole simili, che fanno parte tuttora del suo repertorio catatonico. Questi sintomi si protrassero per venti giorni. Trasferito in montagna alla fine di luglio, il disgraziato infermo migliora; l'ossessione si presenta ogni tanto, ma è vinta. Ad ottobre scende e ricade. Dopo quattro settimane si ricrede e scrive la seguente lettera:

Novembre 1900.

Caro Babbo mio,

« Oh come sono lieto di poterti, grazie al cielo, con l'animo esultante, scrivere direttamente, per dirti della mirabile trasformazione che si è operata in me. Fino a pochi giorni fa le idee solite mi aveano tenuto stretto in pugno con forte ossessione massime quella (oltre al digiuno) del dover certamente morire fra tre mesi, e del dover quindi restare in una casa di cura per sacrifizio aspettandovi la morte.

« Ma la mattina di Venerdì, grazie a Dio, specie per un certo aspetto di assurdità che presero le mie interne proibizioni, l'ossessione, grazie a Dio, incominciò ad essere meno intensa. Massime dopo la preghiera, mi lasciò mangiare, e quando venne Mamma a prendermi, contuttochè avessi fino allora deciso di non consultare in alcun modo persona di religione, l'ossessione non ebbe la forza di resistere alla insinuazione di Mamma che mi condusse in vettura da un Canonico col quale avea preso appuntamento per una conferenza.

« Mi feci animo, e malgrado un ronzio che innanzi ancora sentiva ed una certa confusione di mente che mi restava, ebbi non appena abboccatomi col sacerdote una abbastanza chiara lucidezza di mente e calma che mi permise di esporre nitidamente tutta la mia storia, da qualche anno a questa parte, e mi dispose ad accettare il responso del Canonico.

« Gli esposi per filo e per segno ogni cosa, dal principio dell'affacciarsi

di quel genere di idee, divisi i periodi per gruppi, e ad ogni gruppo il richiesi del suo parere.

« La calma del sacerdote, la sua benignità ed anche chiarezza di mente mi fece buona impressione: egli senza incertezza, con franchezza ed in modo abbastanza persuasivo, lodò quello ch'era da lodare, m'indicò fino a dove io avea camminato bene, fin dove cioè si vedeva la mano del Signore, e d'onde io avea incominciato ad errare, ritenendo io per buono quello che egli riteneva essere invece insinuazione del demonio, sotto apparenza di bene, per la maniera del ragionamento, e massime pel fatto dell'avermi tenuto lontano dai S. Sacramenti, e dal parlare del sacerdote del quale, egli mi disse, il Signore non ha paura.

« E richiestolo poi s'egli credesse essere realmente opera diabolica oppure auto-suggestione, mi rispose che lo spirito maligno si serve talora anche di questo mezzo. Dichiarò adunque le mie idee sostanzialmente erronee, e mi esortò a rimettermi all'obbedienza.

« La mia mente, l'animo mio, erano atti in quel momento a riceverne l'impressione, e le sue parole fecero l'effetto voluto.

« Durante il colloquio la proibizione tacque e dopo ne rimase sopraffatta.

« Puoi immaginare la nostra gioia quando ridiscendemmo le scale del canonico, avendo ottenuto quello che da tanto tempo si anelava.

« Cessata la causa che mi ci costringeva, predominò nell'animo mio l'avversione a quel luogo, ove fino allora era stato, e nel quale se le mie fisiche condizioni ne aveano avuto un certo vantaggio per la costrizione al cibo, *quelle mentali erano al certo peggiorate per la solitudine* ed il continuo turbinio delle idee, e pregai Mamma di non ricondurmici, ma di portarmi seco al focolare domestico. Mamma assentì, e la sera con letizia cenammo tutti assieme.

« Mi trovo così alla famiglia in seno, presso alla mia cara Mamma, cui ho promesso di obbedire docilmente, faccio tre pasti al giorno, *e le mie idee si vanno dileguando come nebbia al sole*, come *musica che si allontani, come ricordo del passato*.

« Dopo qualche altra conferenza col canonico cui egli mi ha consigliato penserò sotto alla sua direzione a tornare ai S. Sacramenti, a compiere al più presto la S. Confessione e la S. Comunione da cui pur troppo sto lontano da un anno.

« Dietro consiglio del canonico e di mamma ho anche ricominciato a bere vino, abbiamo comprato carta per palloni, di cui un primo costruito peraltro dal Nino è partito ieri — e sento in complesso la mente più sollevata.

« Quante quante cose potrei ora dirti, ed avrei da ringraziarti di quell'amore di letterina, povero Babbo, e da chiederti perdono dell'averti, sebbene involontariamente, cagionato tanto dolore. Ma tu aneli ad una mia lettera, Mamma vuol che parta oggi, e Bernardo aspetta, quindi mi è forza chiudere. Dirò ancor solo che anche questa volta come già ben altre, è stata Mamma il mio angelo salvatore, senza il cui aiuto starei forse ancora a marcire là entro ».

Questo periodo di remissione cessa in capo a poco più di due settimane. Alla fine del 1900 subentra un terzo accesso violento di disordine mentale con manifestazioni d'idee deliranti, sitofobia, atteggiamenti catatonici. Il 2 febbraio 1901 il malato comincia a svegliarsi ed a camminare da sè; ma quasi subito ritorna al disordine di prima e persiste in simile stato fino al termine d'aprile.

In luglio altro soggiorno in montagna ed altra remissione. Ma tornato in città verso la metà d'agosto, l'infermo subisce un leggiero peggiora-

mento, che si protrae invariato fino al novembre del 1901. Da allora in poi lo stato di catatonia perdura ed aumenta d'intensità. Il malato tiene gli occhi chiusi e non li apre che di tanto in tanto; non risponde a nessuna domanda: sta immobile, non mangia, ma si lascia imboccare, vestire e spogliare, rimanendo del tutto passivo. Ogni tanto grida od esclama: *dolce dolce, fiat, morte, giuro giuro;* non legge le lettere che riceve, non le apre e non ne scrive; si oppone a qualunque proposta tenacemente, non consente nè a camminare, nè a mostrar la lingua, nè ad alzare il capo; quando grida, accompagna il grido con un atto di disgusto, scuotendo il capo come se fosse colto da un brivido; non rompe il silenzio che per pregare d'essere lasciato immobile e senza cibo, o per domandare il cibo di magro nei giorni di venerdì e di sabato, o per implorare d'essere accompagnato alla messa; di notte *orina nel letto* e qualche volta sorride o *ride fragorosamente* senza motivo o per motivi futili.

Eppure nel 1901, mentre lo stupore catatonico era al colmo, il malato si recò una sera nella camera di sua madre, indisposta, dicendole: « senti, mamma, temo di perdere presto la mente; prima che ciò avvenga vorrei fare le mie divozioni ». E nello stesso anno per un periodo di circa trenta giorni ripeteva continuamente: *Satana mi tormenta, ma io . . . . niente.* Nel maggio del 1901 era ricoverato in un Sanatorio, ma si recava ogni giorno a casa da sua madre. Orbene, mentre al Sanatorio non consentiva mai a mangiare da sè, appena giunto a casa mangiava di tutto senza farsi mai aiutare, prendeva parte alla conversazione e faceva frequenti escursioni nei dintorni della città in compagnia di parenti ed amici, che non avevano alcun sentore delle sue bizzarrie. Tornava la sera al sanatorio e le bizzarrie ricominciavano.

Questo malato, in piena catatonia, giunse al mutacismo, alla perdita delle feci e dell'orina, alla sitofobia sistematica. Tuttavia in pochi mesi si rimise e tornò a casa. Presentemente conduce una vita delle più strane: frequenta conferenze e ritrovi eleganti, esce solo, tiene carteggio brevissimo con amici di famiglia, commenta con senno gli spettacoli teatrali a cui assiste; ma ritarda di cinque o sei ore agli appuntamenti, al pranzo, alla levata mattutina, che diventa pomeridiana, e la sua camera, come la pubblica strada, è sede indisturbata di *capriole, piroette, inginocchiamenti* ed altri riti igienico-religiosi in apparenza, in realtà automatici, che assumono proporzioni gigantesche nella solitudine domestica, mentre si riducono ad espressioni simboliche e rudimentali davanti a testimonî.

La demenza precoce assume spesso un carattere familiale come nel seguente caso:

A. R., giovanotto di 25 anni ebbe una bisavola nevropatica; la nonna impazzì a 27 anni e fu ammessa al manicomio di Firenze il 4 luglio del 1851 con mutacismo, delirio, tendenza a saltare dal letto, insonnia; la madre, nata da questa inferma, che frattanto era guarita ed aveva lasciato il manicomio, impazzì a sua volta all'età di 40 anni, durante l'allattamento dell'ultimo figlio, ed ora è in istato di completa demenza, ospite fin dal 1884 di quello stesso manicomio, che accolse per breve tempo sua madre; una zia materna di quest'ammalata fu anch'essa alienata. Ed ora, accanto alla madre, che ha raggiunto i suoi 58 anni, sono riuniti al manicomio di Firenze anche il figlio di cui si parla e la figlia di cui parleremo: entrambi dementi precoci.

Nel 1899, sui primi di gennaio, questo giovane, ch'era amante dei di-

vertimenti e in condizioni d'agiatezza sufficiente per pagarseli, sfugge la compagnia degli amici, si propone di non mangiare, e cessa di rispondere alle domande che gli si rivolgono. Il 16 di gennaio con un colpo di rasoio alla gola tenta di uccidersi, ma la ferita non è grave, e il malato è condotto al manicomio. È in istato di profondo stupore, ma in capo a pochi giorni si risveglia, disimpegna qualche faccenda, assiste gli altri ricoverati e gareggia con gli infermieri anche nei servizi più grossolani. Ma nello stesso tempo, di tratto in tratto, ride senza motivo ad ogni interrogazione, ammicca con le palpebre e non sa giustificare in nessun modo il suo tentativo di suicidio. Tuttavia la famiglia s'illude che si tratti d'una melancolia in via di guarigione, e ritira in casa il malato, che non era nè melancolico, nè guarito. Dopo una tregua di pochi mesi fu ricondotto al manicomio perchè restava giornate intere in completa immobilità. Ora il malato sta quasi sempre seduto, col capo fortemente chino, non parla mai spontaneamente, non risponde alle domande. Invece di rispondere ride silenziosamente senza mutar posizione, e le palpebre sono prese da un rapido tremito. Quando è a letto sta col capo coperto dal lenzuolo; e se è sveglio, si abbandona di tanto in tanto a brevi risate afone. Spesso orina nel letto. Invitato ad alzarsi ed a passeggiare, obbedisce immediatamente camminando con passi piccoli e frettolosi, il capo chino e le mani appoggiate sulle coscie. Se si ripone a sedere, qualche volta mantiene le mani sulla parte anteriore delle coscie, altre volte le unisce in atto di preghiera. Qualunque movimento gli si comandi lo eseguisce senza esitazione, senza lentezza, ma con un certo *manierismo*. Non oppone resistenza ai movimenti passivi e gli arti rimangono lungamente nella posizione assunta (*catalessi*). Nessuna notizia o promessa o visita di parenti lo conturba. La fisionomia od è atteggiata ad un sorriso melenso od assume l'impronta d'un raccoglimento profondo. Il malato si lascia colare dal naso il muco e dalla bocca la saliva ed ha gli abiti imbrattati. Mangia abbondantemente. La pelle è bianca e glabra, il panniculo adiposo sufficientemente sviluppato: i genitali esterni sono normali. I *riflessi rotulei* sono vivacissimi e così pure i cutanei: addominale, ipogastrico, cremasterico, plantare. Non vi è analgesia.

A. R., 23 anni, sorella del malato precedente, aveva 20 anni quando nel principio del 1898 cominciò a dar segni di alienazione mentale. Voleva uscir di casa dieci o venti volte al giorno, diceva d'essere incinta e di dover presto partorire un bambino, ma nello stesso tempo protestava d'essere una santa e che tutti gli altri erano peccatori. Oscillante nel tono sentimentale, alternava il pianto col riso senz'alcuna ragione. Vedeva il diavolo e qualche volta diventava violenta, rompendo tutto ciò che le capitava per mano.

Entrata al manicomio, era in uno stato di vivissima agitazione. Per 15 giorni si mantenne agitata; poi la scena cambiò completamente. L'ammalata si fece apatica, silenziosa, non rispondeva più alle domande o susurrava a mezza voce pochi monosillabi con grande lentezza. Non parlava mai naturalmente. Da allora in poi il quadro clinico non ha mai mutato.

La ragazza, alta, di gradevole aspetto, di maniere modeste e riservate, sta quasi sempre seduta col capo chino; qualche volta lavora alla calza od al ricamo, ma quasi macchinalmente e con immensa lentezza, per comando. Per ottenere da lei una risposta, bisogna ripetere più volte la domanda. Durante l'interrogatorio sorride, guarda in modo furtivo il medico che le sta dinanzi, ma senza alzare la testa, fa qualche cenno del capo e susurra qualche parola. Invitata a sollevare la testa,

non obbedisce ed anzi resiste validamente. Ricusa di alzarsi, di camminare, di mangiare a comando; ma, se le si porge un libro, *legge correttamente*, in fretta due o tre righe, poi senza scomporsi si rimette alla sua calza. *Scrive sotto dettatura senza errori*, ma ogni tanto posa la penna per ricominciare il lavoro. Se le si propongono dei calcoli numerici a memoria, sulle prime risponde a casaccio, ma poi finisce col riflettere, rettificare e risolvere il problema esattamente. Se poi si imposta un'operazione aritmetica, per esempio una moltiplicazione, l'ammalata eseguisce esattamente il calcolo delle prime cifre, ma scrive tutte le altre a caso e rapidamente. Del resto conosce benissimo i luoghi, le persone e i loro nomi. Un saggio di dialogo con lei:

— Come si chiama? — *A. R.* — Quanti anni ha? — *Venticinque.* — Dove sta? — *A Firenze.* — In che via? — *Via Pàrione.* — A che numero? — (Indica con precisione il numero ed il piano). — Ha i genitori vivi? — *Non lo so.* — Che giorno è oggi? — *Martedì* (mercoledì) — Di che mese siamo? — *Di gennaio* (esatto). — In che anno? — *1902* — Dove siamo adesso? — *Non lo so.* — A casa sua? — *Sì.* — Ma chi sono queste persone intorno a lei? — *Sono malate.* — Ci sono malate a casa sua? — *Non sono a casa mia.* — Dunque dov'è? — *Al manicomio.* — E chi ci sta al manicomio? — *I malati di cervello.* — Lei è malata di cervello? — (Risponde *sì* col capo). — Da quanto tempo si trova al manicomio? — *Da quattr'anni.* — Vuol bene al suo babbo? — *Sì.* — Sa cucire? — *So leggere.* — E stata a scuola? — *Alle scuole comunali.* — Andrebbe volentieri a casa? — *Sì.* — Sta volontieri qui? — *Sì, certamente.* — È vero che qualche volta ha visto il diavolo? — *Sì.* — Com'è fatto? — *È nero.* — È vero che sua madre è ricoverata al manicomio come lei? — (Accenna di *sì*, gira lo sguardo per la sala e indica sua madre, che infatti è presente). — È vero che lei è incinta? — *Sì, ho partorito un bambino.* — Come si chiama? — *Giulio.* — Dov'è? — *È morto.* — Quando è morto? — *Non è nemmeno nato.* — Perchè allora mi ha detto d'averlo partorito? — *Per un capriccio.* — Crede d'essere una santa? — *Sì.* — Che santa? — *La Madonna del Giglio.*

CAUSE E NATURA DELLA DEMENZA PRECOCE.

Le cause di questa malattia sono completamente ignorate. Ch'essa si trasmetta per eredità è un fatto frequente, ma non costante. Si può aggiungere che nell'ascendenza dei dementi precoci le madri sono pazze o isteriche o stravaganti più spesso dei padri. Ma ciò potrebbe dipendere dalla circostanza che nella selezione matrimoniale le donne, almeno per ciò che riguarda la loro intelligenza e il loro carattere, sono scartate meno rigorosamente degli uomini. Le isteriche non destano alcuna ripugnanza, le imbecilli passano per timide educate all'antica, e quelle che sono predestinate alle psicosi affettive, sposandosi in età più giovane degli uomini, non hanno ancora dato prova della loro tendenza morbosa; alle ragazze, che vivono nella cerchia angusta della famiglia, è assai più facile che non agli uomini di nascondere i proprî difetti. In ogni modo è certo che, fra tutte le malattie mentali, la demenza precoce è forse la

più ereditaria: qualche volta assume senz'altro il carattere d'una malattia familiale. Le coppie di fratelli che si contano in ogni manicomio numeroso sono quasi sempre casi di demenza precoce. La fig. 132 rappresenta tre sorelle che impazzirono verso i 20 anni, tutte di demenza precoce.

Quanto alle stigme di degenerazione, non si può affermare che abbondino; spesso l'inesorabile malattia colpisce giovani aitanti e ragazze nel fiore della bellezza. Forse, fra i colpiti, vi è prevalenza del sesso maschile, ma così lieve, da non autorizzare alcuna conclusione. In



Fig. 132. — Demenza precoce in tre sorelle: fase terminale con apatia, mutacismo ed atteggiamenti sistematizzati.

materia di patogenesi, non si conosce che una congettura di KRÆPELIN: la demenza precoce sarebbe un'autointossicazione dell'organismo prodotta da veleni elaborati negli organi sessuali che riescirebbero dannosi al cervello. L'ipotesi fisiologica d'una secrezione interna da parte degli organi sessuali potrebbe spiegare la demenza precoce sia come una deficienza, sia piuttosto come un eccesso di tale funzione recondita. La frequente comparsa della malattia durante la pubertà, il turbamento e le oscillazioni ch'essa determina nelle funzioni genetiche e l'impossibilità della sindrome specifica nei vecchi appoggerebbero questo modo di vedere. D'altra parte il processo della demenza precoce non risparmia gli adulti, e l'organoterapia, più volte applicata con metodo e perseveranza, non portò il minimo risultato. Altri paragonarono la degenerazione dei dementi precoci

a quel processo di reversione atavica per cui certe piante inselvatichiscono: ma si fa torto ai selvaggi ravvicinandoli ai dementi precoci.

In ogni modo, se per reversione atavica si vuole intendere la mancanza d'adattabilità ad un ambiente elevato e il ritorno dell'organismo ad una forma d'adattamento inferiore, perciò intempestiva, inopportuna, mostruosa, si enuncia un'ipotesi che sta in aperto contrasto coi fatti. Il demente precoce colla sua passività, col suo negativismo, col pervertimento della sua volontà è inadatto all'ambiente in cui vive; ma sarebbe ancora più inadatto ad un ambiente meno evoluto, da cui non riceverebbe nè soccorso, nè perdono, nè correzione. La demenza precoce non è una reazione, sia pur patologica, a fattori esterni di malattia; ma è una degenerazione endogena che rappresenta la negazione di qualsiasi adattamento e che si svolge all'infuori da ogni regola o fase storica dell'evoluzione intellettuale.

In altre parole, la demenza precoce è con tutta probabilità una malattia, non un'anomalia. Anche le poche nozioni che si possiedono sulla sua anatomia patologica confermano questo modo di vedere. I preparati eseguiti col metodo di Marchi e con quello di Weigert dimostrano che nei dementi secondarî la corteccia cerebrale è alterata: ora i dementi secondarî sono appunto i tributari della demenza precoce. Nelle cellule vi è atrofia e degenerazione grasso-pigmentosa; nelle fibre degenerazione e distruzione (dei fasci associativi); nei vasi sclerosi, obliterazione e degenerazione grassa; nella nevroglia proliferazione dei nuclei. Questo reperto che Maschtschenko ha verificato nella demenza secondaria si può, in parte, attribuire alla demenza precoce. Nelle forme catatoniche Alzheimer ha riscontrato spiccata gliosi che si limita allo stato più profondo della corteccia cerebrale. Questo interessante reperto anatomico, che più tardi è stato confermato da Dunton, si può mettere in armonia coi sintomi clinici della demenza precoce. Lugaro fa notare che il disturbo mentale caratteristico della demenza precoce e che si manifesta sotto forma pura ed isolata nei paranoidi consiste in un perturbamento della volontà e della condotta, mentre sono integri la sensibilità, la capacità motrice, la memoria e l'ideazione. Orbene, questa caratteristica parzialità dell'alterazione mentale collima perfettamente con una lesione elettiva e sistematica di speciali neuroni corticali che potrebbero appunto essere le cellule polimorfe dello strato profondo. Per via d'esclusione è supponibile che le cellule polimorfe regolino quelle funzioni che nella demenza precoce si palesano alterate e che dovrebbero coordinare le rappresentazioni con le emozioni corrispondenti e con l'esecuzione degli atti. Gli altri elementi hanno infatti, almeno per quanto sembra, altri uffici. Lo strato tangenziale e quello delle cellule piramidali sono destinati più specialmente ad asso-

ciazioni similari e più semplici; le grandi cellule piramidali servono ad esportare il prodotto ultimo dell'elaborazione corticale, il movimento, e danno origine alle vie di proiezione; gli elementi piccoli degli strati granulosi sono più direttamente connessi con le fibre afferenti e perciò con la sensibilità. Dunque la connessione tra gli affetti, i motivi e la condotta, che è il campo di battaglia della demenza precoce, risiede verosimilmente nello strato profondo della corteccia, che le ricerche anatomiche segnalano infatti come il più colpito. La demenza precoce, qualunque sia la sua causa, sarebbe così l'effetto d'una *degenerazione sistematica* e *parziale* della corteccia.

Solo un esame anatomico di casi recenti in fase acuta e che siano venuti a morte per malattie intercorrenti, ma non troppo lesive del sistema nervoso, potrà col tempo delucidare la questione. Intanto la demenza precoce è da riguardare con sicurezza come la più tipica delle psicosi da causa interna.

CURA.

Piuttosto che di cura, si deve parlare in questi casi di regime. I vesanici sono poco sensibili ai deprimenti ed altrettanto poco agli eccitanti. Le loro violenze impulsive e i loro raccoglimenti catatonici non sono l'espressione d'uno stato affettivo; coi farmachi d'azione più sicura e più energica non è facile ridurre al silenzio reazioni automatiche e d'ignota origine. Il bromuro di potassio, la ioscina, i bagni caldi e prolungati, che danno tanto sollievo agli epilettici, ai paralitici, ai maniaci, sono spesso inefficaci nella demenza precoce: l'oppio, il bagno freddo, il massaggio, l'elettricità sono senz'effetto nei casi di catatonia apatica, di mutacismo, di sfrenatezza intestinale e vescicale. La suggestione è ancor più inefficace; anzi, facendo appello alla persuasione, si corre il pericolo di risvegliare nei malati il negativismo e di produrre complicazioni. Il demente precoce non riconosce nè l'autorità, nè la benevolenza di chi lo consiglia; non ascolta la voce del proprio interesse; non rifugge dallo scetticismo, dalla ribellione, dall'ingratitudine, dal cinismo e dall'insensatezza fino agli estremi limiti del credibile. I pentimenti, le resipiscenze, la visione chiara del proprio stato, anche nei momenti migliori, non sono mai completi.

Pei dementi precoci, sopratutto nello stadio acuto (che non è breve), è necessario il manicomio. Questi ammalati, che agiscono senza collera e pur senza freni, non curando minimamente le conseguenze dei loro atti, non possono nè godere della libertà, nè ricevere un'assistenza sufficiente nelle loro case. In una malattia come la demenza precoce, dove l'attività volontaria si snatura fino a svincolarsi da ogni movente ragionevole o

sentimentale, tutto è possibile e nulla è prevedibile. Il manicomio, se non è un mezzo di cura, è dunque per lo meno una necessità.

Ma, superato lo stadio acuto, in capo a qualche anno, i vesanici che non guariscono diventano assai più disciplinabili. Le loro manifestazioni impulsive e paranoidi si semplificano; le loro angolosità si smussano; il contegno diventa uniforme e si riduce all'estrinsecazione tranquilla di pochi manierismi innocui, che fra le mura indulgenti del manicomio non destano nè meraviglia, nè reazione. Il negativismo dei malati si spunta di fronte ad un'organizzazione grandiosa che, come quella d'un ospedale, oppone la sua resistenza passiva e impersonale ad ogni sorta d'impulsi, reprimendoli quand'è necessario, tollerandoli quand'è possibile, evitando con norme fisse ogni esitazione o contraddizione di trattamento. Così a poco a poco i dementi precoci, inabili alla vita sociale, divengono spesso idonei alla vita speciale del manicomio e vi spiegano talenti insospettati, perseveranza irreprensibile, energia insuperabile, purchè non si esiga da essi nulla più e nulla meno di ciò che *possono* e *vogliono* dare. Nelle colonie agricole annesse ai manicomî, in certi lavori di scritturazione, nelle mansioni più umili di pulizia e di disciplina interna i vesanici inveterati allo *stato freddo* sono cooperatori preziosi. Ma affinchè non desistano dalla loro cooperazione, è necessario applicare fino all'estremo sminuzzamento il principio della divisione del lavoro.

Talvolta, a furia di migliorare, i dementi precoci arrivano ad uno stato di *guarigione incompleta*, di *saviezza relativa*, che permette loro di vivere regolarmente anche fuori dal manicomio, purchè vi sia chi li dirige, li appoggia e li preserva dagli attriti del mondo. Per raggiungere questa soluzione non bisogna affrettarla, ma attendere che nel malato sia spento ogni impulso automatico e subitaneo.

Nelle forme catatoniche ed ebefreniche che sopraggiungono all'improvviso in individui molto giovani e con sintomi di confusione mentale, si dovrà adottare lo stesso criterio di cura che si applica nell'amenza, aggiungendovi l'isolamento in case di salute. In questi casi non è impossibile la guarigione completa.

CAPITOLO XXII.

I pervertimenti sessuali

Sarebbe ingenuo credere che ogni e qualunque irregolarità degli atti e dei desideri erotici costituisca un segno infallibile di pervertimento sessuale. Vi sono aberrazioni del senso genetico, ma parziali e passeggere, che non hanno il significato profondo di un'anomalia antropologica; e questo capitolo non è l'enciclopedia di tutte le fantasie lubriche che pullulano in cervelli corrotti, ammalati, immaturi, decadenti, o semplicemente sovreccitati. L'amore è il campo più insindacabile e più libero dell'anima umana appunto perchè l'istinto da cui emana è cieco, imperioso e poco consapevole o interamente inconscio dell'obiettivo fisiologico a cui è rivolto. Un problema così indeterminato permette una certa varietà di soluzioni personali ed in materia amorosa ogni uomo ha il diritto ad un'estetica propria. Ma questo diritto ha un limite e non deve spegnere l'attrazione naturale e fruttuosa verso l'altro sesso a totale benefizio di tendenze oblique ed infeconde.

Per la specie e pel filosofo che studia obiettivamente le leggi degli istinti il punto di mira e la norma dell'erotismo è la procreazione; ma questa norma non vincola in modo assoluto l'individuo normale che la ignora e che se ne cura mediocremente anche quando trova comodo di rispettarla. Non è patologico, nè ripugnante, nè immorale, sebbene infecondo, il contatto con una donna incinta o notoriamente sterile. Per la stessa ragione è tollerabile l'atto o il desiderio che approdi comunque ad una soddisfazione non perfettamente classica dell'istinto genetico, anche se per una volta tanto resta inascoltato l'interesse astratto della specie. L'essenziale è che questo interesse non risulti sistematicamente e irrimediabilmente tradito.

Il vero pervertimento si verifica solo in quanto un'orientazione decisamente contraria alla funzione genetica renda impossibili, malagevoli o ripugnanti i contatti normali, mentre riescono facili, piacevoli o desiderati i contatti extra-normali. Non sono dunque pervertiti quegl'individui

rozzi, incoscienti o insatiriti che, per il bisogno invincibile di soddisfare un istinto ben poco illuminato, ricorrono in mancanza di meglio a mezzi inadeguati. Malgrado il traviamento transitorio, essi conservano non foss'altro allo stato latente la capacità pratica e la preferenza teorica per il rituale fisiologico. L'attrazione erotica verso individui del medesimo sesso è il più delle volte una manifestazione di daltonismo sessuale che dipende appunto da imperfetta visione dell'obiettivo amoroso : si osserva in adolescenti che vivono in clausura, fra individui la cui coscienza è annebbiata da malattie e ricondotta al daltonismo primitivo, fra vecchi rammolliti che sarebbero disposti a sfogare una libidine indistinta e bisessuale anche su teneri fanciulli del sesso opposto, se ne trovassero. In questi casi di bisessualità il senso genetico è traviato per eccesso. Alle conquiste più gustose si antepongono le conquiste più facili. Ma il traviamento cambia di natura e costituisce una vera anomalia costituzionale se, coincidendo col risveglio precoce ed intenso dell'istinto sessuale, acquista stabilità e taglia la strada per tutta la vita alle abitudini mentali e quindi agli atti materiali richiesti dall'amor fisiologico. Si ha allora un arresto dell'istinto genetico allo stadio infantile, un *infantilismo erotico*, che non attenua l'irruenza dell'attrazione sessuale, ma le impedisce d'orientarsi normalmente. Il maschio giovanetto che si innamora *provvisoriamente* d'un giovanetto dalle fattezze femminili si dimostra non già effeminato, ma *ultravirile*. Lo stesso si può affermare della giovanetta o della donna che, per colmo di passività muliebre, accetta o cerca le carezze ardenti di altre donne; essa è *ultrafemminile*. Il significato di questi traviamenti, piuttosto che parafisiologico, è iperfisiologico. Ma si passa al vero pervertimento costituzionale quando gli adolescenti smarriti, in luogo di retrocedere alla prima occasione, rimangono per sempre al di là del confine, o se, peggio ancora, procedono nel vagabondaggio bisessuale e si specializzano fino a raggiungere l'inversione completa e irrimediabile. L'ideale provvisorio diventa definitivo, assorbente, assoluto, mostruoso.

L'eclettismo spensierato della prima infanzia e della demenza, per quanto lontano dai precetti d'una morale rigorosa e di un'estetica raffinata, non è dunque in aperto contrasto con le leggi naturali ed anzi rivela la forza e l'impeto d'un istinto tra i più fondamentali. Esso corrisponde all'indifferenza etica ed alla semplicità estetica degli animali, tutta a base di colori e d'odori, che qualche volta distoglie, è vero, dal contatto fecondo, ma più spesso lo favorisce perchè ne moltiplica le occasioni sopprimendo gli impedimenti subiettivi e facilitando la scelta sessuale. Sarebbe invece impossibile riscontrare negli animali nulla di paragonabile alla vera inversione sessuale. L'*uranismo* completo e senza ritorno è una specialità umana, un marchio di degenerazione. La viragine che circuisce

altre donne per compiere su di esse atti maschili e che non sente alcuna attrattiva nell'abbandono di sè stessa; il pederasta che si offre femminilmente alle voglie d'uomini rozzi o semi-invertiti, mentre un'insuperabile *misoginia* lo trattiene e lo disgusta da ogni contatto aggressivo, sono eccezioni mostruose e rare: anomalie degenerative. Non solo questi casi estremi, ma tutte le abitudini mentali, ancorchè non seguite dagli atti, che allontanano durevolmente o irremissibilmente i sessi dai loro rapporti naturali, sono pervertimenti costituzionali.

Persino tra gli ortodossi dell'amore intersessuale si contano pervertiti: e sono gli idealisti intransigenti, gli esclusivisti, gli utopisti che, nella vana ricerca di un'anima similare o complementare o perfetta, si condannano praticamente alla castità. Il loro *particolarismo* ortodosso va a finire nell'infecondità come i *particolarismi* dei pervertiti che concentrano tutti i desideri sessuali all'infuori dal contatto fecondo e che da Binet furono chiamati col nome di feticisti. Partendo dal preconcetto cattolico in favore della castità, Raffalovich fa un'apologia degli uranisti pudichi (uranista è sinonimo d'invertito): infatti l'uranismo, per i pericoli a cui espone nella ricerca d'un *partner*, per le repressioni penali (specialmente del codice germanico, dell'austriaco e delle leggi inglesi) e per le ostilità universali dell'opinione pubblica, conduce le persone prudenti che ne siano colpite a quello stato di castità che i cattolici considerano come il più perfetto ed ideale. Il disprezzo ascetico verso gli atti carnali giunge a tal punto, che si eleva agli onori d'una virtù teologale, se non d'un assoluto dovere, la sorella minore della castità, cioè la continenza. E poichè un grado decente d'uranismo predispone per necessità almeno alla continenza, si arriva a legittimare l'uranismo ancorchè non sia perfettamente casto. Esiste una *metafisica dell'uranismo* che risale a Platone. Questo capostipite degli idealisti ascetici magnifica non solo l'*amor filosofico* tra maschi (puro), bensì anche l'*amore onorevole*, cioè duraturo, temperato, serio, ma non casto. Il neo-misticismo di cui è intinto anche Raffalovich suggerisce altri argomenti a favore della infecondità, quindi della castità, quindi della continenza e quindi dei suoi derivativi extralegali: l'inversione sessuale è appunto uno di questi derivativi. Agli occhi dei religiosi e dei mistici non vi è nulla al mondo che abbia il prestigio della verginità. Essi hanno creduto di compiere un atto di massimo ossequio decorandone la madre di Gesù anche a costo di creare una posizione piuttosto equivoca al padre. Agli occhi dei neo-cristiani la verginità ha anche il pregio ben moderno dell'utilità biologica. Si invoca a tutela del benessere sociale il noto principio della divisione del lavoro: da una parte i riproduttori, scelti e limitati di numero, che miglioreranno la razza e modereranno l'esuberanza della popolazione; dall'altra gli intellettuali, esonerati dalle

cure della famiglia, votati alla castità ed alle pratiche omosessuali (purchè senza offesa al pudore altrui) e quindi più idonei a coltivare senza pastoie l'arte, la scienza e la filosofia. Tra i sacerdoti della castità gli uranisti militanti formerebbero una specie di clero irregolare.

Ma queste apologie non tolgono all'uranismo, per quanto virtuoso, il suo carattere d'anomalia. Non glielo tolgono nemmeno i forzati riscontri che si vorrebbero instituire tra l'uranismo umano e la neutralità sessuale d'alcune specie animali. Per trovare una sanzione dell'infecondità e quindi della castità nella scala zoologica, non basta scendere: bisogna deviare fino agli artropodi. La castità non è naturale che nei neutri; e nella linea della filogenesi umana non esistono neutri. L'aspirazione ad una specie di neutralità sessuale o ad un suo surrogato, l'uranismo, è dunque un'utopia della morale metafisica che alligna fra i mistici moderni ed antichi. E il libertinaggio, così biasimato da questa morale, è più fisiologico non solo dell'uranismo, ma anche della castità.

L'unica causa plausibile che possa, senz'oltraggio alla fisiologia, imporre la castità o rendere moralmente tollerabili i pervertimenti sessuali è l'altruismo. L'altruismo inibisce la violenza, la seduzione ed ogni rischio che metta a repentaglio la felicità della persona amata. Questa nuova forza morale, ignota ai primitivi ed agli animali, è una guarentigia di libertà e d'ordine sociale perchè esclude ogni atto carnale che avvenga senza mutuo consenso. Gli atti aberranti e tra individui dello stesso sesso, richiedendo come tutti gli altri il concorso di due volontà, sono eliminati più abbondantemente degli atti normali perchè trovano meno facili adesioni. Solo i deformi e i malati di malattie contagiose sono condannati dal rigore ben giusto dell'altruismo ad una castità senza speranza. Le altre forme di castità sono antifisiologiche. Ed è egualmente antifisiologica ogni *aberrazione costituzionale degli ideali erotici* che implichi la sistematica avversione dei contatti normali o che ne comprometta la riescita per un fatale rovesciamento dell'attrazione sessuale verso il proprio sesso o verso una meta anatomicamente estranea al processo della fecondazione.

Inversione sessuale (Uranismo).

L'inversione sessuale si riscontra in uomini e in donne talvolta della stessa famiglia. Ma è probabile che l'eredità patologica trasmetta soltanto la degenerazione nervosa o morale e che la coincidenza delle manifestazioni sotto la forma precisa dell'uranismo dipenda piuttosto dal caso o dall'analogia dei procedimenti educativi. Abbiamo già indicato l'importanza della memoria, ossia d'una funzione eminentemente simbolica ed associa-

tiva, nel vestire d'un fascino insuperabile le impressioni erotiche dell'infanzia. Come il poeta arcadico che non conosce il dolore tende a cogliere le sole immagini della bellezza e per una specie di cecità verso il brutto si illude che tutto sia bello; come il critico unilaterale s'inspira ad una specie di chiaroveggenza esclusiva verso il brutto che lo rende incapace di gustare il bello fuorchè in teoria, così la grande maggioranza degli uomini per una involontaria selezione mnemonica dimentica il brutto e non ricorda che il bello. L'uomo che ricorda non ricorda che a metà: dei morti ci rimangono nella memoria le virtù più che i difetti; dei paesi che abbiamo percorso annoiandoci e che ci sembravano mediocri allo stato presente ci si affacciano le magnificenze e le dolcezze quando li contempliamo sotto la luce della rimembranza; delle avventure aspre e pericolose ricordiamo le gioie più che le amarezze; il limbo della nostra infanzia ci sembra un paradiso quando l'abbiamo varcato. Per questo errore di prospettiva si ritorna al mare dopo averne provate le sofferenze, e il ricordo del primo amore o del penultimo è superiore sotto certi aspetti all'emozione voluttuosa del momento per quanto viva. Non è dunque necessario che la deformazione dell'ideale erotico sia congenita, come pretende Uhlrich, che attribuiva l'uranismo alla presenza di un'anima femminile in un corpo maschile e viceversa. Vi è un elemento che predispone alle aberrazioni: la precocità. E ve n'è un altro che congiura a perpetuarle: la memoria. Nell'infanzia non è ancora distinta l'attrazione verso il sesso opposto; e se nondimeno l'istinto genetico è desto, può darsi che imbrocchi una falsa strada. L'incertezza dell'orientazione erotica non preclude a chi è precoce (o poco cosciente) le strade del pervertimento ed apre assai di sovente quella dell'uranismo. Mentre ogni altra forma di pervertimento è il prodotto del caso congiunto ad una certa precocità, l'uranismo è favorito in modo speciale dalla vita di scuola e di collegio. La memoria si allea con la vita di clausura e col caso per ingigantire e perpetuare le prime attrazioni erotiche, rendendone impossibile la correzione (Schrenck-Notzing).

L'inversione sessuale, come le altre forme di pervertimento, non cessa per questo di rappresentare un'anomalia costituzionale, specialmente quand'è completa. L'effeminato, il pederasta passivo, l'uomo che sessualmente si sente una donna e che non cede per interesse o per intimidazione, ma per impulso spontaneo e con gioia è spesso un *imbecille* od un *paranoico;* se esercita il mestiere, è un *immorale* di razza. La donna energicamente ed esclusivamente attiva, che sdegna il ruolo muliebre sia di fronte all'uomo, sia di fronte alla donna amata, è quasi sempre un'*immorale* violenta e dimostra la sua profonda immoralità con indelicatezze, frodi e reati.

La psicologia degli uranisti è immensamente variata. Le loro biografie ci segnalano i solitarî che vivono castamente, le coppie legate da vincoli fissi e quasi matrimoniali, i bassi fondi della prostituzione omosessuale. Dall'estremo della castità e del pudore, attraverso alla leggerezza, alle gelosie, alle infedeltà, alla volubilità, all'impudenza, si giunge fino al cinismo. Il paradosso omosessuale si manifesta in tutte le possibili sfumature: vi sono uranisti austeri, arcadici, passionali, propagandisti, libertini, venali, svergognati, ricattatori. Tra gli austeri si contano scrittori e poeti di primo ordine. Nelle cronache dell'uranismo si trovano confessioni, carteggi, liriche, idillî, *flirt*, cerimonie nuziali, orgie, associazioni segrete, romanzi giudiziarî. A Parigi nel 1903 si scopersero gli eroi della *Messa nera;* a Napoli furono sequestrate scatole di confetti che gli affigliati alla Società omosessuale si scambiavano celebrando le loro unioni come nel mondo intersessuale; a Londra si ricorda ancora il processo e la condanna del poeta Oscar Wilde, che un eccesso di stolido individualismo trascinò quasi ad ostentare il suo libertinaggio omosessuale e ad abbandonarvisi senza ritegno.

Non tutti gli uranisti sono rigorosamente omosessuali. Alcuni tra di essi contraggono regolare matrimonio, sia con l'illusione d'emendarsi, sia con la speranza di nascondere al pubblico la propria anomalia, sia col proposito di farsi una famiglia. Talvolta riescono bene o male nel loro scopo; ma l'orgasmo venereo non si produce che raramente e forzatamente per evocazione d'immagini omosessuali. Tuttavia la misoginia e la misoandria non impediscono relazioni d'amicizia e di simpatia col sesso opposto, come tra camerati che la comunanza dei gusti e delle abitudini ravvicina, ma non unisce con vincoli amorosi. L'effeminato onesto, intelligente e poco lascivo, che non ravvisa nella donna una concorrente, ma il suo simile, nel senso più stretto della parola, si compiace della compagnia muliebre, dei discorsi frivoli, delle mode: è timido e raffinato. Le invertite virili amano i sigari, la scherma, lo sport; e mademoiselle Maupin fu un'incarnazione epica di valore cavalleresco, cara ai compagni d'armi e non interamente sdegnosa della loro amicizia appassionata.

La fraternità con l'altro sesso può trasformarsi a lungo andare, per affettuosa promiscuità di abitudini, in una tenerezza che è preludio all'amore intersessuale. Gli invertiti divengono bisessuali come un mancino può diventare ambidestro; e qualche volta, specialmente se sono giovani, lasciano la strada vecchia per la nuova: l'anomalia si corregge. In questo caso l'amore intersessuale nasce dall'amicizia, dalla confidenza, dalla similarità dei gusti e delle tendenze, anzichè dal contrasto. Invece del binomio Marte e Venere, tutto fatto di contrasti, si ha il binomio tutto fatto d'affinità tra Cherubino e la contessa d'Almaviva. Appunto a questo

modo nasce sovente nei collegi, nelle caserme, nelle prigioni anche l'uranismo (Raffalovich). La personalità psichica degli uranisti è dunque altrettanto svariata che la loro condotta. In alcuni si ha la metamorfosi integrale della personalità psichica da un sesso all'altro; in altri la personalità, all'infuori dell'atto genetico, conserva tutte le caratteristiche del proprio sesso.

L'aspetto fisico degli invertiti e specialmente dei non militanti è quasi sempre normalissimo. Nessuno sospetterebbe l'uranismo in certi uomini della figura tarchiata, in certe donne dai lineamenti gentili. Solo i mestieranti della pederastia usano il corsetto, il *maquillage*, le mutande ricamate: e sono poche le invertite che osino od amino vestire da uomo. L'amore uranico fa spesso scomparire le barriere tra le varie classi sociali e non è meno democratizzatore dell'amor normale: la ricchezza è un'aureola agli occhi degli invertiti poveri e la povertà è un incoraggiamento ai ricchi che si propongono di corrompere col danaro o di abbagliare col lusso. E non è da credere che l'uranismo sia una raffinatezza delle popolazioni urbane o delle classi colte: esso è possibile in ogni ceto e in ogni forma o grado di civiltà.

Tra gli uranisti maschi è assai rara la sodomia. Di solito gli uranisti non sono invertiti che a metà e i loro contatti si riducono a compiacenze reciproche, simultance ed egualitarie. Anche tra donne si ha uno scambio piuttosto semplice di carezze meno violente dell'azione virile. Molti uranisti hanno la sodomia in orrore e vorrebbero ch'essa fosse punita come reato: l'identificazione dell'uranismo maschile alla pederastia è dunque un errore tradizionale a cui non si sottraggono magistrati e medici, ma che non dev'essere diviso dagli alienisti. Le stesse ripugnanze si osservano tra donne invertite, almeno in generale, di fronte al coito clitorideo: e il caso più comune nelle coppie femminili è quello di due donne che, nella loro mutua attrazione, conservano la sensibilità, il pudore e le abitudini femminili, almeno fino ai limiti della possibilità. Insomma la maggioranza degli invertiti è formata di uomini ultravirili e di donne ultrafemminili. Gli uomini ultravirili si adattano bensì a qualche passività femminile, ma unicamente allo scopo di ottenere la reciprocità; a loro volta le donne ultrafemminili si sforzano a qualche atto aggressivo, ma con uno scopo analogo, cioè solo per ricevere il contraccambio di quel trattamento sessuale a cui si piega con voluttà passiva la mite anima della donna. Il colmo della virilità è per l'uomo la conquista d'un forte; il colmo della femminilità per la donna la resa a discrezione di fronte a chissisia, persino ad una rappresentante femminile della debolezza. Gli uranisti sono dunque in gran parte più pervertiti che invertiti.

Uranismo femminile. — Adriana X. è una giovane francese di buona famiglia, di carattere fantastico e dolce, di aspetto gentile e molto piacente. Un po' invidiosa della sorella (maritata e bellissima), credendosi (ma a torto) poco amata dai genitori, parte col loro consenso per l'America e si stabilisce a New-York dove impartisce lezioni di francese assai lautamente rimunerate. Nella metropoli americana stringe relazione con miss Lucy Y. giovane ricca, distinta e timida che ha all'incirca la sua età (24 anni). La loro amicizia si fa così intima, che Adriana pianta le sue tende in casa dell'allieva, non come istitutrice, ma come sorella. Le due amiche dividono fra loro la camera e qualche volta anche il letto, ma Adriana è così franca e candida nelle sue tenerezze, Lucy è così buona e ragionevole nel contraccambiarle, che non si ha il diritto di elevare sospetti sulla purezza del loro amore. Se una nube d'impurità l'ha qualche volta offuscato (e non è ben certo), bisogna ammettere che Adriana abbia perduta la testa per esuberanza di passione, e che Lucy abbia perdonato, ma non ceduto, per esuberanza di bontà, d'indulgenza e di simpatia. Adriana è veramente *charmeuse:* istruita, intelligente, modesta, graziosa, vivace, sincera, generosa, essa finisce senz'accorgersi per dominare dispoticamente. Non permette alla madre dell'amica di entrare nella camera comune; rimprovera il fratello di Lucy dei suoi disordini; esercita un'autorità affettuosa, ma tirannica su tutta la famiglia, e si mostra, come veramente è, piena di disinteresse, noncurante dell'avvenire, devota sino al sacrifizio ed al suicidio. Questo stato di cose, tollerato amabilmente dalla buona Lucy, riesce insopportabile alla madre di Lucy ed al fratello, i cui caratteri non sono altrettanto facili. Avvengono frequenti litigi; la signora Y. va a stare per qualche tempo a Boston; ne seguono scene gravi di cui non si osa farmi il racconto. Il fatto sta che Adriana parte disperata per la Francia e rientra in famiglia. Passa un anno: un anno di sofferenze e di lacrime per Adriana, di tristezza e di rimorso per Lucy. Le due amiche si scrivono, ma Lucy è più assidua di Adriana che è in preda ad una disperazione cupa. Al termine di quest'anno infernale, tanta è la disperazione dell'una, tanta è la compassione dell'altra, che si dànno appuntamento a Firenze, e col permesso delle loro famiglie si ritrovano. Sulle prime l'incontro è sorgente di disinganni: Lucy, che è buona, ma ragionevole, rimane sconcertata dai rimpianti, dalle recriminazioni, dalle esigenze di Adriana; Adriana, che è tenera fino all'insensatezza, vorrebbe dall'amica la rinuncia perpetua ad ogni cosa, al ritorno in patria, a qualunque proposta di matrimonio, a qualunque pensiero d'indipendenza.

Quand'io le vidi la prima volta, Adriana, che è gravemente indisposta, e che da un giorno soltanto è stata raggiunta dall'amica, tiene per mano Lucy, si lamenta della sua freddezza, non le permette di escire nemmeno un istante dalla camera, piange amaramente e non si consola che promettendole di non dividerla da Lucy. Allora sorride lievemente, discorre con senno e si palesa per una signorina amabile, educata e tutt'altro che civetta. Ma quando è sola con l'amica, parla continuamente, le sue recriminazioni non hanno limiti, le sue pretese sono prive di discrezione; il timore di perdere l'amica, di saperla un giorno fidanzata, di vederla ripartire diventa per lei un'ossessione; essa vorrebbe che tutti perissero, che New-York bruciasse, che Lucy diventasse povera per proteggerla, amarla e sposarla, se fosse possibile. In breve Lucy s'accorge di non poter continuare questo regime sentimentale ad alta pressione: e chi avrebbe il diritto di costringerla? Nemmeno l'idea di poter tornare a New-York e la promessa solenne di poter frequentare ogni giorno la casa

di Lucy, ma senza abitarvi, basta a rasserenare l'inquieta Adriana. Essa non vuol accettare una posizione che le sembra umiliante ed esige lo *statu quo ante* senza restrizioni. L'amore di Adriana acquista qualche volta una tinta leggermente sensuale e piuttosto prepotente; ma per lo più è patetico. Questa povera ragazza, omosessuale per caso, non ha nulla di maschile: malgrado le sue dolci violenze, è l'*ultrafemminino* fatto persona. Passionale per indole, è stata spinta ad una parziale inversione piuttosto che all'amore intersessuale dall'esuberanza impaziente della sua affettività che non seppe attendere un idolo virile. Un uomo d'indole tenera potrebbe ottenere, dividendola, la simpatia di questa creatura rara e con la simpatia la guarigione. Ma intanto, che avverrà di Adriana se la sua amica l'abbandona troppo presto?

Uranismo femminile ed immoralità costituzionale. — Emma N. è una giovane infermiera, nè bella, nè brutta, ma d'aspetto femminile. Fu educata in convento ed è abile nel cucire. A 18 anni soffersc d'emottisi, ma presentemente (essa ha 23 anni) è florida e sembra guarita. La sua intelligenza è vivace, ma il suo carattere è detestabile. Bugiarda, ladra, aspra di modi con le malate, fu licenziata dopo tre mesi di prova. Si scoperse che, senza sdegnare l'amorc degli uomini, coltivava, benchè senza successo, quello delle donne. Probabilmente cra trascinata verso gli uomini dall'interesse e verso le donne da un crotismo omosessuale nato in convento. Tuttavia l'omosessualità di questa donna moralmente inferiore si rivela ben diversa da quella della signorina passionale che ho descritto poc'anzi. Emma N. non è punto scntimentale, non è punto pudica, non è punto riguardosa con le donne di cui s'invaghisce. Nella lettera amorosa che dirige ad una di esse non arrossisce di alludere ad altre simpatie omosessuali e di offrirsi come *marito* ad una compagna che tratta col *lei* e da cui non ha ricevuto alcun segno d'amore. Ma, ad onta di tanto cinismo, non si può negare alla lettcra una certa spontaneità d'inspirazione che rivela, se non un amore passionale, una sensualità sincera. Ecco l'autografo.

Firenze, 23 settembre 1902.

Mia Simpatica O..... !

« Sono tre giorni che non l'ho vista e mi sembrano tre anni; giorno e notte penso a lei continuamente. La sua cara immagine è sempre fissa nel mio pensiero e suggellata nel mio cuore, al suo ricordo mi sento fremere, ogni viscere palpita d'amore per lei, per la P..... e per l'Ernestina e per le altre poi non le so dire. Sono triste, molto triste di essere lontana da lei, il suo sorriso è un incanto per me, la sua voce una melodia, tutta la sua persona un fascino che mi fa stare in estasi. (Quando ride è birboncella!). Rida, rida purc, è il momento buono, e quando ride è più bella ancora. Se potessi prendere *moglie* le farei una dichiarazione e dovrebbe subito soggiacere, e tutto l'amore che ha per . . . . . ncl suo cuore la costringerei a darlo tutto a me, e le giuro che saprei custodirlo così gelosamente, che nessuna chiave varrebbe ad aprirne il segreto.

« Vorrei che i baci che si sprigionano dalle sue labbruzze di corallo fossero tutti per me. E guai, guai a chi oserebbe rubarmene uno, uno solo, guai!..... Beato quel S..... ! ! ! Come l'invidio ! Vorrei poterle esprimere con parole tutto quello che provo per lei, mio tesoro, mio bene,

anima mia; ma se il mio cuore è ricco d'affetto, è povero di parole e in certi momenti non sa esprimere tutto quello che vorrebbe. Se l'avessi con me qui vicina mentre scrivo, me la vorrei stringere forte forte fra le braccia e scoccarle nel collo, nella bocca tutti quei baci che saprei darle. L'amo, l'amo, l'amo..... Mi vuole per *marito?*..... Sarei capace anche . . . . .

« Spero che vorrà corrispondere al mio amore e vorrà scrivermi una parola di conforto per ridonare la pace che il mio povero cuore ha perso per lei. Da che l'ho conosciuta, *io non sono più io, ma cambiata.* Mi scriverà? Vorrà farmi contenta? Sono nella disperazione, e se mi nega l'amore che le chiedo ginocchioni, le giuro che l'acqua dell'Arno mi aspetta per coprirmi. Intende a che punto sono?.....

« La prego a voler sentire se per me sono venute lettere e mandarmele..... Spero ricevere un suo scritto e una conferma. Saluti alle compagne. La bacio di cuore — il più innamorato e fedele degli amanti..... ».

Emma.

Omosessualità femminile associata a delinquenza (caso clinico di Cantarano). — Nel 1883 il dott. Cantarano pubblicò il caso d'una giovane ventenne, fantastica, eccitabile, vagabonda, che a 12 anni fu internata in una casa di correzione e divenne omosessuale. Scappata a casa, la incendiò per vendicarsi, accusò dell'incendio un suo fratello, poi cercò rifugio presso una zia travestendosi da uomo. Così travestita si recò in un postribolo dove si trovava una sua compagna con cui amoreggiava alla casa di correzione per riannodare la sua amicizia e sanzionarla mediante nuovi atti sessuali, ma fu respinta. Arrestata si verificò ch'era vergine. Si travestì e venne arrestata altre volte, finchè la mandarono al manicomio. Anche al manicomio (di Napoli) strinse amicizie ardenti e sensuali, almeno nell'intenzione, con infermiere e malate. Questa donna, d'aspetto normale, con mammelle sviluppate e scevra di anomalie somatiche, era decisamente androfoba e deplorava amaramente di non essere nata uomo.

L'uranismo maschile è assai più noto dell'omosessualità femminile. I pervertimenti genetici dell'uomo hanno un indice sicuro ed obiettivo nell'*impotenza*, che rende umiliante e spesso disperata la posizione dell'invertito; mentre il pervertimento sessuale della donna rimane nei recessi dell'anima senza palesarsi pienamente nemmeno a chi lo prova e senza impedire materialmente il contatto normale e fecondo con l'uomo. I quattro evangelisti dell'inversione sessuale, Uhlrich, Krafft-Ebing, Schrenck-Notzing e Raffalovich, parlano quasi esclusivamente dell'uomo. Fra tante biografie, auto-biografie e confessioni sommarie di uranisti celebri, che forse posarono davanti allo storiografo o davanti al pubblico con gesto bugiardamente passionale o falsamente pudico, non sarà fuori di posto la storia veridica d'un uomo che racconta la sua vita senza vanità e senza reticenze col proposito di emendarsi, non già di pavoneggiarsi, di scusarsi o di commuovere. D'altra parte vi è nella confessione di questo uranista l'abbondanza di particolari subiettivi e la chiarezza di linguaggio che è lecito pretendere da un laureato in lettere

e filosofia, e intorno all'autoritratto del protagonista si vedono disegnarsi come ombre le figure secondarie dei suoi complici che portano un tributo indiretto alla psicologia dell'uranismo maschile.

Uranismo maschile. — Robusto, sano, semplice, dimesso negli abiti, contadino nell'anima, N. N. non ha l'aspetto professionale d'un invertito. Solo, una cravattina azzurra di forma inusitata tradisce intenzioni di galanteria che non sono in armonia coi suoi modi franchi, un po' rozzi, ma ingenui e non privi di dignità virile. L'intelligenza di quest'uomo, nonostante la laurea, è modesta e incapace di qualunque iniziativa all'infuori della *routine* scolastica: letterariamente non ha saputo assimilarsi che nozioni grammaticali; scientificamente non s'interessa e non si applica che alla lettura di opere riguardanti la fisiologia sessuale; psicologicamente è abbastanza acuto nell'introspezione delle proprie anomalie, ma non sa assurgere a considerazioni generali, e la sua morale, senz'essere pervertita, è zotica e mediocre.

« Nacqui in . . . . . (piccola borgata d'Italia) il 29 settembre 1859. Perciò al momento in cui scrivo ho 44 anni. I miei genitori ed i miei antenati furono, per quanto io sappia, d'una costituzione fisica sanissima ed oltre ogni dire robusta. Ne ho una prova in questo, che mia madre generò 10 figliuoli, due dei quali morirono di pochi mesi, gli altri otto campano tuttora senza aver mai sofferta la minima malattia. Mia madre, ora morta, fu una santa donna. La sua memoria l'avrò in eterna benedizione. Però essa non solamente fu religiosa, ma della religione fu fanatica all'eccesso. Essa in buona fede m'inoculò tale malattia e questa fu una delle principali cause della mia rovina, come si vedrà nel seguito della mia dolorosa vita.

« Fui l'ultimo dei 10 figli. Ed appunto perchè ultimo fui, come succede sempre, il beniamino di mia madre ed oggetto di particolare affezione delle mie carissime sorelle. Mentre i miei fratelli con mio padre si recavano in campagna a lavorare la terra, io, fino all'età di 12 anni, rimasi sempre in casa colle mie sorelle e con esse mi dilettavo ad apprendere i lavori femminili, specialmente quelli all'uncinetto. In questo modo, sempre stando a contatto con femmine, m'imbevei di sentimenti femminili, ebbi sempre un sentire delicato ed un'avversione decisa alla compagnia dei maschi che mi parevano esseri grossolani e crudeli. Ricordo ancor adesso benissimo che all'età di 3 anni non volevo assolutamente indossare i calzoni, ma volevo continuare a portare la gonna per essere simile alle mie sorelle. Non uscivo mai di casa senza essere accompagnato da mia madre o dalle mie sorelle ed infinite volte sentii a dirmi in faccia che il mio sguardo e l'espressione del volto m'indicavano più femmina che maschio. Quegli che fece esplodere la mia inversione sessuale, mi rincresce il dirlo, fu mio padre. Ecco come. La mia famiglia fu benestante, ma però appartenente alla classe dei contadini. L'inverno lo passavamo nella stalla, dove vi erano bestie bovine. Mentre tutte le persone della famiglia, ed io pure, eravamo nella predetta stalla e si passava la giornata in conversazione, mio padre, uomo proprio grossolano all'eccesso, allorchè si sentiva voglia di orinare, si ritirava in un angolo e soddisfaceva alla necessità naturale. Non si vedevano le sue parti genitali, perchè ci volgeva il dorso, ma si vedeva tutta la sua persona nel compiere quest'atto. Al veder questo i miei organi sessuali ne ricevettero un'orrenda scossa ed io ebbi l'erezione. In seguito, ogni qual volta vedevo mio padre orinare, desideravo vedere il suo membro virile. E questo fenomeno patologico, sorto da così piccolo fatto, sempre andò pigliando

maggior consistenza, poichè dopo desideravo anche vedere i genitali di altri uomini maturi, se per caso, andando al passeggio per il mio paese, li vedeva nell'atto di orinare.

« Mio padre fu troppo amante dei suoi figli e quindi non potè aver voluto recarmi danno così grave col suo poco riguardo al pudore del suo figlio adolescente, ma benchè involontariamente fu proprio lui che accese in me l'impura fiamma. Questa è anche la causa per cui ebbi sempre in seguito una specie di avversione verso mio padre. Dio gli perdoni l'orrendo male che mi fece. In questa autobiografia desidero sopratutto essere veritiero, perciò contro la censura verso mio padre sta una gravissima obbiezione ed è che anche i miei tre fratelli vedevano innanzi a sè mio padre orinante, e ciò non ostante essi non sono punto invertiti sessuali, stando all'apparenza. Difatti sono ammogliati ed hanno figli. Il che vuol dire che in me vi era una latente disposizione a contrarre la miseranda malattia.

« A cominciare dagli 8 anni frequentai le scuole comunali del mio paese e fino agli anni 12, in cui interruppi gli studî elementari, non mi affezionai mai ad alcuno dei miei compagni di scuola e neppure mi sentii sessualmente trasportato verso qualcuno di loro. Fino al 12.° anno d'età l'unico desiderio sessuale era vedere i genitali di uomini che oltrepassassero almeno i 20 anni. Faccio rilevare tale circostanza, perchè si avvera in me il detto che *tempora mutantur et nos mutamur cum illis*. Difatti, dai 12 anni in poi i miei gusti sessuali s'aggirarono e s'aggirano tuttora solamente attorno giovani. Dapprima mi piacevano quelli affatto imberbi dai 12 ai 15 anni, ora poi mi diletto esclusivamente di giovanetti dai 17 ai 20 anni, che abbiano la virilità bene sviluppata e che siano bensì senza barba, ma che abbiano il pube coperto di peli.

« In famiglia dormiva con un mio fratello più vecchio di me di 5 anni. Benchè a contatto con lui, per molto tempo non mi sentii portato per lui. Ma una notte d'estate lo vidi scoperto e potei contemplare i suoi genitali a mio agio. Fu per me una vera disgrazia, poichè in seguito sempre lo palpai oscenamente. Tali furono i miei piaceri venerei fino ai 12 anni.

« Qui interrompo un momento il racconto dei miei dolori per esporre il mio parere sull'origine della mia inversione. Io sono maschio in tutta l'estensione del termine, perchè nell'atto sessuale desidero la parte del maschio. Vorrei che il giovanetto che mi concede i suoi favori avesse davanti la vagina per unirmi a lui come con una donna. La mia anomalia consiste solamente in ciò che desidero sfogare la mia passione su maschi e non su femmine. E ciò avviene perchè al mio spirito, dai più teneri anni fino al momento in cui scrivo, non si presentò altro oggetto venereo che le parti genitali maschili. Al mio spirito non diedi in pascolo altro oggetto che il maschio. Posso dire con tutta verità che le parti pudende femminili non le conosco. Quindi è troppo naturale che la mia sessualità si sia sviluppata sull'unico terreno conosciuto del mio spirito. Nella mia ignoranza di psicopatie sessuali non trovo ragione più persuasiva della mia anomalia. Se a 12 anni io avessi praticato fanciulle ed una lunga dimestichezza con loro m'avesse dato occasione di vedere qualche volta le loro parti genitali, come contemplai disgraziatamente quelle di maschi, si sarebbe accesa anche in me la fiamma normale per le donne. Tal fatto io lo dovrò rimpiangere per tutta la vita.

« I miei genitori, vedendomi fanciullo delicatissimo, non vollero che interrompessi gli studî per attendere ai lavori dei campi, ma mi mandarono a compiere gli studî ginnasiali nel capoluogo, dove fui collocato al

convitto vescovile. La morigeratezza e l'atmosfera religiosa che regnava in quell'istituto fecero scomparire in me ogni moto, ogni tendenza verso le funzioni sessuali. In quel convitto vissi due anni e sono forse i migliori di tutta la mia vita. Quel convitto era retto da degnissimi sacerdoti, i quali m'infervorarono in modo straordinario delle cose di religione. Ma la religione non potè comprimere in me la forza della natura e la mia passione pigliò un'altra forma. Fra gli altri convittori vi era un bellissimo giovanetto dai capelli biondi. Presentemente quel giovinetto è Deputato alla Camera italiana. Orbene, per questo giovane contrassi un'affezione sensuale. Posso giurare che non ebbi mai verso di lui il menomo desiderio cattivo, ma volevo sempre stare con lui e mi dilettavo a scrivergli lettere segrete. Egli però non mi rispose mai e l'unica soddisfazione che mi accordò era di trattenersi a colloquio con me. Come dissi sopra, passai nel convitto vescovile del capoluogo due anni, e dopo compii i miei studi ginnasiali e liceali in tre altri convitti, dove contrassi parecchie affezioni sentimentali sempre scevre di disordini libidinosi. Però finito l'anno scolastico, io mi recavo in famiglia a passare le vacanze. Nel corso di esse dormivo nuovamente col mio fratello e quindi nuovamente *toccamenti illeciti!*

« Compiuto il 20.° anno di età mi toccò prestare il servizio militare. Fui ascritto ad un reggimento di cavalleria che aveva stanza nel Sud. Potrei dire senza la menoma esagerazione che fino a quel tempo non aveva conosciuto la vita del mondo, perchè fino allora io era sempre vissuto in convitti, che non avevano il menomo contatto colla vita esterna. Sotto le armi il mondo mi fu svelato, ma nel suo aspetto il più ributtante. Appresi per la prima volta che vi erano case dove donne degradate fanno commercio del loro corpo. Sentivo poi soldati sboccati i quali narravano le loro imprese di Venere con un linguaggio degno di loro. Ciò influì a farmi considerare il coito colla donna come una cosa nauseante. Io sempre m'allontanavo dalla donna. Se mi si fosse presentato l'amore della donna sotto il suo aspetto poetico, forse questa sarebbe stata la volta che il mio istinto sessuale avrebbe potuto trovare il suo corso normale. Invece, al sentire dai miei camerati tanti sudici racconti, e nel vedere molto spesso schifose malattie contratte con donne pubbliche, provai un vero moto repulsivo ed il mio male s'inciprignì. M'innamorai d'un soldato napoletano, col quale potei giacere insieme per tre notti, mentre la mia batteria stava al campo. Il mio divertimento fu toccare il mio camerata mentre esso dormiva.

« La vita militare mi fornì ancora un'altra occasione per sfogare la mia passione. Per essere congedato il mio reggimento mi mandò al Distretto Militare di . . . . dove incontrai un soldato di fanteria che doveva parimente essere congedato. Compiuta la formalità del congedamento, questo soldato ed io fummo inviati al capoluogo d'origine dove dormimmo in un albergo e nella stessa camera e nello stesso letto. Quello che successe tra noi due non dovrei dirlo. Dirò solo che per quasi tutta la notte abbiamo esperimentato Venere sotto tutti gli aspetti, non escluso il pederastico, benchè non vi siamo riusciti. Fu una vera notte di S. Valpurga, come quella descritta nel *Faust* di Goethe. La mia mente conosce benissimo che quella notte fu un'infamia, eppure il mio senso depravato la ricorda ancora con una specie di voluttà. Allora avevo 23 anni. Cosa incredibile, fu la prima volta che ebbi la polluzione, ossia che mi masturbai. Il non mai aver sofferto la menoma perdita seminale fino a quell'epoca conferì potentemente al regolare sviluppo del mio corpo ed a darmi quella robustezza, di cui godo tuttora, non ostante i disordini sessuali

che dirò subito. Poichè la notte predetta fu quella che mi aprì il varco ad ogni sfrenatezza. La mia vita dai 23 anni ai 40 fu un continuo intrecciarsi di fantasie maschili e di polluzioni o volontarie nella veglia o involontarie durante il sonno.

« Ritornato in seno alla mia famiglia, pensai di continuare i miei studî e m'inscrissi alla Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Napoli, dove rimasi 4 anni. Ero nel secondo anno, quando fui invitato ad assumere in casa della contessa L. l'istruzione di un suo figlio di 12 anni. Era un bellissimo adolescente di forme veramente femminili. Io pigliai subito confidenza con lui, ed egli subito mi manifestò i moti sensuali che sentiva. Un giorno, mentre eravamo nel giardino, mi si accosta e mi dice in tutta confidenza:

— « Senta, signor N. N., io vorrei dirle in segreto una cosa.
— « Dì pure, caro mio.
— « Io ho desiderio di partorire.
— « Ma sai che vuol dire partorire?
— « Sì, lo so, perchè ho letto la spiegazione nel vocabolario.
— « Ma sono solamente le donne che possono partorire.
— « Ma lei m'indichi un mezzo per avere anch'io il feto nel corpo.

« Lo si crederebbe? Dopo altre domande e risposte venni a conoscere che questo giovane aveva desiderî pederastici con me, mediante i quali egli sperava divenir gravido come una donna. Mi raccontò inoltre che due anni prima egli si divertiva pederasticamente col figlio della sua cuoca. Io naturalmente lo dissuasi da idee così strane, e siccome io pure ero invaghito di lui, ci divertimmo spesse volte insieme toccandoci vicendevolmente il pene. Non devo omettere che la relazione con questo giovane fu molto disgraziata, poichè esso finì col raccontare ogni cosa alla madre, il che valse il mio licenziamento da quella nobile casa.

« Nei due anni seguenti dell'Università non successero altri fatti riguardanti la mia passione, la quale io sfrenatamente sfogavo da solo tutte le notti. Ciò mi cagionò una tale debolezza da giungere al punto di non digerire più nulla e la mia ordinaria e pessima digestione fece sì ch'io non poteva pigliare il più breve sonno senza che succedesse la polluzione. Il mio aspetto divenne cadaverico ed ormai mi credetti sull'orlo della tomba.

« Ottenuta la laurea in Lettere, mi si aprivano due vie per la mia carriera: o servire il governo, o insegnare in istituti privati. Scelsi quest'ultimo partito, per non espormi al pericolo d'essere destinato in città lontane dal mio paese; ed insegnai in un collegio religioso di . . . . . per ben 5 anni, nell'ultimo dei quali mi fu affidata la 2.ª classe ginnasiale. Avevo in classe 13 alunni, fra i quali un certo Giovannino, figlio di un panattiere. Questo ragazzo non aveva che 14 anni ed era d'indole vivacissima. Io ne fui subito colpito. Fui imprudente, e non curando di trar ammaestramento dal doloroso passato, chiusi gli occhi innanzi all'immane baratro che mi si spalancava sotto i piedi. Cominciai a chiamare al tavolo quel povero giovane ed a carezzarlo in modo svenevole.

« Così la passione cominciava ad accendersi, ed accesala, la fomentai talmente che più non fu in mio potere di spegnerla. Quanto abbia io sofferto in quei giorni Dio solo lo può sapere ed immaginare. Si era alla fine dell'anno scolastico e precisamente ai primi di luglio. Un giorno, dietro mio incarico, il ragazzo mi portò in camera parecchi libri. Disgraziato momento! Lo feci sedere sul sofà e lo toccai impuramente. Tale lacrimevole mancanza fu ripetuta da me altre due volte. Quel giovanetto

ne fu orrendamente impressionato, raccontò l'accaduto ad un compagno, il quale, per una sua imprudenza, fu causa che lo sapesse anche un altro alunno della mia classe, il quale era invidiosissimo dei segni di benevolenza particolare ch'io prodigavo al primo. Quell'alunno invidioso si servì subito dell'arma ch'io stesso gli fornii: andò a riferire ogni cosa al direttore ed io fui costretto, al prossimo chiudersi dell'anno scolastico, a dare le dimissioni.

« Fra le tante sventure che hanno martirizzato la mia esistenza, questa è senza dubbio la più grave: anzi dirò che fu tanto grave, che da quel momento in poi, pace del cuore, calma di spirito, esularono dal mio tetto e non vi ritornarono mai più. Per me felicità divenne un vocabolo privo di senso. Esiste ancora nel vocabolario, ma non può più avere oggetto che le corrisponda. In questa circostanza ebbi occasione di constatare quanto di fiele s'annidi nel cuore degli uomini. Io ero già abbastanza punito della mia colpa scoperta. Ma di questo altri non s'appagò. Si manifestò a tutti i miei colleghi ed amici il mio traviamento, si creò uno scandalo artificiale ed io fui costretto a lasciare la città che mi era sempre stata il più caro soggiorno.

« Pieno il cuore d'immensa tristezza abbandonai il Sud ed andai ad insegnare in Ginnasii pareggiati lontanissimi. Inoltre erano Ginnasii retti da corporazioni religiose, situati in piccolissime città, quindi non ebbi mai occasione di appagare le mie tendenze. E queste, anzichè venir represse dalla lunga astinenza, s'ingigantirono. Questa vita di forzata astinenza, compensata unicamente da un onanismo sfrenato, durò altri 4 anni. Ma ormai non ne potevo più. Perciò ruppi ogni laccio: abbandonai la carriera dell'insegnamento e mi stabilii in Firenze per godere di una vita affatto indipendente. In questo modo potei abbandonarmi alla mia passione la quale mi condusse ad eccessi e pericoli gravi.

« Sono già 5 anni che io abito in questa Atene italiana. E dovrò narrare i miei disordini? L'esporli non sarà forse un delitto? Ma siccome io scrivo non già per pascere una curiosità morbosa, ma per fornire all'uomo e scienziato pietoso, che ha il nobile incarico di redimermi, tutti i dati perchè egli conosca l'origine e lo sviluppo del mio male, e così meglio lo possa guarire, così io, per fargli raggiungere questo santo fine, esporrò tutte le mie miserie, procurando almeno di dire castamente quello che è eminentemente laido.

« Prima di recarmi in Firenze passai le vacanze estive, cioè i mesi di agosto e settembre, in..... Quivi trovai un garbatissimo giovane di 18 anni, scrivano nella Cancelleria del Tribunale. Il fare spigliato e lo spirito fiero di questo giovane m'attrasse subito a sè: ne fui invaghito. Volevo assolutamente goderlo, ma siccome egli aveva tendenze normali ed amoreggiava con una giovane, così non volli compromettermi e mi contentai di sottostare al supplizio di Tantalo vedendo ogni giorno quel soavissimo frutto, senza gustarlo mai. Ma venni via da quel paese colla disperazione in cuore.

« Stabilitomi in Firenze, mi provvidi di una bicicletta e percorsi all'impazzata tutti i dintorni di Firenze. Si sa che in Firenze vi è una passione grande pel velocipede, specialmente nei giovanetti. Quando questi sono di bassa condizione e non possono procurarsi lo spasso di questo agile veicolo, ricorrono alla cortesia di chi l'ha. Giovandomi di questa felice condizione, imprestai a parecchi giovani la mia bicicletta ed essi in ricompensa permettevano ch'io mi trastullassi con loro. Così feci parecchie conquiste. Fra gli altri conobbi un giovane, Luciano S....., troppo dissoluto per la sua tenera età di 17 anni. Egli aveva ogni malizia. Venne a

trovarmi, si coricò nel mio letto, passammo la notte insieme, godendo di tutti i piaceri, non escluso il pedcrastico, benchè molto incompletamente. A farla breve: in Firenze ho fatto 32 conoscenze di giovani dai 17 ai 18 anni. Confesso di essere alquanto meravigliato di sì profonda degradazione. Imperocchè si ha sempre un tantino di compatimento anche innanzi ad atti di *aversae Veneris*, quando vi concorra la circostanza di una prepotente passione: al contrario ho dovuto toccare con mano che tutti i miei complici, eccettuati due, si prestarono al pascolo della mia passione unicamente per denaro. Sono veri puttanelli discesi al grado delle pubbliche prostitute. Io stesso che li ho goduti ho per loro un profondo disprezzo. Come giovani normali hanno dovuto superare un buon grado di ripugnanza per contentare le mie voglie. Quindi posso conchiudere che il mio amore non fu quasi mai corrisposto.

« Come si vede, la mia vita è stata ed è presentemente un intreccio ed un succedersi continuo d'indicibili dolori. Non nego d'aver goduto parossismi voluttuosi, ma se si tirano le somme, le sofferenze superano di gran lunga i godimenti. La mia vita fu disgraziata e doveva essere così. Ricordo benissimo che nel mio 13.° anno d'età si era svegliata in me una salutare tendenza per la donna giovane. Era un amore purissimo, ma era vero amore. Era per me una vera gioia il ballare con ragazze. Il loro abbraccio mi esaltava. Ma dopo il 13.° anno fui mandato agli studii in un convitto religioso, dove mi fu proposto come modello da imitare la Madonna Vergine, S. Luigi, S. Stanislao Kostka, dove si diceva ogni giorno « beato colui che non sente gli stimoli della carne e si mantiene puro ». Tale ambiente fu per me una peste esiziale. Nella mia supina ignoranza di cose sessuali m'immaginavo che la donna si fecondasse stando nel letto accanto al marito per puro calore naturale senza la menoma unione. Ebbi idea dell'unione sessuale all'età di 17 anni vedendo due cani unirsi sulla pubblica piazza del mio paese, mentre io ero in vacanza. Ma siccome io in quel tempo ero già invaso dalle idee di castità e verginità inspiratemi dai sacerdoti, e sopratutto da idee omosessuali, così quell'atto, anzichè indurmi alla vita normale, m'inspirò orrore e maggiormente mi respinse dalla donna.

« Quale fu il risultato della mia falsa educazione? Diametralmente opposto a quello prefisso. La passione erotica, che si voleva reprimere, esplose in modo violento ed in modo anormale; il mio carattere s'indebolì ed io sono incapace di forti propositi. Non ho mai avuto la tentazione d'uccidermi. Ci vuole una forza d'animo molto maggiore della mia, perchè io possa *mortem mihi consiscere*, ma molte volte mi sono già augurato che Dio ponga fine ai miei giorni. Tal favore egli non mi concede, perchè crede senza dubbio ch'io non sia ancora sufficientemente punito. Ma mi conforto pensando che tutti i pari miei possono guarire se hanno vera volontà di guarire. Sempre mi ricordo la bella scena espressa nel 4.° canto dell'« Eneide » di Virgilio. La sorella Anna, esortando Didone a contrarre nozze le dice: « solane perpetua maerens carpere iuventa, *nec dulcis natos, Veneris nec praemia noris?* ». Il medesimo rimprovero muovo a me e spero di giungere a quella meta, a cui sospiro coi voti più ardenti dell'anima mia.

« A quanto ho detto sopra devo ancora aggiungere alcune parole sul modo con cui sfogo i miei desiderî libidinosi. A me piace far la parte maschile e di notte, masturbandomi, sempre m'immagino d'aver sotto di me una donna. Quando ho poi sotto di me un bel giovanetto mi produco l'eiaculazione conficcando fra le coscie di lui, solidamente strette, il mio pene. Sempre gli dico, durante quest'atto, essere mio vivo rincrescimento

ch'egli non abbia una vagina al par delle donne, per poterglielo introdurre con mia somma voluttà. Molto spesso però giungo anche all'emissione dello sperma confricando il mio pene con quello del mio compagno. L'atto pederastico non mi dispiace, ma non ne sono addirittura ghiotto. Il passivo invece mi ripugna e non lo concessi mai a quanti me lo hanno chiesto.

« Molti degli scrittori moderni dànno la taccia di menzognere alle autobiografie omosessuali, specialmente a quelle raccolte da Krafft-Ebing. Quanto alla mia posso assicurare che è prettamente conforme alla verità. Nel rivelare tante mie obbrobriose azioni non fui mosso dal desiderio di cicaleccio, anzi ho dovuto fare un grande sacrifizio di amor proprio.

« Il 15 agosto del corrente anno alle 10 pom. ero a sentire il concerto in piazza Vittorio Emanuele. Mi si accosta un giovane che per un anno stette in una bottega di scultore, la quale era sita al piano terreno della casa ove io alloggio. Parecchie volte, durante quell'anno, ebbi occasione di parlare col predetto giovane, il quale mi era assai geniale, ma tutto finì lì. Non vi fu la menoma dimestichezza. Avendo poi io cambiato alloggio, non rividi più il predetto giovane che la sera detta sopra. Lo salutai e lo condussi al caffè, dove ci trattenemmo qualche poco. Egli mi accompagnò fino a casa e non vi fu tra noi due il menomo tratto cattivo. Io però m'accorsi subito che questo giovane (aveva 17 anni ed è nativo di.....) voleva divertirsi con me, ma ciò non ostante non lasciai intravedere d'aver capito le sue intenzioni. Ci rivedemmo due giorni dopo e passammo la serata al caffè sito sul piazzale Michelangelo. Si discorse di un'infinità di cose: egli mi espresse il desiderio d'apprendere la lingua francese ed io mi dissi disposto ad insegnargliela. Mi accompagnò nuovamente a casa e si convenne che la domenica seguente egli sarebbe venuto a trovarmi alle ore 4 pom. per incominciare il nostro insegnamento. Venne, ci sedemmo accanto, si bevve un fiasco di vino e della lingua francese si parlò poco o nulla. Egli mi rivolse le ginocchia nel sedersi affinchè io avessi agio di palparlo nelle parti pudende il che io feci colla massima voluttà. Così si ruppe il primo ostacolo del pudore e convenimmo di metterci a letto, dove compiemmo scambievolmente il coito introducendo il pene l'uno nelle coscie dell'altro e leggendo storie oscene di omosessuali. Questa fu l'ultima ridda venerea, ch'io ebbi con questo simpatico giovane, il quale non venne più a trovarmi in casa. Avendolo incontrato parecchie volte in Firenze e domandatogli il perchè della sua prolungata assenza, prima mi addusse scuse apparenti e poscia mi dichiarò apertamente ch'egli sente unicamente amore per le donne e che s'indusse a fare atti sessuali con me unicamente perchè, trovandosi in bisogno, sperava ch'io largamente lo soccorressi. Nello stesso tempo mi dichiarò ch'egli ben volentieri continuerà ad essermi amico di un'amicizia pura, ma che non si presterà mai più a concedermi i favori del suo corpo.

« Mentre non mi destano alcuna cupidigia i 32 giovani con cui ho avuto contatti venerei, anche se li incontro in istrada, di questo mi sono innamorato perdutamente. La sua immagine mi ha invaso talmente che io non posso più cacciarla dalla mia mente. È una vera ossessione. Ieri questo giovane mi scrisse un biglietto, ed io, nel pigliarlo in mano, ebbi una potente erezione. Da ciò si giudichi la violenza della mia passione. Questo giovane per me è un Dio: la cosa più bella che sia in Firenze. Vorrei essere in tutto simile a lui e trasfondermi in lui. E siccome egli non sente che l'amore normale, ciò eccitò in me prima la rabbia, dirò

di più, un vero furore per non poter godere quei piaceri ch'egli gode con tanta voluttà, e poi fece nascere in me la smania di mettermi anch'io sulla via sessuale regolare a qualunque costo. Però, l'aver preso questa santa risoluzione, mentre il mio cuore è pieno di questo giovane, costituisce un serio ostacolo, perchè la mia mente, invece di agglutinarsi alla rappresentazione del coito femminile, involontariamente si porta sulle parti vergognose di questo giovane e ricorda l'ineffabile voluttà ch'esse mi hanno procurato ».

Consigliai a questo uranista ostinato di trar partito della sua non comune eccitabilità e infaticabilità nell'esercizio delle funzioni sessuali per cambiarne la direzione dopo un periodo di forzato riposo. Egli doveva accostumarsi alla familiarità con donne facili, non troppo rozze e di carattere bonario. Se l'attimo fuggente dell'amor normale avesse mancato d'incanto, la consegna era di pazientare, tesoreggiando i nuovi ricordi erotici finchè acquistassero nella memoria il fascino dei ricordi uranici. Stralcio dal carteggio di N. N. alcune frasi che rivelano l'esito di questi tentativi.

9 ottobre 1901. — Dopo alcuni insuccessi e successi parziali, N. N. riporta in questo giorno una « strepitosa vittoria ». Ma per quanto imbaldanzito, mi scrive: « Ho provato voluttà? Disgraziatamente no. E questo mi accora orrendamente. L'atto normale non mi ha cagionato ripugnanza, come pretendono Krafft-Ebing, Möll e Schrenck-Notzing, ma neppure piacere. Fu come se avessi introdotta l'asta in un buco della materassa ».

12 ottobre 1901. — Notizia d'un insuccesso (l'infermo ha adottato una tattica troppo precipitosa e senza i necessari intervalli). « Se mi guarirà, come spero, Ella avrà reso un insigne benefizio a me ed alla società di cui sono un membro inutile e cancrenoso. Desidererei che la S. V. mi desse dei disegni anatomici piuttosto in grande delle parti genitali della donna, perchè *ignoti nulla cupido* » (! !).

16 ottobre 1901. — Dopo una cura bromica N. N. si compiace di resistere alle tentazioni omosessuali e s'illude d'essere arrivato allo stato d'imparzialità tra i due sessi. « Dunque il terreno è affatto sgombro per immettere l'amore normale: ci vorrebbe l'ipnotismo ».

7 novembre 1901. — Un passo indietro: per vincere la battaglia e garantirsi l'erezione, N. N. ricorre ad un alleato maschile, che fa atto di presenza nel talamo e si offre, terzo ma non incomodo, come un talismano vivente contro l'impotenza. « Se non vi fosse stato costui, sono persuaso che avrei dovuto contare un insuccesso di più ».

16 novembre 1901. — « In una sola notte compii il coito (normale) 4 volte. Ma l'erezione fu meccanica. La donna non esercita sul mio senso venereo la minima impressione. Il suo contatto corporale è di marmo. La mia immaginazione non sa trovare un mezzo che mi desti il necessario orgasmo verso la donna ».

24 novembre 1901. — « Provai durante la copula un ineffabile piacere; ma l'erezione, se non fu meccanica, ebbe luogo per uno sforzo della mia volontà ».

28 novembre 1901. — « Mi trovo in questa strana condizione. Avendo gustato per sette volte il coito normale, provai in esso una sensazione voluttuosa immensamente maggiore di quella provata a contatto di giovani maschi. Ma questo piacere fu circoscritto al senso del tatto. Il mio spirito non sentì la minima eccitazione. L'orgasmo venereo provenne da immagini estranee alla donna: quindi la mia fu un'*ibrida operazione.* Tutto l'opposto mi succede per rapporto al sesso maschile. La sola vista di giovanetti imberbi dai 17 ai 20 anni mi cagiona violente e noiose ere-

zioni che durano lunghe ore, ma poi, quando mi trovo a contatto con essi, i miei organi genitali, dopo che hanno provato il coito vaginale, trovano una soddisfazione molto magra, direi quasi insipida. Perciò *eccitazione psichica e soddisfazione sessuale non sono più in corrispondenza fra di loro.* È un nuovo genere di tormento che mi procura *quel Dio crudel che m'ha creato* ».

21 dicembre 1901. — « Nonostante tutti gli sforzi, non potei procurarmi l'erezione. L'ambiente era diverso da quello tranquillo della mia stanza e bastò questo a mettermi nell'animo il dubbio e la trepidazione ».

Qui si arresta l'epistolario di N. N., che io non avevo provocato e a cui non diedi alcuna risposta, ignorando persino il suo nome. Non lo vidi che tre volte a casa mia ; non l'ho mai incontrato per istrada ; non so che fine abbia fatto. Si è corretto? È diventato un bisessuale? Si è convinto che non esiste un'etica sessuale ed è tornato all'omosessualità? Forse è questa la soluzione più probabile. Il passato erotico di N. N. è troppo lungo : con quello stato di servizio omosessuale, come tentare la sopredificazione d'una nuova coscienza erotica?

CURA E LEGISLAZIONE.

Malgrado il dubbio successo della cura emendatrice, io credo che l'addestramento al contatto normale con l'altro sesso sia l'obiettivo più pratico e più salutare che si possa suggerire ad un invertito anche se per arrivarvi debba perigliarsi nei trivi dell'amor mercenario. Raffalovich è d'avviso che questo tirocinio non sia morale ; che l'atto materiale della fecondazione perda ogni sapore e, quasi si direbbe, ogni scusa se non è accompagnato da quell'ebbrezza subiettiva e spontanea che nasconde la sua brutalità ; e che l'alienista debba piuttosto additare all'invertito l'ideale elevato della castità. L'amore non è cosa che si possa insegnare: se si toglie l'impeto e il fascino della sua spontaneità, diventa un atto osceno. Ma chi potrebbe asserire che gli uranisti, specialmente se giovani e fantastici, siano insuscettibili di totale emenda? La loro persistente repulsione dall'intersessualità non ha spesso altra causa che il preconcetto dell'impotenza: prima di condannarli alla castità, è umano tentare di schierarli nell'esercito regolare della mediocrità fisiologica. A questo scopo si daranno all'uranista consigli pratici che lo preservino dai pericoli d'una tattica troppo audace e sollecita, che potrebbe portare ad insuccessi e disillusioni, come pure dal fatalismo disperato dell'inazione. Prima di tentare il coito normale bisogna che l'uranista attenda il nascere d'una simpatia intersessuale e che si metta in condizioni favorevoli per farla nascere senza violentare il proprio temperamento.

Si parlò di modificare a benefizio degli uranisti le disposizioni punitive di parecchi tra i codici europei, come il germanico e l'austriaco. Purchè l'omosessualità non sia sciorinata in pubblico o imposta con atti di coercizione e

di seduzione, è inutile reprimerla severamente. Ma sarebbe altrettanto inutile e ridicolo riconoscerla come un'abitudine legale e legalizzabile a tenore di quanto propone UHLRICH.

Feticismo.

Col nome di feticisti BINET designa felicemente quegli individui che nelle loro infatuazioni amorose, in luogo d'inspirarsi ad un criterio estetico d'insieme o ad un grossolano eclettismo, non riconoscono altra attrattiva che quella d'una impressione analitica e stereotipata, ma sempre d'ordine estetico. Il loro ideale erotico è spostato non già sul proprio sesso, come negli invertiti, ma dal tutto ad una singola parte, che è sempre la stessa: è dunque un processo mentale di *sineddoche*. Veramente questo lavorìo di sineddoche non è una singolarità dell'erotismo morboso: esso costituisce la forma ordinaria del nostro pensiero qualunque sia l'argomento a cui si rivolga. Il pensiero è sempre eminentemente *simbolico* e invece di rimestare le cose percepite com'esse sono, cioè integralmente (e lo potrebbe con lieve sforzo), preferisce per brevità d'assumerne un simbolo, un elemento staccato, un connotato qualunque che basta a richiamarle e a coordinarle: oppure sostituisce all'immagine parziale dell'oggetto qualche cosa di estraneo che gli corrisponde, una specie di contrassegno, per esempio un'immagine verbale, il suo nome (v. cap. V). Anche in amore si contano all'infinito i simbolisti, i particolaristi, i feticisti che restringono il loro ideale a pochi elementi isolati della bellezza umana; e di quei pochi elementi si compiacciono; e di essi vanno in traccia per appagare pienamente l'istinto della generazione. Questo godimento estetico è la condizione necessaria, specialmente nel sesso maschile, per l'attuazione del contatto materiale. Ora un grado moderato di feticismo erotico è perfettamente *fisiologico*, e la psichiatria non ne contesta il diritto alle persone normali. Vi sono armonie antropologiche di cui non sappiamo renderci una ragione esatta, ma che si intuiscono e che giustificano il nostro simbolismo. Come dall'aspetto fisico indoviniamo o c'illudiamo d'indovinare il carattere morale e leggiamo mille virtù in un bel viso di donna, così nell'eccellenza d'alcuni requisiti corporali possiamo intravedere la perfezione estetica e morale dell'insieme. Malgrado le diversità individuali dei gusti che fanno cambiare il punto di partenza, tutti gli uomini cominciano ad innamorarsi d'un connotato preferito e da questa idealizzazione parziale arrivano gradualmente a quell'ammirazione completa ed incondizionata da cui nasce l'attrattiva amorosa.

Ma vi è un *feticismo parafisiologico* che non è compatibile con la normalità e che consiste nell'idolatria cieca, esclusiva, intransigente per una

parte del corpo unica, poco essenziale e priva di rapporto sia con l'atto sessuale, sia col valore complessivo della persona amata sotto l'aspetto estetico. Il feticismo parafisiologico frastorna l'atto solenne della scelta sessuale e getta il feticista intransigente in braccio ad amori inadatti ed infecondi che non hanno più nulla di comune con la generazione. Binet descrive gli idolatri della bocca, delle mani, dei piedi, della nuca, delle trecce, del seno, della voce, che tollerano la bruttezza della faccia, del corpo e dell'intelligenza purchè il loro gusto particolare sia rispettato; e nel loro feticismo non dimostrano una semplice predilezione, ma un'assoluta esclusività. Probabilmente questi simbolisti ad oltranza completano con la fantasia la visione dell'insieme senza curarsi affatto dei contrasti ch'essa trova nella realtà. Non così i simbolisti normali che intorno allo splendore d'uno sguardo soave esigono almeno una certa intonazione di linee e di colori. Il particolarismo dei feticisti giunge invece a tal segno, da rinchiudersi o casualmente o sistematicamente persino nell'orbita dei rapporti omosessuali: così il feticismo si associa qualche volta con l'uranismo e ne raddoppia la mostruosità.

Un passo più in là e dal feticismo parafisiologico si arriva al *feticismo antifisiologico*. L'ideale erotico è spostato dagli estremi confini del corpo umano a certe particolarità extra-territoriali: all'acconciatura, al vestito o ad una parte del vestito, per esempio alle calze. Queste appendici esterne della persona umana sono coefficienti erogeni anche nelle coscienze normali perchè a dire il vero non sono destituite d'ogni significato estetico: in realtà anche gli indumenti hanno un valore indiziario e ci dicono il gusto, la classe sociale, le abitudini, l'età, il sesso, le tendenze di chi ne è adorno. I profumi sono afrodisiaci riconosciuti, ancorchè artificiali. Ma nessuno di questi requisiti incorporei e impersonali, per quanto suggestivo, può assorbire da solo tutto l'interesse erotico, nè suscitare l'orgasmo venereo, nè chiudere gli occhi sulla personalità somatica e psichica che ne va rivestita, se non preesista un'anomalia degenerativa dell'intelligenza o del carattere. I feticisti antifisiologici astraggono completamente dal corpo umano: mangiano il piatto e non si curano della torta. Scholz narra il caso d'un negoziante, uomo ricco e distinto, che a 62 anni fu arrestato ad una stazione ferroviaria: aveva rubato un fazzoletto di seta ad un signore e confessò che se n'era impadronito per masturbarsi. Era figlio e fratello di bevitori e il suo feticismo sessuale s'era innestato sull'uranismo fin dalla remota gioventù. Nelle scuole aveva commesso due volte atti di libidine insieme ai suoi compagni; ammogliato da 37 anni, padre di 4 figli, in ottimi rapporti con la moglie, non aveva mai cessato di coltivare in segreto desideri omosessuali. Cercava d'avvicinare uomini prestanti, robusti e altolocati, sfogandosi poi con la masturbazione; ma

per provocare pienamente l'orgasmo venereo, bisognava che avesse tra le mani un oggetto di *toilette* maschile appartenente all'uomo desiderato, per esempio un fazzoletto e meglio ancora un fazzoletto di seta. Il possesso furtivo del fazzoletto aggiungeva a questo amuleto erotico il sapore del *frutto proibito*.

Ogni forma di feticismo intransigente, se non rende del tutto impossibile, compromette gravemente l'esercizio normale delle funzioni genetiche perchè abbandona la scelta sessuale in balìa del caso. L'amore dei feticisti, peggio che cieco, è addirittura fuorviato e sbalestrato da un'attrazione incongrua che ha perduto il carattere intersessuale e riduce la donna amata al ruolo d'un automa, d'una comparsa che non parla, d'una statua senza vita. Il feticista, invece di tirare al bersaglio fisiologico, mira allo steccato e finisce col dimenticare che il bersaglio esiste o perde addirittura la capacità di colpirlo. E il timore di questa impotenza mantiene e accresce forza alla propensione viziosa.

Come l'inversione sessuale, il feticismo nasce nella prima adolescenza da un'immagine erotica che si presenta forse per caso e che per diritto di priorità acquista un'egemonia duratura. Tra quell'immagine afrodisiaca e l'orgasmo venereo si stabilisce una rima obbligata, un'anchilosi mentale, un rapporto di necessità che esclude ogni altro rapporto. Talvolta non è un requisito corporale o una parte dell'abbigliamento, ma l'immagine d'una *posizione plastica* che diventa simbolo dell'erotismo. Anche in questo caso si verifica un processo di *simbolismo erotico* perchè una rappresentazione particolare stereotipata e simbolica riunisce in sè stessa il monopolio dell'eccitabilità sessuale. La rappresentazione afrodisiaca può riferirsi ad un atteggiamento materiale od anche ad una posizione morale che simboleggia i rapporti dei due sessi durante la copula o un singolo aspetto di questi rapporti. Il simbolismo erotico si concentra o sulla posizione della propria persona o su quella del *partner*. Tutte le forme storiche dell'amore si rispecchiano nelle rappresentazioni afrodisiache dei simbolisti: l'aggressione, la seduzione, il soggiogamento sanguinoso nel loro aspetto attivo e nel loro aspetto passivo, dal punto di vista del violentatore e da quello della vittima.

Il *masochismo* è la voluttà della sottomissione agli sfregi, agli sputi, alla fustigazione, che spinge fino ad assumere le funzioni passive d'un orinale vivente. Il *sadismo* è la voluttà della violenza dal punto di vista dell'aggressore con finzione scenica di stupri e carneficina o con attentati reali o con massacri completi. La difficoltà di poter soddisfare tendenze di questo genere, che oscillano tra il ridicolo e il criminale, obbliga i malati a comprimerle in modo ch'esse acquistano a lungo andare il carattere d'un impulso irresistibile aggravato dal preconcetto dell'impotenza all'a-

more fisiologico. Il disgusto teorico che sentono i masochisti per le sconcezze, l'orrore morale che provano i sadisti per la violenza non bastano a spogliare le loro rappresentazioni afrodisiache del loro fascino, ma valgono piuttosto a provocare il sentimento del contrasto che alimenta i dubbî e crea lo stato d'*incoercibilità psichica*. Così il sadismo e il masochismo assumono la veste dell'ossessione; ma in tal caso è ben difficile che si traducano in atti. Celebri rimasero nelle cronache giudiziarie i crimini sadistici di Jack lo sventratore, di Vacher e di Verzeni.

La più ripugnante varietà del sadismo, ma non la più criminale, è la *necrofilia*, ossia lo sfogo della libidine sui cadaveri. Come le altre forme di sadismo, anche questa si riscontra il più delle volte in individui deformi od idioti od epilettici ad uno stadio infimo di moralità e d'intelligenza. Se poi l'intelligenza è ordinaria e quasi normale, di solito è la deformità fisica la causa che può spingere alla necrofilia perchè la morte e l'incoscienza della vittima dispensano questi diseredati dalla ricerca d'un consentimento insperabile.

CAPITOLO XXIII.

L'immoralità costituzionale

L'immoralità costituzionale è il soggetto d'un capitolo crepuscolare e assai discusso nell'oscura patologia del carattere. Il carattere è l'arca santa del *libero arbitrio*; la fede nel libero arbitrio è l'anima del diritto punitivo com'è oggi costituito; e i tutori dell'ordine sociale non amano di veder negato questo *deus ex machina,* tranne nel caso di flagrante pazzia. Ora, le anomalie in genere del carattere e l'immoralità in ispecie sfuggono spesso anche agli occhi più esperti a meno che una serie di stramberie o di misfatti non sopravvenga a rivelarle: è assai difficile valutare il movente delle azioni umane e provarne la morbosità, se dietro al movente affettivo non vi è un delirio o una deficienza intellettuale. Secondo MENDEL e BINSWANGER, per citare due alienisti contemporanei, la *pazzia morale* non è possibile che nei deboli di mente: imbecilli o paranoici. Eppure, il carattere è una funzione del cervello allo stesso titolo dell'intelligenza; e non si capisce perchè non possa alterarsi parzialmente o svilupparsi mostruosamente per cause materiali, come accade ad esempio nell'*immoralità costituzionale.*

Non vi è dubbio che quest'anomalia affettiva si accompagna spesso ad aberrazioni e deficienze d'ordine intellettuale; ma essa non merita un'attenzione speciale e un posto a sè tra le degenerazioni mentali se non quando si presenta isolata e sotto forma congenita in individui d'intelligenza valida e completa. Può darsi che un imbecille, un paranoico, un isterico, un alcoolista, un epilettico, un maniaco, un melancolico, un paralitico, un demente senile, un vesanico, o perchè la psicosi è lieve o perchè è appena cominciata, conservino una certa lucidezza e svelino ciononostante un'immoralità spaventosa di sentimenti e di condotta. In questo caso gli errori del carattere, quantunque sproporzionati all'insignificante disordine dell'intelligenza, vengono messi a carico dello squilibrio intellettuale; perchè le malattie dell'intelligenza propriamente detta sono riconosciute da tutti, mentre la questione se l'immoralità del carat-

tere sia per sè stessa un fenomeno patologico o degenerativo è di quelle che, in teoria ed in pratica, presentano le più ardue difficoltà. Non vi è invece un sol moralista, per quanto antiquato, che esiti a concedere le circostanze attenuanti, dando un calcio al vecchio feticcio del libero arbitrio, se vi è l'appiglio d'una psicosi ufficialmente ammessa o se è appena un po' dubbia la perfetta normalità dell'intelligenza.

Ma esistono anomalie del carattere allo stato puro, cioè senza partecipazione morbosa dell'intelligenza? Il pubblico è assai propenso a largire la taccia di pazzo a chi dice delle balordaggini, ma rifugge dal concederla a chi le commette. Un pregiudizio millenario attribuisce alla volontà umana una sorta di onnipotenza, se non sulla ragione (che ha diritto di smarrirsi per malattia), sul carattere e sulla condotta che avrebbero l'obbligo di conformarsi alle leggi e alla virtù, eccettuato nel caso che sia ammalata la ragione. Si fa eccezione anche in un altro caso, cioè quando la condotta, benchè non sia traviata da autosuggestioni deliranti, fa ai cozzi con lo stesso egoismo dei soggetti. Vi sono *prodighi*, *indisciplinati*, *rompicolli* che, senza violare le leggi morali, rischiano la fortuna, la carriera, la vita, e non hanno altro obiettivo che il divertimento, il capriccio, la scommessa, cioè una soddisfazione frivola e momentanea di cui sono i primi ad apprezzare mediocremente l'attrattiva. I tribunali si fanno pregare assai prima di riconoscere il vizio di mente nelle gesta di questi scioperati talvolta brillanti; ma, se qualche volta arrivano fino ad accordare l'*interdizione* (nell'interesse dei parenti), è ben difficile che consentano alla sanatoria dell'irresponsabilità quando la sregolatezza esorbita e si traduce (come avviene non di rado) in delitti previsti dal codice.

Vi è un terzo caso. L'anomalia del carattere non altera menomamente l'intelligenza, nè l'egoismo naturale, nè la linea di condotta, ma assume la figura specifica dell'*immoralità costituzionale* e non sopprime che un sentimento di lusso: l'altruismo. Ebbene, in questo terzo caso non vi è chi ardisca, tranne il patrocinatore legale o il perito medico, parlare d'infermità, nè di degenerazione organica. La società si sgomenta, e non ha torto, all'idea che simili individui possano andar esenti da responsabilità penale. Se la deficienza di sentimenti etici è un titolo sufficiente per l'irresponsabilità, non vi sarà, si può dire, accusato che non abbia in tasca l'assoluzione. I rei a sangue freddo saranno dichiarati irresponsabili per immoralità costituzionale; e i rei d'impeto per uno stato momentaneo d'incoscienza. Qualora dovesse prevalere questo criterio psicologico, bisognerebbe che l'ordinamento della giustizia vi si uniformasse da capo a fondo, adattandosi ad un'orientazione del tutto nuova. Finchè ciò non avvenga, le giurie che guardano al di là del caso particolare saranno restie ad ammettere l'irresponsabilità d'un immorale, per quanto possano

riconoscere l'origine organica della sua immoralità; le giurie meno scrupolose si comporteranno in maniera opposta, specialmente se il reato è lieve o se l'accusato è simpatico o se il difensore è eloquente; e i verdetti saranno contradittorî fino al travolgimento completo di ogni giustizia e d'ogni sicurezza sociale.

L'immoralità costituzionale è riconosciuta, ma con qualche stento, in una sola delle sue varietà: quando spinge o a grandi crimini o a crimini continui e brutali in aperto e profondo antagonismo coi sentimenti generali. L'opinione pubblica, che non si sgomenta dei reati ordinarî e tanto meno di quelle indegnità quotidiane a cui il codice non ha assegnato una pena, inorridisce allo spettacolo dei grandi reati come il parricidio, il cannibalismo, la grassazione a mano armata, l'incesto. Essa considera per normale e responsabile chiunque, pur infliggendo le più spietate offese all'interesse fondamentale degli altri, mostra di rispettare il proprio e riesce o cerca non senza astuzia di sfuggire alla pena; ma fa eccezione per l'esecutore avveduto di crimini assolutamente odiosi e pei recidivi ostinati. Vi è un minimo d'altruismo senza di cui non si può aspirare al titolo di persone normali.

IL CRITERIO ETICO NELLA DIAGNOSI.

Dal ribrezzo sincero ed intenso per l'azione criminosa si sale facilmente al concetto della sua mostruosità. I Greci ne accusavano il fato e la civiltà moderna non dura fatica a ravvisarvi come causa determinante un'anomalia del carattere. Noi sentiamo nell'armonia perenne della nostra normalità e persino nelle intemperanze a cui possiamo abbandonarci eccezionalmente di non aver nulla di comune coi grandi delinquenti. Nessuna circostanza esterna od interna, salvo forse la pazzia, potrebbe mai suggerirci nemmeno l'intenzione d'un crimine sanguinoso, ignobile e ripugnante come quelli che abbiamo menzionato. Non un recesso, per quanto esiguo e remoto, del nostro labirinto affettivo si lascerebbe invadere dalla vertigine d'un reato così contrario alla natura umana. Tutto l'operato del grande criminale ci fa l'impressione d'un enigma psicologico: e la diagnosi di un'anomalia mentale è l'unica soluzione possibile dell'enigma. Non solo il crimine in sè stesso, ma anche la meschinità dei motivi, l'arroganza dell'accusato, la sua impenetrabilità ad ogni commozione altruistica risvegliano nel nostro animo un'impressione di disgustosa meraviglia e ci dispongono a ravvisare nel grande criminale un anomalo che sente e agisce in modo del tutto diverso dagli altri. Mentre il volgo perseguita i grandi criminali del suo odio, l'uomo ragionevole ne approva la segregazione in omaggio alle necessità sociali, ma non nega

loro quel tributo di pietà senza simpatia che si compendia nell'epiteto tanto usitato di *miserabile*.

Ma per provare questo ribrezzo, preludio obbligato al concetto dell'anomalia, bisogna che il reato sia enorme. Di fronte ai delinquenti ordinarî, agl'immorali che non delinquono, ai viziosi, agli scostumati, alle donne poliandriche (con o scenza discernimento), di cui LOMBROSO si mostra tanto scandolezzato, da ragguagliarle ad epilettiche, sentiamo, più forte dell'orrore, il movimento di pietà che suggeriva a Gesù la frase benevola: « Chi è senza peccato scagli la prima pietra ». Invece di spiegarci la ragione psicologica del delitto con la formula dell'*anomalia*, ci riesce ben più facile di ricostruirlo, se vogliamo giudicare senza ipocrisia, prendendo i materiali dal fondo della nostra coscienza, riscontrando le nostre affinità psicologiche col delinquente, rappresentandoci l'influenza d'un ambiente ingiusto, crudele, inesorabile sopra un individuo simile a noi, ma più misero o più imprudente.

Come in fatto di logica si ammette l'*errore* senza elevarlo al grado d'un fenomeno patologico, così in fatto di etica si può ammettere la *colpa* (o l'apparenza della colpa) senza affibbiarle il significato di un'anomalia. L'uomo medio e normale non è l'uomo perfetto. Come si hanno varie stature fisiche senza cadere nel gigantismo, nell'acromegalia, nell'acondroplasia o nel rachitismo, così si osservano diversità individuali nella statura intellettuale o morale e diversità momentanee di manifestazioni psichiche che arrivano fino alla delinquenza, ma che tuttavia non sono classificabili dall'alienista. Solo le gravissime infrazioni della logica prendono il nome di delirî; e solo le più orrende infrazioni della morale sono riconosciute per mostruosità. La verità e la giustizia sono edifizî in costruzione che la stirpe umana è riescita a mettere insieme a furia d'errori e di critiche, di inconvenienti e di intimidazioni. Per combattere l'errore intellettuale si ricorre alla discussione e alla derisione; per reprimere le colpe morali (autentiche o no) alla privazione temporanea della libertà od all'ammenda. E la psichiatria non interviene che in presenza al fenomeno patologico e teratologico, cioè quando l'errore è indizio di pazzia, quando l'azione delittuosa è indizio d'anomalia. In questi frangenti la missione dell'alienista non è di confutare l'errore o di punire la colpa, ma di risalire all'individuo, impadronendosi di lui, investigandogli il fondo dell'anima, isolandolo, assoggettandolo ad un regime curativo se è pazzo e finchè è pazzo, ad un regime preservativo se è un delinquente nato. L'individuo così classificato vien messo al bando dal diritto comune e trattenuto contro sua voglia al manicomio o alla prigione o al manicomio giudiziario, non in ragione di ciò che ha commesso di strano o di criminale, ma in ragione di ciò che può commettere ancora, data la sua struttura

psichica, finchè non sia guarito o trasformato. Il codice non conta più e l'individuo è in balìa dei suoi custodi anche se ha scontata la pena che gli era stata inflitta.

Questa specie di legge stataria, che costringe i pazzi pericolosi al manicomio e gli anomali immorali ad un prolungamento indefinito della segregazione, non si potrebbe applicare senza enorme ingiustizia a tutti coloro che ragionano erroneamente o che si comportano delittuosamente. Bisogna rispettare negli spropositi, nelle improbità e nelle crudeltà i connotati fisiologici della specie umana e dell'uomo mediocre che ne è il rappresentante: la legge è fatta sotto questa inspirazione. E se qualche volta la legge è abbastanza severa, tanto da precorrere i costumi, vuol dire che il legislatore, con la sua insolita severità, non intendeva fare atto di giustizia, ma di opportunismo sociale. Certe leggi non sono che uno strumento di dominazione a favore d'una casta.

Tuttavia, per usare il dovuto riguardo ai diritti individuali e non far troppo a fidanza con l'infallibilità dei giudici e degli alienisti, è bene che la legge disponga pene fisse per ogni delitto. La legge, col suo schematismo impersonale, è l'unica salvaguardia possibile per sottrarre all'arbitrio dei danneggiati e della società il delitto ordinario; ed una legge anche imperfetta è preferibile all'arbitrio d'un giudice per quanto illuminato. A questo modo il delitto è punito nella misura prevista dalla legge e senza considerazioni aggravanti che possano colpire personalmente il colpevole al di là della sua tassativa responsabilità. L'alienista non c'entra nella questione: il suo parere non è quasi mai domandato ed io trovo giusto di non tenerne gran calcolo. Forse che per gli errori di ragionamento sparsi nelle scienze speciali, nelle religioni e nella filosofia s'interpella come arbitro il medico alienista? Che competenza speciale può vantare l'alienista quando esce dagli stretti confini della sua esperienza clinica? E che ne sa all'infuori di essa più dell'osservatore empirico per dosare le intelligenze, valutare i caratteri e prevedere le azioni degli uomini che vivono fuori dai manicomi?

Secondo Enrico Ferri, bisogna punire il delitto non in sè stesso, ma in relazione con l'individualità che lo compie. Come in medicina si studiano e si curano dei malati, non già delle malattie astratte, così conviene introdurre il metodo naturale anche nella repressione dei delitti: prevenirli con la profilassi sociale, curarne le cause individuali nella persona stessa del delinquente. Questo concetto è bello e fecondo nella sua prima parte, ed ha condotto il caposcuola italiano del positivismo giuridico a geniali applicazioni: non vi è dubbio che il progresso dell'organizzazione sociale rende inutili, impossibili e impensabili molti delitti, talmente da costituire un vero complesso di *sostitutivi penali*. Quanto alla

seconda parte, cioè all'applicazione individuale della pena, se essa è giustificabile in teoria, non è effettuabile in pratica. È vero che la pena dovrebbe sempre condonarsi se si fosse sicuri che il reo non ripeterà il delitto; è vero che dovrebbe prolungarsi anche al di là del tempo imposto dal codice se non è spenta la tendenza alla recidiva; è vero che il codice dovrebbe tacere e permettere al giudice di commisurare il castigo all'individualità del delinquente, non a disposizioni schematiche e prestabilite. Che si direbbe d'un medico se, fatta la diagnosi, prescrivesse ad ogni malato la stessa ricetta? Ma d'altra parte è vano credere che la psichiatria sia in grado di risolvere volta per volta quesiti così ardui. Non si può lasciare la sorte di tanta gente alla mercè di professionisti privi d'indipendenza e poveri di nozioni pratiche come sono (non per colpa di persone, ma per forza di cose) i medici alienisti, almeno in tema di delitti. Finchè i delinquenti, al pari dei pazzi, saranno accasermati, non vi è medico, nè custode che potrà conoscerli nei loro sentimenti e apprezzarne la metamorfosi. Un simile progresso si avvererà se questi reclusi verranno riuniti in colonie lavoratrici e messi in grado di svelare in un regime di attività, di giustizia e di relativa libertà le qualità profonde del loro carattere. La miglior soluzione del problema sarebbe la *colonia agricola* sotto la sorveglianza illuminata di funzionarî adatti; ma perchè riesca benefica, bisogna che sia organizzata in modo da temperare, non da accrescere le difficoltà della convivenza e della concorrenza che i deportati non hanno saputo superare nell'ambiente aperto dei normali. In luogo di questo noi non abbiamo che il putridume del *domicilio coatto*.

La psichiatria studia e conosce le estreme deviazioni patologiche e teratologiche dello spirito umano che si manifestano con segni evidenti, grossolani e ripetuti in una serie d'individui dai tratti semplici e fra loro rassomiglianti; essa riassume questi segni di malattia mentale e d'anomalia in pochi quadri sommarî; e riconosce nei quadri che ha compilato il ritratto sintetico dei pazzi e degli anomali autentici che incontra di mano in mano. Ma quanto a sentenziare, fra tante anime oneste, disoneste, irascibili, variabili e contradittorie che possono rendersi ree d'un medesimo delitto, la precisa categoria psichiatrica a cui appartengono ed anche il genere e la quantità individuale di pena che richieggono per emendarsi, è questa un'audacia superiore alla potenzialità della psichiatria attuale. Non parliamo dei medici legali, che ne sanno ancor meno, ridotti come sono a non vedere la pazzia che di sfuggita, in rare occasioni, durante l'istruttoria dei processi, senz'altro strumento d'esperienza clinica che i libri e le cronache dei giornali.

Per fortuna il diritto penale va perfezionandosi per virtù propria. Negli Stati civili la legislazione è stata assai liberale delegando il giudizio sui

fatti delittuosi non a rigidi magistrati che fanno astrazione dal reo, ma a dodici cittadini estratti a sorte, che rappresentano le correnti vive del sentimento popolare con le sue simpatie ed antipatie di rado irragionevoli, benchè istintive e irragionate. I giurati possono inspirarsi, anzichè alla tradizione giuridica, alla savia indulgenza espressa nella frase: *nihil humani a me alienum puto.*

Una riforma recente e assai commendevole è l'istituto della *condanna condizionale* o legge del perdono. Pronunciata la sentenza, si proroga la sua esecuzione ad un anno o più: la pena sarà condonata al reo non recidivo che si sia comportato onestamente durante il periodo d'attesa. Qui l'azione del giudice non è guidata dal fallace responso d'un oracolo, ma da un criterio categorico di psicologia senza pretese scientifiche, eppure assai solido, cioè dal contegno negativo del reo durante un intervallo prestabilito. Il diritto penale è dunque capace di svilupparsi e progredire senza uscire dai suoi metodi tradizionali. Anche i vecchi codici non sono mai stati alieni da criterî di psicologia pratica. I delitti sono divisi per categorie che, essendo subordinate ai moventi psichici del reo, aggravano od attenuano la pena e talvolta la trasformano radicalmente: si hanno delitti dolosi, colposi e senza qualifiche; furti con effrazione e senza; reati improvvisi, preterintenzionali e premeditati.

Il perfezionamento dell'assetto sociale diminuirà il numero dei delitti e dei delinquenti; e sopra un numero più ristretto di delinquenti si potrà dar opera ad uno studio più continuato della loro psicologia. La grazia sovrana dovrebbe essere codificata e motivata caso per caso: essa può manifestarsi non come un correttivo arbitrario del codice, ma come un saggio anticipato, immanente e metodico dei suoi progressi futuri.

A questi progressi del diritto punitivo può portare un efficace contributo anche la psichiatria e unirvi la propria voce, ma senza alzarne il tono. Guai se l'alienista interviene con sicumera ad ogni occasione, vantando, oltre alla psicologia empirica che è patrimonio di tutti gli osservatori, un tecnicismo universale e un'esperienza clinica di cui non possiede che il desiderio. E peggio ancora se la sua diagnosi è formulata a distanza come quella delle sonnambule, o alla semplice vista d'una fotografia, o ispezionando uno scritto, o cogliendo a volo un incidente, o sfruttando un dato antropologico che non dice nulla, o credendo di leggere sopra il cervello d'un morto che non differisce da mille altri (almeno apparentemente) tutta la psicologia del vivo e dei suoi delitti.

L'immoralità costituzionale, per quanto si consideri sotto l'aspetto clinico di un'anomalia, è sempre subordinata ad un giudizio d'ordine etico. Lo stesso Lombroso, se può presumere di diagnosticare la degenerazione mentale dalla presenza di certe stigme antropologiche e l'epilessia dalla

presenza di certi sintomi clinici, deve ricorrere all'etica per isolare ulteriormente tra i degenerati e tra gli epilettici (che secondo lui possono anche essere onesti o geniali o pazzi) il manipolo dei criminali. E così si ritorna al punto da cui siamo partiti, cioè alla *pazzia morale* degli antichi alienisti.

EVOLUZIONE DEL CONCETTO NOSOLOGICO.

Nella psichiatria tradizionale il concetto della *moral insanity* o *folie morale* o *moralisches Irresein* non cominciò a infiltrarsi che cento anni fa, ma commisto alla scoria d'altri disordini mentali. PINEL in Francia, PRICHARD in Inghilterra, videro nell'immoralità più un sintomo che una malattia; e sopratutto erano lontani dal vedervi una malattia essenzialmente costituzionale o un'anomalia. La pazzia morale andò confusa con l'*imbecillità*, con la *monomania*, persino con la *mania* e con la *melanconia;* cambiò spesso di nome e di connotati; fu persino radiata dalla psichiatria per risorgere dopo qualche anno; fu messa ai voti in un Congresso d'alienisti italiani e passò a debole maggioranza come l'Ente Supremo alla Convenzione di Francia; scomparve dai resoconti della psichiatria tedesca verso il 1883 e riapparve col nome di *Gemüthswahnsinn*, ben presto abbandonato in favore del nome antico. ESQUIROL coniò la denominazione di *follia ragionante*, tuttora conservata da KRAFFT-EBING, per denotare una varietà attenuata e che direi domestica di pervertimento morale: questa immoralità spicciola, che non si manifesta con crimini, ma con punture di spillo nella cerchia angusta e segreta della famiglia, è un sintomo caratteristico della psicosi presenile e della demenza senile. Un'altra varietà di pervertimento morale, ma sempre allo stato di mescolanza, è quella a cui KAHLBAUM diede il nome di *eboidofrenia*. L'eboidofrenia è una forma di ebefrenia, ma con prevalenza di sintomi affettivi, cioè di violenza, di spavalderia, di cinismo. Spesso la demenza precoce dei giovanetti è preceduta da un lungo periodo d'immoralità che non è riconoscibile nè come un sintomo, nè come un prodromo di vera pazzia; ed anche il medico alienista può trovarsi in grave imbarazzo per distinguere se si tratta d'una psicosi comune in istato d'incubazione, d'un inasprimento transitorio del carattere giovanile o di un'immoralità costituzionale che comincia ad affermarsi in modo autonomo. Sembra che gli *eboidi* siano poco soggetti all'indebolimento progressivo dell'intelligenza; essi non si curano affatto dei dieci comandamenti e in ispecie del settimo; e così l'*eboidofrenia* rientra come una forma tipica nel gruppo delle immoralità costituzionali.

Per dimostrare quanto le idee degli alienisti fossero oscure ed erronee sopra l'argomento della pazzia morale, ricorderò un caso pubblicato da

H. Manning nel 1882. Quest'autore infligge la diagnosi di pazzia morale ad un galantuomo tormentato dall'ossessione dell'assassinio e che appunto per non commettere alcuna violenza usciva di casa senz'armi e senza *bastone;* ma il disgraziato era immune d'allucinazioni e ciò bastò a Manning per crederlo un pazzo morale. Tuttavia altri alienisti, specialmente inglesi, come C. H. Hughes, Hack Tuke, Savage, ebbero il chiaro intuito dell'immoralità costituzionale e, al contrario di Mendel, di Binswanger, di Hendrie Lloyd, di Workmann, sostennero l'indipendenza di questa anomalia dall'imbecillità e da altre forme di pazzia intellettuale.

Un passo innanzi nella questione, e assai valido, fu compiuto nel 1883. Marro e Lombroso, con ottime e numerose ricerche sugli allievi delle scuole elementari e degli asili, dimostrarono la costanza e la vivacità delle tendenze immorali od amorali durante l'età infantile. Dunque l'*immoralità* o la *pazzia morale* è una disposizione naturale della mente umana, almeno fino a una certa età, e la sua persistenza in età adulta, cioè quando comincia a diventare pericolosa ed infrenabile, non è che un arresto dello sviluppo psichico, un caso (si può dire) d'*infantilismo parziale* nella cerchia del carattere. In seguito Lombroso, interpretando questo speciale arresto dello sviluppo psichico come una forma di *degenerazione mentale,* cercò tra i pazzi morali e tra i delinquenti le stigme antropologiche della decadenza somatica, che dovevano formare la cornice e il documento visibile della degradazione etica. Egli identificò con piena ragione i pazzi morali ai delinquenti nati e separò dai delinquenti nati, come estranei alla psichiatria, tutti i *delinquenti d'impeto* e d'*occasione* come pure i *passionali* e gli *abitudinarî* che sono tratti a delinquere da cause addirittura accidentali (cioè esterne e sociali) od anche costituzionali (cioè interne e morbose), ma non parificabili ad una vera immoralità di carattere. Costoro, non essendo immorali per natura, non presentano segni di degenerazione; ma il loro numero, che a mio parere è assai grande, è estremamente esiguo per Lombroso.

Io credo che l'immoralità del carattere, anche se raggiunge il grado di un'anomalia costituzionale, non vada necessariamente associata ai segni di degenerazione che Lombroso e i suoi seguaci hanno raccolto e classificato con tanta cura. Il valore di questi segni antropologici è piuttosto discutibile; non è ben certo ch'essi siano più frequenti nei criminali anzichè in altre categorie di uomini; parecchi criminali, anzi categorie intere di criminali, come i truffatori e le cortigiane (che Lombroso considera per criminali), ne vanno totalmente sprovvisti e le loro fattezze fisiche sono di un'estetica superiore alla comune; infine ben poche di queste stigme sono interpretabili nel senso dell'atavismo. Ciò che vi è di

più atavico nei criminali di razza è il loro carattere; e la degenerazione psichica di questa gente, essendo costante perchè è la condizione necessaria e sufficiente dell'anomalia, ha maggiore importanza della degenerazione somatica.

Ma la degenerazione somatica, se esiste, presenta il vantaggio dell'evidenza; non vi è dialettica di magistrato che possa infirmarne la fatalità, e i medici hanno buon giuoco ad invocarla anche quando non c'è, a documentarla con dati geometrici e numerici, a trincerarsi dietro il mistero della tecnica antropologica. Così, cioè con la lustra d'una degenerazione somatica che spesso non c'è, si riesce a comprovare una degenerazione psichica che talvolta non c'è neppur essa. I giudici, che non accettano lezioni in materia di patologia morale, si arrendono davanti alla nomenclatura anatomica, agli strumenti antropometrici e ai dettami d'una scienza occulta di cui non sospettano la miseria. Alacri e pronti a combattere per il dogma del libero arbitrio contro Enrico Ferri, contro Garofalo e contro gli altri valentuomini che lo distruggono con inoppugnabili argomenti di psicologia introspettiva per insediare il diritto penale sopra una base ben più logica, ben più moderna e ben più solida, essi sono inermi contro le dichiarazioni del medico che riscontra caso per caso l'orecchia ad ansa, la plagiocefalia, l'esadattilia od altri simili indizî d'inferiorità antropologica, indizî che, se anche avessero sempre questo significato, non basterebbero mai da soli a documentare la degenerazione morale.

Quest'orientazione degli spiriti è così tenace, che Enrico Ferri, Garofalo e gli altri rappresentanti della moderna scuola penale si fanno forti, più che dei loro argomenti, delle prove antropologiche raccolte dai medici alienisti, e la buona merce della loro dottrina giuridica circola nel mondo non tanto pel suo valore intrinseco quanto per l'etichetta antropologica che ha dovuto adottare forse suo malgrado. Eppure, l'antropologia criminale non giustifica coi suoi risultati la popolarità di cui gode. Non potendo portare un valido contributo alla medicina mentale per la diagnosi dell'immoralità, essa si mette umilmente a servizio della Polizia per completare i connotati dei *sospetti*, sopratutto dei carcerati che escono in libertà e che potranno avere altri conti da regolare con la giustizia. Così i delinquenti professionali non possono sfuggire alla Polizia trasfigurandosi perchè la loro identificazione è resa facile, oltrechè dalla fotografia e dai cenni descrittivi, da un'ingegnosa registrazione di misure antropologiche che sono irreducibili e personali: per esempio, si registrano due misure combinate, come la lunghezza del piede e la lunghezza del cranio. L'espediente è utile, ma non ha che un valore pratico e del tutto estraneo alla psichiatria.

Da molti anni Lombroso si sforza a far rientrare gran parte dei reati tra i sintomi delle malattie mentali e, vedendo forse l'insufficienza dell'antropologia, si è spinto a cercare altre prove in un campo più schiettamente patologico, cioè in quello della clinica. La delinquenza congenita, secondo Lombroso, non è più soltanto una psicosi degenerativa, ma una varietà d'*epilessia*. S'intende che per lui, come per molti altri clinici, l'epilessia è una nevrosi ed appartiene anch'essa al gruppo delle degenerazioni psichiche.

Sommando insieme il contributo generico della degradazione somatica e il contributo specifico dell'epilessia, i delinquenti nati presenterebbero i seguenti connotati, in parte antropologici, in parte clinici, dei quali alcuni sono riscontrabili in vita ed altri soltanto al tavolo anatomico: alto peso del corpo; asimmetria e sclerosi del cranio; fossetta occipitale; scarsa capacità cranica; meningiti ed encefaliti nell'infanzia; sporgenza degli ossi zigomatici; sviluppo considerevole dei seni frontali; orecchie ad ansa; analgesia; mancinismo; daltonismo e discromatopsia; anisocoria; riflessi esagerati; temperatura generale (all'infuori dagli accessi) tra 37°2 e 37°3; tatuaggio; impulsività che sostituisce le emozioni naturali; mascolinità del tipo antropologico nelle donne criminali.

Ignoro se da questo miscuglio di requisiti fisiologici (come il peso del corpo), d'imperfezioni anatomiche (come le orecchie ad ansa), di sintomi clinici (come l'anisocoria) e di manifestazioni psichiche (come il tatuaggio) si possa stabilire la diagnosi di epilessia, e non capisco come l'epilessia si possa nemmeno sospettare nelle prostitute, che Lombroso aggrega all'esercito della delinquenza per non lasciarne deserti i quadri di reclutamento che concernono il sesso femminile. Che le donne poliandriche, o che esercitino l'erotismo per mestiere o che vi si abbandonino per piacere (come fanno molte donne maritate di tutte le classi sociali), vadano ascritte nelle schiere della criminalità, è cosa che mi sembra esagerata e crudele, per quanto coerente a certi principî di morale non molto moderna. Ma che queste stesse donne si debbano considerare addirittura come epilettiche mi sembra strano. Di solito le donne facili, o che si vendano o che si regalino, godono d'una salute invidiabile, d'un umore allegro e d'una bellezza corporea, se non sempre raffinata, superiore in complesso al livello comune. Simili qualità non sono troppo in accordo con la presenza d'una malattia e d'una malattia così grave e talvolta deformante com'è l'epilessia.

Di più, si va ogni giorno accreditando l'opinione che l'epilessia non sia una nevrosi *sine materia*, nè una specie d'anomalia degenerativa, ma un processo morboso d'origine più o meno accidentale, con le sue cause materiali e con le sue lesioni anatomiche. Le alterazioni somatiche degli

epilettici non hanno dunque un carattere degenerativo od atavico che possa riattaccarsi all'antropologia, ma un carattere clinico che si rivela con manifestazioni patologiche e con lesioni dei centri nervosi. Secondo Marie l'epilessia non è ereditaria e non decorre mai senza alterazioni materiali dell'encefalo. Moltissimi tra i criminali non presentano nè equivalenti psichici o vertiginosi dell'epilessia, nè il così detto carattere epilettico; e tra le prostitute nessuna, salvo qualche rarissima eccezione, merita il titolo di *epilettica*, nemmeno onoraria, perchè la diagnosi d'epilessia non è di quelle che si possano assegnare a comodo sulle traccie ingannatrici d'una pretesa degenerazione antropologica.

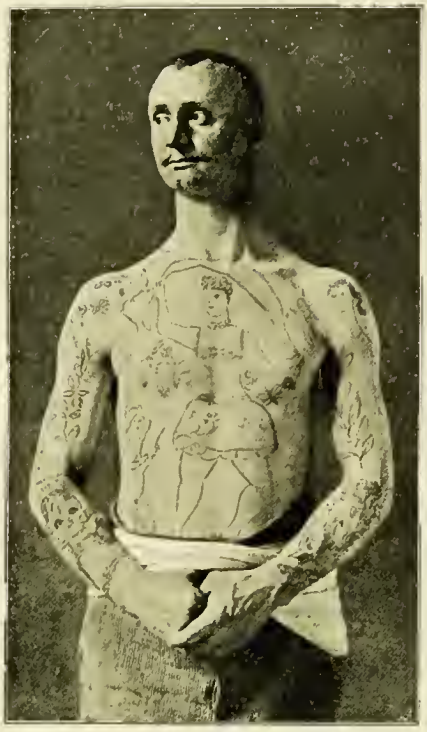


Fig. 133. — Immorale impulsivo: *tatuaggio*.

Quando Lombroso e i suoi seguaci trasportano il contingente maschile e femminile della criminalità (e non soltanto della criminalità straordinaria e più grave) nel campo clinico dell'epilessia, essi hanno di mira un'epilessia d'antico stampo, una nevrosi senza cause materiali e senza sintomi precisi, una forma di degenerazione che, nella sua indeterminatezza, può accogliere folle d'anomali e stuoli di normali. Un suo allievo, Roncoroni, fa consistere la patogenesi dell'epilessia in una sospensione di processi inibitorî che non si stacca nettamente dalle leggi fisiologiche e che rassomiglia assai poco al meccanismo grossolano d'una vera malattia. L'epilessia, come l'intende Roncoroni, sarebbe tutt'al più un'anomalia, ravvicinabile, per es., alla paranoia: e infatti è per mezzo d'un meccanismo analogo che io, e Roncoroni con me, abbiamo cercato anni fa di spiegare anche la paranoia. Quanto a Lombroso, la sua latitudine di giudizio si afferma anche nell'apprezzamento dei sintomi epilettici. Molti fenomeni vasomotorî, molti atti normali, ma insoliti per vivacità e subitaneità, sono da lui regalati all'epilessia. L'epilessia gli serve per decifrare non solo la delinquenza, ma anche la prostituzione e la genialità: gli eccessi dell'egoismo, gli eccessi dell'erotismo e gli eccessi dell'intelligenza.

Dove Lombroso riesce assai più felice è nel descrivere le qualità psichiche dei criminali: la loro vanità, la loro imprevidenza, il loro cinismo, che si manifestano in varie maniere caratteristiche. Il *gergo* dei carcerati, il *tatuaggio* (fig. 133), l'*insensibilità* al dolore fisico e al dolore morale, il *coraggio* con cui rischiano il carcere, la *facilità* con cui vi si adattano e vi ritornano, il *vanto* che menano del loro delitto a costo di tradirsi, furono messi in bel rilievo dai cultori dell'antropologia criminale.

Gl'immorali di nascita divengono spesso immorali di mestiere; si associano fra di loro per affinità di gusti e di scopi; si ritrovano insieme nelle carceri; formano una società nella società; s'intendono, si suggestionano, si ammirano e si sorreggono a vicenda come se appartenessero ad una stessa famiglia. Di qui il gergo, il tatuaggio e quello spirito di solidarietà cavalleresca specialmente di fronte alla Polizia, che in Sicilia e tra gli affiliati alla *mafia* ha preso il nome di *omertà*. Questi segni di criminalità in atto sono evidentemente una manifestazione di *psicologia collettiva*, anzichè di psicologia individuale; e si capisce che debbano mancare nel delinquente solitario come pure negl'immorali, per quanto emeriti, che non delinquono.

MANIFESTAZIONI CLINICHE.

Se si vogliono considerare gl'*immorali di nascita* dal punto di vista della loro immoralità e prescindendo dalle altre anomalie o dalle malattie mentali con cui l'immoralità può andar mescolata, si scorge facilmente ch'essi possono dividersi in due classi:

1.° *Immorali* per impulsività, ossia per eccesso di bisogni egoistici, d'irrequietezza, di aggressività, d'individualismo.

2.° *Immorali* per deficienza di simpatia verso gli altri uomini e quindi anche di altruismo, di ritegni sentimentali, di solidarietà, di compassione, di sensibilità alla considerazione pubblica.

I primi sono meno immorali dei secondi, ma per la spensieratezza con cui agiscono sono più inclinati al delitto spicciolo come anche ai delitti gravi, e finiscono col farsi del delitto una triste abitudine. La violenza e l'urgenza dei loro bisogni sono così intense, ch'essi non sono in grado di resistervi e spesso non hanno nemmeno il tempo di pensare a dominarsi. È probabile che Lombroso abbia di mira questi impulsivi quando identifica la delinquenza all'epilessia. Eppure talvolta l'impulsività criminale si manifesta soltanto sotto l'azione dei bisogni particolari, imperiosi e transitorî che trovano ostacoli sistematici in ambienti determinati; rimossi gli ostacoli e cambiato l'ambiente, l'individuo malcontento, facinoroso, insocievole, diventa un membro pacifico ed utile d'una società più

vasta, più libera e più tollerante. Vi sono ragazzi che non sopportano la clausura del collegio; giovinette che non soffrono il rigore della vita monastica; giovani che si ribellano alla disciplina militare; uomini e donne che, di ribellione in ribellione, finiscono per rendersi incompatibili nel consorzio sociale.

La società, in luogo di agevolare a questi individualisti esuberanti ed imprudenti tutte le espansioni che non danneggiano direttamente il benessere e la libertà degli altri, li esaspera con una severità inopportuna, li mette in condizioni d'ambiente sempre più difficili, li provoca a ribellioni sempre più impetuose e frequenti. Le case di correzione, le compagnie di disciplina, la prigione, la sorveglianza della polizia, producono lo stesso effetto che la camicia di forza sopra un maniaco. Tra gl'impulsivi intolleranti di freno e la società intollerante di eccezioni si stabilisce un malinteso che, aggravandosi di mano in mano, approda ad uno stato di guerra senza quartiere. Eppure è in questa folla che si trovano i criminali più simili a noi: i meno insocievoli e i meno antipatici. Ad essi, più che agl'immorali di razza, dovrebbe rivolgersi l'apostolato degli innovatori, provvedendo con la giustizia sociale alla prevenzione dei loro delitti. Di questi delitti è spesso responsabile la società. Ma la psichiatria italiana, invece di promuovere il miglioramento sociale dimostrando l'ingiustizia di tante condanne, distribuisce almeno in teoria patenti di criminalità congenita senza speranza di redenzione persino dove la legge sorvola o perdona, ed applica tra l'altre alle vittime della prostituzione i criteri d'una morale arcigna che sa di Pentateuco.

In origine l'immorale impulsivo non è che uno stordito, un *amorale:* ribelle senza accorgersene, non è deliberatamente ostile alla società, nè totalmente sprovvisto di simpatia verso i suoi simili. Ma la severità con cui vien trattato lo convince ben presto di non essere nè capito, nè compatito. Il ribelle diventa una vittima; poco disposto a sopportare i freni morali e legali della vita libera, è affatto incapace di sopportare i freni disciplinari della caserma e del carcere. Il suo istinto morale, già debole per sè stesso, si perverte e degenera in una forma attiva d'immoralità. Dalla delinquenza incidentale e quasi incosciente si passa alla delinquenza abituale e meditata, ad una ostilità continua e convinta verso la società.

Tra questi delinquenti spensierati alcuni non peccano che per eccesso d'un solo bisogno fisiologico. Vi sono gli *infingardi*, i *sensuali*, i *gelosi*, i *passionali*, i *giocatori*, i *collerici* che s'iniziano nella carriera criminale per la loro incapacità a frenare sentimenti molto imperiosi anche tra i normali. Se riescissero a soddisfare questi sentimenti senza ostacoli o a domarli con uno sforzo non troppo affrettato o a liberarsene sotto la repressione graduale, moderata e benevola della società, questi individui

non progredirebbero nella via del delitto, ma si emenderebbero. Alcuni di essi non mancano completamente di altruismo; anzi possono esserne ricchi. Ma la violenza e l'incostanza con cui si abbandonano anche ai sentimenti generosi, come lo sdegno e l'amore, toglie ogni indirizzo etico alla loro condotta. Gli stessi passionali sacrificano all'ideale del momento ideali ben più doverosi ed elevati; e la loro passione, senz'essere ignobile, va a detrimento del carattere morale. Di gradino in gradino, il delinquente per passione scende ad episodî passionali sempre più effimeri e superficiali; si abitua alla sfrenatezza; perde il senso morale e non ascolta più che l'istinto. Spesso, per calmare i rimorsi, ricorre al narcotico della religione: e non v'è immorale che non si professi *credente* almeno di quando in quando.

Soltanto di fronte al continuo e progressivo sfacelo del senso morale saremo autorizzati a diagnosticare l'immoralità costituzionale: ma ci rimarrà sempre il dubbio che, almeno per questa classe di delinquenti impulsivi, una migliore organizzazione della società avrebbe potuto prevenire il delitto o correggere i sentimenti da cui proviene, sentimenti spesso più anomali per misura che per natura. Le difficoltà dell'ambiente sociale, sommandosi con le anomalie della costituzione individuale, aumentano il malessere dell'impulsivo, la sua irrequietezza e la violenza dei suoi bisogni insoddisfatti. Egli è spinto a cercare la calma e l'oblìo nelle bevande alcooliche; e l'alcoolismo, dopo avere spento in modo effimero gli impulsi del momento, spegne in modo stabile il senso etico che, rinforzato, avrebbe potuto frenarli.

Tra questi immorali per irrequietezza, molti sono candidati alla demenza precoce, o invece, più che candidati, già patentemente imbecilli. In tal caso la diagnosi è più facile, perchè l'immoralità si manifesta fin dalla prima infanzia con capricci violenti e reazioni iperboliche ad ogni più piccola contrarietà. È assai più difficile l'accertamento dell'immoralità costituzionale allo stato puro in individui d'intelligenza normale, sebbene anche in questo caso l'anomalia cominci a rivelarsi fin dalla più tenera età. Mentre l'eboidofrenia, o che preludii alla demenza precoce o che si mantenga nella cerchia delle funzioni affettive, scoppia verso i 12 anni e dimostra d'avere un principio, la vera immoralità costituzionale è congenita, non ha alcun principio e perciò si smaschera gradatamente come una anomalia psichica.

Durante la fanciullezza l'immoralità a tipo spensierato ha per manifestazioni: la precocità dell'istinto sessuale, onanismo, prepotenza, tracotanza, facilità alla menzogna, agli intrighi, alla disobbedienza, all'abbandono della scuola e della casa paterna, al vagabondaggio, alla ricerca di avventure. Queste tendenze accentuandosi verso i vent'anni conducono alla di-

serzione, alle violenze sessuali, alle risse, alla truffa, al cambiamento vertiginoso di residenze, di mestieri e d'amicizie. Così dall'immoralità a poco a poco matura la delinquenza, sia in una forma specifica, sia in una forma generica. Si hanno i delinquenti specialisti, gli eclettici e quelli che, favoriti dalla nascita, possono rasentare il codice senza urtarlo, accendendo debiti, giocando, contraendo matrimonî interessati, esercitando professioni losche, dedicandosi alla vita pubblica. Una dose moderata d'imbecillità non disturba il programma. Nella classe degli impulsivi ricchi si conta la massima parte dei prodighi.

Abbiamo descritto sinteticamente gli immorali per eccesso di bisogni. Vediamo ora l'altra faccia dell'immoralità : l'immoralità a freddo, per deficienza di simpatia, di solidarietà, d'altruismo. Il carattere di questi immorali incorreggibili, veri daltonisti del sentimento etico, non è impetuoso, passionale, collerico, imprudente e ribelle, ma tutt'al contrario: calmo, glaciale, lento, riflessivo e in generale piuttosto ligio alla legalità. In questa classe d'egoisti raffinati e senza scrupoli s'incontrano più immorali che delinquenti : il loro egoismo non è un torrente che straripa a sbalzi e poi si cheta, ma un fiume abbondante e maestoso che ha per argine la prudenza e procede senza disordine, nè intoppi. Troviamo fra gli immorali insensibili le *avvelenatrici* e gli *avvelenatori*, i grandi *truffatori*, gli *ipocriti*, i fondatori d'imprese fraudolente, gli *imprenditori* senza pietà che arricchiscono calpestando gl'interessi dei loro collaboratori, gli *usurai*, i *lenoni*, i *calunniatori*, i *malviventi politici* che non si arrestano davanti a nessuna soperchieria salvo ad ammantarla abilmente di legalità e a sfruttarla poi come un titolo all'ammirazione degli sciocchi. Questi immorali di grado superiore appunto perchè sanno padroneggiarsi evitano quasi sempre il delitto ; e se non lo evitano, riescono per lo meno a dissimularlo. L'assenza di sentimenti altruistici rende la loro immaginazione più libera, la loro azione più cinica.

L'uso di armi sleali, crudeli, raccapriccianti non li spaventa, se non in quanto può un giorno o l'altro, scoperto che sia, nuocere a chi vi è ricorso. L'immoralità, che è una debolezza per gl'impulsivi, è una forza pei loro antagonisti. Essa attraversa e sovverte i disegni di ravvedimento, di espiazione, di saggezza che sorridono agli impulsivi ; mentre inspira, fomenta e raffina l'opera impassibile degli insensibili, rivolgendola senza esitazione ad uno scopo pratico e definito. Tuttavia anche i Napoleoni dell'immoralità previdente hanno qualche volta a rimpiangere un Waterloo : non perchè l'impazienza di vincere li spinga ad un'azione imponderata, ma perchè la mancanza di freni morali, di pietà, di probità, di sensibilità all'altrui biasimo li determina a disegni di crimini complicati, continuati, coordinati che, malgrado la più abile premeditazione,

possono fallire per l'errore d'un singolo particolare. È l'abuso delle loro qualità che talvolta li perde.

Ma se evitano o dissimulano il delitto, non passano inosservati ad una minoranza di gente onesta ed accorta. Per quanto la deficienza d'altruismo si manifesti più che altro in forma negativa, essa è profonda, evidente e facile a rintracciarsi nella più remota gioventù: se non vi è la *grande criminalità*, vi è la *grande immoralità*. In questa agenesia di sentimenti etici non vi è posto per nessun affetto. La donna non è che uno strumento di piacere; la famiglia uno strumento di signoria; il prossimo uno strumento di locupletazione; la vita pubblica una piattaforma d'ambizione personale e di guadagno; l'arte e la scienza un mestiere. Sono questi i veri *immorali*, gli immorali senza esaltamento, senza passione e senza rimorsi, che vanno diritti al loro fine, seguendo una vocazione tranquilla. Ricchi e intelligenti, possono sfuggire alla seduzione del reato o almeno ai rigori del codice; sprovvisti di ricchezza e poveri d'intelligenza, cadono prima o poi fra gli artigli della giustizia. Ma anche in questo caso si tratta quasi sempre d'un crimine isolato, grandioso, inatteso, compiuto con astuzia e con freddezza. I criminali di questa specie non hanno nessun ritegno a rovesciarne la colpa sugli innocenti; sanno difendersi dall'imputazione; preparare gli *alibi;* attenuare o alterare davanti ai giudici i veri moventi del reato. In carcere tengono buona condotta: sono delinquenti saggi. Durante il processo non tradiscono la loro pochezza morale che in maniera negativa: per mancanza di commozione, per la loro assoluta incapacità a sentire e a fingere non solo un sentimento di tenerezza e di bontà, ma anche un po' di rispetto per le vittime, un po' di orrore per il reato che hanno commesso. Questi furbi spietati sono più o meno deficienti, almeno dal lato affettivo, più o meno incoscienti, più o meno grotteschi, e riescono sovranamente antipatici. Ma, finchè non abbiano raggiunto il banco degli accusati, figurano come persone corrette, serie, energiche e rispettabili agli occhi dei lontani e dei deboli. Il loro potere di suggestione è grande, il loro dominio è solido, la loro riputazione di probità, quantunque contestata, è incrollabile, e nel corso del processo i fanatici testimoni a difesa si bilanciano con gli accaniti testimoni d'accusa. Lo stesso avviene se il grande criminale si trattiene al di qua del codice e non è che un grande immorale: contro mille detrattori può contare su cento amici ardenti di entusiasmo imbecille o di gratitudine interessata. Perchè nel lungo e coerente esercizio del proprio egoismo l'immorale a freddo è costretto a fare anche del bene, a procacciarsi alleati, a ingraziarsi persone altolocate, a nascondere la sua aridità affettiva con l'ostentazione della correttezza o con atti di calcolata generosità.

L'immoralità del secondo tipo è, come l'immoralità impulsiva, di origine congenita; anzi è più congenita ancora, più scevra d'influenze morbose e accidentali che possano favorirla o soffocarla, più evidente fin dai primi anni della vita, perchè più impressionante, malgrado la natura negativa delle sue manifestazioni. Ragazzi, questi immorali per difetto di sensibilità non si affezionano a nessuno: verso i compagni non dimostrano simpatia, ma desiderio di dominio; i loro giuochi sono placidi, silenziosi ed atroci; spesso incrudeliscono contro animali mansueti; non piangono mai; non partecipano alle afflizioni degli altri; talvolta se ne divertono; se contraggono la sifilide, si compiacciono di diffonderla; non restano mortificati dai rimproveri, nè umiliati quando sono colti in fallo; non conoscono nè schifo, nè ribrezzo, nè vergogna; provano più curiosità che ripugnanza o vera attrazione per le cose oscene; non rifuggono dal dare saggi accademici della loro insensibilità allo schifo che scambiano per una specie di superiorità e che come tale è spesso applaudita dalle scolaresche e dalle folle adulte; non apprezzano e non capiscono i moventi generosi degli altri; sono scettici, diffidenti e maligni; non riconoscono idoli nè in casa, nè fuori, e la loro irriverenza non si arresta nè davanti alla madre, nè davanti al benefattore eroico che riscuote le simpatie universali. Come esistono cani senza fiuto e fiori senza profumo, così vi sono individui privi di benevolenza e di simpatia. La mancanza dello *schifo* per la sudiceria fisica è un indizio della loro sensibilità per la sudiceria morale. Essi possono essere trattenuti dal delitto per mezzo di freni esterni, ma non possiedono dentro di sè alcuna ripulsione spontanea. Se la legge dorme, se la società cede o rivolge altrove la propria attenzione, se le vittime designate non sanno difendersi, nè avvertire il pericolo, l'immorale per mancanza d'affettività non tarderà ad approfittarne più o meno felicemente: la più lieve occasione basterà a suggerirgliene i mezzi che potrà applicare con tutto suo agio e senz'alcuno sforzo, purchè gli appariscano immuni di pericoli ed appropriati allo scopo.

In luogo delle aggressioni brutali che sono la prerogativa degli immorali impulsivi, avremo le conquiste lente, i crimini elaborati o i loro equivalenti legali e ben più proficui. Talvolta questi veri classici dell'immoralità non si trovano in guerra dichiarata con la legge che al termine della loro vita, al culmine della loro carriera, all'apogeo della loro fama. La vecchiaia favorisce la maggiore audacia nella via del male perchè inaridisce gli ultimi residui di bontà e accresce le probabilità che il reato vada impunito. I vecchi immorali si sentono tentati di mettere a frutto la posizione sociale che hanno conseguito dissimulando la propria perversità. E il delitto, tutt'altro che in contraddizione con la lunga vita incensurata, non ne è che l'epilogo naturale. Lo si scorge dalla indifferenza

con cui resistono ai segni dell'ira popolare, dall'incoscienza della propria indegnità, dall'astuzia con cui si difendono, dalla destrezza che impiegano nel fuggire e nel ritorcere le accuse contro gli accusatori. Novizi del delitto, questi delinquenti in ritardo sono veterani dell'immoralità.

Ma vi è un terzo tipo d'immorali, ed è il tipo misto: quello che accoppia l'impulsività degli immorali spensierati con l'insensibilità permanente degli immorali spietati. Si capisce che questo tipo misto dev'essere il più frequente. Anzitutto, può darsi che gli accessi violenti d'egoismo e la deficienza placida d'altruismo si associno per un vizio combinato del carattere morale. Ma, indipendentemente da questa doppia forma d'immoralità congenita, è certo che ciascuna delle due forme tende a duplicarsi con l'altra. Gli impulsivi travolti nell'abisso delle loro imprudenze, rotti alle carceri e ai tribunali, abituati al disprezzo pubblico, disillusi sul proprio valore sociale, finiscono col perdere ogni sensibilità etica e col rassegnarsi a rappresentare nel corpo sociale la parte dei parassiti nocivi. Le stesse circostanze possono rendere impulsivo, cioè facile a delinquere, anche l'immorale saggio, ma insensibile, che per qualsivoglia motivo abbia ormai perduto la verginità della prigione e che, una volta iniziato alla carriera ufficiale del delitto, può trovare maggior convenienza a perseverare in essa, anzichè a tornare nell'ovile dell'immoralità legale. Insomma, di condanna in condanna, gli impulsivi diventano sempre più insensibili e gli insensibili sempre più impulsivi: gli uni e gli altri si adattano alle conseguenze del proprio temperamento morale, accettano filosoficamente gli incerti d'un mestiere arrischiato e si familiarizzano con l'infamia. Gli impulsivi perchè la vedono inevitabile, gli insensibili perchè imparano a sfruttarla. Un nome compromesso è un titolo ricercato in certi mestieri e in certe cariche.

Immoralità impulsiva con atti lievi, ma ripetuti di criminalità. — Salvo uno zio materno che è ricoverato al manicomio con delirio cronico, i parenti di questo soggetto sono tutti sani. L'unica sorella è normale. Non vi furono malattie infantili. Dagli 8 ai 15 anni G. B., che ora è un giovane robusto e ne ha 30, fu tra i *minori corrigendi* a Pisa. A 18 anni si arruolò come volontario. Ma prima di partire fu sottoposto ad un periodo d'osservazione a motivo della sua irrequietezza. Durante l'osservazione, maltrattato da un superiore, reagì con vie di fatto, ma non gravi e fu messo in *camera di sicurezza*. Il colonnello manifestò il dubbio che G. B. fosse pazzo ; e G. B. pensando che la pazzia gli avrebbe risparmiato una condanna da 8 a 10 anni di carcere, si finse pazzo, vociferando e asserendo d'essere il Duca d'Aosta. Fu inviato nel 1903 al manicomio di Firenze, vi rimase 3 mesi e ne fu licenziato come guarito; ma era poi certo che fosse stato malato? Andò a Genova, a Porto Maurizio, a Oneglia, a Milano, a Padova, facendo il cocchiere o lo stalliere. Spendeva tutto il guadagno nel cambiare residenza per desiderio insaziabile di svagarsi. Nel 1895 si trovava in patria, a Firenze, quando fu ammesso nel corpo di Pubblica Sicurezza

e inviato a Venezia come guardia di mare. Non arrestò mai nessuno perchè gli ripugnava! Disgustato del nuovo mestiere e sapendo che una mancanza grave gli avrebbe fruttato l'espulsione, andò in una casa di tolleranza, vi attaccò lite, si astenne dal presentarsi al quartiere, lasciò le armi in un'osteria e girovagò tutta la notte. Il giorno dopo dichiarò che il servizio di pubblica sicurezza gli era antipatico e insultò i superiori. Fu condannato a due mesi di prigione militare ed espulso. Aveva fatto alcuni debiti e col danaro così raccolto andò a Verona, a Brescia, a Milano vendendo stoffe. Tornato a Verona e trovandosi presente a un tafferuglio, piuttosto di dire le proprie generalità, si ribellò alla pubblica forza: una guardia lo riconobbe, si ricordò ch'era stato al manicomio, e ve lo fece rientrare. Anche al manicomio di Verona si comportò bene per un mese: ma, irritato nel vedersi trattenuto, cominciò ad ingiuriare e a commettere atti di vandalismo. Fu traslocato al manicomio di Firenze: era il 1896 e vi tenne ottima condotta per 10 mesi. Licenziato, eccolo di nuovo in viaggio: prima a Viareggio, poi a Milano, facendo il cocchiere. Ma G. B. non ha le carte in regola, e la Polizia lo rimanda a Firenze col foglio di via obbligatorio. Per la strada, a Bologna, perde il treno, straccia il foglio e va a perlustrare la città nel cuor della notte. Non tarda ad incontrare le guardie, racconta loro le sue peripezie e anche questa volta, per tagliar corto, simula la pazzia. Al manicomio di Bologna confessa la simulazione ed è dimesso dopo due mesi.

Così gli riesce di tornare a Firenze libero cittadino; ma i parenti, seccati dalle sue domande di denaro, lo fanno internare di nuovo al manicomio. Vi rimane 7 mesi, è dimesso; e vi rientra, in seguito ad istanza dei parenti, nel 1898. Nel periodo di libertà s'era dato a un nuovo mestiere, vendendo verdure o frutta per la strada con un carretto: attivo, pronto e cortese, faceva buoni affari e non sarebbe stato ricondotto al manicomio così presto se non fosse stata un'epoca di torbidi politici. Infatti lo licenziai nel termine di soli 12 giorni e seppi che s'era impiegato col lucroso mestiere di facchino in un importante albergo, dove riceveva oltre alla paga un ottimo vitto. Ma invece di far giudizio, si bisticciò col direttore e partì per Livorno. Non avendo trovato lavoro nè a Livorno, nè a Pisa, si ripresentò all'albergo di Firenze, domandando d'esservi ammesso un'altra volta. Irritato, andò in un'osteria; bevve ma senza ubbriacarsi; si ubbriacò semplicemente di discorsi anarchici, sentì che i *padroni bisognava tutti ammazzarli*, e comprò un coltello. Lo fece affilare e così armato si mise a camminare con passo concitato davanti all'albergo per 20 minuti; bastonò il portiere, forzò l'ingresso; ruppe bicchieri e stoviglie, minacciò il personale di cucina. Qualcuno si ferì leggermente per disarmarlo. Imprigionato simulò per la terza volta la pazzia allo scopo di *non disonorarsi* con una condanna, e riapparve al Manicomio di Firenze. Dopo 3 mesi lo inviai al manicomio giudiziario di Montelupo, dove si dimostrò violento. Persuaso di non meritare alcuna condanna, dal momento che le sue minaccie non si erano tradotte in atti criminosi, adottò sulle prime un contegno ribelle per attirare l'attenzione e ottenere il trasloco in un manicomio comune. Ma in realtà era stato condannato per minaccie e rimase in quell'istituto per 5 anni; dapprima trattato con la camicia di forza, in seguito sottoposto ad un regime più raddolcito, ma sempre carcerario, secondo la disciplina del luogo. Al manicomio di Montelupo, in compagnia di malviventi provetti, si praticò e si fece praticare il *tatuaggio*; e tranne nel primo mese, si diportò docilmente: era laborioso e rispettoso. Non sofferse mai di convulsioni, non ha alcun segno d'epilessia, la sua sensibilità tattile e dolorifica è normale. Il senso dello schifo è ottuso.

Ora, per gli effetti della nuova legge sugli alienati, G. B. è di nuovo al manicomio di Firenze. È obbediente, attivo, ragionevole. Ricorda tutte le vicende della sua travagliata esistenza senza sbagliare nè una data, nè un nome, senza ommettere un fatto, senza nulla nascondere; ma non è facile a riconoscere i suoi torti; anzi, a furia di scusarli, finisce per ammannirceli come atti leciti e innocui. A dargli retta, è lui che si trova in credito di fronte alla società; e veramente, stando alla stretta legalità, che reati ha commesso? Uno solo: quello delle minaccie, che gli fruttò 5 anni di reclusione al manicomio giudiziario senza contare il prolungamento della segregazione al manicomio di Firenze. È un delitto duramente scontato. Ma da un punto di vista più largo, è ovvio che G. B. è un soggetto pericoloso. Bisogna ascrivere a semplice fortuna se la sua impulsività non ha mai prodotto conseguenze più gravi; e non si può disconoscere nelle lievi, ma ripetute manifestazioni di questa impulsività le prove d'una vera inettitudine al viver sociale. Quest'uomo non è malvagio: è laborioso, intraprendente, capace di qualche gratitudine verso chi lo tratta con indulgenza; ma così esuberante di bisogni, così intollerante di freni, così incurante dei danni che reca, dell'incomodo che produce, della inquietudine che sparge dovunque passa, da meritare la segregazione preventiva, purchè non inasprita da ingiusti e irritanti rigori.

TRATTAMENTO DEGLI IMMORALI.

Sia verso gli impulsivi, sia verso gli insensibili, la profilassi è più efficace della repressione, ma è una profilassi assai diversa che si deve consigliare nei due casi. Bisogna educare, soccorrere, emendare gli impulsivi con atti di sapiente rigore; e rendere impotenti gli insensibili con una guerra oculata, ma senza riguardi.

Prendiamo in esame gli impulsivi. L'intolleranza della società, la sua precipitazione nel decretare pene poco appropriate all'indole dei colpevoli, può impedire agl'impulsivi d'emendarsi ed aggiungere nuova esca al fuoco delle loro intemperanze. Le *case di correzione*, le *compagnie di di disciplina*, la *sorveglianza* della polizia raggiungono quasi sempre un effetto esattamente contrario al loro fine: irritano in luogo di ottundere, e diventano scuole d'incorreggibilità, focolai d'indisciplina, strumenti di provocazione a nuovi reati. È una vana pretesa quella di domare gl'impulsivi portandoli al livello non della saggezza normale, ma d'una docilità ideale, poco umana e che confina con l'ascetismo. Gli educatori s'illudono d'instillare la virtù coi sermoni ad ora fissa, con le privazioni, con gli esercizi religiosi, con fanfare strazianti e con la coercizione ad un lavoro rozzo, male organizzato, sterile e avaramente retribuito; la Polizia con appelli serali e con mille angherie che rendono impossibile al sorvegliato di guadagnarsi il pane e perfino di cercarsi lavoro. I corrigendi, i sorvegliati, gli ammoniti non rispondono che con antipatia e ostilità. E la vera azione educativa, invece di svolgersi dal maestro o dall'au-

torità a tenore dei regolamenti, emana e preme con irresistibile energia dalla massa dei loro pari, simpatizzanti e solidali sotto il giogo comune. La suggestione collettiva, continua e multiforme dei collaterali opera ben più fortemente che la suggestione individuale, discontinua e inaffettiva dei superiori. Così avviene anche nei collegi e nelle scuole comuni: le impressioni durevoli che orientano e modificano il carattere non partono dagli insegnanti che parlano *ex cathedra* quanto piuttosto dai compagni che esprimono nell'intimità il loro pensiero riposto. Perciò l'educazione nazionale, intesa come una funzione scolastica o di Stato, è un'utopia. Non nell'ambiente artificiale della scuola, ma tra le pareti domestiche e per effetto d'una suggestione indiretta senza programma e senza pompa si plasmano, fino a un certo punto, i caratteri: e gli esempî hanno un'efficacia cento volte più grande delle parole.

Talvolta gl'immorali impulsivi si abbandonano al delitto non tanto per vocazione antisociale quanto per esuberanza transitoria d'individualismo. Essi rinsaviscono e si moderano con l'andar degli anni, purchè la loro vitalità non sia conculcata bruscamente e quindi esasperata. Può anche darsi che trovino la maniera di secondare legalmente e onestamente i propri impulsi, anzi di trarne partito, scegliendo mestieri disagiati, sfidando pericoli, utilizzando insomma la temerità, l'ambizione, le impazienze di cui vibrano e fremono. È difficile che resista alle difficoltà quotidiane, meschine e sgradite della vita monastica, militare e carceraria chi non ha saputo adattarsi a quelle ben più lievi della vita ordinaria; ma non è impossibile che lo stesso individuo superi gli ostacoli improvvisi, eroici e affascinanti che richiedono vivacità d'immaginazione e vigoria d'emozione per non agire come uno spauracchio paralizzante.

La *condanna condizionale* è un'istituzione veramente ingegnosa, magnanima e utilitaria in favore degl'impulsivi. È magnanima perchè perdona; è utilitaria perchè si converte in un vantaggio economico per la società che la applica, risparmiando a migliaia le giornate di carcere; ed è ingegnosa perchè riunisce due pregi così disparati.

Partendo dal concetto che la pazzia morale sia rigorosamente ereditaria, fu consigliato contro di essa lo spediente radicale della castrazione. La castrazione fu consigliata del pari contro le altre forme di degenerazione psichica. Nel Michigan, in America, il consiglio prese la forma d'un *bill*, che non fu mai eseguito, sebbene credo che sia stato approvato dall'assemblea legislativa: la castrazione avrebbe dovuto infliggersi *ex iure* su tutti coloro che cadevano in reati per la terza volta, sugl'imbecilli, sugli epilettici e sui colpevoli di stupro. In Europa, Naecke propugna assennatamente un trattamento analogo, ma sui soli criminali, sostituendo alla castrazione la resezione del canale deferente: con questa

operazione i criminali diverrebbero *infecondi*, ma non *impotenti*. In Italia la stessa misura è caldeggiata da Zuccarelli. In Francia Servier si limita a proporre la castrazione come un surrogato della decapitazione, ripromettendosi da questa mutilazione anche un cambiamento tale del carattere, da rendere possibile col tempo la liberazione dei condannati. Questa rosea speranza è contraddetta con ragione dallo stesso Naecke. È certo, come osserva Lugaro, che la castrazione dell'adulto non cancella le immagini sessuali: essa appartiene alla classe dei provvedimenti irritanti. D'altra parte, non si può applicarla sopra persone di tenera età prima che abbiano dato prova di essere veramente immorali incorreggibili.

Benchè la mutilazione dei testicoli sia chirurgicamente assai facile e senza pericoli, non si trovò alcun chirurgo che osasse eseguirla, nemmeno nella sua forma più blanda e ragionevole, che è quella proposta da Naecke. L'opinione pubblica considera la funzione riproduttrice con una specie di venerazione a cui partecipano tutti gl'interessati. Se i costumi permettono all'uomo di rinunziare volontariamente e senza disdoro ai profitti di questa funzione per un voto di castità o per l'esercizio professionale del celibato, non ammettono per nessuna causa il diritto di attentare al capitale anatomico da cui derivano quei profitti. Per quanto sia insignificante la mutilazione materiale, si considera come immensa la mutilazione morale. Non è dunque il caso d'insistere nella discussione d'un trattamento profilattico che, malgrado la sua utilità sociale, non esce dal novero delle proposte teoriche, dal momento che non trova e forse non troverà mai chi abbia l'audacia di applicarlo.

Un trattamento non profilattico, ma correttivo e che finora è anch'esso allo stato di proposta teorica, è quello preconizzato da Lugaro a favore non di tutti gl'immorali, ma dei soli impulsivi. Contro questa specie d'anomalia Lugaro propone la *mutilazione tiroidea*. Egli si fonda sulle condizioni favorevoli con cui si presenta il carattere morale nell'ipotiroidismo, ossia nel *mixedema;* e il suo intento è di correggere l'anomalia morale degl'impulsivi conducendoli alla frontiera del mixedema, ma senza varcarla. Questo risultato si può ottenere con la demolizione parziale, risparmiando specialmente le *paratiroidi;* si può accrescere con una seconda operazione, se la prima è stata insufficiente; si può temperare con la *cura tiroidea*, se è stata eccessiva. Infatti è innegabile che l'ipertiroidismo dispone all'impulsività, e i *basedowici*, per quanto affetti da un ipertiroidismo probabilmente parziale, vanno soggetti, se non a un deciso pervertimento del carattere, a frequenti squilibrî affettivi; ed è altrettanto innegabile che l'*atiroidismo* è un fattore di calma, d'equilibrio, di saggezza non disgiunta da bontà, purchè sia mantenuto in proporzioni abbastanza moderate per non travolgere insieme agl'istinti aggressivi

anche le funzioni intellettuali. Non già che gl'immorali impulsivi siano da riguardarsi come basedowici o come individui affetti da ipertiroidismo; ma l'importante è questo che, prescindendo da ogni antagonismo causale, il mixedematoso si dimostra in evidente e continuo antagonismo di contegno e di sentimenti con l'immorale impulsivo. Non si tratta dunque di trasfondere nell'immorale impulsivo l'etica che gli manca, ma di neutralizzare con un grado moderato d'intossicazione le impulsività che gl'impediscono di comportarsi regolarmente.

Uno stato generale che rassomigli a quello del mixedema, ma che non ne raggiunga le proporzioni morbose, può smorzare gli impeti del carattere senza estinguere i sentimenti affettuosi, senza ledere l'intelligenza, senza compromettere la salute fisica. Si troverà il chirurgo abbastanza sicuro di sè e dell'idea per esperimentarne l'effetto? Per arrischiarsi in questa via, bisogna circondarsi di precauzioni non tanto dal punto di vista chirurgico, come dal punto di vista legale. Anzitutto è necessario che l'impulsivo sia informato di ciò che l'attende e dei pericoli a cui si espone; egli deve affrontarli per convinzione e col sincero proposito di emendarsi, non per intimidazione, nè per inganno. Se si pensa alle condizioni infelici d'esistenza in cui versa un impulsivo quando ha perduto la speranza di redimersi, non si deve credere impossibile la sua adesione scritta, solenne e del tutto rassicurante per l'operatore. Così l'operatore si salva dal ricatto; la società corre il palio di purificarsi senza ricorrere a condanne crudeli; e il delinquente va a rischio di subire una metamorfosi favorevole alla propria felicità.

Il sistema preventivo è valido, ma fino a un certo punto e sotto tutt'altra forma, anche di fronte agl'immorali insensibili, almeno finchè non abbiano commesso alcun reato. Ma per metterlo in esecuzione con efficacia e con giustizia, bisogna che la società si dia la briga di trasformarsi essa medesima, elevando il livello medio della moralità generale. L'unica arma preventiva contro agl'*immorali calcolatori* è la diffidenza, l'antipatia, il disprezzo, il *boycottaggio*. L'opinione pubblica deve orientarsi in senso più coraggioso, più leale, più ribelle verso gl'immorali a freddo, spesso temuti, rispettati e potenti: non deve nè temerli, nè rispettarli, nè subirli. Sopratutto non deve prenderli a modello. Il culto moderno dell'*eroe*, che è diventato l'estrema espressione dello *snob* letterario e politico, mira a nobilitare l'individualista selvaggio e il bandito, ma sopratutto il *tiranno*, in cui una folla d'esteti pezzenti intravvede il *mecenate*, sospirandone i favori. Questa venerazione vile verso le individualità prepotenti ha corrotto le leggi non meno dei costumi.

Perchè si esita a privare della libertà civile il tiranno domestico, l'avaro, il pervertito che si comporta legalmente, ma calpestando i sentimenti

legittimi della moglie e dei figli? Perchè si lesina nell'accordare la separazione legale, perchè si attende a includere nella legislazione il divorzio, mentre si facilita con tanta leggerezza il contratto balordamente indissolubile del matrimonio? Perchè l'esercizio d'una professione indelicata, perchè una condanna in giudizio, perchè una condotta legale, ma palesemente immorale, perchè l'ubbriachezza abituale e svergognata non devono portare alcun limite nè alla patria potestà, nè ad altri diritti civili?

Fino ad ora, e specialmente in certi paesi, l'uomo immorale, purchè sappia evitare il carcere, gode non solo la pienezza dei suoi diritti, ma anche il rispetto, la considerazione e il voto plebiscitario degli elettori, se mai l'ambisce. Il timore che sparge intorno a sè si converte più facilmente in ammirazione che in odio. Quando un uomo di questa fatta commette un reato, non conviene che la società si lasci sfuggire la buona occasione per condannarlo. Se la generosità dell'animo è una circostanza attenuante che permette di ridurre la pena, non dovrebbero l'insensibilità ad ogni affetto, la durezza di cuore, la prepotenza sistematica, l'infedeltà alle amicizie, l'abitudine dell'adulazione, la servilità, la superbia verso i deboli, l'indelicatezza verso le donne essere riconosciute ufficialmente come circostanze aggravanti e capaci, purchè fossero documentate in giudizio, di accrescere la pena?

Le pene sancite dal codice sono un ottimo preservativo sociale, e guai se non ci fossero. Reprimendo un atto criminoso, se ne prevengono molti altri. Se la repressione per quanto severa non trattiene dalla recidiva tutti gl'impulsivi, e se il timore della repressione non è efficace su coloro che delinquono per la prima volta in un momento di passione o d'oblio, nessuno può contestare l'evidente utilità del codice penale sulla folla dei mediocri equilibrati e sulla caterva degl'immorali insensibili, ma saggi. Tuttavia, affinchè la pena sia sanzionata dall'opinione pubblica e non trovi ostacoli nella sua applicazione, bisogna che apparisca giusta. Le repressioni politiche, appunto perchè sono quasi sempre ingiuste, esagerate e inspirate ad un eccesso di egoismo collettivo, non furono mai efficaci. Le pene eccessive e ingiuste provocano o presto o tardi la reazione dei sentimenti popolari in favore dei colpiti e contro l'autorità che punisce, specialmente se l'eccessività e l'ingiustizia sono dettate da preconcetti o da interessi di classe. Bisogna evitare che anche verso gl'immorali insensibili si organizzi un odio cieco e iracondo. In fondo la mancanza di sensibilità morale è un'anomalia come un'altra, e sarebbe stolido non meno che ingiusto di odiare le vittime di quest'anomalia, per quanto possano e debbano riescire antipatiche.

Ma a parte gli odî volgari e ogni inutile inasprimento di pena che ne sia l'eco, la difesa sociale richiede che i delinquenti siano sorvegliati e

messi al sicuro: i delinquenti per immoralità costituzionale al pari e più degli altri. Essi non sono nè meno pericolosi, nè meno condannabili dei delinquenti ordinarî, e non vi è ingiustizia a mescolarli insieme nelle carceri o altrove. È vero che il loro reato ha per coefficiente necessario un'anomalia di cui non è responsabile il disgraziato cui è toccata; ma tutti i reati, anzi tutte le azioni umane, anche le più meritorie, hanno una genesi analoga, perchè provengono, oltrechè dagli avvenimenti esterni, da una struttura psichica che riceviamo in retaggio senza benefizio d'inventario. Noi non siamo liberi di sceglierci un carattere pacato e socievole, nè di fornirci al mercato la volontà che ci bisogna. Non vi è dunque ragione d'invocare alla spicciolata la legge del determinismo come se fosse una particolarità degli immorali anomali e tacendo ipocritamente che in realtà la riteniamo valida per tutti. Se non si ha il coraggio di combattere il dogma del libero arbitrio in campo aperto, si finirà per abbandonare ai rigori della condanna penale i rei meno immeritevoli, cioè coloro che sono stati spinti al delitto da circostanze esterne, passeggere, eppure altrettanto fatali.

Tuttavia, poichè esistono i *manicomî giudiziarî*, sarebbe opportuno ricondurli alla loro funzione originaria, cioè di ricoveri esclusivi per criminali lucidi e anomali. Da un lato, per quanto anomali, costoro sono intollerabili negli ospedali di alienati dove portano il disordine: lupi in mezzo alle pecore, veggenti in mezzo ai ciechi, anomali in mezzo ai malati (tutti gli anomali, anche i paranoici, gli omosessuali e gli imbecilli stanno a disagio nei manicomî comuni). Dall'altro lato non è adatta per criminali di nascita, che agiscono in ragione di motivi interiori, la promiscuità con individui che si suppongono emendabili e che, appena abbiano scontato la pena, avranno il diritto di rientrare nel consorzio civile. Riuniti nei manicomî giudiziarî, ma suddivisi con criterî psicologici secondo le peculiariarità del loro carattere, gli immorali di nascita potrebbero essere studiati, trattenuti, utilizzati e in qualche caso anche licenziati dopo una lunga prova di docilità, senza che la durata della loro reclusione dovesse necessariamente corrispondere alla sentenza pronunciata in anticipazione dal giudice. Ma per un soggiorno così prolungato, per uno studio così arduo, per una serie di decisioni così gravi bisogna che il manicomio giudiziario realizzi le condizioni amministrative, disciplinari e tecniche d'un ottimo manicomio comune, non d'un pessimo carcere. Si dovrebbe organizzarvi il lavoro con norme più educative che utilitarie; cimentare la capacità dei detenuti alla vita libera, permettendo loro una certa libertà entro il recinto chiuso dello Stabilimento; vigilare affinchè i più facinorosi non esercitino la camorra e la tirannia sui più deboli; reprimere la menzogna e incoraggiare la lealtà; promuovere *licenziamenti condizionati*;

mettere in opera sopra un numero limitato di individui psicologicamente assai semplici e conosciuti quelle provvidenze che Enrico Ferri preconizza come una riforma radicale della giustizia punitiva.

Per ora i manicomî giudiziarî non servono nè a questo, nè ad altri scopi. Essi accolgono una compagnia piuttosto mista: individui che hanno commesso furti, stupri, ferimenti, uccisioni in istato d'incoscienza morbosa e che di criminale non hanno nemmeno l'apparenza; condannati che nel corso della pena sono impazziti ed hanno cessato d'essere pericolosi, ma disturbano la quiete del carcere; accusati in attesa di giudizio e sospetti di pazzia. I pazzi morali vi sono in minoranza, e molti di essi si trovano tuttora nelle carceri, ciò che sarebbe il minor male, o nei manicomî comuni, di dove invece possono escire con la massima facilità. Infatti è ben naturale che il Direttore d'un manicomio, messo nell'alternativa o d'introdurre la rivoluzione con la presenza d'un elemento eterogeneo in mezzo a malati più o meno incoscienti, o di sguinzagliare nel consorzio civile un essere pericoloso, deve attenersi a quest'ultimo partito. Il suo dovere principale è di conservare l'ordine nello stabilimento a cui è preposto come direttore responsabile; quanto all'ordine sociale, tocca alla collettività, non a un singolo cittadino, di provvedervi come meglio può. E il meglio in questo caso consiste nel non commettere lo sbaglio d'inviare tra i pazzi i rei prosciolti per *deficienza di sentimenti etici*, per *imbecillità morale*, per *pazzia morale*. Se questi anfibî lucidi, ma moralmente imperfetti non si vogliono internare nei manicomî giudiziarî, che sembravano creati apposta per essi, tanto vale lasciarli in carcere, come si faceva una volta, cominciando col negare la loro più che discutibile irresponsabilità. All'attuale incertezza di criterî giuridici contribuisce in gran parte la suggestione di nomi equivoci, come quelli di *imbecillità morale* e di *pazzia morale*, che si applicano male a individui ben poco imbecilli, tutt'altro che pazzi e niente affatto morali. Anche per questo, cioè per non aumentare la confusione nei Tribunali, io ho creduto bene di adottare le espressioni: *immoralità costituzionale, immorali di nascita*, che comprendono la criminalità in azione dei *delinquenti nati* e la criminalità in potenza degli *inaffettivi* ossequenti alla legge e che non delinquono. Se gli alienisti saranno fermi e concordi nel dichiarare che l'immoralità congenita è un'anomalia, non una malattia, anche il legislatore e i magistrati saranno più precisi e concordi nell'assegnare agli immorali di nascita un trattamento che rassicuri la società, ma con giustizia e oculatezza.

CAPITOLO XXIV.

La paranoia

La paranoia è un'anomalia costituzionale molto rara, che rimane lunghi anni latente e che si manifesta nell'età matura con un delirio parziale, ma assai tenace. Questo delirio non è che il lento e durevole trionfo d'un *preconcetto*. Il preconcetto paranoico vince a poco a poco ogni evidenza contraria; e a dispetto della realtà, dell'opinione pubblica, del senso comune, si organizza in un sistema coordinato d'errori, errori che diventano i tiranni della personalità intellettuale e la pongono gradatamente fuori dai ruoli della normalità. D'altra parte, la presenza d'un delirio ristretto non disturba i giudizî sopra certe questioni generali, nè sopra i fatti di minuta cronaca quotidiana, e i paranoici, per quanto inveterati, non perdono nulla della loro lucidezza abituale; anzi sono costretti dalla singolarità della loro posizione tra increduli e contradittori ad affilare le armi della dialettica, superando qualche volta i mediocri di mente sana.

Ben diverso dalle costruzioni bislacche e poco serie della demenza paranoide, diverso più che mai dai delirî melancolici, paralitici, amenziali e demenziali, che mancano di stabilità e di legame, il delirio dei paranoici genuini è verosimile, resistente, nutrito d'una logica sbagliata, ma robusta e perciò incorreggibile. Spesso rassomiglia nel contenuto, ma sempre contrasta nell'origine con le aberrazioni religiose, politiche e scientifiche di cui è seminato il cammino della storia; perchè tali aberrazioni sono il frutto d'una suggestione reciproca, estesa, continua, che le rende scusabili ed inevitabili, finchè non subentra e non predomina una nuova corrente d'opinioni. Di queste cantonate storiche è responsabile l'intera collettività, non l'individuo isolato; dell'errore paranoico non è responsabile che l'individuo.

I temi del delirio paranoico si riducono a ben pochi. Sono tele piuttosto antiquate di romanzi ad intrigo, che il paranoico applica a sè stesso, di cui anzi è il protagonista e che finisce per credere veritiere. L'inspira-

zione di questi romanzi parte da un sentimento egoistico e prepotente di paura o d'avarizia o di vanità, che soverchia la ragione, anzi ne fa il suo strumento. Dalla timidezza germinano i delirî di persecuzione; dall'avarizia, che è poi la timidezza nel campo economico, i delirî di querela; dalla vanità, che è l'egoismo idealizzato, i delirî erotici ed ambiziosi.

Ma i preconcetti inspiratori possono anche nascere dall'altruismo e rivestire una forma più o meno disinteressata, traducendosi in *teorie impersonali*. Questi delirî altruistici a tema filosofico o pseudo-scientifico non sono esenti da un pizzico di vanità, che di solito non è nemmanco dissimulata; ma, al contrario dei delirî egocentrici, preservano il paranoico da conflitti aperti con la società, spesso anzi contengono qualche idea buona e generosa, che salva l'interessato dalla taccia di pazzo e gli merita le circostanze attenuanti con la semplice condanna al titolo di *mattoide*. In ogni modo, o che assuma l'aspetto d'una teoria chimerica o che diventi un'autobiografia favolosa, il delirio paranoico parte sempre da un preconcetto individuale. Perciò, a differenza dalle utopie degli intelletti sani, non è mai preso sul serio da nessuno: nè dai posteri, nè dai contemporanei. Così i paranoici si classificano, secondo il delirio che presentano, in due categorie:

1.° Paranoici con delirio astratto o *mattoidi*;

2.° Paranoici con delirio egocentrico, *querelanti*, *perseguitati*, *erotici*, *ambiziosi*.

I veri paranoici, salvo qualche eccezione, non sono *allucinati*. Tra i *mattoidi*, i *querelanti*, gli *erotici*, che della paranoia costituiscono le varietà più tipiche, le allucinazioni sono affatto ignote. Ne soffrono, ma di rado, i *perseguitati*. Solo tra gli *ambiziosi* dediti a delirî profetici si trova senza troppa difficoltà chi sente la voce di Dio od è soggetto a visioni celesti, se pure non se ne vanta gratuitamente per autosuggestione, o magari in malafede e a puro scopo di propaganda. Del resto, si tratta d'allucinazioni solitarie, poco frequenti, prodotte in via subordinata da un'emozione intensa, come accade nei normali e negli isterici: per paura, per fanatismo, per effetto dell'attenzione aspettante, nel silenzio della notte, eccezionalmente. Le allucinazioni paranoiche hanno dunque ben poco di comune con quelle delle psicosi propriamente dette, compresa la demenza paranoide: mentre nella paranoia si contano rare allucinazioni che possono ridursi ad un esemplare unico in tutta la vita e che vengono assimilate nella trama d'un delirio coerente, nelle psicosi acute e nella demenza precoce si tratta quasi sempre d'uno stato allucinatorio, sorgente inesauribile d'errori svariati ed effimeri, che per la loro abbondanza offuscano la percezione dell'ambiente reale, talvolta fino al-

l'incoscienza; o lo deformano fino all'assurdità, togliendo ai malati ogni lucidezza.

I paranoici si comportano invece come persone di mente sana e all'infuori del loro delirio ragionano con buon senso. In essi non vengono mai meno la riflessione, l'amor proprio, la dignità; non è mai dato di segnalare nè un turbine morboso di passione, nè un'eclissi della coscienza, nè uno sconvolgimento generale dell'organismo. Perciò il delirio paranoico non è l'espressione banale d'un disordine morboso, ma il frutto d'una mostruosità intellettuale che esiste in germe e matura fatalmente nel pieno vigore della salute e dell'età; non nasce per rivoluzione, ma per evoluzione; non è una malattia, ma un'anomalia o, per dir meglio, l'indice di un'anomalia. I paranoici, per lucidità d'intelligenza e coerenza di condotta, sono l'aristocrazia dei manicomî; anzi il più gran numero di essi riesce senza difficoltà ad evitarne l'ingresso.

Anche nelle persone normali il sentimento della certezza, che infonde alle nostre idee il carattere di convinzioni, non è quasi mai, come dovrebbe essere, la risultante laboriosa, rigorosa e serena d'una discussione interna. Noi adottiamo una quantità d'opinioni senz'aver abbracciato i varî aspetti dei problemi relativi, e siamo ben lontani dal tener conto equanime di tutte le soluzioni possibili. Nella gran maggioranza degli uomini la logica è violata cento volte al giorno, non per partito preso, ma, secondo i casi, per pigrizia, per amor proprio, per passione. La pigrizia trattiene dai ragionamenti completi e induce la gente dozzinale, ossia i più, ad accettare senza molta critica le formule imbandite frettolosamente dalla tradizione. L'amor proprio permette e provoca giudizî più originali; ma in quanto è inseparabile da un'eccessiva fiducia di sè, spinge a conclusioni precipitose e impedisce le resipiscenze. La passione in genere suggerisce soluzioni sbagliate per unilateralità. Insomma, di fronte ai problemi più complessi o più elevati o più appassionanti che si presentano nella vita sociale e individuale, le soluzioni esatte sono un'eccezione; ognuno porta con sè un bagaglio di errori e di mezzi errori, perchè ai preconcetti ereditati aggiunge spesso anche i proprî; e la logica non riprende il suo impero assoluto che nelle questioni semplici o in quelle che, senz'essere semplici, lasciano l'animo indifferente, com'è il caso della matematica pura e, fino ad un certo punto, delle scienze esatte.

Le religioni forniscono alla credulità umana sistemi ingegnosamente codificati d'errori, che sono vere sfide alla logica, le più audaci e fortunate che si conoscano. Se si potesse darne un giudizio ad animo libero, come avviene quando si prende in esame la fede umile d'un popolo lontano, basterebbe la forza logica d'un bambino moderno a distruggere

ogni edifizio religioso, nessuno eccettuato. Ma gli errori tradizionali divampano nei popoli da mille fuochi sparsi, cioè dai mille preconcetti individuali degli esseri primitivi. Le anime semplici dei primitivi sentono il bisogno prepotente di spiegare comechessia la causalità dei fenomeni e sono naturalmente mistiche. Sopravviene la civiltà: la teologia nobilita le superstizioni in nome della morale; la storia, col pretesto di narrarle, le abbellisce e le consacra all'ammirazione degli eruditi, dei retori, dei poeti; il tempo, trasformandole in simboli, maschera sempre più e quindi ribadisce, non corregge il loro vizio d'origine. Così i popoli inciviliti accumulano, tesoreggiano e tramandano a loro volta errori atavici che respingerebbero senza fallo se si presentassero alla loro mente per la prima volta e senza il passaporto della tradizione. I pregiudizî si respirano a pieni polmoni dall'atmosfera sociale, e la critica individuale è impotente alla disinfezione completa. Se la logica pura riesce a conseguire qualche vittoria parziale, la deve al razionalismo, cioè al lento formarsi d'una tradizione moderna, che si contrappone timidamente all'antica, ma che non riesce efficace sull'individuo isolato, se non per mezzo di sforzi collettivi e ripetuti, cioè diventando antica a sua volta.

Quanto alla potenzialità dialettica dell'individuo normale e moderno, è vero ch'essa non basta ad eliminare tutti i pregiudizî tradizionali di cui siamo sovraccarichi e, per così dire, saturati sotto pressione. Ma essa è sempre più che sufficiente per orientare verso la verità la parte spontanea e veramente originale del nostro pensiero: se non vale a liberarci da tutti i vecchi errori ereditarî, ci preserva almeno dal commetterne dei nuovi per conto nostro. Ed anzi, benchè si trovino ancora dei credenti fra persone dotate d'intelligenza e coltura, è ben difficile che gente al disopra del livello medio accetti, p. es., il dogma della Trinità o quello del Diavolo. La fede al soprannaturale non arriva più ad ammettere miracoli che in forma retrospettiva. Le religioni hanno dunque perduta la capacità di svolgersi in senso mistico e non si trasformano che per confondersi in una specie di morale religiosa, che rappresenta il loro tramonto. In ogni modo, sono già a gran distanza dalle forme primitive. Solo in Russia, per un fenomeno d'arresto dello sviluppo sociale che ha infantilizzato alcune popolazioni estremamente remote, è ancora possibile la creazione di fedi nuove e mistiche che hanno forza di diffondersi sotto forma epidemica dove le idee moderne non erano ancora arrivate o non erano mai state capite. Queste popolazioni vivono nell'atmosfera storica dei nostri antenati lontani e ne ripetono gli errori fisiologicamente: sono i primitivi del nostro secolo.

Nel 1897 si seppe che a Tiraspol ventotto persone s'erano sotterrate vive per sottrarsi al censimento. La setta dei *Khisty* (flagellanti) e quella degli

Skoptzy (castrati) fioriscono a settentrione e a levante della Russia e non vi è annata che passi senza processi contro i nuovi focolai di queste strane religioni. Paolo Jacoby, medico in capo dell'asilo provinciale ad Orel, si è reso benemerito dell'umanità e della psichiatria, assumendosi il compito d'illuminare i magistrati e la pubblica opinione sull'origine paranoica di tante religioni crudelmente e inutilmente conculcate dalle autoritè russe. Nel 1902, narra Jacoby, la popolazione d'una grossa borgata fu presa da fanatismo religioso e piombò in chiesa mettendo tutto a soqquadro col grido: *la verità cammina!* E ciò per collocare sull'altare uno dei suoi, un individuo di nessun valore che un passante aveva investito di poteri divini. I colpevoli furono condannati ai lavori forzati; il passante, istigatore del movimento, fu identificato per un certo Mosè Theodossenko, un pazzo che aveva passato lungo tempo in un asilo ed era stato licenziato perchè inoffensivo. Invano fu domandata un'inchiesta psichiatrica: la Corte d'appello di Kharkow rifiutò ogni inchiesta, ogni periza e persino di ascoltare il medico della prigione.

La sètta dei *flagellanti* è disseminata in colonie più o meno rilevanti sopra un territorio immenso e perseguitata con un accanimento feroce: gli adepti si riuniscono per il culto comune in grande segretezza, ponendo sentinelle. Essi conducono vita sobria, non mangiano carne, s'astengono dal vino e dai liquori, non prendono parte a schiamazzi, nè a feste, non bestemmiano, trattano bene gli animali, si soccorrono a vicenda e sono più ricchi della popolazione ortodossa. La loro dottrina e i loro riti presentano un interesse straordinario. Al Dio personale dei Cristiani è sostituito uno *spirito* vago, anonimo, senza attribuzioni, che può essere attirato sulla terra con *insidie* e *violenze*, diventando il padrone di colui che se n'è compenetrato e che diventa a sua volta un automa sacro, insindacabile. I flagellanti aborriscono il matrimonio e ogni sistemazione dei rapporti sessuali, considerandoli come qualche cosa di osceno, di obbrobrioso, di criminale davanti a Dio e gli uomini; ma praticano il coito religioso allo scuro, tra i *fratelli* e le *sorelle* della setta, possibilmente senza distinzione e con la massima condiscendenza, non appena il gran sacerdote dà il segnale e spegne il lume: gli accoppiamenti anonimi e obbligatorî non consentono d'indietreggiare nemmeno davanti all'incesto. Il gran principio dei flagellanti è la fraternità generale, che sopprime ogni egoismo individuale e di famiglia, ogni legame stretto di parentela, ogni gelosia a benefizio della collettività; ma guai alla donna che si concede ad un estraneo.

Siamo dunque al matrimonio in comune, alla prostituzione sacra, allo stato sociale illustrato da Bachofen, da Giraud-Teulon, da Mac-Lennan, alla *ginecoerazia* (Jacoby). Queste aberrazioni assumono anche altri aspetti e la loro genesi è sempre la stessa: un paranoico si proclama

profeta, Gesù, Spirito Santo; spiega le Sacre Scritture con rime e assonanze più o meno balorde; e trova proseliti entusiasti in una moltitudine la cui ignoranza tocca i confini dell'imbecillità. Nel 1891 Sapojnikow ha potuto raccogliere dati precisi su più di 10,000 persone che s'erano uccise gettandosi volontariamente tra le fiamme. Nell'epidemia religiosa di Tiraspol il suicidio collettivo sale ad una forma ancor più raccapricciante, come abbiamo veduto: orbene, pare che anche di questa aberrazione non manchino esempî storici che le imprimono il carattere dell'atavismo. Un popolo intero, i Tchouds, avrebbe professato come culto nazionale la morte per seppellimento anticipato: essi scavavano una fossa grandissima, la coprivano con un tetto carico di terra e tenuto ritto con piuoli, poi discendevano nella fossa abbattendo i piuoli. Nel nord della Russia e nella Siberia occidentale si trovano ancora le fosse dei Tchouds e corre la leggenda che siano dovute a questa strana specie di rito religioso.

Un altro psicologo, Nina-Rodrigues, descrisse nel 1898 un'epidemia di psicosi religiosa tra i mulatti del Brasile e combatte la teoria atavica della paranoia; ma come osserva Paolo Jacoby, il suo studio successivo sull'animismo nei Negri di Bahia parla contro di lui. L'atavismo si rivela assai più nettamente nella paranoia che nella immoralità costituzionale, perchè le idee cambiano in modo più preciso e più visibile che i sentimenti. Chi ardirebbe accertare che gli uomini odierni siano moralmente migliori degli antichi? Ma chi vorrebbe negare che siano più intelligenti?

Eccezione, benchè non rara, nell'uomo moderno, il misticismo nel primitivo è la regola. Le fole che sonnecchiano e stanno estinguendosi nei nostri cervelli inciviliti furono tanta parte del pensiero antico, da tenere nei suoi fasti il posto della logica, saziando ogni curiosità, debellando ogni dubbio, animando ogni cosa. Gli studi di Tylor, di Lubbock, di Spencer ci permettono, mercè osservazioni ed inchieste praticate su vari punti del globo da missionarî e da esploratori, di ricostruire la figura morale dell'uomo primitivo servendoci di quanto sappiamo sopra i selvaggi d'oggi. L'intelligenza dei primitivi era condotta a creare i proprî miti non tanto da una sovreccitazione del sentimento quanto dall'uso regolare di una fantasia abbandonata a sè stessa. La fantasia, che dovrebbe essere il modesto battistrada della ragione, ne diventa il rappresentante, il *factotum*, la soprafattrice, anche se non è molto fervida, ogni qualvolta la ragione è pigra o più povera di lei.

Il giorno e la notte, la pioggia, le nuvole, la rugiada, il vento, la fata morgana, lo sviluppo delle piante e degli esseri animati, la loro nascita e la loro morte, le metamorfosi degl'insetti, la fiamma che splende e che finisce nel nulla, costituiscono, dice Spencer, altrettanti indovinelli che devono necessariamente affacciarsi alla coscienza dell'uomo pri-

mitivo, ma che la sua ragione è ancora incapace di risolvere logicamente. A risolverli invece misticamente lo inducono molti fatti e molte osservazioni piene di forza suggestiva L'ombra del suo corpo, l'ombra intangibile e diafana che accompagna i suoi passi e riproduce i suoi gesti, che vibra, si accorcia, si allunga, che illividisce, si rimpiatta e scompare, è per lui un'anima, una seconda edizione di sè stesso, quella medesima anima che emigra quand'egli dorme, che viaggia quand'egli sogna. Ma non solo gli esseri viventi, anche gli oggetti inerti hanno un'ombra; ed anche quell'ombra è una specie d'anima, una ripetizione incorporea dell'oggetto che apparisce e sparisce a volontà.

Nessuna meraviglia producono in noi, ammaestrati da un'educazione secolare, le immagini che si riflettono dalla superficie di un'acqua limpida o i suoni ripercossi dall'eco; ma al selvaggio, che ne fa la scoperta assai tardi, esse confermano o suggeriscono la possibilità d'uno sdoppiamento che deve apparirgli come un portento di spiegazione ad un portento d'osservazione. A questa virtù occulta di raddoppiamento ne va aggiunta un'altra: quella di trasformazione. Il ghiaccio si cambia in acqua, due legni strofinati si convertono in fiamma e poi in cenere, il fiore diventa un frutto. Per analogia, un sasso può trasformarsi in oro o in vivanda; e la creatura vivente in una statua di creta o di sale. Dov'è la nozione fisica o chimica che possa avvertire il selvaggio del suo errore? Essa non è ancora sbocciata, e il mito che ne usurpa il posto non è in fondo, data l'ignoranza del ragionatore, che una forma, la più ovvia e legittima di ragionamento. Sulle montagne si vedono spesso vaste macchie oscure che camminano, ombre di nuvoli lontani, tanto lontani che non si vedono e si possono credere assenti; e sempre si stacca dal corpo l'anima dei dormienti; e talvolta vengono a visitarci nel sogno quelle dei morti che hanno abbandonato la tomba. Dunque, conclude il primitivo, vi sono anime di morti, spiriti di viventi, ombre di cose remote ed ignote che si emancipano dalle loro forme materiali e possono correre allo sbaraglio per conto proprio. Vi è un mondo invisibile o semivisibile più popolato, più vario, più potente di quello in cui viviamo e vediamo.

Eccoci ormai in groppa al corsiero fatato dell'anima selvaggia. Possiamo abbandonarci ad esso e perlustrare senza fatica tutto il labirinto del misticismo primordiale. Vogliamo decifrare la genesi mentale del feticismo? È semplicissima. Il Negro che si accinge ad un'impresa pericolosa e teme vendette o tranelli dagli spiriti che brulicano nella terra e nell'aria è pronto ad interpretare per un appello ogni impressione che lo colpisca più delle altre: un ciottolo più levigato e più tondo, una spina che per caso lo ha punto, diventano il feticcio che procurerà di propiziarsi con inchini, genuflessioni, preghiere, voti o minaccie. Nella Nuova Zelanda si vedono gruppi di pietre ritte in piedi disposte in circolo e tinte in rosso (il color sacro) e sono *tabu*, cioè feticci a cui la virtù protettiva viene infusa artificialmente con manipolazioni o scongiuri. Così il misticismo si alza d'un gradino: diventa sacerdozio o per lo meno stregoneria.

Una forma di misticismo più intellettuale ed anche più coreografica è il *totem:* le divinità, adorate con riti regolari, invece di rintanarsi in piccoli oggetti insignificanti, hanno residenza stabile e non priva di dignità negli alberi, nei laghi, negli animali. Un altro progresso, e si passa al *politeismo:* gli Dei minori soggetti ai maggiori, simili gli uni e gli altri all'uomo, ma in generale più potenti; possono parificarsi agli Dei e talvolta con essi competere i re, i guerrieri, i maghi, un antenato illustre, uno straniero benemerito per conquista o come maestro pacifico di ci-

viltà. Solo assai tardi si arriva a quelle religioni filosofiche che costituiscono una sintesi cosmogonica, ma sempre mistica, dove un ente immortale e onnipotente rappresenta l'origine e la ragione di tutto il creato.

Ma un concetto così elevato, malamente assimilabile ai pochi, è addirittura lettera morta pel volgo. Il volgo è pre-cristiano in Europa come è pre-buddista in Asia; e quasi senza saperlo resta fedele al politeismo. Per lo meno è bi-religioso: sotto l'abito del monoteismo lascia trasparire la vecchia fodera pagana; sotto gli imparaticci della scuola o della chiesa le superstizioni del cuore. Gli angeli sono un residuo — una sopravvivenza; i santi un ritorno parziale — una reviviscenza — del paganesimo. Se i dogmi si rinnovano e assumono parvenze moderne, vi è il rito che rimane e serba ancora immutabile l'impronta del misticismo selvaggio.

Gl'indigeni di Tahiti pensano che non solo gli alberi e i frutti, ma perfino le pietre che franano dai monti e ci feriscono abbiano un'anima. Il bambino cinese non osa avanzare nei templi da solo, perchè li crede popolati di fantasmi dalla lingua sporgente, dagli occhi spalancati, dal volto minaccioso. Il Negro adulto si rappresenta la natura come una ridda misteriosa di feticci che ne promuovono i fenomeni e i cataclismi. Gl'Indiani annettono ad ogni avvenimento l'immagine d'un *manitou* che lo produce. Il Dio Horey rumoreggia nei boschi della Senegambia chiedendo vittime, e dal bosco parte la voce lamentevole della Wili. I Calmucchi sentono fischiare nell'aria il drago Lun Chan. Nei Paesi Bassi, come un ricordo d'altri tempi e fra le popolazioni rurali, c'è ancora la superstizione che il sole, la luna, il vento siano esseri malvagi, divoratori dei cristiani (J. Vinson). I contadini dell'alta Brettagna ascoltano con terrore i racconti dei *revenants* (Sébillot). In Francia c'è ancora il *moine bourru*, in Italia il *babau* e la *befana*, che girano per le strade e per le case, tagliando la testa ai bambini cattivi e specialmente a quelli che la sporgono troppo dalla finestra, o distribuendo regali. Il *folklore* di tutti i paesi è una miniera di miti. Le anime dei corpi decollati, gli spiriti e gli spiritati, i morti, il Diavolo, le streghe, le fate, le *signore*, le *donne di fuori*, le magare, la sirena del mare, i nani, i *mercanti*, i *cerauli*, il lupo mannaro ed altre entità mitologiche vivono e palpitano ancora nell'anima del popolo siciliano (Pitrè). I Russi ortodossi credono a Gesù e alla Madonna, ma anche al *vodiany* o spirito delle acque, alla *rousalka*, specie di naïade o sirena nazionale, al *lèchii*, nume dei boschi, al *domovoi*, genio del focolare domestico. La fede nei mali spiriti è sempre generale negli Ascianti (R. Hartmann), e fu così comune, così antica, così invincibile anche fra i popoli civili, che Agostino in *de Civitate Dei* li discute senz'avere il coraggio di negarli, e Lipsius nel diciassettesimo secolo li affermava numerosissimi (E. Tylor).

Nel medio evo imperversò il *satanismo*. La natura ne era contaminata. Il frate, scrive Arturo Graf, che viveva murato nel suo convento come in una fortezza, la mirava con vago senso di terrore e vedeva in essa quasi l'accampamento degl'innumerevoli suoi nemici. Le selve profonde e nereggianti, le creste accigliate dei monti, una valle orrida e cupa, un lago immobile in mezzo ad una pianura deserta, un torrente che balza spumeggiando e mugghiando fra travolti macigni erano per lui come gli aspetti d'una scena minacciosa, dietro alla quale si trama un'immensa e formidabile insidia e donde prorompe ogni poco e penetra fin nella cella dell'asceta la potenza impetuosa del male.

Ai giorni nostri, malgrado le coercizioni dei governi, il misticismo re-

ligioso prende ogni tanto le sue rivincite. Se in Russia, come dicevamo, popolazioni intere abbracciano con fervore raddoppiato dall'opposizione religioni nuove, originali, piene di vitalità, che si trasformano continuamente, che dunque non soltanto *sono*, ma *divengono*, e che spingono i proseliti alla clausura, all'isolamento, alla fuga nei luoghi deserti, alle mutilazioni, al suicidio per fame, al battesimo di fuoco e di sangue (Leroy-Beaulieu); non mancano manifestazioni meno eroiche di misticismo anche fra i popoli inciviliti. I *medium*, i tavoli giranti, la trasmissione del pensiero, la chiaroveggenza, l'azione dei farmachi a distanza completano e perpetuano, sebbene in modo superficiale e con apparenze scientifiche, il carnevale burlesco e lugubre del misticismo selvaggio, sono una forma attenuata di neo-misticismo aristocratico.

Dunque i miti non provengono, come pretende Max Müller, da allegorie non capite, o da metafore prese alla lettera, o insomma da un *qui pro quo* di vocaboli, ma da errori e ingenuità del pensiero: sono una maniera di pensare. Le stesse leggende compaiono come una tappa necessaria dell'evoluzione umana fra popoli diversi, che mai ebbero fra loro il minimo rapporto: in Grecia, in Egitto, tra i Samoiedi, nelle isole del Pacifico. Non già perchè i popoli se le siano bisbigliate dalle frontiere come un ritornello o una parola d'ordine, ma perchè costituiscono uno stadio inevitabile nel faticoso sviluppo dell'intelligenza. Al bisogno di conoscere la causa delle cose fa riscontro l'istinto d'attaccarsi col minimo sforzo alle interpretazioni più semplici, di accettare le soluzioni già fatte, di giurare e spergiurare ch'esse sono le sole vere. I primitivi, gli adolescenti e gli adulti moderni, ma di corto cervello, non sono capaci di tollerare lo stato psichico del *dubbio scientifico*. La loro ignoranza si abbevera con soddisfazione nel misticismo e se ne ubbriaca. Di qui le spiegazioni per analogia, la personificazione del mondo e dei suoi fenomeni, la rappresentazione della natura sotto forma d'una baracca antropomorfica di fantocci, piccoli e grossi, grotteschi e terribili, omuncoli e giganti, diavoli e angeli custodi, che pullulano dappertutto, che si agitano, che si rendono molesti o benefici, prendendo parte alla nostra vita, sedendo al nostro desco, infliggendo tormenti, largheggiando favori, talvolta in lotta fra di loro, più spesso organizzati contro l'uomo in una specie di brigantaggio invisibile, ma incessante, a cui è più facile sottrarsi coi tributi che resistere con la forza.

I paranoici sono altrettanto mistici del volgo e dei selvaggi, sono anzi più mistici di essi e di tutti, perchè il loro misticismo nasce, si svolge e persiste a dispetto dell'ambiente. Del resto, le manifestazioni del misticismo paranoico sono qualitativamente simili a quelle del misticismo primitivo: unica differenza è appunto l'ambiente storico da cui scaturiscono. I primitivi sono figli del loro tempo; i paranoici sono *anacronismi viventi*. Il misticismo dei primitivi è la manifestazione modesta, tranquilla e collettiva d'un pensiero imperfetto che si sviluppa; il misticismo dei paranoici è l'esplosione audace, violenta e individuale d'un pensiero in regresso ed anticivile.

Le storie cliniche dei paranoici di tutti i tempi e di tutti i paesi sembrano altrettante edizioni abbastanza monotone d'uno stesso racconto. Siccome la paranoia è un'anomalia evolutiva che abbraccia tutta la vita

d'un uomo, queste storie cliniche sono biografie complete, dove i paranoici hanno quasi l'aria di conoscere a menadito la psicologia dei primitivi, e parrebbe che si proponessero deliberatamente di contraffarli. Anche per essi il mondo apparisce formicolante di forze e personaggi invisibili, maligni, proteiformi, consociati in quel malandrinaggio talvolta spaventoso, talvolta anche comico, che flagella o che stuzzica, ma in ogni modo conturba la coscienza ingenua del selvaggio. Anche per essi *qualche cosa* diventa *qualcheduno*, e il male e il bene, ma sopratutto il male, sono continuo oggetto di personificazioni simboliche. Nei delirî paranoici e in quei delirî sistematizzati che, senz'essere costituzionali, imitano transitoriamente le fantasticherie della paranoia, sono agenti di varia natura e di varia potenza che sibilano alle orecchie del colpito e destano la sua sorpresa movendo una tavola o una seggiola, sfogliando i suoi libri, rovesciando un calamaio, voltanto un ritratto, frugando i suoi cassetti, spegnendo i lumi, cospargendo le lenzuola di polvere, apparendo in sogno come incubi, infettando le vivande, ripetendo con una modernità di forme che è soltanto nei nomi quello stesso va e vieni di forze rovinose o moleste che metteva in trambusto l'anima paurosa del primitivo. Poi lentamente le forze e gli spiriti terrestri assumono forme e tendenze umane, diventano persecutori non più anonimi o generici, ma determinati e individuali, che feriscono, deturpano, avvelenano, assopiscono, calunniano, corrompono, rubano il pensiero col fiato, col malocchio, con la fisica, con l'ermeneutica, svolgendo, mediante una serie di perfezionamenti crudeli, tutte le perfidie del delirio di persecuzione.

Così la mitologia già disusata del primitivo risuscita e si mobilizza come un esercito per iscatenarsi ai danni del paranoico, che senza aver mai letto sillaba dei libri di Spencer, di Lubbock, di Tylor e di Bastian finisce col crearsi per conto proprio una specie di religione personale non troppo diversa dalle religioni primitive; che passa anch'essa per le sue fasi dall'animismo indistinto al monoteismo, cioè alla credenza in un persecutore o in un protettore unico, invisibile ed onnipotente. E infatti, come nel corso della storia sottentrano alle idolatrie terrifiche i culti egualmente vani, ma più evoluti e piacevoli che si rivolgono a numi benefici, così nelle biografie cliniche dei paranoici al delirio persecutorio o d'offesa suol succedere e talvolta accompagnarsi il delirio di grandezza e di difesa. Invece di credersi circondato da insidie o da spiriti ostili, il paranoico ambizioso è confortato dalla presenza di feticci e di angeli tutelari che per mezzo di commerci soprannaturali si mantengono in relazione con lui; e talvolta sono creature umane, ma di grado superiore, tal'altra spiriti superumani e persino Domeneddio in persona. I corpi inanimati, gli esseri

viventi, l'universo, ma sopratutto l'*io*, riacquistano nell'anima paranoica la stessa natura simbolica che ebbero nella coscienza del primitivo.

Ed eccoli capaci d'una doppia maniera d'esistenza, d'una esistenza reale e d'una esistenza mistica. L'umile agricoltore, senza lasciare la zappa e l'aratro, è insignito di dignità sovrana, come se la sua anima (la sua ombra) esercitasse il comando o ricevesse gli omaggi d'innumerevoli sudditi in un regno lontano e simbolico, mentre il corpo si piega alle dure esigenze della realtà domestica. La popolana illetterata è unita coi vincoli d'un matrimonio mistico ad un principe favoloso; e gli umili suoi parenti, in lotta con la miseria e con le trivialità d'una vita meschina, sono principi del sangue che godono la stessa proprietà di sdoppiarsi.

Così nascono i profeti, gli apostoli che, credendosi investiti d'una missione divina, mantengono una condotta esemplare e qualche volta mettono a servizio delle proprie illusioni una volontà abbastanza tenace per attirarsi proseliti. Pel misticismo di cui ridonda e per la fede da cui è animata, la paranoia sale all'altezza d'una *religione individuale*. Per gli stessi caratteri le religioni non sono storicamente che *paranoie collettive*. Come poi, liberandosi dal misticismo, persistano fra popoli civili e in menti equilibrate, è cosa che si capisce pensando alla funzione sociale che esercitano nelle loro fasi più evolute.

Non soltanto i contorni generali della paranoia, ma anche i suoi più intimi particolari corrispondono con esattezza meravigliosa al quadro del misticismo primitivo. Nel Friesland vi sono famiglie in odore di magia che possono trasformare ogni boccone in sostanza nociva; l'Egiziano nasconde allo straniero i cibi che ha acquistato; gli Ovampi gli rovesciano in viso dell'acqua, perchè non li contamini; gli abitanti delle Ebridi non si mettono a mangiare, anche d'estate, se non è acceso il fuoco; e pratiche poco differenti sono in uso presso i Maldivi, i Balondi, gli Eschimesi, gl'Indiani, i Negri e gli isolani della Polinesia. Chi potrebbe disconoscere l'identità di queste tendenze barbariche col *delirio del veneficio* che si riproduce sporadicamente fra i paranoici nostrani, tanto da indurli al digiuno prolungato, alle precauzioni ed agli scongiuri più faticosi e fino al suicidio per fame?

Le analogie proseguono e incalzano anche nel campo più lieto e più garrulo della paranoia erotica. I pazzi amorosi hanno evidenti e costanti riscontri, per la loro fatuità, coi cavalieri erranti, il cui primo e strettissimo dovere era di rinunciare al possesso della dama, di prestarle obbedienza feudale e di ammogliarsi poi con altra donna qualunque si fosse. Giauffré Rudel, poeta provenzale, si accese per la contessa di Tripoli senz'averla mai vista, e fu approvato ed ammirato. I paranoici moderni spasimano senza inquietudini per principesse lontane e talvolta attempate

o magari inesistenti, e sempre con la facile cabala del simbolismo allegorico se ne credono corrisposti, vivendo in un ambiente di beatitudine sentimentale simile all'estasi religiosa.

Si dirà che il sentimentalismo erotico è una manifestazione isolata del medio evo cristiano, che esso deriva dalla momentanea aberrazione d'una letteratura bamboleggiante, non da una tendenza fondamentale del pensiero umano. Ciò è inesatto. Sospirare un essere grande e potente, che ci sollevi dalla nostra miseria, ci redima dai nostri affanni, ci consoli e c'innalzi al suo cuore; attendere con fede il suo avvento; e illudersi d'averlo trovato nel primo venuto, non è questo il sommario d'ogni romanzo erotico? E non è in pari tempo il canevaccio su cui il misticismo religioso ha sempre ricamato le proprie leggende? Gli Egiziani, i Greci, gl'Indiani, i Persiani, i Germani consentirono tutti in queste vaghe aspettative che il misticismo tentò di realizzare a modo suo. È un'aspirazione passiva od attiva ad una specie di protettorato che, tramutando il suo centro di gravità dal sentimentalismo religioso al sentimento erotico, dalla coscienza collettiva alla coscienza individuale, cambia il Redentore in un fidanzato simbolico, Gesù in Lohengrin, ma conservandogli sempre gli stessi lineamenti mistici e delicati, la stessa personalità vaporosa e benevola.

Sappiamo che il pensiero paranoico si condensa qualche volta, anzi molto spesso, in un neologismo. È un vero culto del *verbo*, una *logolatria* di cui dànno prova i paranoici. Ora la logolatria fiorisce in maniera analoga anche fra i popoli allo stato di natura. Gli Zingari, quando sono malati, copiano dal libro magico la formula del rimedio; ma invece di portarla al farmacista per fargliela eseguire, ne fanno un boccone e inghiottono la ricetta. Fra i neologismi paranoici sono frequenti, come vedremo, le *auto-denominazioni:* ora anche i Cafri cambiano più volte il proprio nome, persuasi che dal nome dipenda in gran parte il destino. I Samoiedi impongono un nome nuovo all'adolescente che diventa pubere; e in Polinesia si cambia nome ad ogni nuovo trattato d'amicizia.

Si potrebbe continuare assai a lungo, moltiplicando i raffronti del paranoico col primitivo e volgendoli all'idolatria, agli scongiuri, alla magia, all'astrologia, alla iettatura, alla chiromanzia, all'alchimia, agli esorcismi, alle illusioni paurose, ai delirî superbi, ai gesti simbolici, e a tutte quelle credenze, arti, manovre, procedure, riti, anomalie mentali che tendono con mezzi puerili, enigmatici, soprannaturali a scopi irraggiungibili. Ma quello che abbiamo detto sin qui è sufficiente a farci comprendere la ragione delle somiglianze e in pari tempo delle differenze che passano tra il paranoico e il primitivo. L'uno e l'altro sono mistici ad oltranza. Ma il primitivo si abbandona al misticismo per ignoranza, per tradizione, per

necessità storica; il paranoico vi si dedica per passione, contro la corrente del pubblico consenso, per atavismo. Di fronte alle superstizioni comuni, il paranoico non è più arretrato dei suoi tempi; talvolta anzi è in anticipazione e brilla fra la gente volgare per il suo spirito di progresso. Sarebbe forse scettico ed ipercritico, se un difetto del carattere, una debolezza parziale non gli velasse l'intelligenza e non lo rendesse mistico. La paura, gettandolo in braccio al misticismo, ne fa un *perseguitato;* l'ambizione, dandolo in preda alla stessa malìa, ne fa un *propagandista megalomane* o un *pretendente amoroso;* la presunzione ne fa un *mattoide*, un *inventore* da manicomio, un *filosofo* solitario e strampalato; l'avarizia ne fa un *querelante.*

Certo è che per le genti incivilite i miti non sono più altro che ninnoli di cartapesta in attesa d'essere passati al rigattiere. Solo nei paranoici, in questi falsi contemporanei, vediamo il misticismo risorgere dalle rovine come un vinto che si rialza. Sovrano assoluto nell'intelligenza del primitivo, il misticismo è, pel normale dei nostri tempi, un re in esilio e senza autorità, che sopravvive per lunga abitudine, rincantucciato in un angolo remoto del cervello, donde non esercita che un residuo dell'antico potere, avendo perduto la capacità di sviluppare influenze nuove e rinnovatrici. Nel paranoico il misticismo trova le condizioni favorevoli per riprendere il suo impero: e poichè non lo esercita che parzialmente, il paranoico risulta una contraddizione vivente non solo coi contemporanei normali, ma anche con sè stesso.

Per queste contraddizioni interne ed esterne, che singolarizzano la sua personalità psichica, ma di cui non mancano esempî anche tra i normali e i quasi normali, il paranoico è semplicemente un anomalo, ma non è un pazzo nel senso volgare della parola. La paranoia va intesa come una semplice *anomalia evolutiva*, frutto d'un carattere passionale e di un'intelligenza sistematica. E s'intende ancor meglio, se si tagliano dal suo ceppo i rami estranei dei *delirî paranoidi* e tutti quei delirî più o meno coerenti che appartengono ad altre psicosi, ma rappresentano un turbamento effimero dell'intelligenza, non già un modo irregolare e spontaneo di maturazione psichica. Ridotta in questi limiti, la paranoia guadagna in purezza ciò che perde in estensione. Non restano alla paranoia che pochi delirî d'apparenza ragionevole, di formazione lenta, di stabilità massima, che vanno a confondersi con l'eccentricità e quindi si avvicinano molto alla normalità. Tutti i delirî sistematizzati, ma irragionevoli, improvvisi, frivoli, guaribili o trasformabili, che KRAEPELIN chiama fantastici, devono ascriversi a vere malattie mentali e specialmente alla *demenza precoce.* Il delirio paranoico, al contrario, non è un *sintomo*, ma un modo di pensare, un'*opinione*, per quanto inquinata di preconcetti,

che ha le sue radici in una struttura speciale della mente, nella *costituzione paranoica*; è il prodotto fantastico d'uno spirito egocentrico, ma lucido, che si abbandona senza freno al misticismo dei primitivi.

MANIFESTAZIONI CLINICHE DELLA PARANOIA.

La più appariscente di tutte è il *delirio* che si organizza a poco a poco da un insieme di convinzioni originali e coordinate, ma erronee. Nei delirî paranoici non vi è nemmeno l'ombra della confusione mentale, perchè la loro base è la persuasione, che richiede lucidità e coerenza. Perciò il paranoico non rassomiglia punto all'amente, nè al delirante febbrile, nè al paralitico in preda a delirî effimeri e disordinati; e in genere non rassomiglia ai veri pazzi. Siccome il delirio paranoico non è un sintomo che esplode all'improvviso, ma un prodotto mentale che *diviene*, possiamo in esso distinguere i seguenti processi o periodi che portano nella paranoia qualche elemento di varietà e le dànno un simulacro di *decorso* come nelle vere psicosi, sebbene assai più lento e indeterminato:

1.° Periodo di formazione o di *sistematizzazione*.

2.° Periodo (non necessario) di *trasformazione*, che conduce o alla sostituzione di un delirio con un altro od anche alla fusione di due o più deliri successivi.

3.° Periodo (incostante, anzi raro) della *disorganizzazione*, durante il quale i deliri paranoici, talvolta per sempre, talvolta per qualche tempo, scompaiono o si rendono latenti o si circoscrivono a poche idee senza portata attiva.

La sistematizzazione del delirio è un processo di natura intima e complicata, che non sempre raggiunge il suo scopo: non tutti i paranoici delirano. Ve ne sono che rasentano continuamente uno o più deliri, ma senza mai cadervi, e non lasciano scorgere che una *costituzione paranoica*. In ogni modo non si arriva al delirio che traverso dubbi, esitazioni, pentimenti. Di questa elaborazione faticosa i paranoici già arrivati al delirio non sogliono render conto, perchè, nell'orgoglio della propria fede, non amano mostrarne le penombre o non se ne ricordano. Ma chi ha modo (e non è facile) di seguire per lunghi anni il cammino d'un delirio paranoico in formazione vede talvolta quant'esso è lungo e non privo di vicende.

Una volta che il delirio si è sistematizzato, è una vera eccezione se a lungo andare non si trasforma. Occorrono per questo degli anni, qualche volta metà della vita. I perseguitati finiscono per credersi grandi e passano al delirio di grandezza; il ponte dal delirio persecutorio all'ambizioso può essere costituito da un *delirio di difesa* (v. cap. V). Gli ero-

tici e gli ambiziosi incontrano ostacoli che forniscono argomento a delirî secondarî di persecuzione. Non vi è paranoico che, a furia di star rinchiuso in manicomî, non paghi il suo tributo al *delirio dei querelanti*. Persino gli innocui *mattoidi*, applicando a sè stessi il *nemo propheta in patria* dei genî incompresi, sfiorano il delirio di persecuzione. Così, accanto al delirio centrale, spuntano per lo meno i barlumi d'altri delirî subordinati: in ogni paranoico si ritrova in germe un perseguitato, un ambizioso, un erotico, un querelante e un mattoide.

I mutamenti del tema delirante concorrono più a moltiplicare che a ridurre le aberrazioni della mente paranoica, perchè il nuovo delirio non mette in fuga l'antico, ma più spesso gli si associa e lo arricchisce. E così si completa la rassomiglianza psichica tra il paranoico e il primitivo. Infatti, per quanto il sistema ufficiale delle sue convinzioni deliranti possa essere limitato, il paranoico rivela di quando in quando, anche all'infuori di esso, *superstizioni*, *preconcetti*, *tendenze mistiche*, *intemperanze* nel generalizzare, *saccenteria*, *refrattarietà* incredibile alle confutazioni altrui; e tutto ciò in maniera che contrasta con l'istruzione media dell'ambiente e con la sua. Qualche opinione in senso progressivo e moderno, di cui i paranoici fanno sfoggio per convenienza o per imitazione, non deve far velo al giudizio sulle loro abitudini di pensiero, che nella parte veramente spontanea sono modellate, senza saperlo, sulla credulità dei primitivi. Il paranoico ha un bel professarsi liberale, innovatore o magari agnostico: in fondo è sempre un mistico.

Tuttavia, o per indebolimento mentale o per opportunismo pratico o per quell'abbandono d'ogni iniziativa che coglie qualche volta anche i normali, specialmente quando invecchiano o ammalano, può darsi che il delirio paranoico subisca una specie d'involuzione. È una resipiscenza ottenuta a scapito di qualche cosa: dell'energia intellettuale, di un'idealità teorica, della forza fisica. Il paranoico non guarisce, disarma. Ma in compenso non precipita mai in aperta demenza. La decadenza psichica che tien dietro a certi delirî sistematizzati non è un esito possibile della paranoia, ma l'epilogo comune della demenza precoce nella sua varietà paranoide. Anche i casi di *demenza apparente* con mutacismo, catatonia, manierismo di gesti e di pronuncia, ma con persistenza d'un delirio parziale e della lucidità generale, appartengono piuttosto a queste forme paranoidi della vesania che alla vera paranoia.

Delirio di persecuzione. — Nella concorrenza per la vita il paranoico, fuorviato dall'ambizione, è poco disposto ad attribuire le sue sconfitte a sè stesso. Invece di deplorare la propria inadattabilità, accusa la malvagità degli uomini. Di qui il suo pessimismo e il delirio che gli fa conce-

pire la vita come una congiura di tutti contro uno solo. Il delirio di persecuzione è fatto di superbia, talvolta inconsapevole, più che di paura; e questo è il motivo per cui così spesso trascende nel delirio di grandezza o se ne fa precedere. I persecutori sono raffigurati dai *gesuiti*, dai *massoni*, dai *medici*, dai *socialisti*, dai *signori*, dai *miscredenti*, dagli *atei*, dai *cocchieri* della piazza, dai *venditori di giornali*, insomma da congregazioni, sètte, classi sociali, od anche da persone isolate e determinate. Quando i persecutori sono numerosi e mal distinti, il delirio, circonfuso di mistero, si sottrae alle demolizioni d'una critica fin troppo facile e può diventare articolo di fede anche per uomini abbastanza intelligenti. Qualche volta i persecutori hanno un capo; questo capo è un personaggio reale o immaginario; o sono le autorità dell'ufficio amministrativo, del manicomio, del paese che simboleggiano le insidie di cui il paranoico si affligge e si lamenta. Oppure il persecutore è uno solo; ma questo è forse il caso meno frequente.

Quanto alla persecuzione, essa assume talvolta forme piuttosto futili: alterazione dei cibi, produzione di cattivi odori, molestie diverse, danni alla digestione e al respiro, indebolimento dei muscoli, artifizi luminosi ed acustici, contatti invisibili, sonnolenza, spostamento di carte, libri, penne, pettini, pantofole ed altri minuti oggetti d'uso quotidiano, allusioni satiriche per mezzo di gesti, parole, avvisi di quarta pagina sui giornali. Il vicino di casa si è messo una cravatta rossa, il capo-ufficio ha i pantaloni neri, la figlia del prefetto ha cambiato pettinatura, per dimostrare al paranoico che lo si accusa d'anarchia, che è votata la sua morte, che lo si ha in conto d'un vanesio. Altre volte si tratta d'una persecuzione ben più grave: il paranoico è minacciato di veleno, è atrocemente calunniato, si vuol farlo passare per pazzo, la sua casa sarà assalita e incendiata, i suoi figli non sono sicuri della vita, vi è chi cerca di corromperli e d'istigarli contro di lui, il loro voltafaccia è già un fatto compiuto, forse sono stati modificati materialmente con mezzi criminali e misteriosi, forse non sono suoi figli, vi è una finzione universale che altera le persone, le cose e i rapporti tra le persone e le cose. Il paranoico è soggetto, per opera dei suoi nemici, all'*assopimento* del pensiero; col mezzo del telegrafo senza fili si provoca in lui la *parola secondaria*, e la polizia se ne serve per lo spionaggio e per avvertimenti reciproci; i fumi e le polveri impercettibili, manovrate abilmente, gli producono tedio e sofferenze, ma non riescono a pervertire la sua volontà. Ricostruendo il passato, il paranoico scopre le traccie di un'insidia continuata, diffusa, insuperabile fin nelle più piccole contrarietà dell'infanzia, in un castigo ingiusto, in un giocattolo che si guastò appena comprato, in una bevanda troppo calda, in un atto di parzialità, nelle classificazioni riportate alla

scuola; fantastici sicarî, cocchieri pagati per rovesciare la carrozza, agguati notturni, cocottes, camerieri, mendicanti al soldo dei nemici con l'incarico di studiare le sue abitudini. Le persiane socchiuse della casa dirimpetto significano: « bada ai fatti tuoi, noi non ti siamo amici! ». Le scarpe lucide esposte nella vetrina del calzolaio allo svolto della strada dicono nella loro civetteria di cattivo gusto: « tu sei un pederasta passivo! ». C'è un linguaggio segreto, ma tutt'altro che incomprensibile, che propala calunnie, che comunica minaccie. Non solo la propria posizione individuale e momentanea nel mondo, ma il mondo intero apparisce al paranoico sotto la forma d'un dramma da arena con morti e feriti, vittime e tiranni, perseguitati e persecutori.

E. S. è un vecchio di 82 anni, che non ha perduto la capacità, nè la forza di ricordare, di comprendere, di sentire e di volere. Il suo delirio di persecuzione rimonta, se è vero il racconto che ne fa l'interessato, fin dal 1834. Ma, a parte le prime origini, si palesò nettamente quando una sorella di E. S., nubile e giovane, andò sposa ad un signore di famiglia molto religiosa. Da quel momento E. S. s'immaginò che i nuovi parenti, alleati coi *gesuiti*, meditassero i mezzi di rovinarlo fisicamente e moralmente. Più volte tentarono d'avvelenarlo mescolandogli sostanze nocive nei cibi e nelle bevande, di aggredirlo mediante sicari prezzolati, di coglierlo in trappola stendendo un filo di ferro lungo la strada ch'egli doveva attraversare. Le preghiere, le proteste, le denunzie alla polizia furono inutili. Io sono tenuto in vita, conclude il disgraziato, perchè la Provvidenza mi assiste e vuol risparmiarmi al bene dei miei simili. Forse, aggiunge, sono destinato a compiere l'esperimento dell'estrema tolleranza a cui si può giungere di fronte alle massime infamie che si commettono in terra. Gli stessi poliziotti sono accoliti della *sètta nera*. Ai gesuiti si allearono gli *austriacanti* (da quarant'anni in Italia non ne esiste più uno). Questa lega è formidabile. Composta d'individui *apatici* e *proteiformi*, non si presenta mai in massa. Anche alla spicciolata, i suoi proseliti evitano l'abito ecclesiastico, si travestono, profondono danari ed hanno una pazienza incredibile nel proseguire il loro fine. Un tempo benevola ed adorata, la sua sposa, da cui ebbe due figlie, e che l'aveva più volte informato delle congiure ordite dagli *ossessi* a comune danno, che anzi aveva più volte sventato i loro agguati, finì col cedere all'oro straniero e lo tradì. Sono ventisei anni che egli ne vive separato. La sua casa era diventata l'asilo di tutti i cospiratori, si osò persino costruire nel centro dell'appartamento una piccola cappella che serviva ai loro convegni segreti. Una cognata ed una delle sue figliuole morirono, ed erano le sole persone che lo amavano: morirono di veleno. L'altra figliuola, buona ed affettuosa, finchè era bambina, si lasciò raggirare dalla madre che apertamente si vantava d'averla dalla sua parte. Tradito, perseguitato in questo modo, doveva scegliere tra due soluzioni: o uccidere la moglie e andare in galera o fuggire lontano da Firenze in cerca di pace.

Da persona onesta e non ancora *apatica*, scelse l'ultimo partito, andò a Venezia, ebbe un impiego commerciale, lo perdette, ramingò per 20 anni in Austria, in Turchia, in Egitto. Ma i gesuiti riuscivano sempre a scovare le sue traccie, talvolta lo precedevano. La salute ne soffrì immensamente: l'eczema, l'affanno, il restringimento all'esofago, la tisi se

nile lo resero debole e privo d'appetito. Influenze *spiritiche* ed influenze *chimiche* concorsero a produrre, sempre per mano della lega, questo risultato. Per sua fortuna (ed ecco spuntare un nuovo delirio tra l'ambizioso ed il pseudo-scientifico), E. S. ha ereditato un gran talento medico da un suo proavo, Paolo Mascagni, e molte nozioni da un medico di corte con cui ha vissuto per tre anni. *Tantum diximus*, egli ripete, *quantum ad memoriam mandavimus ;* e con le arti che sa ha potuto controbilanciare le insidie dei nemici, trovare gli antidoti dei veleni, le controcorrenti all'elettricità.

Da varî anni, solo, in rotta completa con la moglie e con la figlia, viveva in una camera mobiliata, scura, povera, nella sporcizia. Andava a pranzo in trattorie fra le più basse, cambiando ogni sera per paura del veleno. Non riceveva nessuno. Condotto al manicomio, vi occupa una camera spaziosa, piena d'aria e di luce, da cui vede Fiesole e dove è assistito con impegno ; ha la lealtà di riconoscere questo vantaggio ; ci accorda anche la sua approvazione perchè non l'avveleniamo, ma si lamenta d'aver perduto la sua libertà ; dice che è stato depredato del suo denaro, che gli abbiamo trafugato i suoi scritti. Tra questi scritti vi è la copia d'un memoriale diretto ai defunti ministri Urbano Rattazzi e Marco Minghetti, che si sarebbero appropriate le sue idee finanziarie, acquistando così la fama d'uomini di Stato che a lui competeva, non a loro. Anche al manicomio, se è cessata l'opera del veleno, continuano le altre infamie degli *ossessi*. I medici sono *capo-ossessi ;* le stanze, preparate *spiritiicamente*, racchiudono nelle pareti strumenti per raccogliere le sue parole, per spiare i suoi gesti. Nei medicamenti stanno nascoste sostanze corrosive che gli fanno cadere i denti, che gli stringono l'esofago, che finiranno per soffocarlo. E. S. non sarà contento che quando avrà ricuperato la sua libertà e potrà rivendicare una *grossa eredità* che l'insipienza dei suoi parenti ha lasciato in abbandono : e così, dopo essersi affermato ambizioso e perseguitato, si denunzia anche come querelante. Quando un nuovo infermiere o un medico a lui ignoto si presenta per la prima volta, esige una dichiarazione scritta che comprovi la sua qualità e i suoi titoli per assisterlo o interrogarlo.

Quest'uomo, che in così tarda età non presenta alcun indizio di demenza senile, non fu mai allucinato.

Delirio ambizioso. — È il delirio fondamentale dei paranoici, perchè riassume, anche meglio del persecutorio, il loro incorreggibile egocentrismo. L'ambizione dei paranoici si manifesta anche nei loro delirî pseudo scientifici, nei delirî religiosi e nei delirî erotici, sempre schiettamente superbi, e che cambiano nome, ma non natura nell'assumere il loro titolo specifico. A questo modo si designano più specialmente per ambiziosi quei sistemi deliranti che hanno per base la superbia, ma il cui argomento non è nè pseudo-scientifico, nè religioso, nè erotico. Restano dunque nella categoria degli ambiziosi i delirî genealogici, politici, romanzeschi, dove il protagonista si crede cambiato in culla, figlio bastardo di principi, insignito di grande autorità, prigioniero di Stato, discendente lontano di Borboni, fratello di latte o cugino dell'arciduca Massimiliano, di Giovanni Orth, di Casimir Périer.

La fig. 134 è l'autoritratto d'un Napoleonide da manicomio, che infatti incappò, ma per soli due anni, in quello di Firenze. Era un servitore pensionato, figlio d'un frate che poi prese moglie e d'una signora aretina (così almeno si diceva) presso la quale era stato allevato e istruito discretamente. Nato nel 1810 o nel 1811, malaticcio nel primo periodo della sua vita, cresciuto pacificamente al servizio d'una famiglia signorile, s'irrobustì a poco a poco e lesse molti libri di letteratura frivola. La sua lettura preferita era la *Storia di Napoleone I.* Quel romanzo vissuto lo teneva sveglio di notte e pensieroso di giorno. La predilezione dei suoi padroni, che apprezzavano la mitezza del giovane servitore e lo trattavano con riguardi paterni, l'invidia degli altri domestici, il mistero della sua nascita, i rapporti storici ch'ebbe la Toscana coi Bonaparte, e sopratutto la struttura paranoica della sua mente, lo indussero a credersi il duca di Reichstadt, re di Roma e figlio di Napoleone I. Era nato, salvo errore, nello stesso anno, forse nello stesso giorno; aveva la fronte alta e il naso aquilino; e diceva che Francesco I d'Austria, suo padre, per preservarlo da ogni pericolo, l'aveva affidato a Ferdinando III di Toscana, dalle cui mani era passato a quelle del frate, suo presunto padre. Intanto il figlio del frate veniva sostituito a lui nella reggia di Parigi e più tardi a Vienna, vivendo e morendo sotto le spoglie mentite di Napoleone II.



Fig. 134. — Autoritratto di un paranoico con delirio napoleonico. In basso, a destra, si vede il simbolo dell'origine imperiale; in mezzo (ed a sinistra) quello della reclusione al manicomio; in alto (e di nuovo a destra) quello della apoteosi futura. Questo malato visse lunghi anni a Firenze in serena tranquillità, sfiorando il manicomio per un breve periodo di tempo; fu sempre lucido, dignitoso, coereute nel suo delirio; scrisse versi e ricordi autobiografici.

Con questa persuasione nel capo, C. F. viaggiò per il mondo, chiese udienze, compilò suppliche, relazioni e proteste, e tanto fece da venir messo nel manicomio. Ciò avveniva il 26 ottobre 1856, quando C. F. aveva 45 anni e, mortagli la padrona o madre che fosse, aveva da molto tempo guadagnato una posizione indipendente grazie alla pensione lascia-

tagli per testamento dalla munificente signora. Al manicomio si mostrò convinto della sua origine imperiale, coerente nel racconto, inappuntabile nel contegno; tanto inappuntabile, che fu licenziato e non vi rientrò mai più. Ma non rinunciò mai al suo delirio. Rientrato nel mondo, non cessò un momento di rivendicare i proprî diritti; scrisse al Senato francese, a Luigi Bonaparte e a tutti quei personaggi politici che gli parevano in grado di spiegare un'influenza decisiva sui destini della Francia e dell'Italia. Venne il colpo di Stato del 2 dicembre, e poi la guerra del 1859; e in questi avvenimenti la sua fantasia di paranoico vedeva conseguenze e conferme, dirette o indirette, fatali o volontarie, gloriose o lacrimevoli, dell'intrigo dinastico a cui doveva la falsificazione della propria identità personale. Il suo epistolario aumentò spaventosamente. Si firmava sempre « Napoleone II Bonaparte, nato re di Roma, sacrificato sotto il nome di F. C. ». In una lettera pubblica al Corpo legislativo di Francia, domandò che s'innalzasse un tempio a Sant'Elena in memoria di Napoleone I, e che ogni visitatore vi ricevesse un dono, e che il dono consistesse in una medaglia di bronzo con due brevi epigrafi. Nel 1859 il prof. Bini, allora direttore del manicomio, lo incontrò mentre s'avviava con un rotolo di carte sotto il braccio e vestito di tutto punto alla residenza del principe Gerolamo Bonaparte, comandante un corpo d'esercito che doveva recarsi in Lombardia. Voleva per sè l'Italia o per lo meno la Toscana, lasciando a Napoleone III la Francia. E con queste aspirazioni che si saziavano di proteste grafiche, di diplomi simbolici, di riconoscimenti fantastici, visse lungamente, tranquillamente, oscuramente. Il suo sogno ambizioso non gli costava che qualche francobollo e non dava fastidio a nessuno. Morì Napoleone III e C. F. fu visto per le vie di Firenze vestito in lutto profondo. La fascia nera era così alta, che sopravanzava il cappello. Non so quando, nè come sia morto. Al manicomio rimangono disegni, poesie e memorie autobiografiche, che dimostrano la fermezza paranoica di questo sognatore che alla realtà aveva sostituito i prodotti della sua fantasia, e pure aveva gli occhi aperti, la mente sveglia, la fortuna contraria.

Delirio religioso. — Non è che una varietà del delirio ambizioso. I paranoici che delirano in materia di religione sono sempre al vertice, mai alla base della gerarchia sacerdotale: profeti, santi, intermediarî fra l'uomo e Dio, se pure non si attribuiscono addirittura dignità e poteri divini. Ogni manicomio ha i suoi santi e le sue madonne che tuttavia vanno diminuendo di numero per cedere il posto a paranoici più moderni con delirio meno inverosimile. Ed anzi, la maggior parte di queste manifestazioni deliranti, che sgorgono da un'ambizione sconfinata e puerile, appartengono alla paralisi progressiva o alla demenza precoce piuttosto che alla paranoia. I paranoici non si spogliano mai della natura umana. Quanto poi ai delirî che s'inspirano ai sentimenti dell'umiltà, della contrizione o della paura religiosa, il loro tema è in piena antitesi col carattere paranoico ed esclude addirittura la possibilità di questa diagnosi. In presenza d'un delirio religioso, ma depressivo e pessimistico, p. es. ad un delirio di dannazione, la diagnosi più probabile è quella di melancolia; e se il delirio di dannazione o di penitenza è cronico, si tratta di demenza

precoce, non di paranoia. Il delirio religioso dei paranoici, appunto per la sua attraenza, può anche comunicarsi e diffondersi in forma endemica ed epidemica.

Un classico tipo di paranoico religioso fu Davide Lazzaretti. Nato nel solitario e grazioso villaggio di Arcidosso, ai piedi del monte Amiata, d'umile famiglia, s'era arruolato fra i volontari di Garibaldi ed aveva combattuto. Di ritorno in paese, si rimetteva a fare il carrettiere e trasportava la terra gialla del monte a Firenze od altrove, aiutato dai fratelli, con cui viveva nel massimo accordo. In quei tempi era piuttosto incredulo e non alieno dalla bestemmia, che è abituale fra quella gente e specialmente fra i carrettieri. Un giorno s'allontanò e pare che andasse a Marsiglia. Vi rimase un paio d'anni, lesse molto, imparò il francese e fece parecchi mestieri. Ritornato un'altra volta in patria, già maturo d'anni e con una certa istruzione, cominciò a professarsi credente e convertito, a discutere, a istruire, a convertire. La sua propaganda era veramente logica, e si addentrava nel fondo del cuore, perchè portava una soluzione ai dubbi ed ai bisogni più urgenti dei proletari a cui era rivolta. C'era un *credo* religioso, composto di 24 articoli, per le intime idealità dell'anima; e un programma pratico per le necessità economiche del corpo.



Fig. 135. — *Davide Lazzaretti* di Arcidosso.

Nell'inverno del 1870 andò ad abitare la grotta di Montecristo, la piccola isola del Mediterraneo illustrata da Dumas padre, in cerca d'ispirazioni riguardanti la grande missione che credeva di dover compiere sulla terra. Vi stette 40 giorni vivendo di poco pane secco, in orazione, e scrivendo molti versi nei quali apparisce il suo originale radicalismo religioso e politico. Tornato fra i suoi compaesani e correligionari con una più fulgida aureola d'ispirato, raccontò che nella grotta di San Mamiliano aveva udito le parole di Dio dalla stessa sua bocca, parole *declamate lentamente e sillabate come in tono musicale... tra il fragore del turbine... e lo scrollo terribile di tutta l'isola* (C. Paladini).

Lazzaretti era un bell'uomo, dalla fisionomia intelligente (fig. 135). Aveva la fronte spaziosa, la barba alla nazarena, l'incesso grave, e parlava bene. La sua conversione pareva un miracolo; miracolo la sua istruzione tardiva, improvvisa, sfolgorante. Il suo stile, nell'improvvisazione e nella stampa, sovrabbondava di metafore e di neologismi, ma non mancava nè di nobiltà, nè di chiarezza. Le sue imprese, ideate con grandiosità e con audacia, erano benedette dalla fortuna. Volle fondare una *Banca cooperativa* e trovò i fondi in paese, si diceva anche in Francia, al di là delle

previsioni. Volle erigere una torre, la *Turrisdavidica*, simbolo della nuova religione, e vi riescì. Il suo era un neo-cristianesimo impregnato di comunismo, ma non molto diverso, nè più incoerente di quello bandito dal Gesù autentico; e Lazzaretti non esitò a proclamarsi profeta, santo, redentore. Fu ascoltato e creduto dai proprî fratelli, dagli antichi compagni di mestiere, da uomini e donne, e persino da preti e frati. La Curia papale lo scomunicò. Intervenne anche il Governo e lo imprigionò; ma nel proselitismo di Lazzaretti non c'era nè violenza, nè dolo, e bisognò liberarlo. Il doppio martirio crebbe l'ardore dei proseliti, e in breve tutto il paese si strinse intorno a lui; il mondo aveva (ed ha ancora) una religione di più. I dogmi della nuova religione furono stampati; distribuite le varie cariche ecclesiastiche; un frate accettò il grado di ministro; si celebrarono riti; si fecero processioni solenni; e Lazzaretti si avventurò anche alle previsioni profetiche. Un giorno, per *telepatia* (?), pensò e disse in pubblico che sarebbe toccata una sventura al fratello in viaggio col carro per Firenze, e precisamente che il carro sarebbe precipitato in un burrone. Il fatto avvenne nell'ora e nel luogo indicato, in conformità al presentimento telestesico del profeta. Non è escluso che i due fratelli si fossero messi d'accordo. Ma un'altra profezia aveva fatto Lazzaretti, che si avverò completamente, quella del proprio martirio. Il monte Amiata aveva rivaleggiato col Sinai: rivaleggiò col Calvario quando, nel 1878, la forza pubblica, sorprendendo la processione di contadini e di donne (in testa alla quale sfilava Lazzaretti col diadema in capo, le medaglie sul petto e un gran manto rosso sulle spalle), spianò i fucili e sparò. Il profeta cadde colpito da una palla alla fronte e morì in pochi istanti, pronunciando le ultime parole solenni che non smentivano il suo passato. Ad Arcidosso sopravvivono ancora pochi lazzarettisti, e il popolo parla ancora con venerazione del suo profeta. Non così i benestanti, che lo ritennero sempre un ciurmadore e lo perseguitarono con un odio accanito. Fu la paura ignorante dei ricchi che circuì le autorità politiche e le spinse all'eccidio insensato. E l'odio (o forse l'invidia dell'ascendente che Lazzaretti s'era guadagnato sulla moltitudine) inspirò libelli, satire in versi ed altri sfoghi di rancore altrettanto basso quanto sciocco.

Nella religione di Lazzaretti era instituito il *sacramento del perdono* in luogo della confessione auricolare, che si dichiarava indegna e spiacente a Dio; al Paradiso ed al Purgatorio era aggiunto il *Regno della speranza* pei giusti non cattolici; l'inferno, da ergastolo eterno, era trasformato in luogo di penitenza temporanea; il demonio era abolito e il male non consisteva che nelle impure passioni dell'uomo, anzi non era che la negazione dell'umanità e in pari tempo la sua redenzione completa; il lazzarettismo non era che il perfezionamento del cristianesimo. Ecco l'ultimo articolo del Credo: « Concludiamo di proposito fermamente che il nostro istitutore Davide Lazzaretti, l'unto del Signore, giudicato e condannato dalla Curia Romana, sia realmente il Cristo, duce e giudice nella vera e viva figura della seconda venuta di Gesù Cristo nel mondo come figlio dell'uomo a portare compimento alla redenzione copiosa su tutto il genere umano in virtù della terza legge divina del diritto e riforma generale dello Spirito Santo, la quale deve riunire tutti gli uomini alla fede di Cristo in seno alla Cattolica Chiesa, in un sol culto e in una sola legge, in conferma delle divine promesse, come viene riferito all'articolo decimo di questo *simbolo* di professata da noi umana e sovrumana credenza ».

Delirio erotico. — È un'altra varietà del delirio ambizioso, e si distingue per una serie di requisiti che ne rendono la diagnosi infallibile. Infatti non basta un amore paradossale per meritare ad un individuo il titolo di paranoico, e il paranoico può innamorarsi al pari d'un normale senza cadere nell'anomalia specifica del delirio erotico. Le circostanze essenziali che caratterizzano il delirio erotico dei paranoici sono le seguenti. Anzitutto il paranoico è casto, cavalleresco ed alieno da obiettivi pratici: spesso si ritiene legato da sponsali mistici che non hanno bisogno di consacrazione legale, nè religiosa, nè carnale, che si celebrano a distanza, che si consumeranno a scadenza indefinita, e ch'egli considera perfettamente regolari anche sotto il regime d'una separazione perpetua di letto e di mensa. Per credersi corrisposti i paranoici non pretendono nè promesse, nè atti legali, nè espansioni amorose, ma si accontentano di un segno allegorico: un ventaglio agitato velocemente dalla mano della donna adorata, un fiore all'occhiello del vestito, se il soggetto è una donna e l'oggetto dell'amore è un uomo. La convinzione della corrispondenza amorosa è incrollabile: se la donna o l'uomo che hanno la disgrazia d'accendere questi amori paranoici s'incontrano con l'ignoto innamorato ed hanno occasione di mostrargli la loro indifferenza, la loro antipatia o il loro sdegno, il paranoico non se ne offende e non se ne stupisce. Egli ha sempre pronta una spiegazione che lo lascia soddisfatto nella sua imperturbabile serenità: la scena disgustosa è effetto d'una calunnia che sarà presto sventata, o è un'imposizione scellerata, o non è addirittura che una finzione necessaria per evitare le vendette degl'invidiosi.

Insomma, se le cose non vanno a seconda, la colpa è sempre dei parenti o del mondo maligno, non mai della *bella addormentata* o del *principe misterioso,* che nella fantasia del paranoico o della paranoica sono sempre raffigurati consenzienti, ingenui ed entusiasti. Inoltre, l'innamorato e l'innamorata dei paranoici sono sempre personaggi altolocati, inaccessibili, talvolta non liberi di fronte allo stato civile, talvolta non mai visti e persino non esistenti. L'età senile, la bruttezza fisica non formano alcun ostacolo: l'amore paranoico è per sè stesso anafrodisiaco e l'estetica sessuale non vi ha gran che da fare. L'erotismo paranoico ricorda la gaia scienza, le corti d'amore e la psicologia, più sottile che appassionata, dei cavalieri serventi; ne usa, con plagio incosciente, il linguaggio fiorito e cascante, le immagini leziose, il metro poetico. Un rozzo contadino si solleva sull'ali della paranoia erotica fino al madrigale; un sensale di vini copia e manda a destinazione, in mancanza di meglio, strofe di Metastasio o di Alfred de Musset. A questo modo il paranoico con delirio erotico è felice, perchè non conosce nè insuccessi,

nè disinganni, nè gli spasimi della gelosia, nè le amarezze dei primi disaccordi coniugali.

Il delirio erotico s'intreccia spesso con altri sistemi di delirio paranoico. Gl'indugi al matrimonio, la mancanza di risposte esplicite, gli atti di protesta a cui si espongono, inducono questi predestinati, malgrado le loro millanterie di don Giovanni irresistibili, al delirio di persecuzione. Talvolta perdono la calma e si abbandonano alla violenza: violenza verso i terzi, non mai verso l'innamorata. Un paranoico di nostra conoscenza, che corteggiava una vecchia signora francese dedita all'ascetismo, sparò due colpi di revolver contro il maggiordomo della famiglia che credeva ostile ai suoi progetti: ora è al manicomio da 15 anni, lucidissimo, non cessa di accarezzare il suo sogno e tenta di corrispondere nascostamente con la vecchia signora. È un uomo di circa 60 anni, di nobile aspetto, senz'alcuna coltura, d'umile condizione: il suo delirio di persecuzione si è rivolto dal maggiordomo ai medici del manicomio, che crede venduti ad un presunto rivale. Un altro paranoico, ventenne, servitore, aitante e gioviale, pretendeva di sposare la figlia sedicenne del principe suo padrone, a cui non aveva mai osato dirigere la parola, benchè le scrivesse lettere amorose senza firma: scacciato di casa, mandò a sfidare il padre della ragazza. Un terzo, erotomane impenitente come gli altri due, riunisce in rara armonia le qualità del paranoico completo.

E. C. è un uomo di 50 anni, ha un bel cognome patrizio a duplice predicato, statura media, buona salute, aspetto comune. La paranoia, più che dalle sue parole, guizza dal suo cappellino a tese invisibili, dal grande colletto a vela latina, dall'ampio sparato della sua camicia, dalla cravatta soave, dai pantaloni a campana color caffè e latte, che gli svolazzano sugli stinchi e gli nascondono i piedi. Questo abbigliamento antiquato, la testa ritta, lo sguardo estatico, il viso sorridente, il passo affrettato, lo designano all'attenzione ironica della gente, e il povero E. C. è una macchietta anonima, ma abbastanza nota di Firenze. Da giovane, volendo dedicarsi alla diplomazia, viaggiò l'Europa, studiò le lingue moderne e frequentò le biblioteche. Ma nei suoi viaggi non imparò che il francese e non seppe evitare Montecarlo, dove pare che perdesse l'intero patrimonio di 400.000 lire. I suoi parenti gli passano, quindicina per quindicina, la modica somma di 5 lire al giorno. Con le sue 5 lire E. C. conduce vita regolare e modesta, non fa mai debiti, non ha stretto amicizie, nè relazioni, pranza in trattorie popolari, ma decenti, è sobrio, passa cinque o sei ore del giorno al Circolo Vieusseux, lo storico gabinetto di lettura, e conserva nella sua camera mobiliata da 40 lire mensili una collezione di *fraes*, *smokings* e cappelli a cilindro, ultimo e caratteristico trofeo delle sue ambizioni diplomatiche.

Sotto queste abitudini tranquille d'ozio studioso, disciplinato da un orario inflessibile, rugge in permanenza, ma senza erompere, il vulcano d'una passione amorosa che dura da vent'anni. Il nostro diplomatico fallito aspira alla mano d'una vecchia marchesa, nubile, ricchissima, nata da una famiglia tra le più illustri d'Italia. La vedeva spesso al Circolo

Vieusseux, dove l'austera dama veniva a restituire dei libri, consultava in fretta il catalogo, ne sceglieva degli altri e se ne andava subito nella sua carrozza. Queste brevi apparizioni avevano per E. C. il valore di altrettanti *rendez-vous* in piena regola. Se la marchesa aveva un abito nuovo, se scambiava qualche parola col distributore dei libri, se prendeva due volumi in luogo di tre, egli vedeva in questi atti insignificanti mille allusioni, promesse e risposte categoriche ai progetti di matrimonio che andava elaborando senza tregua in lettere sempre respinte e in confidenze inascoltate sotto le finestre del palazzo marchionale. Un lume acceso nel cuore della notte, una persiana spalancata, una tenda fuori di posto equivalevano ad un segnale di adesione affettuosa. Se dalla facciata muta ed uniforme del palazzo non partiva nemmeno uno di questi pretesi segnali, E. C. ne incolpava la malignità dei servitori; e munito di qualche sassolino, che scagliava dalla strada deserta sulle imposte chiuse, dava rumoroso, benchè innocuo, avvertimento della propria presenza. Una volta gli accadde di rompere un vetro, e il giorno dopo... fece la mia conoscenza.

Il suo epistolario amoroso è interminabile. Ebbi dalla Polizia un fascio di lettere che non erano mai state aperte da nessuno e contenevano più d'un particolare interessante. Lo scrittore vi assume un atteggiamento di protezione quasi paterna; parla alla marchesa come ad una giovinetta inesperta, credula, poco intraprendente; ha per lei consigli, incoraggiamenti e qualche gentile rimprovero; le dà del tu; la mette in guardia contro i *gesuiti* e gli altri *furfanti* che si mascherano da *laquais*, da *petits*, da *religiosi*, da *ammalati*, da *derelitti* e che la circuiscono col pretesto di servirla o l'attirano in tugurî presi a prestito con la scusa della carità. Bisogna vincere le resistenze, le ostilità, gl'intrighi, contrapporre l'accortezza all'astuzia, la fermezza alla violenza. A questa guerra E. C. è già avvezzo dai primi anni della sua gioventù, quando i *gesuiti* lo perseguitavano in tutta Europa, gl'impedivano di entrare nella carriera diplomatica, e più tardi lo mettevano in cattiva vista presso il futuro suocero e gli tendevano il laccio di Montecarlo, assoldando un *croupier* perchè lo rovinasse.

La scrittura di E. C. offre parecchie singolarità. La lettera *t* è costantemente sostituita da un greco ψ; in luogo di *p* si trova sempre un μ; quanto all'*m*, è indicato da un segno grafico originale, cioè da un *n* le cui aste discendenti sono separate per mezzo d'uno spazio doppio dell'ordinario. Ogni tanto vi sono parole ripetute tre volte di seguito; e alle triplici serie di parole tien dietro una triplice serie di accenti circonflessi, schierati lungo la riga e ridotti all'ufficio d'interpunzioni. Salvo questo scisma parziale, la scrittura di E. C. è perfettamente ortodossa e il contenuto del suo epistolario non è punto insensato.

Questo cavaliere della paranoia, che da vent'anni combatte i mulini a vento del gesuitismo e adora le grazie climateriche d'una Dulcinea inaccessibile, ha sempre evitato ogni trivialità, ogni impeto, ogni impazienza. Condotto due volte al manicomio, ne uscì in breve tempo, tanta era la lucidezza della sua coscienza, la dignità del suo contegno, l'efficacia delle sue istanze per ricuperare una libertà di cui, sia detto ad onor suo, non aveva mai molto abusato. Sono tre anni che è libero ed ha ripreso le sue letture, il suo carteggio galante, il suo cappellino dalle ale microscopiche: veterano del Circolo Vieusseux e del delirio erotico, esempio di fedeltà disinteressata ad un ideale.

Delirio di querela. — Il delirio di querela attiva, che fa comparse fuggevoli in molti paranoici (ed anche in alcuni casi di *mania periodica*, ma periodicamente), assume uno sviluppo inquietante e caratteristico solo in quei paranoici che lo coltivano senza interruzione e lo elevano a programma della propria vita. Il querelante, in origine, non è che un avaro, ma il vizio paranoico del preconcetto gli fa sembrare legittime e sostenibili le ardenti rivendicazioni della sua avarizia. Questi dilettanti di processi fanno a fidanza col codice, perchè non intendono il diritto che dal proprio punto di vista. Nelle disposizioni della legge non vedono la protezione di tutti, ma solo quella di sè stessi. In ciò il querelante paranoico non differisce gran che dal primitivo, che concepisce la legalità come un complesso di concessioni per sè e di divieti per gli altri. Con queste massime, che professa senza saperlo, il paranoico processomane parte da un diritto immaginario ed arriva ad imbastire querele non prive d'una certa forma giuridica. Qualche lieve alterazione nei particolari del fatto, l'elasticità della legge, l'avidità di avvocati poco scrupolosi, lo studio diligente della procedura ed altre circostanze favorevoli possono aprire al querelante la via dei tribunali, così spesso chiusa ai poveri che hanno ragione, ma che non sono assistiti dalla fede paranoica nella propria causa. I primi insuccessi non valgono a scuotere questa fede; al contrario, la condanna alle spese processuali, il trionfo dell'avversario e l'indifferenza del difensore raddoppiano l'energia del querelante, che ricorre in appello, in cassazione, al Parlamento nazionale od al sovrano. Malgrado il consiglio degli amici, le esortazioni degli avvocati, le ribellioni della moglie, le proteste dei figli, il querelante continua imperterrito nella sua lotta pel diritto. Le sconfitte ulteriori e più gravi a cui va incontro per la sua ostinazione lo inaspriscono sempre più contro l'avversario fortunato, gli avvocati inabili, i giudici corrotti, la moglie ignorante, i figli senza coraggio. Qualche volta il delirio di querela si comunica alla famiglia del querelante. Solo di raro, e dopo anni di persistente disdetta, arriva il quarto d'ora critico. Gl'imbarazzi finanziari, le specifiche dei patrocinatori, le multe del tribunale gli fanno perdere il sangue freddo. E il querelante, così forte in procedura, si lascia trascinare a minaccie che lo avviano imprevedutamente dalla sede civile alla sede penale; da processatore impenitente diventa processato, se pure a salvarlo non gli si apre il manicomio.

R. D. è un gigante tarchiato e sano come un pesce. Facchino delle ferrovie, si ruppe una gamba e restò un po' zoppicante. Per questo motivo fu messo a riposo con una pensione di 700 lire all'anno. Secondo lui il computo della pensione era inesatto, perchè gli toccherebbero 40 o 50 lire di più. Protestò, minacciò e pose in istato d'assedio la direzione della So-

cietà ferroviaria, da cui un giorno fu persuaso a sottoscrivere una carta dichiarandosi perfettamente soddisfatto. Fu il suo solo istante di lucidezza... e di debolezza. Pentitosi subito della dichiarazione, consultò successivamente non meno di 20 avvocati per accendere una lite che, indipendentemente dall'atto di rinunzia, mancava d'ogni base. Prima che un così gran numero di consulenti potesse riceverlo, studiare la sua causa e concludere con una ripulsa, passarono tre anni. Il povero facchino in riposo pellegrinava d'ufficio in ufficio e consumava le sue giornate nelle anticamere degli avvocati. Nessun avvocato voleva assumersi il patrocinio d'una causa disperata, ingiusta, dispendiosa e di un'utilità contestabile per l'interessato anche nell'ipotesi improbabile d'un trionfo. Allora R. D., in luogo di rassegnarsi, impugnò di nuovo le armi dei ricorsi e delle violenze, rivolgendole direttamente contro la Società delle ferrovie. Le sue insistenze raggiunsero tali proporzioni, che l'ex facchino fu mandato al manicomio. Sua moglie, donna di statura gigantesca, ma di mente piccina, era a metà convinta che avesse ragione. Giunto al manicomio, fu assoggettato ad un lungo periodo d'osservazione, dopo del quale uscì perchè giudicato innocuo. Passarono altri due anni senza che R. D. abiurasse il suo delirio. La sua condotta era onesta e regolare, com'era stato corretto il suo contegno al manicomio; viveva pacificamente, da buon padre di famiglia, coi proventi della sua pensione. Ma venne il giorno che non fu più in grado di reprimersi, le sue recriminazioni passarono i limiti legali, e in una sala della Società ferroviaria, con un colpo destramente assestato, fracassò uno specchio di qualche valore. Processato, fu prosciolto per pazzia. Da quel giorno R. D., che potrebbe godersi in pace la sua vecchiaia arzilla, rientrò al manicomio; e quantunque sia sempre lucido e disciplinato, non so quando potrà uscirne.

Delirî impersonali. — Questi delirî astratti, che non riguardano la persona del paranoico, ma la filosofia, la poesia, la scienza o l'umanità, si associano in ottima armonia coi delirî precedenti; ma più spesso si presentano isolati senz'alterare i rapporti del paranoico col resto del mondo, senza turbare palesemente il suo giudizio sopra sè stesso, senza precludergli il saggio e proficuo esercizio d'una professione talvolta brillante ed elevata. Tra i paranoici dediti alla lirica, alla metafisica, alla sociologia, alle invenzioni meccaniche abbondano le persone colte, intelligenti e non prive di senso pratico nel commercio con gli uomini e nell'amministrazione dei proprî averi: sono i *mattoidi* di Lombroso. Qualcuno riesce a passare per un erudito, per un solitario, per un pensatore anzichè per un pazzo. Ma questi mattoidi innocui sono schiavi d'un preconcetto come tutti gli altri paranoici. Come gli altri paranoici amano i simboli, i neologismi, il dogmatismo; e ancorchè non cadano in delirî personali, ondeggiano continuamente tra una dissimulata ambizione e una rudimentale tendenza a credersi perseguitati, se anche ammirati.

Tutti i *mattoidi* sono scrittori: pubblicisti, polemisti, poligrafi. Delle loro opere si potrebbe formare una biblioteca omogenea e interessante al massimo grado. I libri dei mattoidi si riconoscono subito ad una quantità di contrassegni esterni ed interni. Tra i contrassegni appariscenti, il ritratto

dell'autore in posa inspirata, l'edizione clandestina, la prolissità del titolo, una serie di dediche che si seguono e si neutralizzano, le citazioni di altri autori mattoidi, l'estrema varietà dei caratteri tipografici, la mescolanza di versi e di prosa, le illustrazioni grottesche, la mancanza d'indice, il prezzo temerario del volume. Tra i distintivi essenziali di questi libri, si deve notare la loro inutilità, l'indole trascendentale del soggetto, l'assurdità dell'argomentazione per mezzo di formule geometriche, di paralleli storici, di derivazioni etimologiche in quesiti di natura astratta, la creazione di assiomi falsi e contraddittorî, l'abbondanza di luoghi comuni vantati come idee nuove, l'oscurità e la magniloquenza dello stile, l'orgia delle metafore, dei neologismi, dei simboli e del misticismo, la puerilità dell'insieme.

Tito Livio Cianchettini, morto pochi anni fa in istato d'onesta indigenza e di serena vecchiaia, fu un mattoide celebre in tutta Italia. Era il 1871 quando lanciava per le strade di Milano il primo numero del suo *Travaso delle idee*, ragione e principio della sua fama. Io lo ricordo ancora, all'ingresso del Liceo Parini, dov'ero scolaro, mentre attendeva di buon mattino il nostro arrivo a frotte. Alto, esile, silenzioso, riservato, niente importuno, niente accigliato, niente scortese, pareva piuttosto un asceta di buona pasta che uno strillone. Certamente era uno strillone d'*élite:* il suo giornale non costava che due centesimi, e non c'era pericolo che Cianchettini non rendesse il resto a chi gli dava un soldo o più; anche se gli si offrivano con buona grazia, non accettava regali, ma li respingeva con semplicità garbata. Il suo contegno serio disarmava i motteggiatori, e Cianchettini fu sempre rispettato.

Il *Travaso delle idee* era un giornale di *metafisica politica*, di piccolo formato, stampato a mano. Sul margine d'ogni pagina, nelle quattro direzioni, ricorreva una cornice d'aforismi, la più gran parte originali e non privi di sapore; e questa cornice formava ciò che Cianchettini chiamava modestamente il *contorno del piatto*. Distributori, amministratori, stampatori, compositori e redattori del *Travaso* si compendiavano tutti nell'unica persona di Tito Livio Cianchettini. Chi era quest'uomo? Che scopi aveva? Come si proponeva di raggiungerli? Tito Livio Cianchettini era un povero diavolo di garzone fornaio; s'era istruito da sè; s'era arruolato tra i garibaldini; e viveva con una sorella attempata, nubile e mite come lui, in una cameretta del corso Garibaldi, il quartiere più plebeo di Milano. Le sue opinioni erano fortemente impregnate di comunismo; ma si libravano tant'alto nelle regioni dell'ontologia, che non se ne sentiva l'aroma sovversivo. Il testo del *Travaso* era denso di proposizioni oscure: a Tito Livio Cianchettini, come a Gesù Cristo, piacevano molto gli *apologhi*. Era poco indulgente coi signori: li chiamava i *lupi tenenti;* e i poveri erano le *pecore tenute*. Fra i lupi e le pecore accadevano scene interessanti e dialoghi curiosi, di cui spesso sfuggiva l'arcano significato: i lupi erano anche *capezzatori* e le pecore *capezzate*. Tito Livio Cianchettini amava molto gli enigmi ed anche i contrasti. Accanto all'aneddoto satirico, un po' ingenuo, leggermente triviale, spargeva i fiori del suo stile aulico, inspirato ad un idealismo spiritualistico, confuso, sterile d'applicazioni. Benchè non privo di acume e di cognizioni disordinate, il fondatore del *Travaso* era rimasto ignorante e commetteva

errori di grammatica. Le sue idee, prese una per una, non mancavano d'una certa elevatezza filosofica, qualche volta erano espresse nobilmente e non senza chiarezza; ma peccavano nella coordinazione. Tito Livio Cianchettini saltava spesso di palo in frasca, e qualche volta era impossibile capirlo.

Ciò che vi è di più singolare nella vita di Tito Livio Cianchettini è la sua costanza. Vero don Chisciotte del giornalismo, in mezzo alle più dure strettezze, perseverò nella pubblicazione del suo *Travaso* per venticinque anni di seguito. Si ammalò, gli morì la sorella, rimase più volte senza danaro, e il *Travaso* tacque momentaneamente, ma superò le sue crisi e non morì che con lui. Pochi anni prima, mi pare verso il 1893, Cianchettini, vecchio e povero, aveva avuto il coraggio di trasportare a Roma le sue tende. Alla capitale il *Travaso* doveva attingere fortuna e autorità per diffondersi in Italia. Ma il tentativo fallì: nessuno leggeva il *Travaso*, pochi lo comperavano per compassione. Nondimeno lo conoscevano tutti, almeno per fama; ed un giornale quotidiano di Roma, con intenzione umoristica, volle adottarne il titolo. Così avvenne che Tito Livio Cianchettini morì dimenticato all'ospedale; morì anche il *Travaso*, confondendo le sue rovine con quelle della *metafisica politica*; ma il nome del *Travaso* sopravvive nel giornalismo quotidiano di Roma immortale.

La potenza intellettuale dei mattoidi, il legame delle loro idee, la loro istruzione e il credito di cui godono nel mondo variano da un caso all'altro. Dopo il 1870 un mattoide tipico, Francesco Coccapieller, fu per due o tre anni l'idolo dei Romani. Era figlio d'una guardia svizzera del Papa, cavallerizzo, autodidatta, inventore brevettato d'un freno per le carrozze, pubblicista e fondatore del *Carro di Checco*, giornale quotidiano: per una legislatura fu, con grave scandalo, deputato di Trastevere, e morì in miseria. Cesare Lombroso lo paragonò a Cola da Rienzi. Vi furono mattoidi sulle cattedre universitarie e in Senato; ve n'è un certo numero, sempre, nel ceto medico. Fu appunto un medico quel G. Mazzoni che pubblicò un volume sulla *Fisica sintetica* e credeva d'aver inventato la *clessidra gastro-termica*. Un altro medico, suo ammiratore e seguace, lo cita ripetutamente nella sua *Guida al medico pratico*, dove insegna a qualificare le malattie per mezzo di binomî e a considerarle come varietà e gradazioni di *squilibri luminosi:* questo audace innovatore, che chiamava la nefrite col nome di *spleno-parettama*, non mancava di clienti nelle alte classi sociali. Un collega di costoro, che esercitava con plauso la medicina nella provincia di Udine ed era spesso consultato in materia di pubblica igiene, attribuiva la pellagra all'azione di funghi velenosi ammucchiati nei soffitti delle capanne o, com'egli si esprimeva, delle *cafungaie*; e per sostenere questa tesi scrisse libri ed articoli in giornali medici e politici. Presso Bologna visse lungamente un conte Mattei, che aveva fondato le *Istituzioni d'elettricità vegetale*, vendendo rimedi nuovi e facendo buoni affari: tanto che morì milionario. Questi mattoidi altolocati furono segnalati con coraggio, con verità e senza complimenti da Cesare Lombroso.

Molti anni fa l'editore Zanichelli aveva messo in commercio un'opera dal titolo promettente: *Luce e cervello*, che trattava di *antropofotologia* e di *teofotologia*. Ogni fenomeno dell'universo vi era ridotto a manifestazione di luce: donde il nucleo d'una nuova scienza, la *psicografia*, che aveva offerto materia ad una pubblicazione precedente, lodata per le stampe da filosofi di cartello (metafisici, s'intende). In questo libro erano raffigurati i varî stati dell'anima con disegni simbolici aggiunti al testo e che costituivano la *simbologia:* l'anima era una vergine con una stella in fronte, e la si vedeva in piedi, a letto, con gli occhi aperti o chiusi, in varî atteggiamenti, secondo le occasioni.

È da notarsi la parentela ideale tra la pantofotologia del filosofo e gli squilibrî luminosi del medico. Vi è una somiglianza non meno straordinaria fra le teorie di due neo-alchimisti che si resero celebri in Italia, ma in epoche e provincie differenti per la reale abilità delle loro preparazioni industriali. L'uno, certo cavaliere M.., pretendeva di *metallizzare* i corpi organici (foglie, cuoio, capelli), cioè di convertirli in metalli, mentre con un processo accurato di galvanoplastica si limitava a spalmarne la superficie, e dopo questa scoperta invano magnificata morì in mezzo al rimpianto di tutti i giornali italiani, che rimproverarono al governo ed alla patria d'aver lasciato in abbandono un inventore di genio. L'altro neo-alchimista, precursore del cavaliere, fu il famoso Segato, che s'illuse di petrificare i pezzi anatomici: il suo non era che un talento d'imbalsamatore, ma vi sono ancora Inglesi ed Americani che, passando per Firenze, s'interessano ai suoi inutili preparati e vanno ad ammirarli nei musei. Il cadavere di Segato fu sepolto nel chiostro di Santa Croce con un'epigrafe apologetica in ottimo latino.

Per queste coincidenze di pensiero, per gli elogi di cui i mattoidi si gratificano fra di loro, per la tendenza infrenabile che li spinge ad introdurre la matematica in psicologia, la meccanica nelle scienze morali e la metafisica dappertutto, si potrebbe quasi ammettere l'esistenza d'una scuola paranoica di filosofia, scuola un po' volubile e incerta, ma non priva di tradizioni e di carattere, cui manca soltanto uno storiografo.

Neologismi. — I neologismi dei paranoici si distinguono abbastanza bene non solo da quelli dei normali, ma anche dalle neoformazioni verbali dei nevrastenici e dei pazzi propriamente detti. Essi permettono dunque, oltre alla diagnosi generica di pazzia, anche una diagnosi differenziale. Tra i pazzi i più istancabili fabbricatori di nuove parole sono i dementi precoci; ma i loro neologismi sono numerosi, talvolta fino a formare una specie di gergo individuale, sono spesso futili, amorfi ed insensati, perchè applicati ad oggetti senza importanza obiettiva, nè

subiettiva e che quindi non avrebbero alcun bisogno, nemmeno agli occhi dell'infermo, d'un battesimo speciale. Invece il paranoico non inventa di solito che una sola parola, e quella parola assorge a simbolo visibile dell'anomalia paranoica, perchè racchiude la sintesi del sistema delirante. È logico che a cose nuove o che sembrano nuove si assegnino nomi nuovi, e il neologismo del paranoico non è che l'espressione di questa necessità. Perciò sono ben pochi i paranoici che, sentendosi così diversi dagli altri, non abbiano sentito il bisogno di affermarlo al mondo, e di coniare il loro neologismo: solenne, indimenticabile ed originale come il delirio a cui corrisponde.

Dietro il neologismo paranoico s'indovina subito il tema su cui verte il delirio: classificare i neologismi è lo stesso che classificare i delirî. Un'inchiesta in varî manicomî d'Italia mi ha dimostrato che tra i neologismi abituali dei deliranti cronici (paranoici e paranoidi) si potevano distinguere sei categorie di vocaboli:

1.° nomi allusivi a personaggi ed esseri reali od immaginarî, verosimili o soprannaturali, isolati od associati, malefici o benefici, come i *fads*, gli *airs*, gli *anticristi*, i *folisti*, i *recitisti*, gli *aghisti*, il *gran settentrione*, la *quaquara*, lo *spirito leone*, i *messaggeri*, il *capitano Egghe*, il *principe Raoul;*

2.° sostantivi che indicano agenti fisici, influenze misteriose, metamorfosi, stati fisiologici, modi di essere o di pensare, come la *lucentina*, l'*alveatico*, i *tocchi elettrici*, l'*interro*, il *soffio del drago*, l'*assopimento cerebrale*, l'*esquiescenza;*

3.° autodenominazioni, quasi sempre ambiziose, come *Imperio, Anastasio Papa, Napoleone II, Amedeo III*, l'*Etoile d'or;*

4.° terminologia pseudo-filosofica e pseudo-scientifica, come *alitiometria, divisvendetta, sillabica, triodelogia* o scienza dell'*uni-trisono;*

5.° scongiuri, come *dieu treize!;*

6.° fonemi senz'alcun significato, come *numigrazione, farfidérisme, conquitescenza mirtica, lepidermocrinia, uffeta, palmabiana.*

I neologismi di fabbrica paranoica sono rappresentati nelle prime quattro categorie, sebbene anche in queste categorie non manchino neologismi d'origine paranoide. Quelle delle tre ultime categorie sono contrassegnati dalla più profonda stravaganza e dalla moltiplicità. Gli scongiuri e i fonemi che non significano nulla sono una specialità dei dementi precoci.

Allucinazioni. — Per quanto rare e isolate, le allucinazioni più o meno sistematiche non sono eccezionali tra i paranoici genuini. Certamente, non sono mai così abbondanti e tumultuarie come nell'amenza; nè così continue come nella demenza precoce, dove assumono più spesso l'aspetto

di *immagini coatte* o pseudo-allucinazioni. Il senso più colpito è quello dell'udito. Se è esagerata l'asserzione di KRAEPELIN, secondo cui i paranoici non sarebbero soggetti ad allucinazioni, io credo di poter calcolare all' 80% la proporzione dei paranoici non allucinati: s'intende che, per accettare questa proporzione, bisogna eliminare dagli elenchi della paranoia tutti i casi di demenza precoce con delirio paranoide.

Condotta dei paranoici. — Il paranoico non è sempre un uomo d'azione, ma è sempre un uomo di carattere. Per la fedeltà inconcussa al suo preconcetto riesce a farsi rispettare e incute una certa soggezione fin tra le mura del manicomio; per l'instacabile energia di esecuzione con cui talvolta traduce il suo delirio in un programma di vita pratica, il paranoico può diventare pericoloso e imporre agli altri la sua volontà. I perseguitati persecutori, i querelanti, gli ambiziosi con delirio mistico tendono all'offesa, alle liti e alla propaganda. I mattoidi possono rendersi molesti. Ma nell'evoluzione naturale della paranoia vi sono, e spesso maturano felicemente, anche i fattori pacifici della resipiscenza o per lo meno della dissimulazione e della calma. La calma pura e semplice è rassegnazione al proprio destino e non implica rinunzia alle convinzioni deliranti; o può anche risultare da una metamorfosi del delirio, per cui all'idea della persecuzione si associa quella della *difesa*, e il paranoico si sente al sicuro non per mancanza d'insidie, ma per la presenza di protettori che le controbilanciano. La dissimulazione è un atto d'opportunismo che serve al paranoico avveduto per ottenere l'uscita dal manicomio o per evitare l'interdizione. Spesso i paranoici consumano tempo e denaro in viaggi mondiali, ma innocui. Quanto all'abiura del delirio, essa è rara, ma non impossibile: per debolezza senile, per malattie intercorrenti, per gravi inaspettati avvenimenti, per una modificazione radicale delle abitudini dietetiche, sessuali, professionali, per un disastro morale, per un processo spontaneo d'involuzione, il sistema delirante si sfascia e non rimane che la costituzione paranoica, oppure, a furia di mortificazioni, di disinganni e di richiami alla mediocrità della vita reale, il paranoico perde anche l'impronta della sua costituzione psichica e da mistico diventa scettico od agnostico senza accorgersene.

G. L., falegname, di 63 anni, abilissimo nel suo mestiere, attivo, onesto, prese moglie a 30 anni. Fin dal primo giorno del suo matrimonio si mostrò geloso fino all'angoscia. Immaginava i tradimenti più inverosimili e vigilava giorno e notte: cercava i rivali sotto al letto, li calcolava a decine, e non lo arrestavano nei suoi sospetti nè la vecchiaia, nè la deformità. Questo inferno durò pochi mesi: G. L. radunò qualche centinaio di lire, abbandonò la moglie e s'imbarcò per l'Egitto. In viaggio, impulsivo com'era, si lasciò persuadere da due emigranti a prestar loro tutto il suo peculio, e i suoi amici improvvisati, approfittando d'una fermata a Messina, toc-

carono terra e non tornarono a bordo. Il piroscafo proseguì con due passeggeri di meno; e G. L. proseguì col piroscafo, ma senza il becco d'un quattrino. Ebbe varie peripezie e fu rimpatriato a spese del governo italiano. Pensò che il tiro giocatogli fosse organizzato dalla moglie o piuttosto dai suoi amanti, che da quel giorno in poi apparvero alla sua fantasia come gli artefici di persecuzioni svariate, crudeli e sempre più sapienti. Il pover uomo si diede al vino e ai liquori, divenne anche allucinato. La notte temeva d'esser assalito dai nemici; di giorno credeva che nelle strade lo canzonassero. Qualche volta gli pareva di sorprendere in flagrante i più audaci, e reagiva violentemente. Fu ricoverato al manicomio. Per molti anni vide di malocchio i medici e gli infermieri; poi, col mutar delle persone e delle cose, cominciò a ricredersi. Fu occupato nei lavori dello stabilimento, ottenne compensi, elogi e piccoli privilegi che lusingavano il suo amor proprio. Da allora fece forza a sè stesso per reprimersi; si convertì all'anti-alcoolismo, cessò di investire, durante le veglie notturne, i presunti nemici; si affezionò al manicomio. Infine, dopo vari mesi d'esperimento, domandò la libertà e la promessa di essere impiegato nello stabilimento come falegname. La sua domanda fu esaudita: G. L. è libero, ignora dove sia andata a finire sua moglie, non si ubbriaca ed è un ottimo operaio. Del suo delirio di gelosia e di persecuzione non c'è più nessuna traccia; e siccome G. L. non è nè diffidente, nè vanitoso, vi è da scommettere che non ha più nessuna voglia di ricominciare.

Così la vita dei paranoici, in luogo di svolgersi come una progressione di follie con un epilogo tragico, può scorrere pacificamente con periodi di indifferenza o di tregua e terminare nel crepuscolo d'un durevole ravvedimento.

TRATTAMENTO DELLA PARANOIA.

Appunto perchè la paranoia non è una vera malattia, ma un'anomalia intellettuale, il medico dovrà evitare per quanto è possibile di dare giustificazione e alimento al delirio con inutili allarmi. Il manicomio non è un ambiente adatto ai paranoici: nella loro lucidezza essi sentono tutta l'enorme distanza che li divide intellettualmente dai pazzi. L'alienista che che non si accorge di questa incompatibilità si mette al disotto del paranoico. Tuttavia qualche volta, per salvare le famiglie dalle intemperanze dei paranoici, bisogna ricorrere al manicomio in mancanza di meglio, e i paranoici diventano lustro e decoro del riparto destinato ai più civili, ai più composti, ai più lucidi dei ricoverati. Si può tentare la conversione con franchezza non disgiunta da deferenza. Ma questo risultato sorride soltanto a chi sa aspettare con pazienza e farsi umile dinanzi alla superbia paranoica. Se non si raggiunge la conversione, si potrà insegnare al paranoico la *dissimulazione* a titolo di consiglio amichevole, dimostrandogliene i vantaggi pratici. Qualche volta il paranoico segue il consiglio senza dirlo al medico; e lo segue così bene, che il medico crede alla resipiscenza dove non è che un'abile dissimulazione. Che importa? purchè la dissimulazione continui.

CAPITOLO XXV.

L'imbecillità

Secondo la psichiatria tradizionale l'imbecillità era la sorella minore dell'idiozia. L'una e l'altra non esprimevano che due gradazioni d'una medesima psicopatia e il ceppo comune era l'*insufficienza spontanea* dello sviluppo mentale. Qualche volta, in via d'eccezione, ma non fra gli idioti più che fra gl'imbecilli, si ammetteva che l'agenesia, invece d'essere ereditaria, fosse provocata da traumi o da altre cause individuali e precisabili che agivano con equivalenza di risultati nella prima infanzia o nella vita fetale. Gl'idioti, non tanto impediti da cause estranee quanto inetti per conto proprio a entrare in relazione col mondo, privi di favella, infimi rappresentanti dell'intelligenza umana, erano condannati in anticipazione a vegetare con la sola scorta d'una coscienza rudimentale; gl'imbecilli, fermi ad una fase ulteriore, dotati d'un linguaggio più o meno completo, stavano al penultimo posto della degenerazione, ma sulla stessa linea di prospettiva, senza discontinuità di sintomi, nè di patogenesi.

Oggi la psichiatria clinica, per opera di Voisin, Morselli, Sollier, Bourneville, König, De Sanctis, studiando meglio i deficienti e da un punto di vista superiore al puro empirismo psicologico, ha scomposto quest'unità artificiale. Il concetto di un'aplasia armonica e spontanea, come conseguenza della degenerazione ereditaria, non si attaglia che a pochi casi per lo più assai miti, dove la deficienza mentale è accompagnata da un certo grado di pervertimento. Possiamo, utilizzando la vecchia nomenclatura, mantenere ai deficienti di questa specie il titolo d'*imbecilli,* a patto che non presentino nemmeno le traccie d'una cerebropatia pregressa. A tutti i deficienti che non rientrano nel quadro della degenerazione mentale, ma in quello delle cerebropatie infantili, riserviamo il nome d'*idioti* senza badare al grado talvolta minimo della loro deficienza.

In questo senso noi diremo che l'imbecillità è congenita, mentre l'idiozia è acquisita, sia pure ai primi albori della vita. L'imbecillità, piut-

tosto che una malattia, è un'anomalia mentale e non disturba gran che nè lo sviluppo generale del corpo, nè le funzioni nervose d'ordine inferiore. L'idiozia è il reliquato di processi anatomo-patologici che conducono ad una gliosi più o meno generale e che si manifestano clinicamente con irregolarità caratteristiche del movimento, del trofismo, della sensibilità e dell'intelligenza, ma non sempre gravi, nè multiple; anzi talvolta così attenuate e così localizzate, da lasciare ad un buon numero di cerebropatici maggiore intelligenza che agl'imbecilli e persino la perfetta integrità della mente. Questi cerebropatici di mente integra, per quanto più o meno malconci dal lato dell'attività muscolare, non appartengono certo alla psichiatria, ma alla nevropatologia: essi hanno il diritto di ripudiare il nome d'idioti ed ogni rapporto di collegialità anche lontana con gl'imbecilli. Restano in psichiatria i cerebropatici idioti, ma a mille miglia dai degenerati in genere e dagl'imbecilli in ispecie.

I due quadri clinici sono dunque agli antipodi per un sostanziale contrasto d'origine e di natura che si riverbera, come vedremo, anche sulla qualità delle manifestazioni psichiche: sulla qualità meglio che sul grado. Di qua i deficienti-imbecilli o di razza, spesso un po' pervertiti, ma alacri, sani e solo mentalmente imperfetti; di là, nella serie dei cerebropatici, un forte gruppo di deficienti-idioti, non pervertiti, con gradazioni illimitate d'incapacità intellettuale, ma infermi o sopravvissuti a gravissime infermità dell'infanzia e ciononostante fiancheggiati da altri cerebropatici di mente in tutto normale.

MANIFESTAZIONI CLINICHE.

Le manifestazioni necessarie dell'imbecillità sono puramente psicologiche; ma può darsi che alla deficienza mentale si associ qualche stigma di degenerazione antropologica e che l'arresto dello sviluppo psichico si duplichi con l'arresto dello sviluppo somatico. Altre irregolarità, o, per dir meglio, imperfezioni delle funzioni motrici e sensitive non sono che l'eco indiretta dell'insufficienza mentale.

Aspetto degl'imbecilli. — L'incoscienza della loro anomalia e il benessere di cui godono infondono agl'imbecilli un sentimento di baldanza che spesso traluce nella loro fisionomia: la loro parola è rapida, la gesticolazione abbondante, la mimica mobile ed accentuata. Talvolta gl'imbecilli ostentano una prontezza d'azione che inganna sul valore della loro intelligenza; e non è raro il caso di vederli infervorati nell'attuazione d'un programma che non hanno capito. Nelle scuole inferiori l'imbecille è sempre il primo ad assentire col capo quando la lezione è più astrusa;

la sua faccia è spesso grottescamente intenta alle spiegazioni del maestro, ma cambia in modo fulmineo d'espressione al semplice volar d'una mosca. Durante un'adunanza tecnica in cui le mie idee sul governo dei manicomî erano vivamente combattute, io osservavo con interesse l'agitazione mimica di un imbecille adulto che approvava risolutamente i miei avversarî quando i loro argomenti erano più stentati e confusi; a un certo punto applaudì un *lapsus linguae;* e in un altro momento si schierò con impegno in favore d'una proposta che era piuttosto contraria alle sue credenze ardentemente religiose.

Gl'imbecilli, appunto perchè sono sani e senza pensieri, hanno un aspetto allegro e spesso piacente. La carnagione rosea e vellutata, gli occhi a fior di testa, lo sguardo sereno, la fronte senza grinze, il sorriso diffuso sulla faccia leggermente meravigliata si possono considerare come segni di puerilità corporea; e cospargono di grazia infantile una fisionomia poco solcata dalle emozioni, rispettata dalle malattie, liscia come lo specchio d'un lago. Vi sono, è vero, anche gl'imbecilli sediziosi che fanno pompa d'una fierezza teatrale; e gl'imbecilli gravi che sembrano affaccendati come se pesasse sulle loro spalle la responsabilità dell'universo; e i maliziosi che vi giuocano un tiro birbone; ma un fondo incancellabile di fatuità ammorbidisce l'espressione dei sentimenti aggressivi o solenni o petulanti.

Stigme anatomiche di degenerazione. — Prescindendo da possibili, ma finora ignote imperfezioni del cervello e degli elementi nervosi, che *a priori* dovrebbero consistere in una certa povertà di ramificazioni dendritiche o di fibrille, povertà tutt'altro che facile a provarsi (per determinare l'imbecillità non occorrono, anzi sono da escludere lesioni ed anomalie macroscopiche), gl'imbecilli possono presentare qualche stigma di degenerazione somatica che conferma la natura degenerativa della deficienza mentale (senz'esserne nè la causa, nè l'effetto) in virtù d'una semplice correlazione.

Queste stigme anatomiche non sono numerose, nè gravi, nè costanti, nè deformanti, e bisogna togliere dal mazzo quelle irregolarità od anomalie (del resto rare nell'imbecillità) che non hanno un significato atavico o degenerativo, ma semplicemente atipico e patologico. Un'anomalia d'origine schiettamente patologica è p. es. la plagiocefalia, e la sua presenza, lungi dal sanzionare la diagnosi d'imbecillità, deve suggerirci il sospetto di un'idiozia acquisita, ossia d'un processo precoce di cerebropatia. La rachitide, l'acondroplasia, la sifilide ereditaria, che sogliono portare larghi contributi di bruttezza al corpo senza deformare l'intelligenza, possono bensì trovarsi in compagnia dell'imbecillità, ma per pura combinazione.

Tra le anomalie visibili del corpo sono veramente degenerative e abbastanza comuni nell'imbecillità le seguenti: fronte bassa e fuggente (fig. 136 e 137), seni frontali assai pronunciati, occhi piccoli. Il prognatismo, il progeneismo, le anomalie dentarie, la meschinità della statura, la mano pitecoide non sono frequenti.

Percezione. — Gl'imbecilli sono facili a distrarsi e pronti a percepire le impressioni esterne. La loro rapidità di percezione è frutto dell'attenzione passiva, che è vigile e precisa come negli animali, ma poco idonea a trasformarsi in attenzione continuata e volontaria verso un obiettivo prestabilito. Dalla prontezza di percezione provengono all'imbecille più danni che vantaggi: risoluzioni avventate, osservazioni imprudenti, conclusioni sbagliate e un concetto immodesto della propria personalità. Negli esperimenti di psicometria gl'imbecilli fanno talvolta un'ottima figura: la loro equazione personale rivela una velocità di reazione superiore a quella dei normali.



Fig. 136. — Imbecille con linguaggio completo, statura normale, cranio piccolo, fronte fuggente, fisionomia atteggiata a rozza meraviglia davanti al mistero della macchina fotografica.

Sensibilità. — Io credo che il fenomeno più notevole d'insensibilità sia negl'imbecilli l'*assenza dello schifo:* essi l'hanno comune con gl'immorali e come gl'immorali ne menano vanto o ne traggono lucro. La mancanza di schifo più che la libidine li rende facile preda alla seduzione, e non poche tra le prostitute d'infima classe sono imbecilli di mite carattere senz'ombra d'epilessia, nè di malvagità. Lo stesso si dica di certi pederasti passivi.

Un quesito più oscuro è quello dell'ipoalgesia. Malgrado gli strilli con cui reagiscono ad un lieve stimolo doloroso, pare che questa categoria d'anomali sia soggetta all'ipoalgesia più delle altre. Non solo il fatto subiettivo del dolore, ma anche il fatto obiettivo della contrazione mu-

scolare si manifesta, sotto l'azione di correnti faradiche, solo agli stimoli più forti di quelli che bastano a provocare il dolore e la contrazione muscolare nei normali. Gl'immorali della categoria insensibile non sono sempre così tetragoni agli eccitamenti dolorifici. Ma è agli idioti cerebropatici che va assegnata la palma dell'analgesia, non agl'imbecilli.

Gl' imbecilli sentono squisitamente la fame e la sete. Quanto alle forme di sensibilità specifica, non lasciano nulla a desiderare. In tutto ciò rassomigliano ai selvaggi ed ai bambini.



Fig. 137. — Imbecille submicrocefalo con florido sviluppo somatico, scheletro regolare e nessun segno di cerebroplegia.

Affettività. — Il carattere degl'imbecilli è quello dei ragazzi. *Cet âge est sans pitié:* fischiare nelle orecchie d' un cane, legare una scatola di latta alla coda d'un gatto, strappare le zampe a un insetto, sono divertimenti prelibati per un imbecille, che nondimeno potrà affezionarsi al cane o al gatto di casa, allevare canarini e marmotte con diligenza e abilità, passare la sua giornata nella stalla come fra camerati. La crudeltà degl'imbecilli non è dunque che una prova della loro leggerezza. Essi non si comportano meglio nella stretta cerchia della famiglia: ridono se il nonno cade malamente per terra, guardano con curiosità mista di compiacenza il fratellino che piange, si rassegnano con la più candida ingratitudine alla partenza o alla morte dei genitori, non rifuggono da scherzi macabri, da calunnie, da vendette, purchè se ne presenti l'occasione e non occorra premeditazione, nè sforzo; eppure, sono teneri, carezzevoli, pieni di moine

quando desiderano regali od elogi. La loro *puerilità* d'affetti non cessa con l'andar degli anni. Gl'imbecilli, come i fanciulli, sono assai sensibili all'invidia che li trasporta al male; ma anche all'amor proprio, che è il lato sano dell'invidia e che, opportunamente coltivato, può indirizzarli al bene.

L'amor proprio degl'imbecilli confina spesso con la *vanità*, che nei normali fa un'apparizione effimera tra i 12 e i 15 anni, ma si trasforma o impara a nascondersi dopo la pubertà e non alligna affatto nell'infanzia. Mentre l'immorale ostenta in qualunque età una sdegnosa e virile indifferenza al plauso come al biasimo delle autorità costituite, l'imbecille non sa reprimere un sorriso di gioia, uno sguardo di trionfo, una fregatina di mani, quando sente il mormorìo d'ammirazione pietosa o ironica che accompagna le sue risposte. L'ebbrezza dei suoi successi scolastici e l'esempio dei normali lo conduce a tentare la via della gloria anche dopo i vent'anni o con l'*impertinenza* o con *buffonate stereotipate* o con *saggi d'imitazione* per cui dimostra non di rado un certo talento. Tutte queste inclinazioni appartengono alla psicologia puerile, e la loro persistenza in età adulta è un segno squisito d'*immaturità* parziale.

Il talento dell'imitazione, il gusto della finzione scenica e l'ambizione di primeggiare almeno in commedia inducono spesso l'imbecille a investirsi d'una parte eminente. È un vero giuoco a cui si abbandona con tutta la foga della sua misera fantasia, illudendosi d'essere diventato davvero il personaggio che va rappresentando. Anche il bambino normale crede, caracollando alla meglio sopra una seggiola, di passeggiare a cavallo. E l'imbecille, convinto o semiconvinto della propria importanza, scruta con severità la gente che passa, permette o proibisce l'accesso con gesto breve e sicuro, provvede mimicamente a ciò che insorge di nuovo, ma non prima che vi abbiano provvisto effettivamente gli altri: è l'uomo d'ordine, il faticone, la sentinella dello stabilimento, il direttore, l'ispettore, il capo del riparto. Qualche volta il suo giuoco è inspirato al più schietto realismo. Si vedono imbecilli che toccano il polso d'un vero malato con gravità meditabonda; che in abito e in funzione effettiva di chierici impartiscono benedizioni di episcopale mellifluità; che attendono di trovarsi in piazza d'armi davanti a reggimenti di soldati per comandarne le evoluzioni con occhiate non viste, ma sature di prodezza militare; che con un cenno concitato ficcano in cella di sicurezza il pazzo inviperito che ha messo in subbuglio la camerata ed è già fra le braccia di due infermieri; sono essi che dànno il segnale della visita medica quando è cominciata; essi che assestano il colpo decisivo per alzare un carico, per apparecchiare la tavola, per trasferire la comitiva in giardino. Talvolta non sanno leggere, ma tengono gli occhi fissi sul giornale o sul

libro, sfogliandone ritmicamente le pagine per destare l'ammirazione degli spettatori. Un imbecille che aveva vissuto in una casa di salute gli anni della sua adolescenza e credeva d'esserne l'anima, si era così immedesimato nella sua illusione, che un giorno si presentò alla porta del collegio dov'era indisposto un giovanetto di sua conoscenza, dando ad intendere d'essere un medico di fiducia inviato dalla famiglia, e riescì a passare per un laureato di fresca data, anzi per un assistente di quel sanatorio. Ma non abusò dell'equivoco, limitandosi a prescrivere un purgante che forse non era inopportuno.

Negl'imbecilli non è rara la *collera* che si estrinseca con atti di comica minaccia, di dispetto puerile ed anche d'incredibile veemenza o di crudeltà raffinata. Si vedono imbecilli non più giovani e impotenti a rappresaglie più gravi gettarsi a terra urlando, sputando e proiettando calci nell'aria. Gl'imbecilli non sono insensibili all'*erotismo*, mostrano persino di possedere un criterio di scelta e spesso onorano della loro predilezione incorrisposta la più bella ragazza del paese, o, se sono donne, il giovane più brillante e più ricco; non rifuggono dalle dichiarazioni amorose, dalla violenza e dalla profferta del proprio corpo. I loro amori sono privi di sentimentalità: più che la tenerezza vi si scorge la mancanza di pudore e la vanità.

Nel volto degl'imbecilli si dipinge spesso la *meraviglia*, ma la riservano ai casi più semplici e conoscono l'arte di reprimerla, almeno fino a un certo punto, per non sembrare ingenui: la bocca semiaperta è un atteggiamento classico di questi deficienti (fig. 136 e 137). Davanti ai fatti veramente meravigliosi l'imbecille rimane invece impassibile, o perchè non capisce, o perchè ha paura di perdere il suo prestigio, o perchè crede d'aver trovato una buona occasione di mostrarsi superiore agli altri. Le stesse contraddizioni si osservano in quella varietà della meraviglia che è il *terrore*: imbecilli che non farebbero un passo allo scuro possono assistere o prender parte con indifferenza ad una scena di sangue.

Sono comuni fra gl'imbecilli due sentimenti antitetici: la *credulità* e la *diffidenza*. Ma a ben guardare l'antitesi non è che apparente: per mancanza di criterio gl'imbecilli cadono facilmente nell'errore di credere al falso e di diffidare del vero. La lusinga del guadagno, la speranza di passare per astuti, il partito preso, l'incapacità di riflettere compromettono spesso il loro interesse: essi non sanno mai quando debbano accordare la propria fiducia e quando debbano negarla. Una ragazza imbecille che aveva rifiutato un bacio a una parente si lasciò deflorare per due soldi da uno sconosciuto. Un imbecille guardingo che crede alle fate e ai topi parlanti non ammette l'esistenza dei microrganismi, perchè

non li vede e il microscopio non è per lui che una mistificazione. Questa incertezza di criterio rende gl'imbecilli assai accessibili ad ogni sorta di suggestioni, alla pazzia comunicata, ai delirî sistematizzati: la loro credulità li spinge ai delirî ambiziosi, la loro diffidenza ai delirî persecutorî. E così l'anomalia dei sentimenti si combina con la deficienza della mente per generare prodotti di vera e propria pazzia.

Anche lo stato d'animo degl'imbecilli non è sempre uniforme, regolare e piuttosto ilare come si potrebbe supporre *a priori*. La loro vita scorre per lo più senza gioie, senza amarezze e senza forti sorprese, ma non è immune da scosse che possono prendere le proporzioni d'uno *stato depressivo* o d'un *esaltamento* più o meno gravi. Del resto queste oscillazioni del tono sentimentale non sono impossibili nemmeno nella più profonda demenza. Esse dipendono da cause strettamente organiche che alterano la cenestesi, non dagli avvenimenti; ed anzi sembra che gl'imbecilli, nella loro indifferenza agli avvenimenti esterni, siano più esposti a risentire l'influsso dei disordini interni che possono meglio ripercuotersi sopra un cervello vuoto d'attività psichica. Un lieve catarro di stomaco può rannuvolare in permanenza un imbecille felice.

Gli accessi di *depressione* e d'*esaltamento* assumono nell'imbecillità una frequenza speciale ed è sopratutto caratteristica la loro brevità. Non è eccezionale il ricorrere di vere psicosi periodiche e circolari che non differiscono nei loro sintomi dalle crisi affettive dei non imbecilli, tranne appunto per la loro durata spesso assai ridotta.

Se il debole equilibrio dell'affettività conduce talvolta gli imbecilli alla soglia e oltre la soglia della melancolia, della mania, della psicosi circolare, la povertà di sentimenti altruistici ne fa non di rado dei veri e propri immorali. Si discusse a lungo se esiste immoralità costituzionale senza almeno un'ombra d'imbecillità; ed io credo che la deficienza d'altruismo non abbia bisogno di allearsi con la deficienza di giudizio per acquistare una consistenza clinica. Ma, a parte l'autonomia ormai riconosciuta dell'immoralità costituzionale o pazzia morale, non si può negare che un grosso contingente a quest'anomalia è fornito dagli imbecilli. Gli imbecilli dell'intelligenza sono spesso imbecilli dei sentimenti morali e sociali. Molti criminali, molte prostitute sono puri e semplici imbecilli, che si sono perduti nei bassifondi delle carriere antisociali per mancanza di ogni discernimento e per colpa d'ambiente; ma alcuni di costoro vi sono entrati con discriminazione e di buona voglia per un vero pervertimento dell'affettività parallelo alla deficienza intellettuale.

La bassezza morale degli imbecilli si conferma anche per la loro tendenza alla *menzogna*. Oltre alle menzogne improvvisate essi ricorrono alla menzogna abituale; ma talvolta finiscono col credere alla verità di

ciò che hanno inventato per millanteria o per interesse. Un altro indizio d'immoralità, certo assai superficiale, sta nella compiacenza con cui si abbandonano alla *coprolalia*, alle *bestemmie*, alle *ingiurie grossolane;* ma anche queste aberrazioni dell'affettività non sono il più delle volte che l'effetto di un'educazione alla rovescia. Bisogna del resto convenire che gli imbecilli imparano il male più facilmente che il bene (SOLLIER).

Intelligenza. — La *memoria* è tra le qualità intellettuali la più sviluppata negli imbecilli. Si raccontano meraviglie del loro talento mnemonico, specialmente in materia di nomi e di numeri. Ma oltre ad essere unilaterale, la memoria degli imbecilli è infruttifera. Di solito non imparano che a snocciolare automaticamente serie di strofe, tutti i paragrafi del codice, squarci di libri, ma sono incapaci di giovarsene a spizzico e a proposito citando un verso, una disposizione legale o una frase. Questo tesoro di ricordi inservibili sarà forse una ricchezza perchè costituisce una rarità, ma non è un capitale perchè non rende. Fanno eccezione, ma fino a un certo punto, gli imbecilli *calcolatori*: essi utilizzano due sorta di memoria, la memoria immediata dei numeri dati e la memoria capitalizzata dell'abbaco che applicano felicemente alla soluzione d'un quesito aritmetico. Ma al di là dei numeri non vedono le cose, e il quesito che sciolgono non saprebbero porselo. Lo stesso si deve dire degli imbecilli *musicisti*: solleciti a ripetere come pappagalli marcie, ballabili, melodie dal ritmo spiccato, non possiedono nè gusto musicale, nè capacità di comporre. I fasti dell'intelligenza non sono per essi che fasti della memoria. Per quanto salgano in fama e in bravura, sarebbe vano cercare tra questi diseredati un matematico o un artista.

A parte le eccezioni, la grande maggioranza degli imbecilli non ha alcuna attitudine nè all'aritmetica, nè alla musica. Conosco imbecilli che hanno potuto assolvere il servizio militare, prendere moglie, lavorare regolarmente come contadini e che non sanno contare fino a 10. Altri sono in grado di recitare a memoria la tavola pitagorica, ma non di numerare gli oggetti che vedono oltre a un certo limite. Per un imbecille mediocremente musicale ve ne sono almeno dieci affatto amusicali. Non solo le ipermnesie degli imbecilli sono unilaterali, sterili e piuttosto rare; ma esse non hanno sempre una lunga durata. La dissuetudine fa scomparire abbastanza presto le traccie dei loro ricordi e invano si cerca di rianimarle quando si approssima la vecchiaia.

La deficienza intellettuale persiste causa l'impossibilità di disciplinare l'*attenzione*. Gli imbecilli non riescono a inibire l'attenzione passiva che gli incidenti esterni provocano in modo incessante a danno del pensiero interiore. Per quanto si interessino al libro, al disegno, all'oggetto che

hanno sott'occhi, non possono astenersi dal dare ascolto alle minime novità che sopraggiungono dal di fuori. Dalla mancanza o piuttosto dalla volubilità dell'attenzione volontaria deriva l'inettitudine all'*osservazione continuata*. Le nozioni degli imbecilli sono quasi tutte importate: il loro cervello è un magazzino, non è un'officina; ma un magazzino semivuoto e disordinato di nozioni incomplete, stentate, mal comprese.

Le *idee generali* che potrebbero servire come una norma direttiva dell'intelligenza sono anch'esse allo stato di semplici imparaticci verbali. L'imbecille non può utilizzarle nè per crearsi nozioni nuove, nè per integrare i frammenti che già possiede. Se l'osservazione diretta della realtà è debole e corta di fiato, l'associazione delle immagini simboliche è ancor più debole e impotente: gli imbecilli non pensano. Ogni avvenimento è per essi un caso nuovo perchè non sanno scorgerne le analogie coi casi precedenti o credono di scorgervele e sbagliano di sana pianta. Concludendo a caso, le soluzioni errate, che sono indefinite, hanno maggior probabilità d'essere prescelte in confronto alla soluzione giusta che è unica, e gli imbecilli sogliono appunto ricorrere al procedimento spicciativo della prima soluzione che si affaccia loro alla mente. Persino di fronte a problemi aritmetici scrivono con rapidità un risultato qualunque, non ne avvertono l'assurdità e restano pienamente soddisfatti. È difficile che si dichiarino senza opinioni anche in argomenti i più ardui, e non temono di pronunciarsi nè in filosofia, nè in politica, nè in teologia. Le poche proposizioni che conoscono in queste branche di studio dànno loro il coraggio di parlare c di prender partito, e tra gli imbecilli si trovano qualche volta settarî accaniti.

Se l'intelligenza è estremamente debole, essa rimane improduttiva sotto tutti i punti di vista; e questi infimi imbecilli, per insufficienza di facoltà inventiva, non sono nemmeno capaci di delirare. Ma sc la potenzialità intellettuale è poco discosta dalla media dei normali, come pure avviene e non di rado, ciò predispone qucsti imbecilli superiori ai *delirî sistematizzati* e più specialmente alla *pazzia comunicata*. Gli imbecilli sono i confinanti dei paranoici e diventano i loro tributarî in quanto si mettono a professarne ciecamente il delirio per poco che ne capiti l'occasione. Dove il paranoico fa propaganda d'idee mistiche e regna da sovrano o da gran sacerdote, sono gli imbecilli che formano la corte e la maggioranza dei sudditi (Jacoby). Il contagio è favorito dall'affinità di tendenze fra paranoici e imbecilli: ogni paranoico è leggermente imbecille e ogni imbecille è per lo meno candidato alla *paranoia endemica*, se vive in un ambiente isolato e fanatico, per es. in una provincia orientale della Russia. Ma a differenza dei paranoici gli imbecilli sono facili alle apostasie; essi rimangiano una fede che avevano adottato per pura imitazione e rinne-

gano i loro capi appena ne sono separati. Nelle epidemie di delirio religioso e politico è tra gli imbecilli che si trovano più facilmente le spie e i traditori. La mancanza di critica, la volubilità di carattere, la viltà che li spinge a farsi apostoli e servi del paranoico senza intenderne le teorie li trascina ad arrendersi davanti ad ammonizioni, a lusinghe e a minaccie in senso contrario. La loro intelligenza è del pari insufficiente a un delirio originale e alla resipiscenza spontanea; ma è accessibile alle suggestioni positive e negative degli altri e non avverte quanto vi è d'indecoroso nel repentino abbandono d'un principio.

La causa immediata di questa passività intellettuale è la mancanza d'*immaginazione*. Se si invita qualcuno di questi deficienti a comporre un disegno, a inventare un racconto, a ideare un avvenimento verosimile, il prodotto della loro fantasia è sempre misero, incompleto, puerile, insensato. Sforzando la memoria riescono a combinare qualche cosa di più coerente che tormentando l'intelligenza (fig. 139). La stravaganza dei loro saggi artistici e letterarî non deve scambiarsi per una prova di fantasia. Agli esami d'una scuola elementare fu dato per tema: « Mario si mostrò sorridente ed ilare dinanzi alla madre, ma nel segreto della sua stanzetta pianse amaramente ». Uno scolaro se la cavò alla lesta, narrando che Mario era andato a trovare i suoi cari cugini per giocare nel prato in compagnia; che, bisticciatosi con loro, *ne aveva ucciso uno;* che si presentò alla madre e fu sorridente ed ilare; ma poi si ritirò nel segreto, ecc., come nel testo. Ignoro se l'autore del tragico racconto fosse imbecille; ma è certo che così pensano gli imbecilli quando devono uscire dalla falsariga delle cose insegnate, attingendo a una fantasia che non hanno. In realtà essi non creano, ma applicano infelicemente una reminiscenza qualunque. Per convincersene, basterebbe unire insieme dieci imbecilli e dieci ragazzi intelligenti e osservare come svolgono un tema assegnato, ma di fantasia: si vedrebbe che dei dieci imbecilli alcuni non vengono a capo di nulla, altri si mettono subito all'opera, scrivono poche righe senza esitazioni, nè cancellature, e consegnano al maestro nel termine di pochi minuti il loro aborto frettoloso. I primi non hanno idee; i secondi non ne hanno che una e non sospettano nemmeno che se ne possano trovare altre e migliori.

La fantasia è la più calunniata delle qualità intellettuali. I pedanti la considerano come un requisito inferiore d'artisti e di poeti da strapazzo; i vecchi ne attribuiscono una gran ricchezza ai ragazzi e gli Arcadi ai primitivi: gli scienziati impotenti raccomandano a tutti di non abusarne. Costoro credono che l'eccesso della fantasia promuova le aberrazioni mostruose dell'arte, dei sogni e della pazzia. Invece le stranezze artistiche, oniriche e psicopatiche sono sempre dovute alla povertà d'immagina-

zione. Chi immagina una scena, una teoria, un personaggio in tutti i suoi particolari e sa trasfondere alla finzione della mente molteplicità d'aspetti, naturalezza di movimento, fatalità di epilogo in modo da emulare la verità che è sempre complessa, coerente e logica, mostra di possedere una vena ben più abbondante di fantasia che non gli artisti, i sognatori e i pazzi dediti a ingrandire grottescamente un lato solo della realtà.

Se gli imbecilli superiori mancano di fantasia nelle manifestazioni artistiche e scientifiche (in scienza sono sempre nemici delle ipotesi), gli imbecilli inferiori ne sono privi anche nella visione della vita ordinaria. Questa lacuna è provata dalla loro indifferenza agli affari pubblici e dalla spensieratezza con cui affrontano l'avvenire anche in rapporto ai proprî interessi personali. Perchè l'affrontano? Perchè sono incapaci di rappresentarselo. La morte inevitabile dei genitori che provvedono al loro sostentamento, l'insuccesso in ogni carriera, l'indigenza, l'impossibilità di crearsi una famiglia, lo spettro della vecchiaia in un asilo di beneficenza sono eventualità che non preoccupano affatto l'imbecille sopratutto perchè non le pensa. Il suo orizzonte è chiuso tra ieri e domani. Basta interrogare un imbecille, anche il più lucido, sui suoi progetti, sulle sue previsioni, sulle sue speranze per accorgersi che non ne ha alcuna. Se pure ha un programma, è uno solo, ma poco realizzabile, mal determinato e d'una estrema semplicità, quello di divertirsi, di far debiti, di continuare nel tenore di vita che, metà per obbedienza e metà per elezione, aveva seguito fino a quel giorno.

Questa cecità del futuro fa dell'imbecille, quando sia nato fra gli agi e e viva tra gente che si diverte, un impavido distruttore di patrimonî. Ma non sempre: vi sono imbecilli parsimoniosi, misantropi, devoti che accumulano risparmî e legano sostanze colossali a beneficio di chi sa circuirli. Anche qui la povertà della fantasia preclude al pensiero ogni programma all'infuori di quello ammannito dalle circostanze e non sa suggerire nulla che s'allontani dall'uniformità dell'ambiente quotidiano. Uno di questi imbecilli giudiziosi mi chiamò perchè voleva instituire per testamento un ospedale nel suo castello, ma senza dotarlo d'alcuna rendita fissa, nè indicare come doveva essere amministrato; un legato di 1000 lire doveva poi bastare per le spese d'un concorso internazionale tra scultori e per conferire il premio, auspice il sindaco di Roma, a chi avesse più felicemente copiato in marmo la testa del Cristo dipinta da Leonardo e tutt'altro che adatta a servire di modello a scultori perchè mal conservata, destinandola a corredare il mausoleo del testatore. Ricusai di redigere l'attestato d'integrità mentale che mi veniva chiesto come parafulmine, quantunque sapessi che il cliente da preservare viveva solo e

parcamente senza che vi fosse mai stato la necessità d'interdirlo, nè di inabilitarlo. Ma è probabile che il suo testamento, raffazzonato un po' meglio, abbia potuto meritarsi la collaborazione ufficiale d'un notaio e il preventivo *nulla osta* di qualche altro medico.

Infatti la legge rispetta, in materia civile, la libertà di tutti, anche degli imbecilli, purchè non siano deliranti, nè criminali, nè pazzamente prodighi. L'imbecille è padrone di spendere i suoi averi come più gli piace, basta che non intacchi di proposito il capitale; e può esercitare l'autorità di marito e di padre nel modo più sciocco possibile, basta che non offenda le norme molto larghe del codice penale. Il legislatore non proibisce il matrimonio all'imbecille che potrà con l'esca della ricchezza sposare una giovane timida e intelligente, tiranneggiarla, spegnere le sue iniziative, rinchiudere i figlioli in istituti d'educazione settarî, impedire alle figliuole per motivi futili ed egoistici d'accasarsi e d'istruirsi. Finchè nel bilancio domestico il dare è al disotto dell'avere, cosa assai facile ai ricchi frugali od avari, la capacità civile dell'imbecille è inespugnabile.

Un grado minimo di deficienza intellettuale può condurre a quella invalidità relativa che Tonnini chiama efficacemente col nome d'*imbecillità sociale*. L'imbecille sociale, che nella vita del proletariato campagnuolo o nell'ambiente della borghesia agiata potrebbe passare per normale, si trova impari alle lotte, alle fatiche, alle difficoltà della concorrenza, non sa conquistarsi l'impiego per quanto umile che gli occorre per nutrirsi o non è in grado di conservarselo; e così diventa un parassita rassegnato della famiglia o della beneficenza pubblica.

Movimenti. — Nessun movimento è materialmente impedito nell'imbecille, le cui vie nervose sono integre e libere in tutta la loro estensione; ma l'*incesso* è privo di disinvoltura, talvolta un po' lento e anserino (Morselli e Tamburini). È ben difficile che uno di questi deficienti, anche se dotato di grande robustezza e resistenza muscolare, sia abile nella corsa, nel nuoto, nel ballo, nella scherma, nella ginnastica, nei mestieri manuali e nel canto. Dal modo con cui cammina, impugna il bastone, si leva il cappello, corre, si ferma, contempla estatico una vetrina, sfoglia un libro col naso all'aria, si rivolta a un passante che l'ha urtato, domanda l'indicazione d'una strada, sempre fra timido e spavaldo, non è difficile indovinare a colpo l'imbecille: e lo sanno i tagliaborse. I suoi atti, come quelli dei bambini, portano il marchio d'un perpetuo noviziato, non sono ancora emancipati dalla tutela (più imbarazzante che agevolante) della coscienza, e non acquistano mai la sicurezza, la speditezza, la sinergia che accompagnano l'automatismo. Nei movimenti coordinati

e complicati dell'imbecille si vedono le esitazioni, le imperfezioni, le incoerenze che rendono così impacciati, ma per pochi giorni e sotto l'azione d'una ragionevole modestia, i coscritti di campagna.

Pronuncia, intonazione della voce, linguaggio e scrittura. — Come nel cammino, la natura difettiva di quest'anomalia mentale si rivela molto di spesso nella *pronuncia*. Per insufficienza non tanto d'educazione quanto di educabilità muscolare e nervosa, l'articolazione di certi suoni riesce incompleta e viziata alla maniera infantile. I suoni più compromessi sono le lettere *r*, *s*, *f*, *z* (v. a pag. 228). Non è infrequente la *balbuzie*. L'infanzia è l'età dei *tic* e la balbuzie, che è un tic verbale, invece di correggersi col sopravvenire dell'adolescenza, può cristallizzarsi nell'imbecille adulto per un arresto parziale dell'innervazione psico-motoria. Questi difetti di pronuncia che sono comuni anche ai cerebropatici si possono correggere coll'applicazione di metodi pedagogici; ma la correzione è più facile negli idioti cerebropatici anche di grado profondo che negli imbecilli per solito disattenti, indisciplinati e dimenticoni (SOLLIER).

L'*inflessione della voce* è spesso puerile e scolastica. Per accertarsene, il più delle volte basterà interrogare l'imbecille in tema di morale, di religione e di storia; ma se non bastasse, bisogna cimentarlo nella *lettura ad alta voce*. Le frasi sono lette a scatti, con grande precipitazione e con brevi pause respiratorie che non corrispondono al senso: l'intelligenza è assorbita nella materialità della lettura e affatto incapace di riassumere a libro chiuso nemmeno una minima parte di ciò che ha letto. Anche il *canto* degli imbecilli ha il carattere della puerilità: può darsi che sia intonato e perfettamente a tempo, ma assume spesso una forma *semi-parlata*, come d'una melopea o d'un recitativo, e non raggiunge quella piena sonorità musicale che è propria dei cantori adulti, consapevoli e commossi. In altre parole, gli imbecilli sono un gradò al disotto del canto inespressivo, nella fase intermedia tra il canto e la declamazione musicale: la loro intonazione è corretta, ma timida, un po' goffa e priva d'enfasi.

Il *linguaggio* è più o meno semplice, talvolta incompleto per estese e gravi lacune. Mancano o vengono evitate le espressioni astratte, le parole erudite o raffinate, le metafore originali: e ciò servirà a distinguere l'imbecille dal demente, dal vesanico, dal maniaco, dal paranoico, che arrivano talvolta fino alla *preziosità*. Se anche delira in sistema, l'imbecille non usa mai neologismi propri; e quando professa un delirio collettivo, si vergogna di usare i neologismi endemici della collettività delirante. Dal punto di vista formale, si ha talvolta l'assoluto *agram-*

matismo, ma più sovente una certa rilassatezza di sintassi che corrisponde alla semplicità e all'imprecisione del pensiero. L'imbecille ha poca familiarità col modo *soggiuntivo* e da buon positivista, che non ama le ipotesi, nè i pensieri obliqui, parla sempre all'*indicativo*. Le sue proposizioni si susseguono col regime dell'uguaglianza, senza penetrarsi una nell'altra, di rado riunite per mezzo d'una modesta e monotona congiunzione o d'un avverbio (*e allora* . . .), quasi mai subordinate. Lo stile è poco immaginoso e prevalentemente narrativo; gli imbecilli sono più epici che lirici. Ma i loro racconti sono brevi, semplici, piani, senza presentare con questo gran dovizia d'ordine, nè di chiarezza. Capaci di riferire bene o male i fatti di cui sono stati testimoni, sono del tutto inetti ad esprimere sentimenti anche per l'ottima ragione che non ne hanno. Le grandi sventure di famiglia, un fallo commesso, un perdono generoso, una gioia insperata traversano la loro anima senza suggerirle nè un'espressione tenera, nè una frase felice: il temperamento degli imbecilli è la negazione della poesia e sarebbe la negazione della favella se all'educazione verbale non fosse bastante l'intervento della memoria.

Anche la *scrittura* conserva il tipo puerile per quanto l'imbecille possa aver raggiunto un discreto livello d'istruzione. Di solito è macrografica, irregolare, semplice e ricorda il quaderno di scuola. Ma uno sforzo pedagogico può cambiarla e perfezionarla fino ai più alti vertici della calligrafia. Sarebbe temeraria la diagnosi d'imbecillità sul solo indizio della scrittura.

VARIETÀ CLINICHE.

L'imbecillità rappresenta una stazione terminale della degenerazione. Perciò, oltre alle manifestazioni sue proprie, essa racchiude più o meno svaporati nella vacuità dell'intelligenza i segni caratteristici di altre psicopatie, sopratutto di altri stati degenerativi che hanno un'esistenza autonoma e che richiederebbero, per assumere una certa appariscenza, uno sviluppo intellettuale meno meschino. Gli imbecilli hanno una vera predisposizione alla melancolia, alla mania, alla demenza precoce; diventano facilmente alcoolisti; e sono spesso immorali per costituzione o paranoici.

Gli attacchi di melancolia e di mania lasciano scoprire, anche ignorando l'anamnesi, il fondo costituzionale d'imbecillità e si contraddistinguono per la loro brevità. Talvolta, come abbiamo detto, si svolgono in pochi giorni, in una settimana; e salvo questa particolarità, tendono a ripetersi come nelle personalità complete. Spesso la melancolia decorre e guarisce senza che l'imbecille si accorga della malattia sofferta, nemmeno quando ha ricuperato la poca lucidezza di cui dispone. Ciò avviene a

maggior ragione per la mania che è mal ricordata e a stento riconosciuta dopo la guarigione anche dagli individui d'intelligenza robusta.

Non è dimostrato in che modo l'imbecillità predisponga alla melancolia e alla mania. Se da un lato questa predisposizione è innegabile per la frequenza con cui gli accessi di psicopatia affettiva si verificano negli imbecilli (e non nei cerebropatici), dall'altro lato la brevità degli accessi negli imbecilli di nascita e la loro assenza negli idioti cerebropatici, che sembrano addirittura refrattarî, induce a credere che un certo grado di deficienza mentale costituisca un preservativo. Forse la povertà d'idee toglie materia prima all'alterazione affettiva, che si esaurisce quando non sia alimentata da elementi rappresentativi. Si capisce *a priori* che vi debba essere incompatibilità tra uno stato affettivo, qualunque sia, e il totale anideismo, ed è ovvio che melancolia e mania non siano nemmeno possibili nei lattanti, eccezionali nei bambini, fiacche e di volo breve nei deficienti, per quanto predisposti. Infatti non dobbiamo dimenticare che la causa probabile delle psicopatie affettive è da cercarsi non tanto in una predisposizione strettamene psichica quanto in una diatesi organica che non ha rapporti con la struttura dell'intelligenza. Questa circostanza ci permette di ritenere che gli imbecilli possano al pari e più degli individui intelligenti cadere in mania o in melancolia; ma che nello stesso tempo abbiano in sè una maggior tendenza (questa di natura psichica) alla sollecita guarigione.

Molto più intime sono le associazioni che l'imbecillità contrae stabilmente da una parte con l'immoralità costituzionale, dall'altra con la paranoia. Abbiamo detto che i germi di queste anomalie difficilmente si disgiungono dalla imbecillità di lieve grado; anzi talvolta la loro coesistenza è così fondamentale, che si può senz'altro parlare d'una anomalia doppia e simultanea. Si conoscono anche casi d'anomalia triplice: immoralità, paranoia, imbecillità riunite nella stessa persona. Naturalmente in casi simili è l'imbecillità che prevale perchè influisce sulle altre anomalie ed ha caratteri di maggiore evidenza sopratutto agli occhi di chi non conosce medicina. Queste complicazioni non si verificano mai nei cerebropatici, che si dimostrano docili, modesti, retti nei loro giudizî quando godono d'una discreta intelligenza; e più amorali che immorali, più deficienti che deliranti quando sono del tutto idioti.

Imbecillità semplice di lieve grado, irrequietezza, prodigalità. — Federico (lo chiameremo così) è un giovane allegro, stordito, di ricca famiglia patrizia che ebbe persino il suo storiografo. Figura esile, da adolescente, ma salute d'acciaio; lineamenti regolari; espressione vivace, ilare, insinuante, ma fatua; nessun segno di degenerazione somatica; ai suoi tempi fu un bambino biondo, gentile e ammirato. Nell'ascendenza di Federico si contano esempi leggendarî d'eccentricità, di dissipazione, d'irrequietezza,

di pazzia, specialmente a carico del ramo materno. Non ne va immune il ramo paterno, meno conosciuto. La nonna paterna, scozzese, di nobilissimo lignaggio, era eccentrica; un figlio di lei, zio di Federico, fu ospite di tre manicomî e morì suicida; un altro figlio fu il padre di Federico, morto giovane e dedito ad uno *sport* smoderato. La madre di Federico è morfinista e sdrucciolò fino alla cleptomania: fu anche interdetta. Il padre di lei fu un gentiluomo amabile che divorò in pochi anni un patrimonio di 7 milioni e morì sulla paglia, separato dalla moglie, lasciandone intatti gli averi. Quest'ultima è l'ava materna di Federico e discende da una stirpe valida e fiera che dominò a sbalzi per due secoli una bella e storica città della Toscana contesa dalle fazioni.

In questa stirpe serpeggiarono le anomalie mentali, ma sotto forme piuttosto miti e senza grande continuità: i colpiti sono ben pochi in paragone dei risparmiati, come sempre avviene, checchè ne dicano i Geremia della degenerazione. Un remotissimo antenato di Federico, nel seicento, si gettò in un pozzo e vi morì dopo aver vissuto in odore d'eresia, benchè fosse ecclesiastico: era accademico della Crusca e sorvegliato da un frate perchè affetto da *frenesia* (melancolia?). Un altro antenato meno remoto ne fece di tutti i colori, era prepotente, bisbetico, strano; viveva al bando nelle sue terre per rescritto del Granduca; e un giorno per non contravvenire al bando si fece condurre a Palazzo Pitti, residenza del sovrano, sopra un carro cosparso di terra tolta dai suoi poderi, donde colmò d'improperî il Granduca; fu ritenuto pazzo e internato per qualche mese nel Mastio di Volterra, la Bastiglia della Toscana; ma tornò a casa e morì, dice lo storiografo della famiglia, inviso agli altri ed ai suoi. La moglie di costui era spagnuola, di famiglia principesca e morì pazza: il fratello di lei era imbecille e si spense in Francia dove l'avevano costretto a sposare per forza un'avventuriera: il suo testamento fu annullato per vizio mentale dopo una causa che durò più di trent'anni. Da questa coppia italo-spagnuola di proavi nacquero due figli di mente sana, che morirono apoplettici verso i sessant'anni, una figlia che divenne pazza, e in terza generazione il bisavolo di Federico, normale, munifico, morto a 86 anni. La nonna, sua figlia, già ricordata, ebbe un fratello, prozio di Federico, che vive in America: tardivo, leggero, privo d'istruzione, d'ingegno e di volontà, ormai in piena demenza, abbandonò a Firenze la moglie e, lei vivente, riescì a sposarne un'altra, americana, in legittime nozze avendo potuto proclamarsi vedovo d'una terza con cui aveva vissuto maritalmente nel frattempo. Un fratello di Federico, più giovane e più intelligente, si è messo sulla strada della prodigalità in modo da impensierire.

Orfano di padre ad 8 anni, in possesso d'una grossa fortuna, Federico fu educato con ogni diligenza; ma la sua mente era refrattaria allo studio, soggetta a tutte le distrazioni, orientata in modo esclusivo verso i godimenti più volgari. Non ricorda una parola d'inglese, lingua che si parlava nella casa paterna e che aveva risonato alle sue orecchie fino agli 8 anni. Non sa il francese. È incapace di scrivere una lettera in italiano, salvo che per chiedere quattrini e per inviare felicitazioni banali. Ma da varî anni non si serve che del telegrafo e del telefono.

In un'occasione solenne, volendo ottenere il perdono d'una grave scappata, fece recapitare alla nonna una lettera dettata da un amico, e che fu subito riconosciuta per apocrifa allo stile insolitamente corretto: l'ingenuo errore di tattica fu ripetuto altre volte. Di suo non v'era che la scrittura: macrografica, asimmetrica, puerile. Federico non ha che una sola abilità, quella di montare a cavallo; ma è più temerario che destro. Un

giorno volle saltare a cavallo una cancellata, fu balzato di sella e il cavallo s'infilzò. Un'altra volta s'addormentò col lume acceso e andò a rischio di bruciare, con le lenzuola che si incendiarono.

La temerità di Federico non è che l'espressione della sua spensieratezza : non deriva da coraggio, non da generosità, nè da desiderio di lode. Una volta salvò la vita non senza pericolo ad una donna matura che stava per affogare sulla spiaggia del mare e di cui si era invaghito, ma assai superficialmente : infatti se ne disfece poco dopo. La stessa spensieratezza si manifesta anche in un altro modo, cioè con la prodigalità. In un anno Federico disperse 90.000 lire senz'aver giocato, senz'aver acquistato stabili, divertendosi, ma quasi di nascosto e solitariamente in una piccola città di provincia, dove era soldato. Fu a stento che, con così poca istruzione, potè essere ammesso come volontario d'un anno in un reggimento di cavalleria. A furia di raccomandazioni riescì persino a diventare ufficiale di complemento ; ma per la sua condotta priva di serietà fu invitato a dimettersi. Si sperse ai funerali del Re Umberto e per dieci giorni non si ebbero sue notizie. Ben munito di denaro, vagò qua e là, non si seppe mai dove ; e si temeva che fosse perito nello scontro ferroviario di Castel Giubileo.

Federico non possiede alcuna idea generale ; non ha immaginazione ; non si domanda affatto di che colore sarà l'avvenire che lo attende. Invano ha frequentato scuole e istituti, da cui veniva scacciato più per inettitudine che per indisciplina ; invano è stato in pensione presso insegnanti di valore ; invano è stato assistito in casa da precettori e maestri ; invano ha vissuto nella società. La sua intelligenza non assimila che le nozioni pratiche e più indispensabili per condurre senz'alcun criterio la vita del gaudente, ma non per procurarsene i mezzi. Nell'acquisto di cavalli, automobili, vestiti, oggetti di lusso Federico è inesperto, ingenuo, impaziente ed imprudente. Non ha nessuna cura della sua roba : quand'era soldato e più tardi, da ufficiale, era trasandato, la sciabola ammaccata, l'uniforme in disordine. Quando viaggiava perdeva i bauli, dimenticava la biancheria negli alberghi, arrivava a casa senza danaro. Ogni tanto faceva vita in comune con ragazze facili, ma senza abbandonare lo *sport*. Ne sposò una all'improvviso, non domandò consiglio a nessuno e non partecipò il fatto compiuto. Il matrimonio avvenne dopo una brusca separazione che non gli aveva costato nemmeno una lagrima : e fu la più impensata, ma non l'ultima delle sue avventure.

Nelle avventure galanti Federico non ha mai spiegato iniziative : si è sempre comperato l'amore col portamonete alla mano. E se l'ha pagato caro, non è perchè lo valutasse molto, ma perchè a lui non importava di spendere : di solito ha dato ciò che gli chiedevano. In una traversata dell'Atlantico si appropriò alcune centinaia di lire, togliendole di tasca al precettore che l'accompagnava ; e pare che ne avesse fatto dono a due passeggiere, una di prima e una di seconda classe, che corteggiava simultaneamente e che non rivide più allo sbarco. Aveva allora vent'anni : un'altra volta, diciassettenne, aveva preso in casa alcune reliquie di famiglia, cambiandole con altri oggetti preziosi. La sua indelicatezza si manifesta continuamente sotto una forma più mite, cioè con la bugia, che è per lui un metodo di vita ordinario.

Questo giovane così vuoto d'idee, così povero d'amor proprio, così debole di freni morali, non è malvagio : è dolce coi parenti, servizievole, cortese, non soffre d'invidia, non maltratta i domestici, non disdegna i consigli. Non si è mai ubbriacato e non è giocatore. Ma la sua affettività non gli impedisce di disobbedire ai consigli più amorevoli, di disertare la

famiglia, di amareggiarla coi suoi disordini. È docile ai rimproveri; ma come un animale mansueto e inintelligente, dimentica la lezione appena s'è allontanato il domatore. Attualmente vive sotto la signoria della moglie che non ama; l'ha fuggita due volte; e tuttavia non ha più rivisto un parente. Il denaro che gli resta gli viene somministrato a poco a poco per mezzo d'un amministratore stipendiato. Federico vegeta nell'ombra dopo aver vegetato, non vissuto, malgrado il bagliore del danaro profuso, gli altri 26 anni della sua esistenza oscura, insignificante e disutile.

Imbecillità semplice. — C. A., di 27 anni, tarchiato, d'aspetto sano, con lineamenti regolari, è vivace, allegro, chiacchierone, tardo a capire, ma pronto a rispondere. Imparò a leggere le lettere maiuscole, conosce la somma, non esercitò mai nessun mestiere. Contadino, si crede ricco e sdegna la *bassa plebe*. Non ha alcuna tendenza sessuale e non è onanista, benchè i suoi organi genitali siano normali. Si crede amato da tutte le donne (che lo canzonano), ma si vanta di respingerle con modi tutt'altro che galanti. Spesso picchiò ragazzi e donne che lo deridevano con facezie oscene. Si astiene dal praticare le chiese perchè ritiene che i preti, presso cui si confessava, non lo prendessero sul serio; ma ciò non diminuisce l'alto concetto che ha di sè stesso. Anche senza motivi è talvolta agitato, collerico, manesco; ordinariamente è docile e innocuo; ma in ogni modo è sempre *euforico*, lesto, energico e spensierato. Non si cura dei suoi parenti, ma li accoglie con festa se gli portano qualche regalo.

Imbecillità con talento parziale ed episodi di melancolia. — P. P., di 47 anni, figlio d'un valente architetto, ha un fratello squilibrato, versaiuolo, dissipatore, in istato di permanente ipomania. L'arresto dello sviluppo mentale fu in lui notato fin dalla prima infanzia; ma il suo aspetto fisico fu sempre florido e aitante. Imparò con grande fatica a leggere e a scrivere; eppure, ponendogli una data qualunque anche di parecchi anni addietro, sa dire all'improvviso in qual giorno cade della settimana. La sua pronuncia è infantile.

Il malato, che per solito è inerte e senza pensieri, soffre di lunghe *crisi depressive*, durante le quali manifesta idee deliranti, per esempio d'aver la bocca guasta, rotta, murata, e giunge sino alla *sitofobia*. Presentò anche fenomeni d'eccitamento a periodi poco prolungati con *coprolalia* ed *agitazione*.

Imbecillità intellettuale e morale con accessi di mania e di violenza. — S. M., di 30 anni, ha cranio e faccia asimmetrici, l'orecchia sinistra è posteriore alla destra di un buon centimetro; del resto è sano e robusto; fece il servizio militare ed ha moglie (senza figli); nondimeno è imbecille. Sua madre è affetta da *demenza cronica* e fu ammessa tre volte al manicomio; la madre della madre fu pazza conclamata: il padre era un uomo avaro e brutale.

Il malato fu tre volte al manicomio per accessi fugaci e semilucidi di mania; l'ultimo di tali accessi lo trascinò a una rissa terribile col proprio padre che rimane ucciso da un colpo di scure. S. M. errò alcune ore per la campagna; messo in carcere, fu rumoroso, logorroico, disordinato per vari giorni, e non mostrò alcuna depressione o pentimento.

L'intelligenza di quest'uomo, che in paese passava per normale, è così scarsa, che non sa fare una somma, non capisce la propria inferiorità, e dileguato l'accesso maniaco, invece di scusare il suo reato col momen-

taneo disordine della mente, accusa il proprio padre di severità e si compiace d'averlo punito.

L'infermo è vano e interpreta come uno scherzo la taccia che gli vien fatta d'imbecillità.

Nel periodo attuale di degenza al manicomio, vi fu un quarto accesso maniaco che si produsse senza causa nota e durò non più di tre giorni. Il malato era congesto nel viso, loquace, bestemmiatore, insonne, intollerante, e minacciava gli infermieri di morte, Ad accesso finito, ritorna in calma; scomparso il maniaco, resta l'imbecille con la sua insipienza, la sua spensieratezza e la sua vanità.



Fig. 138. — Callisto Grandi, uccisore di 4 bambini per amor proprio offeso: imbecillità, megalomania paranoica, anestesia morale, ipocrisia alopecia congenita

Imbecillità intellettuale e morale con costituzione paranoica. — Callisto Grandi di Incisa ha 45 anni, è piccolo, ma robusto, e presenta diverse anomalie: *esadattilia* del piede destro e *alopecia congenita* e totale del capo, per cui non ha nè capelli, nè barba, nè sopracciglia (fig. 138). Il suo aspetto farebbe sospettare una forma frusta di mixedema congenito; ma il polso è normale, anzi frequente e arriva spesso a 89 battute. Callisto è un caso di *geroderma* per usare l'appropriata espressione di Rummo. Fatto zimbello dei ragazzi e degli sfacendati, si vendicò uccidendo successivamente quattro bambini. Li attirava con astuzia in un sotterraneo, dove li schiacciava sotto una ruota da carro e li seppelliva, portando poi i loro vestiti vicino al fiume per far credere che vi fossero annegati. Subì 20 anni di lavori forzati. È abbastanza schifiltoso, ma analgesico.

Era un discreto operaio, ma incapace di discernere il male dal bene. Crede di possedere un grande ingegno, non sente alcun rimorso dei propri delitti, li considera come atti d'eroismo, e se ne compiace sorridendo in modo puerile. È sentenzioso, untuoso, ipocrita, religiosissimo; non ha alcun istinto sessuale e sente molto il pudore; ha fatto molti schizzi, che crede capolavori, raffiguranti l'ergastolo, i suoi omicidi e la sua glorificazione (fig. 139); ha scritto le sue memorie e si crede celebre, ammirato da tutti e degno di essere venerato come santo.

Nel 1896, scontati i vent'anni d'ergastolo all'isola della Capraia, Callisto Grandi fu trasferito al Manicomio di Firenze: nel suo paese si minacciava una sommossa se Callisto fosse ritornato. Qui è operoso, docile, innocuo, tanto più perchè nessuno pensa a mancargli di rispetto. Nel primo anno del suo soggiorno al Manicomio di San Salvi ammalò di polmonite con qualche allucinazione (?), ma con discreta lucidezza di mente. Credendosi prossimo a morire, scrisse solennemente il suo testamento morale; eccolo coi suoi errori di ortografia e di grammatica:

« Miei cittadini siete buoni e religiosi e ubidienti e rispeto alla Chesa « romana e tutti i fedeli cristiani e viva tutti i fedeli Cristani che codono

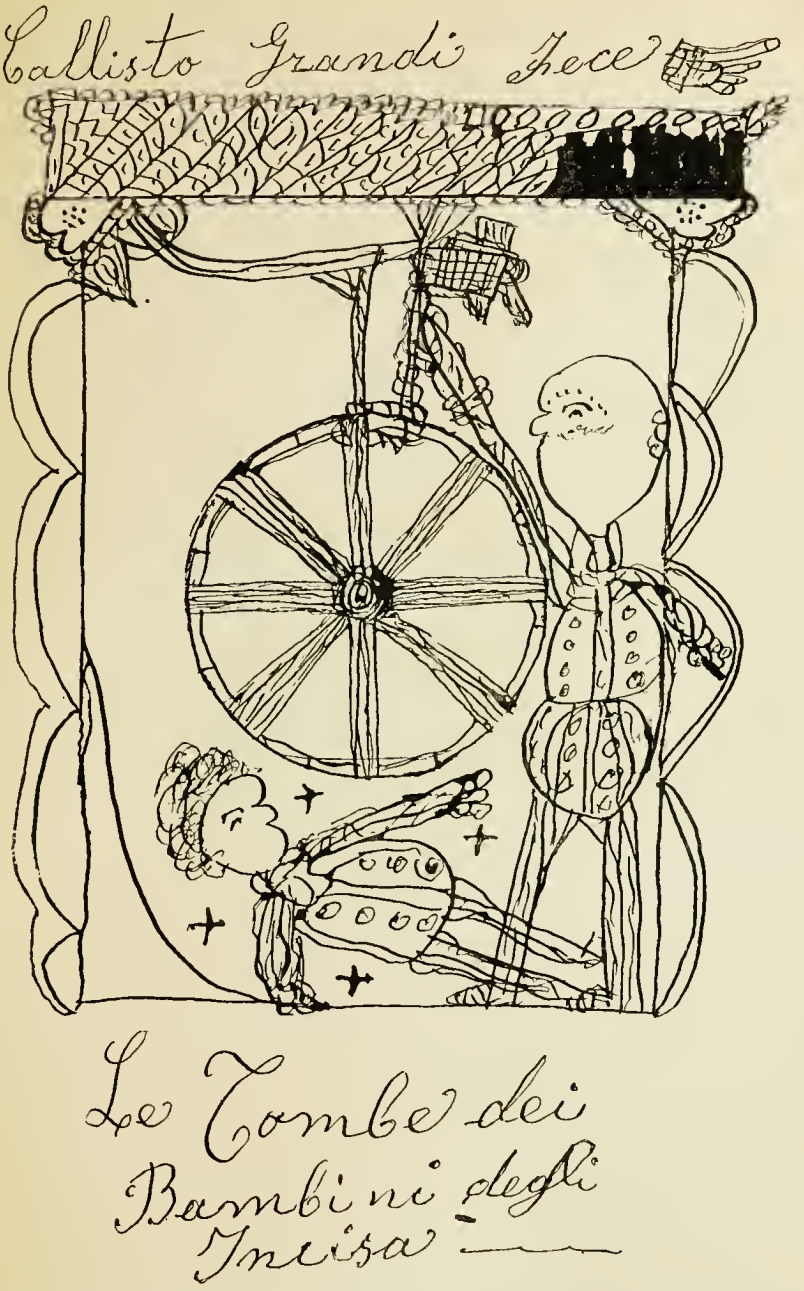


Fig. 139. — Disegno auto-apologetico di Callisto Grandi, imbecille, paranoico, amorale, uccisore di quattro bambini. La scena rappresenta l'atto dell'uccisione per mezzo d'una ruota sospesa ad una fune. Quattro croci simboleggiano i quattro morti. Callisto si è raffigurato fedelmente senza capelli. In alto una scritta: *Callisto Grandi fece* con una mano indicatrice. In basso il titolo del quadro, che dimostra l'assenza di qualsiasi pentimento o vergogna. Incisa (Valdarno) è il nome del paese che fu teatro della strage.

« (*godono*) i' paradiso ne Cieli. I' Grandi Callisto è risorto da Tomba e à « visto molte stelle verde e Tucchine (*turchine*) e giale (*gialle*) e di colore « di fuoco. Callisto Grandi fece un miracolo nella sua Camera dove era « il suo confessore a piedi di Callisto Grandi. Evviva e laudi al Signore. « Evviva la Chiesa romana. Si era prosimato (*approssimato*) dinanzi Ales- « sandro suo Confessore il Grandi Callisto era più molto (*morto*) che vivo « e i buoni miei superiori (*i medici*) mi hanno salvato dalla Tomba. E i' « buon Dio rege in cielo che perdona tutti itarazione (*in terra le azioni?*) « i più piccoli beati ne Cieli. Callisto Grandi soffre molti mali e sop- « porta con pazienza. E co' rassegnazione i beati che soffrono i mali « che saranno chiamati uomini di Dio. Cittadini Fioredini (*fiorentini*) « ascotate le mie parole. Callisto Grandi poneva ne' Manicomio di Sal- « sarvi (*San Salvi*) Firenze. Murate di Firenze (*le prigioni*) li 3 settem- « bre 1875 Callisto Grandi si trovò i' mezzo a tutti condannati nelle Mu- « rate 1875. Volterra Capraia Isola (*i due ergastoli*) imparò la (*arte*) di « Fabbro e meccanico il suo Maestro si chiamava Emilio Fallaci e due « suoi maestri Milanesi meccanichi di *Callisto Grandi Fioredino*. Li « 10 maggio 1896 ».

Da questo scritto si può arguire una tendenza spiccata al *delirio religioso*. A Callisto Grandi non manca punto l'enfasi, l'atteggiamento profetico, una certa intonazione biblica, un altissimo concetto di sè e qualche velleità di mistificazione: le allucinazioni visive, la risurrezione dalla tomba e il miracolo che pretende d'aver fatto hanno la loro spiegazione nel suo carattere vanitoso. Ma la povertà della fantasia gli impedisce di trarne maggior partito, di indicare i particolari, di cercare le prove, di regolare la sua condotta a tenore della santità di cui ha fatto pompa in molte altre occasioni e tacitamente anche in questa. Eppure l'apologia della propria persona è l'idea predominante per non dire l'unica che si possa afferrare nel misero sproloquio che ci sta dinanzi; singolare documento di petulanza non eguagliata che dall'impotenza letteraria e intellettuale. È da notare che Callisto incomincia tutte le righe del suo scritto con lettera maiuscola, illudendosi d'aver fatto dei versi. Il ritmo della poesia alletta in particolar modo gli imbecilli, ma essi non riescono a riprodurlo con parole proprie; e la prosa spontanea di Callisto rimane prosa aritmica, malgrado l'olocausto quasi completo del senso.

La deficienza mentale per arresto spontaneo dello sviluppo è l'estremo esponente della degenerazione: i rudimenti d'immoralità costituzionale e di paranoia che vi restano attaccati non fanno che confermare la sua natura degenerativa. Ma non si vada più in là, e non si attribuisca alla decadenza della famiglia la serie interminabile di lesioni che appartengono alla nevropatologia, che hanno la loro causa in un processo anatomo-patologico e che formano la caratteristica delle cerebropatie infantili con o senza idiozia.

L'*istruzione* degli imbecilli può raggiungere un grado discreto; ma la loro *educazione* non dà che risultati meschini. L'interdizione è un provvedimento che non si dovrebbe mai omettere in questi casi: è indecente che un imbecille possa disporre d'un patrimonio.

CAPITOLO XXVI.

I Manicomî

Cento anni fa il manicomio, benchè fosse un'istituzione nuova e inspirata a un certo progresso, non aveva funzioni superiori a quelle d'un grandioso smaltitoio. La società vi abbandonava senza rancore, ma anche senza amarezza e senza speranze, tutti quei disgraziati che con le loro stranezze compromettevano la quiete pubblica. Si cominciava dunque a scorgere nella pazzia qualche cosa di differente dalla perversità, e al pazzo veniva risparmiata la *via crucis* dei tribunali e della prigione: tuttavia i primi manicomî sorsero come succursali delle carceri, e quello di Berlino non era che l'ultimo piano dell'edifizio carcerario. La resipiscenza sociale si affermava, sì, ma in modo incompleto. Da un lato la contrastava il persistente fanatismo dei pastori evangelici e dei preti cattolici; dall'altro la troncava a mezzo l'ignoranza dei laici, fermi nella persuasione che la pazzia fosse una specie di mostruosità e che non si potesse disciplinare se con con mezzi più o meno morali.

Il governo minuto dei pazzi era monopolio di monache e frati, ai quali il dogma del *peccato originale* deve far sembrare un paradosso l'esistenza d'una malattia materiale capace di ferire l'anima intangibile e uno sproposito il regime della tolleranza. La tolleranza presuppone la necessità naturale delle manifestazioni psicopatiche e l'assimilazione sincera del pazzo a un malato innocente. Un sacerdote abbeverato di sapienza teologica non potrà mai capacitarsi che il pazzo sia assolutamente puro d'ogni colpa nell'estrinsecazione dei suoi atti e delle sue idee, se esistono milioni d'uomini che appena nati erano già responsabili della mala azione commessa nel paradiso terrestre da ignoti antenati. In Toscana vi furono due alienisti logici e coraggiosi, Carlo Livi e Francesco Bini, che rinunziarono alla direzione del manicomio e alla cattedra piuttosto di dividerne l'autorità con le monache.

Le conseguenze madornali dell'apriorismo religioso, passando in eredità dalla tradizione giudaica al Cristianesimo, ebbero una sanzione scien-

tifica e, quel che è peggio, una sanzione pratica. Nei primi trent'anni del secolo XIX la Germania non possedeva che un solo libro di psichiatria, dove Heinroth additava i pazzi all'ira del Signore come ribelli coscienti che avevano venduto l'anima al Diavolo. E nei varî manicomî d'Europa s'introduceva l'uso di castighi corporali o, più spesso ancora, una specie di psicoterapia non meno atroce a base di umiliazioni, di sorprese e di spaventi. I grandi dignitarî della paralisi progressiva erano costretti a stare in ginocchio, bersaglio ai motteggi e alle ingiurie degli altri malati, finchè rinnegavano il loro delirio; il melancolico contrito e dolente si svegliava sotto un baldacchino di stracci pomposi con una corona di carta in testa; l'agitato spavaldo si vedeva circuito da infermieri in veste di furie, con maschere truculente e strepiti satanici. I malati erano sottomessi a lavori interminabili, automatici, opprimenti, di nessuna utilità, come quello di far girare una ruota, specialità incontestata di cavalli ciechi e di somari invalidi. Al manicomio di Firenze si conserva ancora come ricordo d'un'epoca tramontata, ma non remota, una specie di garetta girevole sopra un pernio: l'infermo debitamente legato girava con la garetta intorno al proprio asse verticale; e girando veniva frullato e calmato . . . fino all'incoscienza. Lo strumento si chiamava il *frullone*.

Le doccie fredde, applicate all'improvviso e per intimidazione sopra malati inviperiti e di tutt'altro bisognosi che di eccitamenti supplementari, sono l'ultimo residuo di questi metodi macabri, con cui medici rozzi e poco intelligenti, dimenticando la natura delle malattie mentali, s'illudevano di poterle reprimere pedagogicamente come si reprimono (bene o male) la pigrizia, la timidezza, i capricci e la noia.

Ma, prescindendo dai pregiudizî religiosi, che spesso sono soffocati in pratica dalle rivolte istintive del senso comune, vi erano i preconcetti clinici. Gli infermi di mente non erano trattati assai bene nemmeno dai medici, che al di là dell'anomalia, della deformità, della curiosità patologica intuivano, ma non decifravano la malattia. Non dobbiamo meravigliarcene: alla stessa maniera si guardano e si trattano oggi gli immorali di nascita e gli uranisti. La società può compatirli, ma non ha il dovere d'incomodarsi troppo per essi; e quando ha nutrito gli uni e perdonato agli altri, scansandoli, bisogna convenire che non le resta più niente da fare. Quanto all'alienista, ha esaurito il suo ufficio instituendo la diagnosi.

Questo punto di vista, che ora è un secolo valeva indistintamente per tutti i pazzi, fu sorpassato nei tempi presenti per la maggior parte di essi. Oggi si sa che i malati di mente possono guarire; che i buoni manicomî giovano non soltanto alla tranquillità sociale, ma anche al risa-

namento individuale di molti ricoverati ; e che, se dal carcere è nato il rifugio, non conviene arrestarsi nel cammino, ma dar opera perchè dal rifugio si sviluppi a poco a poco l'ospedale. L'amenza, la melancolia, la mania, la pellagra, l'alcoolismo, il morfinismo sono malattie che, tranne in casi eccezionali, si dissipano a breve scadenza ; le cerebropatie infantili, l'epilessia, l'isterismo, la nevrastenia si possono dominare, sia attenuandone i sintomi, sia diradando gli accessi, finchè l'infermità si modera o si riduce allo stato latente ; la paralisi progressiva e le cerebropatie degli adulti sono, se non guaribili, curabili; le sole anomalie (imbecillità, paranoia, pazzia morale, perversione sessuale) resistono, è vero, ad ogni cura medica, ma qualche volta richiedono misure di sicurezza sociale che difficilmente, almeno per ora, si potrebbero attuare all'infuori dei manicomî. E non v'è malattia mentale che non s'avvantaggi dal mutar d'ambiente, dall'isolamento, dall'oblio delle cure domestiche; nè vi è malato povero che possa trovare un rifugio più adatto del manicomio ad un simile scopo.

Il manicomio, anche come puro rifugio, deve essere organizzato in modo, da eliminare anzitutto ogni pericolo. Ma non bisogna inasprire il malato con eccessi di difesa preventiva. La coercizione materiale provoca spesso per conto proprio una recrudescenza di quei pericoli che si vorrebbero appunto evitare, perchè mette i malati alla disperazione e li spinge alla fuga, alle violenze, al suicidio, malgrado le mura ciclopiche, le porte massiccie, le specule inquisitorie, le celle imbottite e gli altri congegni di tortura che costano tanto danaro. Al manicomio di Torino esistono da vent'anni certe gabbie di ferro che, sovrapposte ai letti degli epilettici come zanzariere, devono preservarli dalle cadute: è prevista anche la possibilità del volo perchè ogni gabbia è chiusa da tutte le parti ed ha il suo soffitto. Nei manicomî di Siena, di Palermo e di Torino è in vigore una preziosità edilizia che sembra inspirata dalla stessa Musa. Le celle degli agitati sono distribuite lungo un semicerchio e s'aprono in modo che l'infermiere, stando immobile come un fachiro nel centro, può vedervi dentro e sorvegliare ciò che fanno i malati senza voltare gli occhi; ma, se si allontana dalla sua posizione strategica, non vede più nulla. Col frutto del capitale impiegato in soprappiù per questa disposizione architettonica si potrebbe salariare comodamente un altro infermiere. A Cagliari nel 1893 vi erano ancora dei pazzi incatenati a letto; e non fu senza grandissima fatica che il direttore del manicomio ottenne finalmente l'abolizione delle catene. Altrove, costruendosi qualche nuovo riparto, è data facoltà al direttore di scegliere, locale per locale, la tinta delle pareti, a cui nella filosofia tecnologica dei pubblici amministratori è assegnata un'importanza decisiva per la cura delle malattie mentali.

Nei manicomi moderni sono banditi gli artifizi carcerari e gli espedienti paranoidi. A Mendrisio, ad Alt-Scherbitz e a Gheel vige il sistema delle porte aperte: *open door*. L'uso dei mezzi coercitivi è limitato ai pochi incoscienti che, se potessero, si mutilerebbero il corpo da un istante all'altro; e tuttavia non li salva dal suicidio (raro, ma possibile) per mezzo di morsi furibondi alla lingua. I bagni caldi e prolungati, la sorveglianza continua, oculata, silenziosa e benevola da parte d'infermieri numerosi, educati alla pazienza e ben pagati, la divisione svariata e studiata dei locali, la loro struttura interna e il loro arredamento appropriato sono i coefficienti che basteranno a raggiungere questo primo intento: la calma. In Germania si usano i bagni a permanenza o *Dauerbäder* anche di notte, e i malati vi passano le ore insonni e agitate sotto l'azione calmante dell'acqua calda a 34° C., in un ampio locale vigilato, ciascuno nella sua tinozza, liberi di fascie e busti, in gruppi di otto o dieci individui. La calma proviene dal benessere e genera l'ordine.

EVOLUZIONE ULTERIORE DEI MANICOMI.

La calma è una condizione necessaria non solo all'ordine materiale, ma anche alla verificazione della malattia mentale e ad una cura ragionata. Essa è l'ultima parola del rifugio, la prima sillaba dell'ospedale. Che cosa si può capire di preciso, che cosa si può ordinare di utile in mezzo ad una calca di malati che gemono, supplicano, minacciano, ingiuriano, cantano, cercando di sopraffarsi l'un l'altro con le braccia e con la voce per disputarsi il cibo o per raggiungere il medico, arbitro dei loro destini? Chi riescirà a distinguere un'amenza acutissima, che reclama la lavatura di stomaco o un lassativo urgente o un bagno generale o l'ipodermoclisi o un disinfettante per salvare con l'intelligenza la vita del malato, da una mania più o meno periodica che decorre invece senza pericolo di morte e con tutt'altri bisogni? Chi si avvedrà se fra cento infermi assortiti vi è da ventiquattr'ore un sitofobo di più, già esausto da processi precedenti e che abbisogna dell'alimentazione forzata per non morire di fame? Chi impedirà il martirio d'un melancolico insonne che si trovi in un dormitorio di quaranta o cinquanta ricoverati, se tra essi si sia infiltrato per isbaglio anche un solo clamoroso? E a che razza d'illazioni disperate non dovrà abbandonarsi il paranoico lucido quando vedrà le sue congetture di persecuzione realizzarsi in una prigionia autentica aggravata dalla promiscuità con pazzi d'ogni sorta, tra cui non mancano nè i sudici, nè gli agitati? E quale scuola sarà per l'imbecille, così facile alla suggestione, così pronto all'imitazione, la pre-

senza di dementi precoci, di maniaci, di isterici in preda ai più strani disordini di contegno ?

Affinchè il manicomio meriti veramente il nome d'ospedale, non basta la separazione dei tranquilli dagli irrequieti, dei puliti dai sudici, dei lucidi dai confusi, dei validi dagli infermi, degli adulti dai fanciulli. Non basta nemmeno la suddivisione ulteriore dei malati più sensibili o più pericolosi o più malandati in piccoli gruppi e persino a due a due o in camere individuali, almeno durante la notte. Questo perfezionamento tecnico, che è di grandissima utilità, è già raggiunto in parecchi manicomî stranieri ed anche italiani; ma un manicomio non si potrà mai parificare ad un ospedale, se non si accresce il numero dei medici per lo meno nella proporzione di uno ogni cento ammalati. Ora, salvo in piccolissimi asili che per cento o duecento malati non possono esimersi dall'assoldare un medico col suo supplente, questa proporzione non è che un ideale. Anche in Germania un medico di manicomio deve vigilare non di rado su 150-o 200 malati e magari di più.

Si può tollerare un simile stato di cose? Lasciamo stare la degradazione intellettuale a cui è condannato il medico, dovendo acconciarsi al puro ufficio della sorveglianza disciplinare; lasciamo da parte anche la difficoltà di arruolare medici colti e intelligenti per servizi così materiali; e analizziamo soltanto quello che avverrà anche nel più igienico, nel meglio suddiviso e nel meglio governato dei manicomi fra 800 infermi assiduamente sorvegliati da non più di quattro medici. Ammesso che la responsabilità dei quattro medici sia di pari grado e ch'essi possano ripartirsi la sorveglianza dei malati in modo da non doverne assumere in cura più di 200 per ciascuno, ogni medico dedicherà ai suoi malati tre ore del mattino e tre ore del pomeriggio, cioè in tutto sei ore al giorno, pari a 360 minuti; e sarà una fatica sovrumana. Dio guardi se il medico indugiasse di più nelle sezioni del manicomio: il suo equilibrio nervoso, il suo prestigio sui malati, la sua lucidezza mentale sarebbero seriamente compromessi. Orbene, 360 minuti al giorno, date le distanze da percorrere e dato il tempo da consacrare all'ispezione generale dei locali, dei cibi e dei farmachi, non fanno un minuto e mezzo per malato. E in questo attimo di tempo il medico dovrà guardare, interrogare, attendere la risposta, farsi un concetto sintetico di ciò che ha osservato e dare, se occorre, gli ordini relativi. Come potrà scoprire, sopra un malato che non parla o che altera la verità o che la ignora, l'esistenza della febbre, dell'anuria, d'un soffio cardiaco, d'un edema localizzato, d'una ottusità toracica e d'altri gravi sintomi che annunziano, come uno sparo di cannone, l'arrivo della malattia intercorrente di cui il ricoverato morrà ? Così avviene che si riscontrano ogni giorno al tavolo anatomico meningiti, nefriti, vizî di cuore,

carie ossee, polmoniti che i medici del manicomio non avevano neppur sospettato. Se sfuggono queste diagnosi grossolane, figuriamoci le altre.

Gli errori d'osservazione a cui si lasciavano trascinare i medici del manicomio, costretti a perlustrazioni sommarie in vasti e affollati locali senza la collaborazione d'infermieri istruiti, ebbero l'onore dell'ospitalità in monografie, libri e congressi scientifici. A questo modo nacquero le leggende dell'otoematoma distrofico come particolarità dei pazzi, della mancanza di febbre nelle loro malattie intercorrenti, della inevitabilità delle piaghe da decubito nella gran maggioranza dei malati che stanno a letto.

La deficienza del servizio sanitario e insieme lo sprezzo dell'igiene, la pessima alimentazione, la promiscuità dei cronici con gli acuti e forse coi sani arrivano a proporzioni incredibili in quei manicomî dove i pazzi poveri sono ceduti a impresari privati che cercano di spremerne il massimo lucro possibile. Nel Belgio il 71 % dei pazzi poveri ha ricovero in manicomî di speculazione, che non avrebbero nulla di riprovevole se accogliessero ospiti volontarî ed anche pazzi, ma a spese e col beneplacito delle famiglie, perchè in questo caso la volontà dei malati o dei loro parenti può vegliare sul contratto e farne rispettare le condizioni. Questa vigilanza non è possibile a favore dei pazzi poveri che vengono internati per decreto dell'autorità giudiziaria o politica e che non hanno facoltà di scegliersi un manicomio più onesto. Gli appalti dei pazzi belgi sono assunti per la massima parte da frati, che pagano l'unico medico in ragione di 16 centesimi (in media) per *caput* e per *diem*. E non senza astuzia: un medico che abbia sotto le sue cure 1000 malati guadagna la somma non disprezzabile di 160 lire al giorno; e non ha nè il tempo, nè il modo, nè l'interesse di curare e di licenziare i suoi dozzinanti, perchè lo sfollamento del manicomio sarebbe per lui, non meno che per la confraternita, una diminuzione di guadagno.

In Italia il progetto di legge Rudinì, che il Senato aveva approvato nel 1898, prescriveva almeno un medico ogni 120 malati: ma pur troppo quel progetto completo, organico e veramente liberale, che rendeva obbligatorie le *colonie agricole* e conferiva al medico direttore l'autorità necessaria a difendersi dalle prepotenze delle Deputazioni provinciali, non fu convertito in legge. Abbiamo invece dal 1904 la legge Giolitti, tutta reticenze e ambiguità, che con poche ed aride disposizioni non mira se non allo scopo di soddisfare le diffidenze e le avarizie dei Consigli provinciali a cui è affidata la spesa e, nella massima parte dei manicomî, ahimè anche il governo dei pazzi. Non è neppure assicurato un numero sufficiente d'infermieri, mentre il progetto Rudinì assegnava la proporzione minima di almeno 1 infermiere ogni 10 ammalati. I direttori dei manicomî sono alla mercè delle amministrazioni.

Nella legge Giolitti non parla il ministro d'Italia, ma il consigliere provinciale di Cuneo; e la voce degli alienisti manca o non è avvertibile. L'unica cosa che vi è di buono è d'aver lasciato che la spesa di ricovero per tutti i pazzi della Provincia gravi integralmente sul bilancio provinciale. In Francia invece ogni Comune ha l'obbligo di contribuire al mantenimento dei pazzi *innocui* che gli appartengono; e questa ripartizione di spese, fondata sopra un criterio clinico estremamente incerto e variabile (uno stesso malato è innocuo o pericoloso secondo i momenti) mette a dura prova il medico-direttore del manicomio, che diventa l'arbitro delle competizioni amministrative tra l'autorità del Dipartimento e quelle dei singoli Comuni. Il progetto Rudinì, con maggiore precisione e semplicità, addossava al Comune il 20 % della spesa per ogni malato di sua pertinenza e per ogni giornata di spedalità, senza distinzione tra innocui e pericolosi; ma, se questa disposizione di legge fosse stata approvata dalla Camera dei deputati, è evidente che i Comuni avrebbero lesinato nelle domande d'ammissione per non lasciar corrodere i miseri bilanci appena sufficienti a sfamare il maestro di scuola, e i manicomî sarebbero rimasti semideserti.

OSTACOLI ALLA REGOLARE SPEDALIZZAZIONE DELLE MALATTIE MENTALI.

Restrizioni legali. — La partecipazione diretta delle amministrazioni comunali alle spese vive dei manicomî è un freno automatico che le classi dirigenti immaginarono per diminuire l'affluenza dei pazzi nei manicomî senz'averne l'aria; ma non è il solo. Dove non è adottato questo espediente di brevetto francese, se ne applicano altri non molto originali, ma assai appropriati allo scopo, che è quello di alleggerire il costo dei ricoverati diminuendone il numero. Il male è che la diminuzione, comunque si propugni, cade sempre sulle forme acute di pazzia che ritrarrebbero il massimo vantaggio dal ricovero in un asilo ben diretto e sulle forme attenuate che sono appunto le più disagevoli a curarsi fuori dai manicomî. In Inghilterra, la patria dell'*home rule*, si sono circondate le ammissioni nei pubblici manicomî di pastoie giuridiche che dovrebbero assicurare la libertà personale, rendendo impossibili i sequestri arbitrarî, ma non hanno altro effetto che di precludere ai pazzi acuti il mezzo d'essere curati e studiati, perchè negli ospedali comuni non sono accettati a motivo della loro turbolenza, nei manicomî non possono entrare finchè non abbiano le loro carte. Così si respingono dal manicomio i malati più costosi e più ingombranti, ma nello stesso tempo quelli che avreb-

bero maggiori diritti alla pubblica assistenza e che d'altra parte vi farebbero un soggiorno più breve. Il manicomio, in luogo di diventare un ospedale, resta quello che era: un rifugio. I medici dei manicomî si sterilizzano la mente nel contatto con infermi cronici e nelle pratiche d'amministrazione. La coltura psichiatrica è ridotta allo stretto necessario e separata dalle sorgenti di studio a cui dovrebbe attingere per progredire. Salvo il laboratorio scientifico degli asili riuniti che sorge da pochi anni ad Edimburgo, si direbbe che la Gran Brettagna sia muta e che la psichiatria vi sia coltivata come istituzione filantropica, ma non come scienza.

In realtà le restrizioni legali con cui si impediscono improbabili abusi servono spesso a impedire o a ritardare, non senza gravissimo danno, l'isolamento di pazzi poveri, che nulla troveranno nelle loro case di ciò che sarebbe necessario alla guarigione. Eppure, i sequestri arbitrarî non possono avvenire senza l'arrischiata e inverosimile complicità dei medici, che sono funzionarî pubblici e che sconterebbero il loro reato con pene rovinose, se avessero la scelleraggine di commetterlo. In Germania Kraepelin non ricorda nemmeno un caso di questo genere, ed io non ne ricordo in Italia.

Eppure, la fantasia malata di legislatori che non sanno rappresentarsi il mondo se non come un immenso *banco degli accusati* si pasce di queste lontane possibilità e propugna cautele altrettanto inutili che inceppanti. La legge Giolitti esige (ed è giusto) che in ogni manicomio vi sia un compartimento d'osservazione per i nuovi ammessi; ed ecco i faccendieri zelanti delle pubbliche amministrazioni a imporre che questi nuovi ammessi, non ancora ufficialmente cresimati per pazzi, siano rigorosamente separati dagli altri per non contaminarsi alla loro vista. E perchè mai? Forse che gli individui inviati al manicomio dall'autorità e dai medici esterni non sono mai pazzi? Forse che i medici del manicomio possono trattenerli indebitamente quando fossero o apparissero del tutto sani di mente? Forse che i nuovi ammessi diventano pazzi soltanto nel giorno in cui arriva (provocato del resto dal medico del manicomio) il decreto che li aggrega stabilmente al manicomio? Forse che, evitando il contatto coi ricoverati di data più antica, i nuovi ammessi non si trovano riuniti nel compartimento d'osservazione accanto ai loro contemporanei d'ammissione, cioè a pazzi di tutte le sorta e non meno impressionanti degli altri? Dacchè a Firenze esiste l'Istituto di osservazione, io non vi ho mai veduto su parecchie migliaia di entrati nemmeno uno che fosse stato internato in mala fede. Prima che s'aprisse l'Istituto d'osservazione, un tale aveva ingannato il medico esterno denunziandogli una lettera della propria sorella che manifestava propositi di suicidio; ma la

sorella l'aveva scritta otto anni prima in un accesso di melancolia di cui era guarita, e la data della lettera era falsificata. Così gli riuscì di farla passare per recidiva, malgrado le sue proteste; ma l'inganno fu subito scoperto alla soglia del manicomio, la falsa pazza fu confortata e rimandata a casa nel più breve termine possibile, il reo arrestato, sottoposto a processo e condannato.

Falsa interpretazione delle statistiche. — Un mezzo più ingegnoso di sfollamento e in altre parole di economia per il pubblico erario, ma che non è attuabile senza il concorso degli alienisti, consiste nell'accarezzare il pregiudizio d'uno spaventoso e incalcolabile incremento a cui andrebbe incontro la pazzia per effetto della civiltà. Volendo rinforzarne l'effetto, si può invocare il *babau* della degenerazione che ha un profilo scientifico ed è sempre di moda. Il trucco è semplicissimo: se la pazzia cresce, se non possiamo nè reprimere, nè prevedere il suo incremento, se anzi esistono cause che lo rendono progressivo, bisogna prepararsi a trovare i surrogati del manicomio e a combattere la spedalizzazione della pazzia, perchè è evidente che i manicomî non si possono ampliare all'infinito e sarebbe esiziale, anche prescindendo dalla spesa, che tanta gente perdesse la propria libertà. Pare impossibile: ma tutti gli alienisti mordono a quest'amo, dimenticando d'esserselo fabbricato con le proprie mani. Si direbbe che i loro clienti, gli alcoolisti, i pellagrosi, i cerebropatici, i melancolici, i maniaci, i paralitici, gli amenti, i paranoici, gli immorali, gli imbecilli, gli epilettici, gli isterici, i nevrastenici dei tempi moderni siano altrettanti pensatori impazziti nello studio indefesso dei problemi sociali e scientifici: un'altra teoria catastrofica nell'etiologia delle malattie mentali! Eppure, non v'è malattia mentale e forse non v'è malato di mente a cui si possa seriamente attribuire un simile determinismo morboso (v. cap. II). Le cause delle malattie mentali sono semplici e grossolane: intossicazioni, infezioni, discrasie acquisite ed ereditarie, traumi fisici, infermità della vita infantile, che la cività tende a riparare e a diradare, non a favorire. Non è per eccesso di civiltà che si ubbriacano i Negri e si avvelenano con l'oppio i Cinesi; non è la civiltà che diffonde la sifilide, essa la insegue e la isola; non si devono alla civiltà, madre dell'igiene, le epidemie, le infezioni sporadiche, le crisi violente di miseria, l'abbandono dell'infanzia e gli altri fattori morbigeni che fanno strage appunto nei paesi meno inciviliti. La civiltà raffina la diagnosi del medico e acuisce la sensibilità del corpo sociale, stimolandolo a purgarsi degli elementi psicopatici; ma non fomenta la pazzia. È anzi facile persuadersi che deve avvenire precisamente il contrario.

La paralisi progressiva non è in aumento, quantunque i paralitici so-

pravvivano alla malattia più lungamente d'una volta. L'amenza guarisce con una rapidità di cui la psichiatria antica non aveva sentore. La massima parte dei deficienti non è formata da imbecilli che debbano la loro sorte all'eredità, ma bensì da cerebropatici che ammalano nell'infanzia per incidenti fortuiti e in gran parte evitabili. Le malattie mentali colpiscono piuttosto i poveri, che rappresentano uno stadio di civiltà sorpassato, anzichè gli agiati che fruiscono intensamente i vantaggi della civiltà presente e dànno la misura di ciò che saranno in avvenire le condizioni di vita per tutta la collettività. La pellagra non è davvero un prodotto dell'istruzione, del progresso agricolo, del commercio internazionale, della legislazione, ma potrà anzi esser vinta appunto con questi mezzi caso mai non dovesse crescere la prosperità delle popolazioni che si nutrono di mais avariato. L'epilessia non è una misteriosa e proteiforme manifestazione di eredità nevropatica, ma una malattia provocata da lesioni acquisite che la medicina mette in luce e si studia di padroneggiare. L'alcoolismo è la conseguenza di un vizio volontario, di cui sono tributarî i disoccupati, gli ignoranti, i poveri e le persone costrette a mestieri incivili, duri, che tendono a scomparire o per lo meno a ingentilirsi.

Un uomo intelligente, colto e che non sia alle prese con la miseria può star tranquillo sul proprio avvenire mentale: avendo già superato lo scoglio della demenza precoce, che insorge per cause materiali e indipendenti dalla civiltà, evitando l'altro scoglio della sifilide o rendendolo innocuo con provvedimenti preventivi e successivi, premunendosi dall'arteriosclerosi della vecchiaia, e prescindendo dalle psicosi ereditarie di cui in ogni modo non avrebbe mai a ringraziare la civiltà, sarà sicuro di non impazzire o per lo meno di non impazzire nè per colpa propria, nè per colpa dell'epoca in cui vive. L'attività letteraria, scientifica, professionale e politica, quanto più è intellettuale, tanto meno predispone alle malattie dell'intelligenza: e poichè la civiltà rende ogni giorno più intellettuali anche i più umili mestieri, non è da essa che germineranno i nuovi moventi della pazzia, nè la causa complessiva del suo incremento. La pazzia diminuirà; e i manicomî, raggiunta la fase della massima spedalizzazione, si sfolleranno. Essi tendono a liberarsi degli anomali e a richiamare tutti i pazzi curabili, trasformandosi in ospedali; ma quando i malati di mente saranno scemati di numero perchè impareremo a prevenire le loro malattie o a combatterle con efficace sollecitudine, i manicomî, per quanto assorbenti, cesseranno di rigurgitare sotto il continuo incremento delle ammissioni, e le amministrazioni pubbliche potranno rivolgere ad altri scopi parte del danaro che consumano con rimpianto e mala grazia al mantenimento dei pazzi.

Questo rimpianto non è giustificato in Italia, dove la media dei ricove-

rati in confronto alla popolazione sana supera appena l'1 per mille, e solo nelle regioni più floride del nord e del centro raggiunge o sorpassa il 2 per mille. Il Belgio, la Svizzera, l'Inghilterra, la Germania deplorano o vantano (secondo il punto di vista) proporzioni ben più alte, fra il 3 e il 4 per mille. Dovremo concludere per questo che le nazioni più colte d'Europa sono esposte al flagello della pazzia tre volte di più dell'Italia? Nemmeno per sogno. Anzitutto il maggior numero di ricoverati non significa maggior numero di pazzi: almeno in parte non è che l'effetto d'una più sviluppata spedalizzazione, cioè d'un fatto inerente a un alto grado di civiltà. In secondo luogo, noi vediamo che anche in paesi di civiltà meno elevata, come sarebbe la Russia, se circostanze speciali favoriscono la spedalizzazione dei pazzi, il loro numero non risulta più tanto piccolo: e infatti la Russia, malgrado l'abbandono in cui lascia provincie intere e popolate, conta 150,000 ricoverati per malattie mentali e 50,000 affidati alla custodia domestica.

L'unica causa provocatrice di pazzia che sia caratteristica dell'Europa settentrionale e che accenni a crescere, dando ragione ai pessimisti, è l'alcoolismo. La civiltà non è stata capace di reprimere questo vizio: ma è forse essa che l'ha inventato? L'abuso delle bevande alcooliche si manifesta piuttosto nei bassifondi dove la civiltà non è riescita a penetrare e nei periodi di transizione, fortunatamente brevi, che sono le sue malattie. Ma se la civiltà tende, come parrebbe, ad aumentare la ricchezza in tutti i ceti sociali e con la ricchezza i comodi della vita, l'igiene, l'istruzione, le distrazioni, la socievolezza e il senso della responsabilità, nessuno vorrà pensare che l'incremento di questi beni collettivi debba portare un incremento parallelo dell'alcoolismo. L'alcoolismo nasce dall'irritabilità nervosa, dalla debolezza organica, dai bisogni insoddisfatti e dalle imperfezioni dell'ambiente esterno: l'elevarsi dell'esistenza umana a forme di società più evolute non può esasperare, ma piuttosto correggere questi fattori d'alcoolismo, aumentando il benessere generale. E non si creda che il progredir dei tempi, permettendo di appagare i bisogni fondamentali e fino allora mal soddisfatti, promuova bisogni nuovi e più futili, per non dir capricciosi, ma altrettanto prepotenti e molesti. Ogni bisogno subiettivo è l'espressione d'una necessità obiettiva che preesisteva: le coscienze raffinate non inventano i reclami della cenestesi per darsi il gusto di soddisfarli, ma li avvertono con una precisione e con una sollecitudine che riesce utile all'economia dell'organismo. Godere è vivere: e chi vive squisitamente, intensamente, completamente, senza lasciar inoperosa alcuna funzione del corpo e dello spirito, provvede con saggezza anche alla propria salute. L'uomo intelligente, delicato e civile sentirà assai meno le gioie dell'alcool che la ripugnanza dell'alcoolismo,

perchè potrà valutarne gli effetti disgustosi con mille sussidi scientifici, estetici e morali che mancano agli esseri incolti.

Surrogati insidiosi. — Dove i manicomî raccolgono un contingente di malati eguale al 3 o al 4 per mille della popolazione totale si capisce che convenga, nell'interesse della popolazione che paga, porre un limite alle ammissioni e cercare un derivativo meno costoso. In quasi tutti gli Stati d'Europa comincia a diffondersi l'uso di affidare i pazzi tranquilli a famiglie che vivono in campagna e che ne assumono il mantenimento per modico prezzo. Di solito sono famiglie di infermieri che abitano nelle vicinanze del manicomio e a poca distanza gli uni dagli altri: così gli alienati vivono con gente pratica dei loro bisogni, longanime e soggetta ad una facile, continua ed efficace sorveglianza che viene esercitata dagli stessi medici del manicomio. Questa forma di custodia domestica, per la qualità degli individui che ne hanno l'incarico, per la topografia dei casolari in in cui si svolge, e per la dipendenza dei tenutarî dall'autorità del manicomio, non è che un'espansione del manicomio. I tenutarî possono utilizzare sul proprio podere il lavoro del malato che hanno in custodia. Nel paese di Gheel non vi è un vero e proprio manicomio; ma tutte le case ospitano uno o due pazzi, e vi è un riparto chiuso sotto la diretta responsabilità di un medico, che vi cura i malati, isola gli irrequieti, rimanda al tenutario i migliorati e in pari tempo vigila su tutti gli altri che vivono semiliberi nel paese. Nel Belgio, dove i manicomî sono un inferno, la colonia di Gheel è una specie di paradiso.

Ma vi è il rovescio della medaglia. L'idillio campestre e la larva della maggior libertà coprono spesso un doppio compromesso: tra le amministrazioni e il pubblico da una parte, tra i medici e le amministrazioni dall'altra. Nella provincia di Firenze si pensa che, se negli altri paesi i malati sono ceduti ad estranei, a maggior ragione essi non possono essere rifiutati alle famiglie che ne facciano domanda, e per incoraggiare le domande si pagano premî mensili che vanno dalle 5 alle 15 lire. Così l'amministrazione provinciale risparmia le 46 lire che dovrebbe spendere se l'infermo rimanesse al manicomio; e vi sono circa 800 pazzi sparsi nel territorio d'una vasta provincia, senz'alcuna vigilanza, affidati a famiglie poverissime, che talvolta li sfruttano nel lavoro agricolo e tal'altra nella mendicità o in mestieri più bassi. È evidente che i pazzi così isolati non possono godere un trattamento parificabile a quello del manicomio, nemmeno se il misero peculio sborsato a titolo di indennità per il loro mantenimento fosse integralmente consumato per questo scopo; ma è del pari evidente che novanta volte su cento anche quel poco va per forza maggiore a beneficio della famiglia oppressa dall'indigenza, e il malato

di mente non è che l'ostaggio per ottenerne la continuazione. Questo sistema è la degenerazione della custodia domestica; e tra i suoi maggiori inconvenienti ha quello di poter assumere un'estensione quasi illimitata, sottraendosi ad ogni sorveglianza.

Se la custodia domestica è tollerabile come istituzione complementare dei manicomî nei paesi dove la proporzione dei ricoverati arriva al 3 o al 4 per mille, non è plausibile dove una tal proporzione è appena dell'1 o del 2 per mille, perchè in questo caso essa si converte in un sostitutivo economico sì, ma peggiorato del manicomio. I pazzi più robusti e più attivi diventano servi non salariati di tenutarî che non conoscono; ed emigrando dal manicomio dopo aver sofferto inutilmente il distacco dalla propria famiglia, lo privano delle braccia più valide. Sono essi, i cronici tranquilli, operosi, avvezzi ad una vita automatica, che formano il sistema muscolare del manicomio: strumenti d'ordine, di profitto economico e di emulazione salutare agli altri ammalati. Non conviene che la collettività perda a favore di pochi tenutarî i vantaggi che derivano al manicomio dalla presenza di questi abitanti pacifici e soddisfatti. Quando è ben rappresentata la vecchia guardia dei cronici, l'atmosfera del manicomio è più respirabile e il suo bilancio è più ricco perchè dal lavoro dei ricoverati spuntano proventi inaspettati che diminuiscono le spese.

ASSESTAMENTO PRATICO.

Istituti d'osservazione. — È necessario che nei manicomî si provveda ad una selezione più razionale dei malati. I casi di *pazzia acuta* debbono trovare un facile e pronto ricovero in appositi ospedali di cui saranno dotati tutti i capoluoghi di provincia. Questi ospedali delle psicosi acute non possono sorgere in campagna, perciò dovranno essere completamente autonomi se il manicomio è isolato e remoto. Ma, se il manicomio è un asilo urbano o suburbano, sarà bene che non se ne discostino ed anzi che costituiscano l'anticamera del manicomio, fondendosi con ciò che si chiama l'*Istituto d'osservazione*. L'Istituto d'osservazione, oltre ad accogliere i malati di psicosi acute, sarà la prima stazione di tutti gli altri, in modo che nessun infermo possa entrare nel manicomio propriamente detto, se prima non è passato per l'Istituto d'osservazione. La cura delle psicosi acute sarà dunque associata negli stessi locali allo studio preliminare di tutte le psicosi, comprese le croniche, perchè nei primordî della malattia mentale un cronico ha press'a poco gli stessi bisogni d'un acuto. Questa doppia funzione sanitaria non deve soffrire alcuna limitazione fiscale: essa potrà prolungarsi a volontà dei medici,

secondo l'opportunità del caso, ancorchè il malato possegga i requisiti per essere ammesso definitivamente al manicomio. Un ricoverato la cui pazzia non sia ancora specificamente definita od abbia carattere acuto non risentirà alcun danno dalla compagnia di pochi cronici, purchè i cronici non usurpino il suo posto nella cella o nel ristretto dormitorio o nel bagno a permanenza che sono indispensabili in un istituto di psicosi acute. Novecentonovantanove volte su mille i malati che entrano nell'Istituto d'osservazione sono pazzi al pari e più di quelli che ne escono per passare al manicomio dei cronici, perchè la pazzia non è determinata dalla firma d'un decreto giudiziario o prefettizio.

Gli istituti di questo genere possono diventare centri di coltura e di perfezionamento professionale, perchè le esigenze didattiche collimano esattamente con quelle d'un comparto d'osservazione. E infatti in Germania le cliniche delle malattie mentali sono per la massima parte tutt'una cosa con l'Istituto d'osservazione. Da esse si irradia con metodica continuità una produzione scientifica che altrove è in balìa dell'iniziativa individuale. Naturalmente, gli istituti clinici sono suddivisi e costruiti in maniera da corrispondere ai bisogni di tutte le psicopatie e specialmente delle acute: quanto all'insegnamento, esso non ha alcun bisogno particolare da soddisfare nell'interno delle infermerie. Basterà che l'Istituto d'osservazione possegga in qualunque caso tutto l'occorrente per le autopsie, per gli esami uroscopici, per le ricerche istologiche e per gli studî accademici, che non devono essere banditi nemmeno dai grandi manicomî dei cronici. Soltanto per economia si potrà concentrare nell'Istituto di osservazione tutto ciò che ha attinenza agli scopi scientifici, ogniqualvolta l'Istituto di osservazione e il manicomio siano vicini e dipendano dalla stessa autorità medica od amministrativa.

Affinchè le cliniche siano utilizzate come istituti ospitalieri e servano di sollievo al manicomio, trattenendo nei proprî locali tutti i malati che hanno bisogno di cura o di studio e quelli che al loro primo ingresso presentano pericolo prossimo di morte, bisogna ch'esse siano capaci di almeno 100 letti nelle piccole città e di 150 o 200 nelle grandi. Se le cliniche conterranno tutti i malati d'una categoria e i manicomî tutti quelli d'un'altra, ognuno dei due organismi acquisterà la libertà necessaria per perfezionarsi in conformità ai proprî scopi distinti: l'uno nel senso dell'ospedale, con le ripartizioni e le peculiarità richieste per le malattie mentali; l'altro nel senso della colonia, con una organizzazione molto semplice ed economica del lavoro agricolo.

I manicomî di quest'ultima specie potranno svilupparsi anche in aperta campagna e lontano dai centri urbani; ma in tal caso sarà più che mai necessario che il capoluogo della provincia possieda almeno l'isti-

tuto di osservazione. Milano, per dare un esempio, coi suoi 500.000 abitanti manda i malati di mente a 16 chilometri di distanza dalla città: è evidente che o prima o poi dovrà fabbricarsi un istituto d'osservazione nella città o nel suburbio. Questi istituti, abbiano o no il titolo di cliniche universitarie, non devono essere considerati come scuole di lusso, ma come asili di risanamento e di studî pratici. Se il capoluogo della provincia è sede di Università, sarà una buona occasione di profittarne per un'alleanza che converga le forze economiche dello Stato e quelle della Provincia al raggiungimento dei fini comuni. Lo Stato, nell'interesse degli studî accademici, ha d'uopo d'una clinica ben ripartita, ma non avrà motivo di lamentarsi se la clinica sarà abbastanza grande per riunire tutti i malati acuti e se la Provincia impiegherà il personale universitario in un servizio utile all'economia generale del manicomio; la Provincia a sua volta, nell'interesse di questa economia, avrà bisogno di radunare nella clinica tutti i malati acuti o da studiarsi, ma non avrà a dolersi se l'edifizio sarà costruito e governato secondo le regole accademiche, che non differiscono in nulla dalle buone norme ospedaliere. Se poi il capoluogo della provincia non è sede di università, non cesseranno per questo le ragioni di riunire in un apposito istituto tutti i malati acuti o soggetti alla prima osservazione, dando all'istituto un carattere ospedaliero e scientifico.

Non si deve credere che gli istituti d'osservazione, ormai obbligatorî per legge anche in Italia, costituiscono una minaccia alle finanze delle Provincie. Per quanto necessariamente si organizzino a modo di ospedali e per quanto qualche volta si trasformino in cliniche universitarie o in qualche cosa di equivalente, le Provincie vi troveranno il loro tornaconto purchè, in luogo d'osteggiarli e di lesinar loro il numero dei letti, ne sappiano ricavare tutto il partito possibile, concentrandovi tutti i servizî più attivi, più variabili e più costosi. Così si potrà per compenso semplificare l'organizzazione dei manicomî e ridurne sensibilmente la spesa.

Separazione dei vecchi e degli anomali. — È una crudeltà mescolare coi pazzi i *vecchi dementi* che hanno bisogno di abitare al piano terreno in locali ben riscaldati, d'essere sorretti perchè non cadano, sorvegliati perchè non appicchino il fuoco inavvertitamente, e lievemente redarguiti se l'irascibilità morbosa o il pervertimento morale li spinge ad atti di violenza reciproca. Per tutta questa zavorra, che nei manicomî attuali è causa di gravi disturbi e di gravi spese, bisogna organizzare nei *Ricoveri di mendicità* un compartimento speciale, ampio ed igienico che si presti meglio del manicomio ad assisterli e a curarli. La protezione della vecchiaia non deve arrestarsi davanti alla demenza che è l'epilogo dolo-

roso, ma anche il più frequente e quasi si direbbe il più naturale dell'età senile, specialmente nel proletariato. I vecchi apoplettici, sudici, smemorati, rimbambiti rappresentano il cento per mille degli abitanti addensati in un manicomio italiano, benchè la loro mortalità sia spaventosa: allontanarli dal manicomio e farne il contingente principale dei ricoveri sarebbe opera doppiamente utile per il benessere di questi infelici e per lo sfollamento dei manicomî. Se vi sono Provincie senza ricoveri, è il caso di crearli apposta pei dementi senili, che hanno titoli ben maggiori dei semplici mendicanti alla carità pubblica. Col tempo, tanto i dementi senili quanto i vecchi in genere potranno far a meno di manicomî e di ricoveri: ai loro bisogni straordinarî ed ordinarî è sperabile che basti la *pensione per la vecchiaia*, così provvidamente attuata in Germania e studiata in Francia per un'immediata attuazione.

Anche gli *anomali* sono fuori di posto in mezzo ai pazzi e ai dementi. Gli *immorali*, per la loro lucidezza e per la loro perfidia, costituiscono una minaccia perenne a malati ingenui ed inermi che avrebbero tutto il diritto di trovarsi al riparo da ogni insidia. Si lascino pure nei manicomî ordinarî coloro che hanno commesso un così detto reato in istato di incoscienza e che quindi non sono nè delinquenti, nè immorali; ma si trattengano nei manicomî giudiziari gli immorali lucidi. Se i manicomî giudiziarî sanno troppo di carcere, si riformino con criterî moderni; ma non è un gran male che la pena del carcere sia assaporata da costoro, dal momento che la sopportano i delinquenti comuni che valgono ben più di essi e meritano riguardi maggiori. Se gli immorali di nascita sono dichiarati irresponsabili, dobbiamo serbare i rigori della giustizia ai delinquenti di carattere onesto che hanno perpetrato il delitto in un momento d'oblìo? Sarebbe una curiosa giustizia. Finchè esistono carceri e manicomî giudiziarî, nessuno avrà tanti titoli per entrarvi quanto un immorale di razza.

Ma vi sono altri anomali a cui l'ambiente del manicomio riesce infruttuoso e umiliante: i *paranoici* puri e gli *imbecilli*. Ai paranoici con delirio di persecuzione ben precisato basterebbe intimare la relegazione in luoghi diversi e lontani da quelli a cui si riferisce il delirio. Agli imbecilli si vanno consacrando scuole e collegi dove, finchè non abbiano raggiunto l'età adulta, troveranno un trattamento ben più adeguato che non nei manicomî.

Insieme agli imbecilli o meglio negli *ospedali infantili* dovrebbero infine trovar ricetto gli *idioti cerebropatici*. Per quanto la loro deficienza intellettuale sia spesso completa e profonda, i cerebropatici non sono pericolosi nè violenti. Essi hanno bisogno d'assistenza, non di sorveglianza; di cura, non di repressione. Perciò non sono ospiti adatti di un manicomio, ma

si troverebbero a loro agio e non recherebbero alcun disturbo in un ospedale di bambini cronici.

Colonie agricole. — Il lavoro, specialmente all'aria libera o in locali ariosi e salubri, rallegra i malati di mente, li rende più calmi, più pazienti, più soddisfatti di sè stessi. A furia d'essere un coefficiente d'igiene e di calma, il lavoro diventa anche un mezzo di cura. Nei manicomî dov'è organizzato il lavoro la mortalità è più scarsa, la coercizione è ridotta ai minimi termini e le guarigioni sono più numerose; si innalzano gli animi dei malati, si raffina l'opera di chi li assiste, si nobilita la missione dello Stato, delle Provincie e dei Comuni che provvedono amministrativamente non solo alla loro custodia, ma anche alla loro rigenerazione. Perciò i buoni manicomî possiedono una *colonia agricola;* e alcuni manicomî urbani che non la possedevano si trasferirono fuori dell'abitato appunto per crearsela.

Per le esigenze del lavoro campestre si forma nei manicomî un nucleo di ricoverati tranquilli, dediti ad occupazioni utili e regolari, godenti d'una relativa libertà. Questo nucleo di lavoratori costituisce un'ottima e salutare compagnia pei convalescenti. Mentre i lavoratori convivono in una grande fattoria priva d'inferriate e di celle, le lavoratrici possono abitare un padiglione analogo e casalingo, dedicandosi ad occupazioni femminili. La doppia colonia richiederà un numero minimo d'infermieri che potranno contribuire con le proprie braccia al proficuo lavoro dei malati. Essa sarà anche il luogo di prova e forse la stazione di partenza per quegli infermi che, lavorino o no, non rassicurano ancora completamente sulla loro tranquillità. Nella colonia agricola si può adottare senza restrizioni e senza paura il regime delle porte aperte. Se pure con questo regime si verificherà qualche evasione di più, essa non costituirà un pericolo, nè un danno, ma avvalorerà agli occhi dei malati e del pubblico lo spirito liberale del manicomio.

La colonia dei lavoratori e delle lavoratrici dà un'intonazione di semplicità, di sobrietà, d'economia, che non è soltanto apparente, a tutto il manicomio. E quando i malati acuti si trovino riuniti nell'Istituto d'osservazione, sono i colonizzati che vengono a formare il gruppo più numeroso e caratteristico del manicomio propriamente detto. Alla fattoria dei lavoratori e al gran padiglione delle lavoratrici si devono aggiungere le due *infermerie* (una per uomini e l'altra per donne) con locali suddivisi per i pazzi cronici che soffrono di malattie intercorrenti, sopratutto febbrili, e che stanno a letto o s'alzano per poche ore. Occorre inoltre un padiglione per gli agitati di ciascun sesso con poche celle. Non è necessario che tutti gli epilettici siano riuniti in un comparto unico: il grado di lucidezza, la

frequenza degli accessi e la loro violenza sono troppo differenti da un individuo all'altro per costringere i meno colpiti alla convivenza non sempre facile coi confratelli di malattia.

La selezione dei pazzi acuti e dei nuovi ammessi, circa 150 ‰, quella dei vecchi, circa 100 ‰, quella degli anomali, circa 50 ‰ e quella dei fanciulli cerebropatici, che ammontano anch'essi a circa il 50 ‰, condurrebbe i manicomî propriamente detti ad uno sfollamento del 350 ‰. Una selezione praticata coi criterî e nei modi che abbiamo accennato, oltre a portare lo sfollamento aritmetico e un enorme sollievo morale nei manicomî, dove non resterebbe che il 650 ‰ degli attuali abitatori, sarebbe una grande provvidenza per coloro che ne uscirebbero o che s'indugerebbero altrove prima di entrarvi. Infatti tutti costoro non sarebbero più reietti in balìa del caso e dati in custodia a sfruttatori con la veste di tenutarî, ma ricoverati e curati in ambienti adatti alla loro malattia.

Amministrazione dei manicomî. — La spesa dei pazzi poveri è sostenuta in Italia dalle Provincie; ma non tutti i manicomî sono provinciali. Ora l'assetto amministrativo esercita una grandissima influenza sullo sviluppo dei manicomî, perchè la legge e la consuetudine assegnano in Italia una immensa autorità alle amministrazioni, mentre i medici-direttori non sono che gerenti responsabili. La qualità delle persone che prevalgono nei Consigli d'amministrazione non conta nulla, perchè nessuno, per quanto investito di un prestigio più o meno legittimo, è in grado di rendersi superiore all'ambiente che l'ha eletto e da cui ritrae i suoi poteri.

I Consigli provinciali sono assemblee che si radunano assai raramente; la grande maggioranza dei consiglieri appartiene a Comuni rurali che non si interessano al manicomio del capoluogo e neppur lo conoscono. In altre parole, la spedalizzazione dei pazzi non è riguardata come un servizio pubblico, ma come un onere o una pedanteria che è imposta dalla legge e che si rispetta a malincuore. Quest'onere assorbe il 40 % del bilancio provinciale: e all'onere finanziario si deve aggiungere, dove il manicomio è provinciale, anche la seccatura d'amministrarlo. Il potere esecutivo è esercitato dalla Deputazione provinciale e praticamente è quasi sempre accentrato nel Presidente. Questa carica, come quella dei deputati provinciali, non è retribuita e tocca spesso a maneggioni che, per conservarsela, debbono assecondare l'avarizia, il misoneismo, la grettezza dei proprî elettori diretti e indiretti. I Consigli provinciali rappresentano il contado: e i manicomi sono governati con criterî da contadini. L'opinione pubblica non turba la ferrea immobilità di questi corpi deliberanti, che sono impermeabili alla persuasione, inattaccabili agli acidi della critica e incombustibili al fuoco d'una minuscola opposizione.

I cittadini d'uno Stato, gli abitanti d'un Comune sono legati da mille interessi e animati da sentimenti complessi che, malgrado qualche divergenza di partito, collimano ad un ideale elevato e inspirano l'analisi, promuovono l'azione, permettono il progresso. Lo Stato è la patria, circonfusa di ricordi storici e letterarî. Il Comune è un prolungamento del focolare domestico dolcemente rischiarato dalle intime ricordanze personali. La Provincia non è nulla: nè un recinto d'interessi naturali, coordinati e ben distinti, nè un'isola di sentimenti vivi, concordi e differenziati. La più intellettuale delle sue funzioni è quella di decretare ogni anno la data d'apertura della caccia; il più importante dei suoi uffici è quello di governare i manicomî senza vederli. Le popolazioni non seguono con alcuna curiosità le vicende della politica provinciale; e il quesito dei manicomi non è annoverato fra quelli di dominio pubblico. I giornali non ne parlano: e i rappresentanti dei partiti popolari si affannano piuttosto a cambiare il nome d'una strada che al pensiero dei proletari impazziti pei quali i pubblici manicomî stanno aperti. Da una vuota circoscrizione amministrativa, che fu creata per imitazione dei Dipartimenti francesi, non possono scaturire nè attività feconde, nè entusiasmi generali. Nel 1530 Francesco Ferruccio moriva alla battaglia di Gavinana per la sua Firenze; migliaia d'eroi si immolarono per Roma, per Parigi, per l'Italia, per la Francia, per la Germania, per la Svizzera, per la Grecia. Ma chi sarebbe così fanatico da esporsi nemmeno alla noia d'un raffreddore per la propria Provincia? Anche il Governo, che in Francia influisce sulle elezioni dei Consigli generali e vigila sulla loro azione politica per mezzo dei Prefetti, non è in Italia che l'indifferente servitore dei Consigli provinciali. Tutto è permesso alle oligarchie che vi spadroneggiano senz'alcuna vigilanza nè dall'alto, nè dal basso: e i Prefetti non intervengono a reprimere abusi e negligenze, se non ricevono ordini espliciti dal Ministro dell'Interno, che a sua volta si sveglia soltanto in rare occasioni, cioè quando un'oligarchia più potente lo fa partire in guerra contro l'Amministrazione d'una Provincia mal vista dalla maggioranza delle altre.

Ma vi sono parecchie Provincie che non posseggono un manicomio proprio. L'Amministrazione provinciale, dovendo ciononostante provvedere al ricovero dei pazzi, ricorre ad Asili su cui non esercita alcuna autorità e si limita alla funzione automatica di pagare le spese. La legge italiana, copiando alla lettera la francese del 1838, prevede e permette quest'abdicazione, che in sè stessa non è punto cattiva. Ma la permette in varie forme, tutte biasimevoli, tranne una sola, che per fortuna è applicata in varie Provincie e riesce infatti il miglior correttivo ai difetti dei manicomi provinciali.

È biasimevole, ma la nuova legge non osò condannarlo, l'espediente

di consegnare i pazzi poveri a speculatori privati. L'Amministrazione provinciale, d'accordo col proprietario od imprenditore del manicomio, fissa la durata del contratto per un certo numero d'anni; accetta di pagare una tariffa per ogni giornata di spedalità goduta dai proprî infermi; e assicura all'Asilo di cui si fa cliente l'invio di tutti i pazzi che devono ricevere ricovero o per lo meno d'un numero sufficiente a riempire i locali. Ora, se le Provincie amministrano male il loro manicomio sia dal lato economico, sia dal lato sanitario, è certo che uno speculatore privato amministrerà assai peggio dal lato sanitario, se non dal lato economico, il manicomio che si trova in suo potere senz'alcuna restrizione o guarentigia. Non avendo da temere nè i reclami di malati incoscienti, nè lo scioglimento anticipato del contratto, nè la concorrenza di competitori che non esistono, nè l'azione d'un ispettorato veramente serio da parte dello Stato, nè la critica del pubblico, nè quella dei sonnolenti Consigli provinciali, l'appaltatore cercherà di trarre dalla sua impresa finanziaria il massimo lucro possibile a tutto danno dei malati. Per una combinazione che non è certo fortuita, io non ho mai veduto tanti cronici, tanti agitati, tanti sudici, tanti sitofobi e tanti morti quanti se ne trovano in manicomi di questo genere. Il rifiuto sistematico di scarpe, di calze, di giacchette, l'antipatia pei bagni, pei mezzi di riscaldamento, per le medicine, la tolleranza, anzi l'attrattiva per la camicia di forza sono una specialità dei ricoverati poveri che le Provincie affidano a speculatori; ma una specialità evidentemente artificiale, per non dire maliziosa.

Gli stessi inconvenienti si verificano in quei manicomî che, quantunque pubblici, fanno professione d'accogliere malati da tutte le parti. Ben sapendo che l'affollamento del manicomio è una fonte d'enorme risparmio, perchè il maggior numero di malati non accresce le spese generali (medici, infermieri, impiegati, illuminazione, riscaldamento, interesse del capitale), queste Amministrazioni più o meno pie non si fanno scrupolo di accettare o d'attirare con l'offa del buon mercato i pazzi di Provincie vicine e lontane che cercano di sbarazzarsene; e così il manicomio si riempie di ospiti *involontarî*, che vi stanno in condizioni d'igiene vergognose, come emigranti nelle stive dei grandi piroscafi. Io so d'un'Amministrazione che, per concludere un vantaggioso contratto con una Provincia esportatrice di pazzi e dovendo dimostrare di possedere i locali disponibili, ricorse allo stratagemma di sloggiare momentaneamente almeno 200 dei suoi ricoverati e di nasconderli altrove durante la visita d'ispezione.

Nell'Italia meridionale le Provincie prive di manicomio, e sono la massima parte, si associano tra di loro a gruppi di cinque o sei per crearsi un manicomio unico. Naturalmente le spese di questi grandi manicomi

interprovinciali sono più tenui; ma la lontananza dell'Asilo da tutte le Provincie tributarie, meno una, rende malagevole o pericoloso o impossibile il trasporto dei malati acuti e separa per sempre dalle loro famiglie i malati cronici. Si aggiunga che la vigilanza sempre pigra, spilorcia e inintelligente delle Amministrazioni provinciali diventa assolutamente nulla sopra questi manicomî lontani. La dipendenza da tanti padroni diversi e dispersi dà ai manicomî interprovinciali un'autonomia senza freno che li trasforma ben presto in case di speculazione. I pazzi, relegati a tanta distanza dal loro paese, dall'autorità che dovrebbe tutelarli e dai parenti che per la loro povertà non possono andare a visitarli, finiscono col trovarsi nelle condizioni di trovatelli al brefotrofio.

Qualche volta le Amministrazioni provinciali adottano questi miserevoli ripieghi in maniera parziale e tardiva. Non osando vendere il manicomio o affittarlo o rifiutare di costruirne uno nuovo, si ostinano a non ampliarlo quando la sua capacità risulta insufficiente, e preferiscono inviare altrove i malati in eccesso che vanno così ad ingrassare i bilanci di altre Amministrazioni. Ora, la popolazione d'un manicomio, come la tiratura d'un giornale, costa tanto meno (per ogni ricoverato) quanto più cresce, perchè l'aumento delle persone non conduce ad altro aumento di spesa che a quello del vitto e del vestiario, come l'aumento delle copie da stamparsi non implica che la spesa della carta. Le Provincie che disseminano fuori dal proprio territorio un certo numero di malati rinunziano ad un beninteso risparmio e si spogliano d'una responsabilità che, per quanto poco sentita, potrebbe influire beneficamente sulle condizioni del manicomio.

L'esperienza dimostra che i manicomî provinciali, se sono talvolta costruiti con lusso di spazio e d'architettura, non godono nè di una buona amministrazione, nè di alcuna attitudine a migliorare, ad ampliarsi, a progredire. Invece è provato che questi pregi si verificano nei *manicomî autonomi*, purchè abbiano il carattere d'Istituti pubblici e siano come tali soggetti alla legge delle Opere pie. Ma affinchè non degenerino anch'essi in aziende industriali, la legge attuale non basta. Bisogna che il manicomio autonomo sia richiamato perennemente ai proprî scopi di beneficenza e al retto trattamento dei malati da alcune circostanze estrinseche che si possono facilmente realizzare: 1.° il manicomio autonomo deve aver sede nel capoluogo della Provincia di cui ospiterà i malati o nelle sue vicinanze; 2.° esso non deve accogliere altri malati che quelli della Provincia in cui risiede. A questo modo l'Amministrazione sempre elettiva del manicomio autonomo dipenderà per la massima parte dal Consiglio comunale del Capoluogo, anzichè dalla Provincia, cioè da un'assemblea urbana, aperta all'influenza della pubblica opinione, affezionata ad un Istituto che vive tra le sue mura ed è suo, capace di vigilarlo senza comprimerne la li-

bertà, la forza espansiva e il progresso. Tutti i manicomî d'Italia che si trovano in simili condizioni progrediscono dal punto di vista sanitario e prosperano dal punto di vista economico. L'Amministrazione autonoma del manicomio trova un freno alle riforme intempestive nella necessità di chiudere il suo bilancio annuale senza *deficit*; ma in pari tempo riceve stimoli incessanti al perfezionamento tecnico delle istituzioni ospedaliere dal contatto continuo coi medici, con le famiglie dei malati, con l'Autorità provinciale a cui presta i suoi servigi, col Comune che l'ha nominata e che è il proprietario reale dell'Istituto, con l'opinione pubblica che è sempre desta intorno agli interessi comunali.

Solo un'Amministrazione pubblica che si occupi esclusivamente del manicomio, sorretta dalla simpatia e animata dalla vigilanza d'una popolazione colta e compatta, avrà il modo, il tempo e lo stimolo ad agire, conciliando la floridezza del bilancio col progresso dell'Istituto. Quest'obiettivo richiede un'organizzazione complicata e una serie d'iniziative quotidiane che non sono nemmeno pensabili senza l'accentramento dell'autorità tecnica e disciplinare nelle mani dei medici. I buoni manicomî dànno un largo sviluppo non solo alle colonie agricole, ma anche ad alcune industrie complementari che, giovando all'economia interna, rendono più operosa, più svariata, più piacevole e più dignitosa la vita dei ricoverati promossi al grado di utili collaboratori. Ma la collaborazione dei malati alle industrie interne del manicomio dev'esser promossa, interrotta, ripresa e moderata di giorno in giorno con criterî puramente sanitarî: le Amministrazioni non debbono ingerirsene, ma limitarsi a cavarne profitto con discrezione e seguendo la massima che a caval donato non si guarda in bocca.

In Italia non mancano esempî di fattorie, stalle, panifici, pastifici, calzolerie, fabbriche di maglie ed altre industrie che si svolgono nella cerchia d'un manicomio con vantaggio dell'Amministrazione e con diletto dei malati. Molti manicomî accolgono anche pensionanti agiati, da cui traggono un guadagno modesto e accumulabile a incremento dell'Istituto. La presenza degli agiati giova alla classe dei poveri che sono riuniti accanto a loro perchè obbliga l'Amministrazione ad elevare il tenor di vita generale pur di evitare contrasti troppo stridenti. D'altra parte la presenza dei poveri in locali vicini e dipendenti dalla stessa Amministrazione giova indirettamente agli agiati che, malgrado il loro numero assai più esiguo, possono partecipare ai vantaggi d'una grande comunità.

Sebbene queste riforme siano qua e là in gran parte già attuate e non presentino nulla di contrario agli interessi materiali e morali dei corpi elettivi che governano i manicomî, esse non possono esplicarsi in modo costante, coerente e completo, se non quando e dove i medici alienisti

sono investiti della necessaria autorità. Ora è vano attendere un'azione efficace da parte d'impiegati subalterni, la cui nomina è abbandonata al capriccio delle Amministrazioni, la cui parola è severamente vietata nel seno dei Consigli provinciali, le cui idee sono ignorate dal pubblico, i cui reclami contro l'Amministrazione si arenano senza risposta nei meandri del Governo centrale.

Per conferire ai medici del manicomio la necessaria indipendenza, bisogna sottrarre all'arbitrio dei Consigli provinciali e tanto più delle Deputazioni la loro nomina. Le nomine di tutti i medici debbono avvenire per concorso; le Commissioni giudicatrici devono essere formate d'alienisti eletti annualmente coi voti dei medici addetti a tutti i manicomi pubblici d'Italia; e il verdetto della Commissione dev'essere inappellabile. All'alienista si aprirebbe così una carriera non provinciale o comunale, ma nazionale, come negli impieghi dello Stato. Questa nazionalizzazione della carriera permetterebbe una larga e illuminata scelta dei medici più colti, una serie di rapide promozioni con eventuale cambiamento di residenza (se il promosso l'accetta), l'equiparazione degli stipendî nei varî gradi, la riversibilità delle pensioni da un bilancio provinciale all'altro, e l'emancipazione dei medici dalla tirannia, per non dire dai ricatti, dell'autorità amministrativa. Oggi invece le nomine non avvengono quasi mai per concorso; se si bandisce il concorso, è l'Amministrazione che chiama commissarî noti per la loro transigenza; e alla più disperata non si tiene alcun conto del loro giudizio. Così le Provincie possono, se vogliono, allevarsi una razza di alienisti docili e illetterati, dai cui progetti non avverrà mai che siano disturbate nella loro buddistica immobilità.

Concludendo, la carriera degli alienisti dev'essere nazionale; l'amministrazione dei manicomî dovrebbe essere autonoma, ma pubblica e possibilmente sotto l'egida di grandi Comuni urbani, come avviene anche adesso in molti manicomî d'Italia che costituiscono Opere pie di beneficenza ed hanno sede nel Capoluogo della Provincia; quanto al mantenimento dei pazzi, è bene che continui a gravare sui bilanci provinciali, almeno finchè esisteranno le Provincie. Che le Provincie siano esonerate dall'amministrazione dei manicomi, ma paghino: è la sola cosa che sanno fare. E d'altra parte esse sono divise in modo, che sembrano create apposta per albergare ciascuna un manicomio: s'intende un manicomio abbastanza popolato per consentire un'amministrazione economica, e abbastanza centrale per non riescire scomodo agli abitanti più lontani. Infatti l'Italia è divisa in 69 Provincie con una popolazione media di 500.000 abitanti ciascuna: si dovrebbero dunque contare 69 manicomî e, in ragione di 2 pazzi per ogni 1000 abitanti, 69.000 ricoverati, cioè 1000 in media per

ciascun manicomio. Libere naturalmente le Provincie più popolose (ve ne sono 5 con 1 milione o più d'abitanti) di accentrare i proprî alienati in un manicomio più vasto o di dividerli in due manicomî, se il territorio presenta difficoltà di comunicazioni.

Tenendo calcolo di tutto questo, è sperabile che cessi l'antagonismo finora così vivo tra le Amministrazioni pubbliche, che vorrebbero lo *statu quo* o il regresso o la liquidazione dei manicomî, e gli alienisti coscienziosi che ne propugnano il progresso con vigore di propositi, ma con povertà di forze. Il trionfo sicuro di queste forze nascenti opererà la trasformazione completa dei manicomî in ospedali, degli alienisti in medici, della psichiatria in scienza clinica.

INDICE ALFABETICO

A

Absinthe: azione convulsivante, 290.
Accessi: apoplettici, 435, 436; apoplettiformi, 364, 365, 387; epilettici, 290, 425, 552 e seg.; patogenesi dell'acc. epilettico, 573; epilettiformi, 364, 387; isterici, 524; jacksoniani, 395, 426; ubbriachezza apoplettica, 288; nell'alcoolismo, 290; nell'uremia, 329; nelle cerebropatie infantili, 426; nella sif. cerebrale, 445 e seg.
Acrofobia, 136.
Acusmi, 108, 124, 289, 295.
Acrofagia, 535.
Afalgesia, 540.
Afasia: motoria 166, 425, 443; temporanea, 364; sordità verbale, 166, 443; nei sordomuti, 228; cecità verbale, 166, 443; nell'uremia, 329; transcorticale o ideonucleare (Pitres). 166; amnestica, 166-171; sistematica dei poliglotti, 173.
Affettività: nella genesi delle idee ossessive, 139; vacuità affettiva, 188; nella genesi delle convinzioni paranoiche, 191; variaz. patologiche. 190-196; nella vecchiaia, 193, 433, 434; psicosi affettive, 452-496; nella classificazione delle mal. mentali, 257; atassia affettiva, 540; negli epilettici, 561; nei dementi precoci, 592, 594; minimum d'altruismo, 643; negli immorali impulsivi, 655; negli immorali insensibili, 657; negli imbecilli, 705, 715.
Afonia, 230; isterica, 538.
Aftongia, 227.
Agenesia: nei centri nervosi, 61; nelle cerebropatie infantili, 405, 411; delle traccie mnemoniche, 163; dei sentimenti etici, 657.
Ageusia, 212. 532, 538.
Agorafobia, 136. 504.
Agrafia, 168; del dettato 171; nel copiare, 171; per lesioni distruttive e per lesioni transitorie, 233.
Agrammatismo, 173, 375.
Akinesia algera, 532.
Alalia, 229.
Alcoolismo, 282-304; cause, 47, 52, 282-285; diffusione e distribuzione, 285, 286; ubbriachezza, 287, 288; sintomi dell'alc. cronico, 289-296; delirio di gelosia, 292; del. allucinatorio e demenza, 293; delirium tremens, 295, 296; patogenesi, 297, 298; anat. patologica, 299-301; cura, 301-303; profilassi sociale, 303, 304; convulsioni, 290; facies potatorum, 291; pseudo-paralisi degli alcoolisti, 293-295: e immoralità costituzionale, 655.
Alexia, 166; ad alta voce, 171.
Algofilia, 211, 462.
Algometria elettrica, 104; negli imbecilli, 704-705.
Allattamento: come causa di psicosi, 35.
Allucinazioni, 107-128: teoria, 110-126; allucinazioni psichiche o pseudo-allucinazioni, 127, 128, 598: configurate, 120; combinate, 121; nei sogni, 122; d'origine periferica, 123; unilaterali dell'udito, 124; nel delirium tremens, 295; nell'amenza, 315; nell'uremia, 328; nella paralisi progressiva? 377, 399; illusioni senili, 434; elementari nell'aura epilettica, 553; negli equivalenti protratti dell'epilessia, 557; nella demenza precoce, 597, 598; nell'ipocondria persecutoria, 600; nei paranoici, 698.
Altruismo, 642, 643.
Amaurosi, 537; idiozia amaurotica di Sachs, 417.
Ambliopia, 537.
Amenza, 313-327; cause, 36, 324 e seg.; delirio acuto 36, 324, 325; sintomi, 314-322; anatomia patologica, 82, 322 e seg.; diagnosi differenziale con la mania, 316; cura, 327; amenza uremica, 328, 359.
Amimia, 168, 222 e seg.; 369, 370, 371.
Amorfinismo, 298, 305, 307,
Amor greco, 216; lesbico, 216.
Amusia, 168; centro per l'esecuzione di musica strumentale, 29.
Anafrodisia, 538; congiunta a galanteria, 541, 542.
Analgesia, 479; termica nell'alcoolismo, 289; nell'amenza attonita (stupore), 317; del nervo ulnare, 377; negli immorali, 653.
Anartria, 226 372; negli ubbriachi, 288.
Anatomia patologica, 19; delle malattie mentali in genere, 57-96; della pellagra, 273; dell'alcoolismo cronico, 299; della

amenza, 322; dell'uremia, 329; del cretinismo, 339; del mixedema, 349: della paralisi progressiva, 389-399; delle cerebropatie infantili, 409; della demenza senile, 438; della sifilide cerebrale, 445; della sclerosi a placche, 450; dell'epilessia, 575; della demenza precoce? 615.
Anestesia, 105; nell'alcoolismo, 289; al freddo, 480; al dolore, 317; faringea, 539, 544; congiuntivale, 539; analgesia, 377, 479, 653.
Aneurismi miliari, 70, 88.
Angoscia precordiale, 467, 468; delirio angoscioso, 559; pseudo-angina di petto, 531.
Animismo, 5, 673 e seg.
Anomalie degenerative della mente, 257 e seg.; sotto forma d'infermità, 49; pervertimenti sessuali, 618; immoralità costituzionale, 641; paranoia, 668; imbecillità, 701.
Anoressia. isterica, 538; melancolica, 468.
Anosmia, 532, 538.
Apatia, 184, 188; amenza attonita, stupore inattivo, 317; forma apatica della paralisi progressiva, 379; nell'idrocefalo, 413, 414; nella fase cronica della demenza precoce, 608.
Aprassia, 168, 443.
Aritmomania, 137, 140.
Arteriosclerosi cerebrale, 88; con atrofia, 436; precoce o presenile, 436, 438; decorso, 436; diatesi costituzionale, 441; rapporto con la diatesi nevrastenica, 519.
Artiglio o *griffe cubitale*, 525.
Ascesso cerebrale, 33, 71, 449.
Asimmetria: del cranio, 50, 91, 421; del cranio e della faccia, 563 568; nella imbecillità, 703.
Aspergillosi, 267.
Associazione: centri associativi nella corteccia cerebr., 13-20, 28-31; leggi psicologiche dell'associazione, 130 e seg.; principio della *corrispondenza* (Spencer) 100, 131; rapidità. 133; rallentamento, 134; evocazione, 149; fantastica, 152; ridda delle idee, 315; sistematizzata (nei vecchi), 430; nei maniaci, 475; per assonanza, 476; affinità elettiva per le immagini lugubri, 459; allo stato spastico nelle ossessioni, 501; paradossale, 522, 531; sistematizzazione paranoica del delirio, 143, 681; trasformazione del delirio, 145, 681.
Astasia-abasia, 532.
Astereognosia, 120.
Astinenza: negli alcoolisti, 293; 295, 297, 302; morfinica, 298, 305, 307; sessuale (castità e continenza), 620.
Atassia: ad occhi chiusi nei pellagrosi, 270; mentale nell'amenza, 313: dei movimenti delicati nei paralitici, 367; gratica. 372; affettiva, 540; varietà atassica dell'astasia-abasia 532.
Atetosi, 424; emiatetosi, 421; doppia, 422.
Atrofia: delle cellule nervose, 81, 82, 85, 393, 405, 440, 577, 615; muscolare, 96, 421; asteriosclerotica del cervello (Alzheimer), 436: atrofie secondarie nei centri nervosi, 12, 61, 72; del nervo ottico, 424; lenta e diffusa degli elementi nervosi (senilità), 441.
Attenzione, 130: aspettante, 134, 479; nei paralitici progr., 359: nella diagnosi differenziale tra idioti e imbecilli, 413; negli imbecilli, 709.
Aura: epilettica, 109, 552, 553; nell'epilessia jacksoniana, 595; genesi, 555, 569: isterica, 525: ipnotica, 221-222.
Auto-intossicazioni: loro posto nella classif. delle mal. mentali, 257; nell'amenza, 326; uremia, 328: nella paralisi progressiva, 387, 388; nell'epilessia, 572, 573; per insonnia, 43, 44.
Automatismo, 198, 229; parola automatica e parola meditata, 29; nei movimenti ed atteggiamenti, 425: nell'epilessia, 560: fughe automatiche, 559; cosciente nella demenza precoce, 586, 592: memoria automatica degli imbecilli, 709.
Autonomasia, 173.
Avvelenamenti, 33: professionali, 47; azione sulle cellule nervose, 76, 81: loro posto nella classif. delle malattie mentali, 257.

B

Babinski: sintomo di, 237.
Balbuzie: ossessiva (Chervin), 137; congenita, 228; negli imbecilli, 714.
Barbarie: e pazzia, 46; nella cura dell'isterismo, 548; nel trattamento dei pazzi, 724.
Basedow: morbo di, 351-356; cura, 353; e isterismo, 356; tremito basedowico, 536; nella paralisi progr., 355.
Benommenheit (soggiogamento), 203.
Bettbehandlung (clinoterapia), 327, 473; metodo di Weir Mitchell, 550.
Blesità, 228.
Bolo isterico, 525, 535, 539.
Brachicefalia, 91.
Bradilalia, 226, 227, 372, 424, 564.
Bulimia, 211, 212; nella pellagra, 269; nella paralisi progressiva, 378; nei melancolici, 468.

C

Cachessia pellagrosa, 273; morfinica, 308; strumipriva, 335; pachidermica, 344.
Calcificazione di vasi cerebrali, 88.
Caldane isteriche, 525.
Campo visivo, 537.
Carattere: nella genesi delle idee ossessive, 139; secondo il temperamento fisico, 181; nelle varie età, 182; metamorfosi, 190; classificazione di Ribot, 191; nella genesi delle convinzioni paranoiche, 191, 192; sue alterazioni per traumi, 33, 192, 451; alterazioni diverse, 192, 196; nei vecchi, 193, 431;

epilettico, 194, 561; malattie mentali limitate al carattere, 194, 252, 253, 641 e seg.; degli alcoolisti, 291; dei morfinisti, 307; dei cocainisti, 312; dei paralitici, 359; delle isteriche, 194, 540 e seg; degli invertiti, 623; degli immorali, 641 o seg.; dei paranoici, 699; degli imbecilli, 705.
Carcinoma cerebrale, 72.
Case di salute: per alcoolisti, 303; per morfinisti, 310; per melancolici, 473, 474; per epilettici, 582.
Castrazione, 548, 662; come pratica religiosa, 671-672.
Catalessi, 203; soggiogamento morale, 203.
Catatonia, 204, 583 e seg., 587 e seg., 593; nella melancolia, 466; diversità dagli atteggiamenti passionali, 525: manifestazione di dishulia (assurdità degli atti), 208
Cause delle malattie mentali, 32-56, 731 e seg.; interne, 47 e seg.; somatiche, 32-36; psichiche, 2, 36 e seg.; sociali, 45 o seg.; diatesiche, 47-49; degenerative, 49 e seg.; ereditarie, 52 e seg.; classificazione etiologica delle malattie mentali, 257; per le singole malattie mentali v. i singoli capitoli.
Cecità psichica, 166; parziale, 537; esperimento di Régnard, 537, 538.
Cellule nervose: loro peso totale nell'uomo, 39; lesioni acute, 75-80; subacute, 81; croniche, 82, 83; reazione a distanza per ferita del cilindrasse, 77 e seg., 84, 85, 275, 299, 300, 323, 393, 405; atrofia, 81, 82, 85, 393, 405, 440, 578, 615; chimismo, 39-43; polidinamismo funzionale, 26; pigmentazione gialla, 82, 83, 393; in cromatolisi, 75 e seg. fino a pag. 84, 275, 300, 322 e seg., 440.
Cellule plasmatiche di Unna, 89, 396, 397.
Cenestesi, 102-104; in rapporto all'umore e al carattere, 181; perturbazioni isteriche, 183; aura isterica, 525; euforia e malessere per morfina, 307; euforia paralitica, 361; malessere paralitico, 362; stato generale dei nevrastenici, 500.
Centri psichici, 13 e seg., 28 e seg; gerarchia e unilateralità, 19; formazione dei centri nella filogenesi, 97, 98, 99; nel meccanismo delle allucinazioni, 110-116; bersaglio più esposto ai processi di cerebropatia infantile, 405; depositari di rappresentazioni, 28; come aree ultrasensitive dove si prenotano i simboli ideo-mnemonici, 160; loro evidenza nel fenomeno delle pseudo-allucinazioni, 127; somestetici, 103.
Cerebropatie degli adulti, 429-451; demenza senile, 430; sue varietà cliniche, 435; suo decorso, 436; sua anatomia patologica, 438 e seg.; sua patogenesi, 441; emorragia, ombolia, trombosi cerebrale, 442; sifilide cerebrale, 444: tumori cerebrali, 448; sclerosi a placche, 449; traumi al capo, 450.
Cerebropatie infantili, 404-428; lesioni speciali, 48; nella classificazione nosologica, 254, 255, 257; etiologia, 407; anatomia patologica, 409, 412; sintomi e forme cliniche, 413 e seg.; forma emiplegica, 421; diplegie, 422; complicazioni comuni alle due forme, 424; cura, 427, 738.
Cervelletto, 300.
Chemotropismo, 5; atti di chemotassi, 27.
Chimismo degli elementi nervosi, 37-43; massimo nei muscoli e minimo nel cervello, 518.
Chiodo isterico, 525, 540.
Cimbocefalia, 91.
Circolare (psicosi), 489-496; per cambiamenti organici legati all'età, 48; in rapporto alla cenestesi, 104; varietà circolare della paralisi progressiva, 380.
Cisticerco cerebrale, 73.
Civiltà: come presunta causa di pazzia, 45, 46; strapazzo psichico o sopralavoro corticale come causa di nevrastenia? 518; come ambiente favorevole alle *isteriche superiori*, 542; nel diritto penale, 646, 647; civiltà e miti, 680; calunnio maliziose a carico della civiltà, 731 e seg.
Clarke (colonne di), nella pellagra, 274, 275; nell'alcoolismo cronico, 301; nell'amenza, 324.
Classificazione: del carattere, 181, 190, 191; delle malattie mentali, 239, 260; di Esquirol, 243; di Griesinger, 243; di B. A. Morel, 244; di Krafft-Ebing, 245; di Morselli, 247; di Kraepelin, 248, 251; classificazione adottata in questo Trattato, 253,260.
Claustrofobia, 136.
Cleptomania, 360, 488.
Clinoterapia (*Bettbehandlung*), 327, 473.
Cocainismo, 312.
Collezionismo, 212.
Colonie di alienati, 646, 739.
Coma: per tumore cerebrale, 449; epilettico, 156.
Condotta, 201, 208; degli isterici, 542; stolidità, 586, e seg.; dei paranoici, 699.
Confusione mentale, 154, 156, 176; nella pellagra, 271, 272; nell'amenza, 314 e seg.; nella paralisi progressiva, 363; sintomi amenziali nella demenza senile, 434; nella sifilide cerebrale, 446; nella così detta *mania* epilettica, 558; nei casi di tumore cerebrale, 449.
Contagio psichico (per imitazione), 41; endemie mentali, 47; di padre in figlio, 52; nell'isterismo e in forma epidemica, 547; epidemie religiose in Russia, 671 e seg.; negli imbecilli come fattore di paranoia endemica, 710.
Contrattura, 238; tetano pellagroso, 269, 270; nella paralisi progressiva, 365; tipo spastico della paralisi progressiva, 369; rigidità generale nei cerebropatici infantili, 422, 423; nell'isterismo, 534; semivolontaria nella catatonia, 587.
Convinzioni: sbagliate nei normali, 644,

670; deliranti, 143-148; nella condotta dei paranoici, 699; apostasie degli imbecilli, 710; nella melancolia, 462, 463; erroneo sentimento di certezza nei pazzi (paramnesia affermativa), 176.
Convulsioni: nell'alcoolismo, 290; nella paralisi progressiva, 365; nelle cerebropatie infantili, 419, 425, 426; nell'isterismo, 525 e seg.; nell'epilessia, 552, 555.
Coprofagia, 211.
Coprolalia, 528.
Corea, 422; saltatoria, 528; elettrica, 529; ritmica, 529.
Corno d'Ammone, 576.
Corpo calloso: assenza, 65.
Corteccia cerebrale: sviluppo embriologico, 13-18; differenze di struttura nei vari territori, 20, 22; lesioni elementari, 74 e seg.; scompiglio degli strati corticali, 392.
Coscienza: sue condizioni anatomiche, 25-28; somicoscienza e incoscienza, 155; sdoppiamento, 170, 171, 543; raptus, 156, 185, 463, 467; negli epilettici, 558 e seg.; stato primo e stato secondo, 104, 170, 513.
Costituzione paranoica, 681.
Crampo degli scrivani, 231.
Cranio: alterazioni e anomalie, 91-94; nel cretinismo, 337; nella paralisi progressiva, 391; negli imbecilli (fig. 136 e 137), 704, 705; trapanazione, 402, 579; asimmetria, 421, plagiocefalia, 50, 91, 563, 568, 703.
Credulità, 150, 176, 360, 707.
Cretinismo: endemico, 337, 344; sintomi, 337 e seg.; anatomia patologica, 339; etiologia, 47, 340, 341; patogenesi, 342; cura e profilassi, 343; cretinismo sporadico, 330, 344-353; patogenesi, 348; anatomia patologica, 349; cura tiroidea, 350; risultati tipici della cura, 351 e seg.
Cromatolisi; forme con cui si presenta, 75-84, 275, 300, 322 e seg., 440.
Cuore: cardiopatie come causa di malattie mentali, 36; alterazioni nei pazzi, 95; ipertrofia, 291.

D

Decubito (piaghe da), 96, 378; cura preventiva, 405.
Deduzione, 131.
Deficienza mentale: 176; senza pervertimento, 405 e seg.; con pervertimento (imbecillità), 701 e seg.
Degenerazione: delle fibre nervose, 84-86; nella pellagra, 274; nell'alcoolismo, 301; incipienti nell'amenza, 324; nei fasci tangenziali e radiali del cervello, 394; nelle cerebropatie infantili, 412.
Degenerazione psichica, 49 e seg.; stigme degenerative, 49, 50; teoria di Morel, 54; rapporti con l'epilessia, 50, 51, 561; anomalie degenerative e loro posto nella classif. delle mal. mentali, 257 e seg.; negli alcoolisti inveterati, 291; negli imbecilli, non negli idioti, 413-417; negli epilettici, 561; con l'etichetta della degeneraz. somatica, 650; i suoi profeti, 731.
Delinquenza: in rapporto alla degeneraz. e all'epilessia? 50; in rapporto alle condizioni sociali, 51; come fenomeno patologico? 194; passionale, 196; e immoralità costituzionale, 611 e seg.
Delirio: sistematizzato, 143; di persecuzione, 144, 669, 683 e seg.; caotico, 153; di grandezza (ambizioso), 144, 147, 685; religioso, 144, 687; ipocondriaco, 144, 147, 362, 543; erotico, 144, 690; di pretensione, 145; pseudo-sciontifico, 145; dei querelanti, 145, 186, 212, 481, 669, 693; con cambiamento della personalità, 145; di colpa, 146; febbrile, 50, 154; di gelosia, 213; allucinatorio degli alcoolisti, 293; autoritario e di povertà, 213; impersonale, 669, 694.
Delirio acuto, 35, 272, 314, 324 e seg.
Delirium tremens, 275, 295 e seg.; nel morfinismo, 307.
Demenza: asimbolica (Heilbronner), 167; pellagrosa, 272; paralitica, 357; infantile (idiozia acquisita), 417; epilettica, 562; grafica, 600; verbale, 600.
Demenza apoplettica, 154, 436; riso spasmodico, 225.
Demenza precoce (vesania), 583-617; sintomi, 586 e seg.; decorso, 603; cause e natura, 259, 613; cura, 616; diatesi? 48; eredità similare, 53; pseudo-allucinazioni, 127; delirî paranoidi, 148; incoerenza del carattere, 195; assurdità del contegno, 207.
Demenza senile, 430-442; varietà cliniche, 435; decorso, 436; diagnosi differenziale, 437; anat. patologica, 438-441; patogenesi, 441; cura, 442; lacune di disintegrazione perivascolare, 438-439; accumuli di pigmento, 439; gliosi miliare e perivascolare, 440.
Demorfinizzazione *chimica*, 331.
Depressione sentimentale, 171, 176, 184 e seg.: sue alternative con l'esaltamento, 180; espressione mimica, 219 e seg., 459 e seg., 490; senza lucidezza nella pellagra, 272; nella cachessia morfinica, 308; nelle cerebropatie (con pianto), 444; nella melancolia, 458 e seg.; nella mania, 480; nella pazzia circolare, 489; negli epilettici, 557; apparente nei dementi precoci, 594; negli imbecilli, 708, 715.
Dermografia, 530.
Determinismo, 666; morboso, 731.
Diatesi, 47-49; melancolica, 456; maniaca, 456; d'incoercibilità psichica (nei nevrastenici), 502; nevrastenica, 519; arterio-sclerotica, 519; di contrattura, 532.
Difesa (delirio di), 145.
Dimagramento: nel morfinismo, 308; nell'amenza, 320; nella par. progressiva, 378; nella vecchiaia, 431.
Diplegia, 422 e seg.
Diplopia isterica, 533.
Dipsomania, 488.

Disartria, 226, 372, 424, 564.
Disfrasia, 229; intercalari, 229; neologismi, 229, 230, 697.
Disgensia, 212.
Disgrafia, 233.
Dismorfofobia, 136, 140, 508.
Disorientamento, 153, 314, 360, 433, 443, 562; per lacune mnemoniche, 154.
Distrofia: nella pellagra, 268, 269.
Dolicocefalia, 91.
Dolore: sensibilità dolorosa, 104; espressione mimica, 219 e seg.; nella melancolia, 460 e seg.
Dubbio delirante, 143; follia del dubbio, 136.
Dura madre: alterazioni in genere, 90; nell'alcoolismo, 299; nella demenza senile, 438.

E

Ebefrenia, 48, 153, 583 e seg.
Eboidofrenia, 648, 655.
Echinococco cerebrale, 73.
Eclampsia, 424.
Ecolalia, 205, 207.
Ecopraxia, 205, 207.
Ectasie dei vasi cutanei: nell'alcoolismo, 291.
Edema: isterico, 531.
Edema istologico del cervello, 89.
Edonismo, 199, 208.
Elettrolepsia (corea elettrica), 529.
Emianestesia, 536, 539.
Emianopsia, 30; omonima, 424, 426.
Emiatrofia totale; senza fenomeni paralitici, 421.
Emicorea, 421.
Emiplegia: infantile, 413, 415, 421; bilaterale, 417, 422; bilaterale spastica, 423; emispasmo, 425; emiplegia dei vecchi, 435; lacune di disintegrazione cerebrale, 70, 71, 438 e seg.
Emorragie: come causa di pazzia, 33, 35.
Emorragie cerebrali, 69, 411, 435, 442.
Emozioni: nella patogenesi delle mal. mentali, 37-42; loro fisiologia, 179; pavor nocturnus, 188, 189.
Encefalite: emorragica, 68, 73; meningoencefalite, 67; acuta, 411; suppurativa (ascesso cerebrale), 71, 74; sottocorticale progr., 436, 440.
Encefalopatie: loro posto nella classificazione delle malattie mentali, 257.
Enuresi, 236, 557.
Epondimite granulosa, 73; nella paralisi progr., 391, 394, 395; nella demenza senile, 439; nell'epilessia, 576.
Epilessia: rapporti con la delinquenza, la degenerazione, il genio, 50, 51, 109; aura epilettica, 109, 552, 555, 569; coma 156; accessi, 290, 425, 552 e seg.; diagnosi diff., 564; accessi parziali, 555; accessi opilettiformi, 364, 387; patogenesi, 566 e seg.; forme cliniche, 574; decorso, 575-579: unità di tutte le sindromi epilettiche, 567 e seg.; cura, 579; anatomia patologica, 575-579; epilessia procursiva, 557, 569; descrizione sistematica, 551-582; epilessia alcoolica? 290.
Episodi: amenziali nella demenza senile e nella par. progressiva, 326; morbosi nell'isterismo, 529 e seg.; deliranti nei degenerati (in realtà casi d'amenza), 313, 314; d'esaltamento nella imbecillità e nella paranoia, 484; di depressione nelle stesse psicosi, 472; della demenza precoce, 454; nevrastenici, 141.
Equivalenti (dell'accesso epilettico), 551, 556; loro mancanza nell'epilessia dei cerebropatici infantili, 426.
Eredità, 52-56; rigenerazione come correttivo dell'eredità morbosa, 56; nell'imbecillità, 255, 257, 414; nell'isterismo, 514; nell'epilessia, 566, 567; nella demenza precoce, 613; dell'immoralità costituzionale, 662; imbecilli di razza, 702.
Ereutofobia, 136, 509.
Ergotismo, 47.
Ergriffenheit. 186.
Eritema pellagroso, 268, 269.
Erotismo: nei vecchi, 432; delirio erotico, 690; negli imbecilli, 707.
Esaltamento sentimentale, 185 e seg.; come fattore di ipermnesia, 171: suo alternative con la depressione, 180; nella paralisi progr., 361; nella mania, 474: espressione mimica, 220, 475, 490; negli imbecilli, 708, 715.
Esaurimento, 169: psicosi da, 176.
Esibizionismo, 214.
Espressione mimica, 197, 218; anomalie, 219-226; forma, 564: di stupore, 589, 614; di concentrazione catatonica, 588, 589; di dolore fisico, 593; ostentata (a comando), 595; allucinatoria, 596, 598; paranoide, 600; nei vari stadi della demenza precoce, 605; meravigliata, 704; d'imbecillità. 705.
Essenziale: esiste un'epilessia essenziale? 522, 566-575.
Età: come causa predisponente di psicosi, 48; il carattere nelle varie età, 182; ammesia della nozione relativa, 433; nella demenza precoce, 603; nella demenza senile, 432; nella demenza presenile, 432.
Etat criblé, 71.
Eterismo, 47.
Eterotopie: nei centri nervosi, 64; dei pellagrosi, 274.
Euforia, 177, 179; nella pseudo-paralisi pellagrosa, 273; origine storica della parola. 305; morfinica, 306, 307; paralitica, 361, 376; ostacolo nella cura, 402.

F

Familiali (forme): di cerebropatia infantile, 415.
Fantasia, 152; negli alienati, 192; nei primitivi, 673; negli imbecilli, 711, 712.
Fatica: dei centri nervosi, 37-42; dei nervi, 40-41; dei muscoli, 41; senso della fatica, 103; reazione miastenica nei nevrastenici, 498; sua origine nella nevrastenia, 518.
Favella, 226; parola scandita, 227; centri

corticali, 29; regresso della funzione nei cerebropatici infantili, 417; balbuzie, 137, 228, 714; anartria, 226, 288, 372; disartria, 226, 372, 424, 564; afasia, 166, 171, 173, 228, 329, 364, 425, 443.
Febbre: nella pellagra, 270; nel delirium tremens, 296; nell'amenza, 320; nella paralisi progressiva, 366; noll'emiplegia infantile, 421; isterica, 531; nello *stato epilettico*, 555; pretesa mancanza di febbre nei pazzi, 728.
Fegato: alterazioni nei pazzi, 95; nell'alcoolismo, 291.
Feticismo, 215, 637-640.
Fibre nervose: loro lesioni in generale, 84-86; come organo di conduzione separata, 99, 100; come organo di comunicazioni internucleari, 166; afasie per dissociazione, 172, 174; nella pellagra, 274; degenerazione primaria nell'amenza, 324; nella paralisi progr., 389, 394; degenerazione sistematica delle fibre tangenziali, 389, 390; dei fasci piramidali e dei cordoni posteriori, 397; nelle cerebropatie infantili, 412; metodi di colorazione, 59.
Fobie, 135-143, 225, 501-513; ossessioni nell'isterismo, 543; nell'esordio nevrastenico della paralisi progr., 362, 514.
Focolaio: lesioni circoscritte del cervello, 60; perivascolari, 65; f. necrotici, 65; d'origine ematogena, traumatica e propagata, 69-73; come causa d'amnesia, 171; nella capsula interna, 376; eccezionali nella paralisi progr., 387; nel determinismo dell'accesso convulsivo, 409; loro importanza caratteristica in tutte le cerebropatie degli adulti, 429, 432, 435, 441, 450, 451; nell'epilessia, 568 e seg.; nella diagnosi differenziale fra sifilide cerebrale o par. progr., 399.
Fosfati: nel ricambio dei melancolici, 42; loro formula nell'orina delle isteriche, 526, 527.
Freund (afasia ottica), 173.
Fughe: nella demenza precoce, 594; automatiche degli epilettici, 559; dai manicomî, 739.
Funghi del mais, 263, 264, 267.
Furore, 187, 222; nell'alcoolismo, 293; nella par. progr., 363; nell'incoscienza del raptus melancholicus, 466: improvviso nell'alcoolismo, nell'epilessia, nell'imbecillità, 481; nella mania periodica, 488; nella *mania* epilettica, 558; negli imbecilli, 705, 715.

G

Genio: concezione catastrofica, 42, 51; criterio di distinzione, 648.
Genitali (organi): alterazioni nei pazzi, 96; nei cretini, 338; nel mixedema, 351; algesie localizzate nella nevrastenia, 499; loro anestesia nelle isteriche, 538.
Gergo, 653.
Glicemia, 35.
Glioma, 71.
Gliosarcoma, 72.
Gliosi: miliare, 87, 440; perivascolare, 440; sottoependimale, 73, 391, 394, 395, 439, 576; diffusa, 73, 404, 405, 411; e microcefalia virtuale, 419: intorno ad una lacuna di disintegrazione, 72; epilettica, 88, 576, 577.
Globo isterico, 525, 535, 539.
Gomme cerebrali, 72; meningite gommosa, 445; gomme e irite sifilitica, 447.
Gonococco, 96.
Griffe cubitale, 72.
Grübelsucht, 137, 510.
Guarigione: incompleta, 152; sua manifestazione mimica nei melancolici, 220; conestesi dei guariti e dei convalescenti, 202, 617; della paralisi progressiva? 384; della melancolia, 470 e seg.; temporanea, 604; della demenza precoce? 604 e seg.; con saviezza relativa, 617; senza ricordo della psicosi pregressa, 481; della paranoia? 682.
Gusto, 106; alterazioni nella pellagra, 269; agensia, 212, 538; allucinazioni quasi dolorose nella par. progr., 377.

I

Idealità erotica: 215; particolarismo, 216.
Idee: psicologia normale dell'ideazione, 129-132; patologia, 132-156; rapidità, 133; idee prevalenti, 135, 146; idee ossessive, 135-143; quantità, 148-152; evocazione, 149; ordinamento, 152-155.
Idiozia (acquisita), 404-428; diagnosi differenziale con l'imbecillità (congenita), 406, 413, 417, 54, 55; nella classificazione nosologica, 255, 257.
Idrocefalo, 50, 61, 66; contrasto psicologico con la microcefalia, 413, 414; esterno nella demenza senile, 438; nella paralisi prog., 391.
Illusione, 107, 125; palinguostica, 133, 478; nei dementi senili, 434; nei maniaci, 479.
Imbecillità, 701-723; aspetto degli imbecilli, 702; stigme degenerative, 703; sensibilità, 704; affettività, 705; intelligenza, memoria, attenzione, 709; fantasia, 711; movimenti, 713; pronuncia, 714; varietà cliniche, 715; morale, 150; nella classif. nosologica, 255, 257; diagnosi differenziale con l'idiozia, 406, 413-417; eredità, 53.
Imitazione: nelle malattie mentali, 44; nel morfinismo, 309; incoercibile nello isterismo, 523, 547; talento d'imitazione negli imbecilli, 706; nelle endemie religiose, 710, 711.
Immoralità costituzionale (pazzia morale), 641-647; criterio etico nella diagnosi, 643 e seg.; evoluzione del concetto nosologico, 648 e seg.; manifestazioni cliniche, 653 e seg.; trattamento, 661 e seg.; sua incompatibilità con la tesi del libero arbitrio, 194; per traumi del capo, 415; ereditarietà, 417.
Impotenza, 137, 138, 218, 338, 378, 627;

per ossessione nei nevrastenici, 512; per preconcetto, 636, 639.
Impulsività: dei melancolici, 446; dei maniaci, 478; degli epilettici, 557; monomanie impulsive? 137, 141; raptus, 156, 185, 463, 467.
Inanizione, 35.
Incesso: negli imbecilli, 713.
Incoerenza, 155, 176; del carattere, 195.
Incoordinazione: ad occhi chiusi nei pellagrosi, 270: dei movimenti delicati nei paralitici, 367; grafica, 372.
Indemoniati, 47.
Indice cefalico, 91.
Induzione, 131.
Infantilismo: affettivo, 191; nel cretinismo, 338; nel mixedema, 345, 348; nelle cerebropatie infantili, 419, 420; nell'immoralità, 649; erotico, 619; nel sonno, 189; nei caratteri anatomici degli elementi nervosi, 405.
Infecondità: 54; artificiale negli immorali, 662, 663.
Infezioni: come causa di pazzia, 33; con postumi d'amenza, 313; con elettività per l'epitelio specifico della tiroide nel cretinismo? 344; provocatrici di gliosi nei cervelli giovani, 404; come causa d'epilessia, 567.
Inibizione, 201, 471; elusa dalla suggestività isterica, 523; soggiogamento morboso (*Benommenheit*), 203.
Insonnia, 43, 44; nell'amenza, 319, 320; nella par. progr., 362; nella melancolia, 468; criterio per la diagn. differenziale tra la melancolia e gli episodî depressivi di altre psicosi, 471; nella mania, 477; nella nevrastenia, 501.
Intercalare (tic verbale), 229.
Interdizione, 131, 642, 664, 665, 722.
Interrogativa (ossessione), 137.
Intestino, 95; nella pellagra, 276; enteroptosi nella nevrastenia, 518.
Intossicazione: come causa di pazzia, 33; nella pellagra, 264 e seg.; indiretta nell'alcoolismo, 297 e seg.; indiretta nel morfinismo, 306; autointossicazione, 257, 326, 328, 387, 388, 572, 573; autointossicazione per insonnia, 43, 44.
Inversione sessuale, 216–218, 621 e seg.
Iperestesia, 105; della regione ovarica sinistra, 539; dolorosa, 540; della cenestesi nella nevrastenia, 103, 500; iperacusia, 479, 540; afalgesia, 540.
Iperleucocitosi, 388.
Ipermimia: catatonica, 206; melancolica, 220; scimmiesca negli imbecilli, 224; spasmodica, 224, 225; maniaca. 480.
Ipertermia: effetti sulle cellule nervose, 75; febbre, 270, 296, 320, 366, 421, 531, 555.
Ipertonia: nella pellagra, 269; come postumo delle paralisi isteriche, 522; generale nelle cerebropatie infantili, 422 e seg.; esaltamento dei reflessi tendinei 233, 308, 368, 419, 432, 500; catatonia, 204, 466, 583, 587, 593; arco di cerchio, 525; atteggiamenti plastici delle isteriche, 525.
Ipnotismo, 303, 311; e isterismo, 522; stigme vasomotorie per suggestione ipnotica, 530.
Ipocondria: da trauma, 33, 37; per irritazione dei centri somestetici, 103; delirio ipocondriaco, 144, 147: nella paralisi progr., 362; nella nevrastenia, 500, 506: nell'isterismo, 543; negli esordî della demenza precoce, 604; *persecutoria* come forma tardiva di vesania (Lugaro), 600, 505.
Irresponsabilità, 196, 253, 513, 641, 667, 713, 738.
Isolamento: 550, 725.
Isterismo, 522–550; traumatico, 523, 544, 546, 547; grande accesso, 524 e seg.; aura, 525; infantile, 545; eredità, 544; per imitazione, 44, 547; cura, 548 e seg.; e ipnotismo, 522; stigme, 538 e seg.; stigme per suggestione, 530; transfert, 549; metodo curativo di Dejerine, 550; amaurosi isterica, 107; allucinaz. visive, 109; ossessioni, 141; pavor nocturnus come preludio o residuo d'isterismo, 189; umore e carattere, 194, 196; contagio isterico, 44; e basedowismo, 356.
Istero-nevrastenia, 497.
Istinto, 197, 198, 210; di conservazione individuale, 210–214; sessuale, 214–218: sua precocità negli immorali impulsivi, 655; d'attaccamento alla vita, 210, 561; d'integrità corporale, 211; sue eclissi per ossessione motrice, 466; dell'alimentazione, 211, 212, 320, 378, 463, 538; pudore, 214.

J

Jumping, 44.

K

Kelp (anomalia di), 50.

L

Lacune: di disintegrazione cerebrale, 70, 71, 438, 439.
Lambdacismo, 228.
Latah, 44.
Leucocitosi, 298; iperleucocitosi, 388.
Libero arbitrio, 194, 641, 642, 666.
Lipomi: sopraclavicolari nel mixedema, 347.
Liquido cefalo-rachideo: idrocefalo, 50, 61, 66, 391, 413, 414, 438.
Localizzazione anatomica: delle funzioni psichiche, 1–31; riassunto storico, 3–7; determinazioni sperimentali, 8–13; embriologiche col metodo di Flechsig, 13–18; istologiche nei vari territori della corteccia cerebrale, 20–22; legge della *valanga*, 23–27; frazionamento pluricellulare dei processi elementari, 26; condizioni anatomiche della coscienza, 25–28; decentramento gangliare negli artropodi, 97, 98; accentramento-corticale nei vertebrati, 99; centri psi-

chiei, 13 e seg., 19, 28 e seg., 103, 110, 116, 127, 160, 405; nell'emisfero destro 20, 29, 168
Logolatria, 679.
Lycanthropia, 463.

M

Macrocefalia, 50, 91.
Macrografia, 232, 372, 373, 715.
Maeromimia, 224, 432.
Mais: ammuffito, 263 e seguenti; maidismo, 47, 264-267.
Mancinismo, 563.
Mania e ipomania, 474-489; ideorrea maniaca, 475; insonnia, 477; impulsività, 478; illusioni, iperacusia, oligoideismo, analgesia, 479; decorso, 480 e seg.; stupore maniaco, forme remittenti, delirio di querela, 481; forma cronica, 482; iperemia cerebrale? 482; diagnosi differenziale, 483 e seg.; cura, 485; mania periodica, 487.
Manicomi, 1, 320, 328, 472, 473, 616; giudiziari, 666; organizzazione, 723-746; miglioramenti sperabili, 726; restrizioni legali, 729; censimento dei pazzi, 731; surrogati, 734; istituti d'osservazione, 735; allontanamento dei vecchi ed anomali, 737; colonie agricole, 646, 739; amministrazione, 740; autonomia, 743; medici, 727, 745; custodia domestica dei pazzi, 734; pazzie da manicomio, 253.
Manierismi: nella demenza precoce, 588.
Masochismo, 216, 639.
Mastzellen, 89, 397.
Mattoidi, 115, 669, 694.
Megalomania, 362.
Melancolia: suo posto tra le malattie mentali, 257, 258, 452-458; descrizione nosologica, 458 e seg.; dolorabilità psichica, 459; varietà irritabile e varietà patetica, 461; algofilia, 462; raptus, 156, 185, 463, 467; deliri, 463 e seg.; allucinazioni? 465; abulia e disbulia, 465; attonita, 466; perplessa, 465; angoscia precordiale, 467, 468; inappetenza, 468; stitichezza, 469; disturbi del senso genetico, 469; decorso, 470; diagnosi differenziale, 471; cura, 472 e seg.; forma periodica, 486; forma senile, 437, 487; forma involutiva, 487.
Memoria, 157-176; come prerogativa dei centri psichici, 16; lacune mnemoniche come causa di disorientamento, 154; organica, 158; formazione delle traccie mnemoniche, 159 e seg.; conservazione delle tracce, 161; evocazione del ricordo, 161, 162; riconoscimento, 162; coesione interna degli elementi mnemonici, 163; patologia, 163-176; agenesia delle tracce, 163 e seg.; cancellazione, 164-169; afasia motoria ed altre forme d'afasia, 166; astereognosia, asimbolia tattile, 167; amnesie transitorie, 169; amnesia retrograda, anterograda, retroanterograda; 33, 169, afasia amnestica, 166, 171; parammesie, 175; nei vecchi, 176, 433; della pregressa psicosi, 481, 482; nell'epilessia, 557, 559; localizzazione in centri ultrasensitivi, 160; ipermnesie sistematiche degli imbecilli, 164; illusione d'anteriorità, 175; reviviscenza dei ricordi antichi nell'involuzione senile, 166.
Meningite: sierosa, 66; tubercolare, 72; sifilitica, 72, 445; meningo-encefalite, 67, 426.
Menopausa, 48; come predisponente all'ipocondria persecutoria, 600, 605.
Mericismo, 236.
Metaplasia (della sostanza grigia), 64; scompiglio degli strati corticali, 392.
Metasifilide, 386, 567.
Metodi istologici: di Nissl, 58; di Golgi, 58; di Weigert (per le fibre mieliniche), 59; di Weigert per la nevroglia, 59; di Marchi, 59.
Microcefalia, 61, 62, 91; otavica o patologica? 406; psicologia dei microcefali, 413, 414; in due fratelli, 416; con emiplegia, 421; submicrocefalia degenerativa negli imbecilli, 704, 705.
Microgiria, 62, 63, 412.
Micromania, 213.
Micromielia, 62.
Mielinizzazione, 13-18.
Milza: alterazioni, 95.
Mimica, 197, 218-226; centro mimico, 29, 224; maeromimia nei vecchi, 224, 432; dismimia e paramimia, 425; dei melancolici, 459, 460, 461, 469; ipermimia dei maniaci, 480; espressione mimica negli epilettici, 564; catatonica, 588, 589, 593; grottesca d'un demente precoce, 595; espressiva nella demenza precoce, 596, 598, 600, 605; nella paranoia, 686, 688; negli imbecilli, 703, 704, 705.
Miosite, 301.
Misofobia, 136, 140, 505.
Misticismo, 671 e seg.
Mitologia, 673, 677.
Mixedema (cretinismo sporadico), 53, 344, 353; radiografie, 317; ritratti, 345, 346, 351, 352; patogenesi, 348; anatomia patologica, 349; cura, 350 e seg.; curva del peso corporeo durante la cura tiroidea, 353; antagonismo psicologico tra mixedema e immoralità costituzionale a tipo impulsivo, 663.
Mogigrafia, 231.
Monobulia, 203; catatonica, 203-208; ossessiva, 208-219; morfiomania, 307; come ossessione motrice nel raptus dei melancolici, 466; falsa monobulie, 137.
Monomanie: impulsive, 137.
Monsterzellen, 70, 73, 87, 394, 578.
Morfinismo, 304-311; patogenesi, 305; sintomi, 306-308; cause, 308; cura, 309.
Movimenti: psicologia, 197-201; sistematizzati, 205; espressivi, 218 e seg. fino a pag. 234; riflessi, 235.
Muffe del mais, 263, 264.
Mutacismo, 230, 273.
Mutilazioni (volontarie), 211, 594.
Mutismo (senza sordità), 427; volontario, 230, 273; isterico, 533.

N

Necrofilia, 640
Nefrite: parenchimatosa cronica nella pellagra, 269; alcoolica (Hertz), 298; nell'uremia, 329; nella paralisi progr., 399; nella demenza senile, 441.
Negativismo, 204, 466, 469, 590, 591, 592, 593.
Neografia, 205, 207.
Neolalia, 205, 207.
Neologismi, 229, 230, 697.
Neuronofagia, 85, 87, 395.
Neuro psicosi: loro posto nella classificazione delle mal. mentali, 257.
Nevralgie, 36, 196, 377.
Nevrastenia, 497-521; idee ossessive, 135-143; stanchezza, 498; parestesie, 499; algesie localizzate, 499; sintomi obiettivi, 500; stato generale, 500; sintomi psichici (psicastenia), 501; diatesi di incoercibilità psichica, 502; agorafobia, 504; misofobia, 505; patofobia, 506; dismorfofobia, fobia della responsabilità, 508; ereutofobia, 509; ossessione del come e del perchè, 510; idee ossessive d'azione, 511; diagnosi differenziale, 513 e seg.; patogenesi, 517; cura, 519; episodî nevrastenici nello isterismo, 497, 544; nella paralisi progressiva, 382; nella demenza precoce, 514, 515, 516; episodî nevrastenici nella tisi polmonare e nella tabe, 141.
Nevrite, 86, 104; del vago, 291; nell'alcoolismo, 290; del nervo peroneo, 301; nella paralisi progr. 397, 398; nella demenza senile, 432.
Nevroglia: alteraz. patologiche in generale, 86, 87; capacità migratoria, gliogena e fagocitaria, 87; glioma, 71; gliosi, 72, 73, 87, 88, 391, 394, 395, 404, 405, 411, 439, 440, 576, 577.
Nistagmo, 424, 368.
Nucleo delle cellule nervose: sua lateralizzazione patologica, 78, 79, 82, 323; aumento della colorabilità nei processi cronici, 78, 84, 85, 323, 324; raggrinzamento e colorazione omogenea, 440.

O

Olfatto, 106; anosmia, 532, 538.
Omosessualità, 216 e seg., 621 e seg.
Onanismo, 218, 602.
Oppiofagismo, 47.
Ossa: alteraz. nei pazzi, 96; nella cura tiroidea del mixedema congenito, 317, 350 e seg.
Ossessione, 135-143; patogenesi, 138; fobie, 191; motrice, 466, 511; a tema speciale, 504-519; nell'isterismo, 497, 504; nella paralisi progr., 382; nella demenza precoce, 514 e seg.; diatesi (nella nevrastenia), 502; d'impotenza, 137, 138, 512, 636, 639; dei *tunnels*, 136, 141.
Ossimorfina, 298, 306, 307.
Ostentazione, 191; menzogne isteriche, 541; nella demenza precoce, 586, 606.
Ottico (nervo) nell'alcoolismo, 289; nelle cerebropatie infantili, 424; nella epilessia, 576.

P

Pachioni (granulazioni), 90.
Parabulia, 205.
Parafasia, 443, 444.
Paragensia nella pellagra, 269.
Paralisi bulbare: sindrome nella paralisi progressiva, 364, 366.
Paralisi progressiva, 357-403; processo demenziale, 357 e seg.; stati d'animo e deliri, 361 e seg.; crisi ed accessi, 366 e seg.; sintomi motori, 367 e seg.; disturbi della sensibilità, 376; disturbi viscerali e trofici, 377 e seg.; varietà cliniche, 379 e seg.; decorso, 381 e seg.; etiologia, 34, 35, 48, 384 e seg., patogenesi, 386 e seg.; anatomia patologica, 389-399; diagnosi differenziale, 399; cura, 400 e seg.; forma giovanile, 380; pseudo-paralisi progressiva, 47, 273, 293 e seg., 399.
Paramnesia: dubitativa, 175; affermativa, 176.
Paranoia, 668-700; manifestazioni cliniche, 681 e seg.; trattamento, 700; contagio paranoico, 44 e seg; convinzioni paranoiche, 143 e seg.; forma combinatoria e forma fantastica, 148; mancanza di critica nei paranoici, 150; riscontri con la psicologia dei primitivi, 670 e seg. fino a pag. 680; di persecuzione, 682; ambiziosa, 685; religiosa, 687; dei querelanti, 693; con delirio impersonale, 694 e seg.; neologismi, 697; allucinazioni? 698; condotta, 699; trattamento, 700; rudimentaria, 142; climaterica, 48.
Paranoidi: stati e deliri, 241, 363, 379, 462; varietà paranoide della vesania, 283, 585; differenza di fronte ai deliri paranoici, 680.
Paraplegia, 410, 423, 532.
Parasifilide, 386, 567.
Paratiroidi: scoperta di questo glandulo, 331; loro funzione, 331 e seg.; nel mixedema congenito, 349; nelle autopsie di mixematosi, 350; nel morbo di Basedow, 355.
Parestesie, 105; nell'alcoolismo, 289; nella paralisi progressiva, 377; nella nevrastenia, 499.
Parossismi isterici: grande accesso, 524 e seg.; modificazione dell'orina, 526; parossismi minori, 528.
Particolarismo erotico, 216, 620, 638.
Passioni, 43, 190 e seg.; atteggiamenti passionali, 525; negli epilettici, 561; e delinquenza, 196.
Patofobia, 136, 506.
Patogenesi delle malattie mentali: generalità, 2, 240 e seg.
Pavor nocturnus, 188, 189, 494.
Pazzia comunicata, 44, 671 e seg., 710.
Pellagra, 261-281; etiologia, 36, 47, 53,

caratteri morfologici e venefici del mais ammuffito, 263 e seg.; patogenesi, 264 e seg.; sintomi, 267 e seg; anatomia patologica, 273-279; profilassi e cura, 279 e seg.; locande sanitarie, 280.
Pensiero ad alta voce, 118.
Personalità: delirio di cambiamento, 145, 361; nella nozione delle malattie mentali, 252 o seg.; nell'uranismo, 624; deliri impersonali, 669, 694.
Pervertimenti: degli istinti, 210-218; del carattere, 33, 192, e seg., 252 e seg., 291, 307, 359, 431, 451, 540 e seg., 561, 623, 641 e seg., 705; sessuali, 618-640, 215, 292, 308, 469; uranismo, 619 e seg.; feticismo, 637; masochismo e sadismo, 216, 639; necrofilia, 640.
Pia madre, 89.
Pianto, 219; localizzazione del centro cerebrale, 224; spasmodico, 225, 435; nei maniaci, 480, 482; nei melancolici, 461.
Pica, 211.
Pigmento: nelle cellule nervose, 82, 83, 392, 393.
Piloro: insufficienza isterica, 584.
Placche gialle (di Cotard), 64, 411.
Plagiocefalia, 50, 91, 421, 568.
Plasmazellen (cellule plasmatiche), 89, 396 e seg.
Plasticità: funzionale degli isterici, 523, 530; nella catatonia v. questa voce.
Polionevrite: psicosi polinevritica, 296; nell'alcoolismo cronico, 301.
Polioencefalite, 67, 415.
Poliomielite anteriore, 67.
Poliuria, 526.
Porencefalia, 65, 411.
Porosi cerebrali, 71.
Pregiudizi, 1, 671.
Primitivi: loro psicologia in rapporto con la paranoia, 673 e seg.
Profilassi, 279, 303, 393, 428, 661.
Prurito senile, 432.
Pseudo-allucinazioni, 127, 128, 598.
Pseudo-angina di petto, 168, 499, 531, 540.
Pseudo-paralisi progressiva: da piombo, 47; da ossido di carbonio, 17; da pellagra, 273; alcoolica, 293, e seg., 399; da sifilide, 399.
Psicastenia, 504.
Psicosi: acute nei degenerati, 260; affettive, 257; polinevritica, 296; tiroidee, 257, 330-356; nell'isterismo, 543.
Pupille: reazione, 237 e seg., 367 e seg. 383, 424, 431.

Q

Querelanti, 145, 186, 212, 481, 488, 669, 693; querimonie e recriminazioni dei dementi senili, 433.

R

Railway spine, 36, 523, 546, 547.
Rammollimento cerebrale, 70, 435, 438.
Raptus: melancholicus, 156, 185, 463: prolungato, 467.
Reazione a distanza della cellula nervosa, 77-80, 300, 323, 393, 405.
Reflessi, 197: reazioni riflesse e reazioni coscienti, 198; viscerali, 235; patellari, 236; cutanei, 237; pupillari, 237; nella pellagra, 269, 273; nella cachessia morfinica, 308; nella par. progr., 368 e seg.; nello cerebropatie infantili, 419; nei vecchi, 432; nei nevrastenici, 500; reazioni paradosse dell'isterismo, 522; epilessia riflessa, 571.
Religione: nei pazzi morali, 655; e credulità, 670 e seg.; sue nuove incarnazioni in Russia, 671 e seg.; rapporto con la paranoia, 677, 688; nel trattamento dei pazzi, 724; delirio religioso, 144, 687; delirio di dannazione, 462, 146; nelle intelligenze deboli, 192.
Remissioni, 321, 382, 481.
Reni, 95; nefrite, 269, 298, 329, 399, 441.
Responsabilità: fobia della, 508; irresponsabilità, 196, 253, 513, 641, 667, 738; civile degli imbecilli, 713; nell'ubbriachezza abituale, 665.
Ricambio materiale nei centri nervosi, 37-42; nella nevrastenia? 520.
Rigenerazione: psichica, 56, 461 e seg.; dei nervi, 86.
Ripetizione (allucinatoria) del pensiero, 110.
Riso, 200, 220, 224, 435.
Rotacismo, 228.
Rupofobia, 136, 140, 505

S

Sadismo, 216, 639.
Sarcomi cerebrali, 72, 499.
Schifo: mancanza, 658, 704; esagerazione parziale, 136, 140, 213, 505.
Scialorrea, 480.
Sclerosi a placche, 73, 449 e seg.
Sclerosi tuberosa, 68, 87, 426; lobare, 64, 411; diffusa, 73; isomerfa, 411; circoscritta, 411; del corno d'Ammone, 576; a placche, 73, 419 e seg.
Scrittura, 218, 231 e seg.; a specchio, 234; degli alcoolisti, 290; dei paralitici, 372-375; dei dementi precoci, 600 e seg.; degli imbecilli, 715.
Senilità, 193; anticipata nella pellagra, 270; demenza senile, 430 e seg.; carattere senile, 182, 193, 431, 435; pigmentazione gialla delle cellule nervose nell'età avanzata, 82, 393; forme presenili di arteriosclerosi, 436; loro differenze dalla paralisi progr., 438.
Sensibilità, 97-128; fisiologia generale, 97-101; conestesi, 102 e seg., 181, 183, 307, 361 e seg., 500, 525; tattile, termica, 104; genetica, gustativa, olfattiva, 106; uditiva, 107, 479, 540; visiva, 107; allucinazioni e illusioni, 107 e seg.; dissociazione siringomielica, 537.
Sentimenti, 177-196; umore, 178 e seg.; emozioni, 179; deprezione dello stato

sentimentale, 171, 176, 180, 184, 185; esaltamento, 171, 180, 185 e seg.; indifferenza affettiva, 188.
Shock: fisio-patologia, 38-42, 420; *railway spine*, 36, 563, 546, 547.
Sifilide: eredo-sifilide, 52, 420; cerebrale, 24, 72, 444-447; e paralisi progressiva, 384-386; e midollo osseo, 388; arterite sifilitica, 411; parasifilide, 386, 567.
Simboli e simbolismo, 29, 31, 112, 130; erotico, 215, 637, 639; demenza asimbolica, 167; asimbolia, 158, 443; localizzazione dei simboli ideo-mnemonici in aree ultrasensitive, 160.
Simpatico: taglio nell'epilessia, 579.
Sincefalia, 65.
Siringomielia: dissociazione della sensibilità, 537.
Sistematizzazione delle idee nei vecchi, 430; nei deliri paranoici, 681.
Sitofobia, 211, 320, 378, 463, 538.
Skopzki, 45, 672.
Sodomiti, 217.
Sogno: allucinazioni oniriche, 122; stati di sogno, 434.
Sonnambulismo: e memoria, 171; nel periodo degli atteggiamenti passionali, 525; nell'epilessia, 560.
Sonno, 4, 39; critico nel delirium tremens, 296; nella pellagra, 270; nell'amenza, 319, 320; nella nevrastenia, 501; accessi di sonnolenza, 449, 557; insonnia, 43, 44, 319, 320, 362, 468, 471, 477, 501; sogni, 122, 434.
Sordità, 538; psichica, 168, 227; verbale, 166, 228, 427; tonale, 228; unilaterale, 538.
Sordomutismo, 107, 227, 228; isterico, 533; nelle cerebropatie prenatali, 427.
Sostitutivi penali, 645.
Spavento, 36, 38 e seg.; pavor nocturnus, 188 e seg., 494.
Statistica: dati generali, 45 e seg., 731, 746; per la pellagra, 271, 276 e seg.; per l'alcoolismo, 285 e seg.
tato epilettico, 426, 555, 576, 581; stato isterico (état de mal), 528.
Stato *primo* e stato *secondo*: nell'isterismo, 104, 170, 543.
Stigme: degenerative, 49; del cretinismo, 337; della paralisi progressiva? 385; delle cerebropatie infantili? 415; vasomotorie per suggestione imperativa, 530; isteriche, 538 e seg.; zone isterogene, 539; negli epilettici, 562; nei dementi precoci? 614; psichiche nei paranoici, 681 e seg.; negli imbecilli, 703; negli immorali, 649 e seg.
Stomaco, 95; atonia gastrica, 518; catarro gastrico come causa d'amenza, 325; ipercloridria nel morfinismo, 311; atonia gastrica ed enteroptosi, 518.
Stomatite: nella pellagra, 269.
i nei paralitici, 368; nella di- istrico, 533.
Strapazzo (surménage), 43; nella nevrastenia? 518; come causa generica di pazzia? 731 e seg,
Stupore, 317; maniaco, 481; stato attonito dei melancolici, 466; epilettico, 559; nei dementi precoci, 606.
Suggestione, 530; ospedaliera della Salpêtrière nell'isterismo, 526.
Suicidio: per impulsività morbosa, 211, 292, 293, 592, 593; nella melancolia, 185, 466, 467; semivolontario nei morfinisti, 308; nei paralitici, 383; in un nevrastenico, 517.
Superstizioni, 671 e seg.

T

Tabe: varietà tabetica della paralisi progressiva? 380; tabe-paralisi, 369, 397 e seg.; episodi nevrastenici, 141.
Tafefobia, 136.
Talento, 31, 151; d'imitazione, 706; parziale degli imbecilli, 164; mnemonico, 709.
Tatuaggio, 211, 651, 652.
Temperamenti, 181.
Termica: sensibilità, 104; insensibilità al freddo, 480; pertermia, 75, 270, 296, 320, 366, 421, 531, 555, 728.
Tic, 225; malattia dei tics, 528, 529; labiale (di Dejerine) o emispasmo laterale intermittente, 425; verbale *intercalare*), 229.
Tifo pellagroso, 270, 326.
Tiroide: nell'etiologia delle malattie mentali, 35; psicosi tiroidee, 330-356; loro posto nella classificazione nosologica, 254, 257; mixedema, 333-337; cretinismo, 337-340; cura tiroidea, 336, 350-353, 663; morbo di Basedow, 354-356; sindrome basedowica nella paralisi progressiva e nella pellagra, 354.
Topoalgia, 105.
Tossi-infezioni: loro posto nella classificazione delle malattie mentali, 257.
Transfert, 526, 549.
Trapanazione del cranio, 402, 579.
Traumi: come causa di pazzia, 33; isterismo traumatico, 523, 544, 546, 547; psicosi traumatiche, 192; demenza traumatica, 450; epilessia traumatica, 33, 567; ipocondria traumatica, 33, 37.
Tregue: nell'amenza, 321; nella paralisi progressiva, 382; di anni nella demenza precoce, 604; istantanee nel delirium tremens, 296.
Tremito, 226, 231, 290, 371, 372; emitremore, 421; senile, 431; nella sclerosi a placche, 450; isterico, 536; a fine e rapide oscillazioni, 354.
Tubercoli solitari, 72.
Tumori cerebrali, 33, 71, 448; giuochi di parola come segno patognomonico? 448.
Tunnels (ossessione), 136, 141.

U

Ubbriachezza, 196; nei normali, 287 e seg.; patologica, 288, 289, 570; apoplettica, 288; e responsabilità civile, 665.

Udito: allucinazioni, 107; acusmi, 108, 124, 289; iperacusia, 479: iperacusia e pseudo-vertigine di MÉNIÉRE, 540; allucinazioine unilaterali, 124.
Ulnare (nervo), 377.
Umore, 178; abituale, 179; sue oscillazioni nella psicosi circolare, 180, 489 e seg.; altre variazioni patologiche, 182-188; e carattere, 181; nella pellagra, 270; nell'alcoolismo, 291 e seg.; nell'isterismo, 540; nell'epilessia, 557 e seg.; allegrezza maniaca, 476; tristezza melancolica, 459 e seg.; influenza sulle idee, 462.
Uremia, 35 e seg., 168, 326, 328, 329; anatomia patologica, 81 e seg.

V

Vago: polmonite del vago, 379.
Vaniloquio, 133, 315; demenza verbale, 600.
Vasi sanguigni: alterazioni, 69, 70, 87, 95; calcificazione, 88; ateromasia dell'aorta, 398; nella paralisi progressiva, 396; facies potatorum, 291; proliferazioni, 411: nelle cerebropatie infantili, 409 e seg.: nelle cerebropatie degli adulti, 442; disturbi funzionali nell'isterismo, 530, 543; nell'epilessia, 578.
Vegetazioni adenoidi: nel pavor nocturnus, 189.
Vesania, 453, 454, 586.
Vista: allucinazioni, 107; riduzione del campo visivo, 537; amaurosi e ambliopia, 537; idiozia amaurotica di SACHS, 417; discromatopsia, 537, 538; cecità verbale e psichica, 166 e seg.
Volontà: movimenti volontari, 197; volizioni, 198; rapporti con l'istinto, 198, 199; adattamento alla legge dell'edonismo, 199; patologia della condotta per alterazioni intrinseche della volontà, 201 e seg., 586 e seg.; negativismo, 204, 466, 591; monobulie, 137, 203 e seg., 208 e seg., 307; catatonia, 204, 208, 466, 525, 583 e seg., 587 e seg.; negativismo, 204, 466, 469, 590 e seg.; movimenti sistematizzati, ecolalia, neolalia, neografia, 205, 207; parabulie, 205; assurdità del contegno, 207; libero arbitrio? 194, 641, 642, 666.
Vomito, 236; mericismo, 236; mattutino negli alcoolisti, 291; incoercibile, 535.

Z

Zeismo, 265.
Zone isterogene, 539.
Zoopsia, 525.

INDICE DEGLI AUTORI

A

Agostino, 4, 675.
Agostini, 44, 53, 269.
Alexander, 579.
Alt, 311.
Althaus, 566.
Alzheimer, 89, 380, 436, 438, 440, 576, 577, 585, 615.
Amadei, 580.
Anelli, 280.
Antonini, 270.
Argyll-Robertson, 237.
Aristotele, 4, 5.
Armanni, 325.
Arndt, 402, 453, 572, 579, 585.
Aschaffenburg, 584, 585.
Audry, 424.
Axenfeld, 519.
Azam, 170.

B

Babes, 263, 266, 274, 275.
Babinski, 237, 549.
Baccelli, 262.
Bachofen, 672.
Badaloni, 262, 279.
Baginsky, 168.
Baillarger, 127, 402, 489, 598.
Bain, 159.
Baker Brown, 548.
Balardini, 265.
Ball, 350.
Ballet, 532, 533.
Bartholow, 13.
Bastian, 29, 677.
Batty Tuke, 402.
Baumann, 331.
Beard, 499, 500, 518.
Beca, 294.
Bechterew, 5, 11, 38, 224, 288, 519, 532, 581.
Belmondo, 42, 270, 274, 276, 384.
Beneden (van), 42.
Berezowski, 579.
Bergeron, 529.
Berkley, 312.
Bernabei, 311.
Bernheim, 526.
Bernstein, 40.
Betz, 410.
Bianchi, 11, 12, 95, 160, 325, 379, 398, 448.
Bichat, 4.
Bicherton, 571.
Biernacki, 376, 377, 519.
Bierlviet (van), 78.
Binet, 159, 215, 637, 638.
Bini, 723.
Binswanger, 436, 438, 440, 532, 550, 641, 649.
Bircher, 336.
Birt, 42.
Blanes, 25.
Bleuler, 576, 577.
Blocq, 532.
Boehefontaine, 38.
Bödeker, 368.
Bondurant, 580.
Bonhöffer, 299, 302.
Bonne, 303.
Bordaries, 519.
Bosc, 527.
Bouchard, 518.
Bouchaud, 415.
Bourneville, 67, 68, 349, 350, 406, 410, 417, 425, 426, 528, 548, 555, 568, 701.
Boyer, 11.
Bratz, 576, 581.
Brenner, 123.
Bresler, 63, 412.
Briand, 325.
Briquet, 534, 544, 545.
Brissaud, 224, 332, 348, 349, 410, 417, 422, 532.
Bristowe, 535.
Broca, 3, 7.
Brown-Séquard, 52, 403, 473.
Bruce, 388.

Buccola, 135.
Buchholtz, 325.
Bufalini, 38.
Burghardt, 356.
Burkhard, 487.
Büttner, 569.
Byrom-Bramwell, 29.

C

Cabitto, 325.
Calmeil, 45.
Camia, 76, 78, 80, 82, 275, 299, 300, 301, 322, 323.
Cantalamessa, 415.
Cantarano, 627.
Cappelletti, 325.
Carpentier, 145.
Carrier, 137.
Casal, 279.
Cathelineau, 526, 528.
Catola, 89.
Ceni, 266, 267, 325.
Cestan, 422.
Charcot, 10, 167, 333, 497, 501, 523, 524, 525, 526, 528, 534, 535, 536, 540, 541, 545, 546, 547, 548, 549, 550.
Chaslin, 410, 576.
Chervin, 137.
Chiari, 350.
Claye-Shaw, 402.
Colella, 398.
Cololian, 401.
Conti, 392.
Corin, 42.
Cotard, 64, 210, 425.
Cottam, 302.
Cramer, 377.
Cristiani, 385.
Crocq, 48.

D

D'Abundo, 65, 368, 379.
Dange, 548.
Danilewski, 38.
D'Annunzio, 175.
Darwin, 200, 220.
Dax (Marco), 7.
De Amicis (Edmondo), 292.
Deaver, 13.
De Boeck, 42.
De Fleury, 518.
Dejerine, 158, 389, 415, 422, 423, 424, 425, 533, 550.
Delasiauve, 296, 568.
Demoor, 41.
De Sanctis, 230, 242, 408, 410, 415, 701.
Descartes, 5.
Dodd, 571.
Donaldson, 39.
Donath, 573.
Dubini, 529.
Duceschi, 38.
Duchenne, 220.
Dunton, 615.

E

Ebstein, 534.
Echeverria, 572.
Edinger, 376.
Edmunds (Walter), 355.
Ehrlich, 397.
Eichhorst, 367.
Ellero, 267.
Elzholz, 298.
Erb, 387, 532.
Erba, 264, 266.
Erlenmeyer, 310, 311.
Esquirol, 151, 243, 413, 458, 648.
Eulenburg, 38, 545.
Evans, 573.
Ewald, 331, 343, 348.
Exner, 9.

F

Falret, 489.
Féré, 518, 525, 540.
Ferrand, 70, 71, 439.
Ferrati, 264.
Ferri (Enrico), 194, 645, 650, 667.
Ferrier, 11, 12, 448.
Fischer, 576.
Flechsig, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 115, 160. 448, 548, 553, 581.
Flint, 42.
Flora, 498.
Flourens, 6, 7.
Forel, 5, 303, 548.
Fournier, 384, 386, 408, 422, 567.
Fox, 274.
Franceschi, 85.
François-Franck, 38.
Freud, 405, 406, 408, 415, 417, 418, 421, 422, 423, 424, 425, 426.
Freund, 173.
Friedreich, 548.
Fritsch, 7.
Fuchs, 321, 426.
Fürstner, 294, 397, 398.

G

Galezowski, 537.
Gall, 4, 6, 7, 16, 20, 94.
Garnier, 401.
Garofalo, 650.
Gehuchten (van), 78, 417, 422.
Generali, 332.
Gennari, 20.
Giacomini, 62, 63, 392, 406, 410.

Gilles de la Tourette, 526, 528, 536.
Giraud-Teulon, 672.
Glénard, 518.
Gley, 331.
Göbel, 377.
Godet, 294.
Goldscheider, 411.
Golgi, 24, 25, 58.
Goltz, 11.
Goucourt (Jules), 107.
Gonzales E., 416.
Gosio, 264.
Gradenigo, 531.
Graf (Arturo), 675.
Gräfe, 537.
Griesinger, 137, 243.
Griffini, 276.
Grosglick, 11.
Gucci, 456, 457.
Guislain, 184, 244, 584.
Gull, 333.

H

Haeckel, 5.
Hagen, 127.
Haig, 572, 581.
Hajos, 576.
Hack Tuke, 649.
Hammarberg, 39.
Hammond, 137, 505.
Hartmann R., 675.
Hayem, 518.
Hebra, 266.
Hecker, 584.
Heger 42.
Heilbronner, 167.
Heinroth, 724.
Heller, 228.
Hendrie Lloyd, 649.
Hering, 158.
Hern, 571.
Herter, 572.
Herting, 376.
Hertz, 298.
Heschl, 65.
Hilleuberg, 377.
Hitzig, 3, 7, 10, 11, 12, 38, 311, 402, 448.
Hoffmann, 341.
Hofmeister, 331.
Horsley, 13, 336.
Horwicz, 160.
Hösel, 66.
Howitz, 336.
Huchard, 519, 540.
Hughes C. H., 649.
Huglings-Jackson, 29.
Hugues Bennet, 566.
Hume, 131.
Husemann, 266.

I

Ibsen, 548.
Idelsohn, 168, 388.
Ioteyko, 41.

J

Jacoby (Paolo), 672, 673, 710.
Jaksch, 579.
James, 159.
Jennings, 309.
Jolly, 482, 550.
Jnstschenko, 380.

K

Kaan, 518.
Kahlbaum, 127, 129, 204, 453, 584, 585, 586, 590, 648.
Kant, 5, 6.
Kazowsky, 325.
Kelp, 50.
Kissling, 424.
Klnmpke, 547.
Kocher, 333, 579.
Kohn, 332.
Kölliker, 23.
König, 279, 406, 408, 409, 420, 421, 423, 424, 426, 701.
Korsakoff, 296.
Kraepelin, 148, 204, 245, 247, 248, 249, 251, 297, 314, 318, 321, 334, 341, 387, 413, 454, 455, 458, 475, 486, 487, 544, 566, 584, 585, 597, 603, 680, 699, 730.
Krafft-Ebing, 245, 246, 248, 302, 386, 415, 452, 627, 648.
Krainski, 573.
Kramer, 569.
Kreuser, 568.
Knudrat, 65.
Knpper, 571.
Kussmaul, 229.

L

Lähr, 305.
Laucereaux, 168.
Landau, 548.
Landois, 38.
Lanz, 356.
Lasègue, 465, 568.
Lanfenauer, 576.
Legrand du Saulle, 489.
Lemoine, 519, 568, 580.
Lépine, 38.
Leroy-Beaulieu, 676.
Lévi (Léopold), 89.
Levinstein, 305, 307.
Liebmann, 228.

Liepmann, 296.
Lipsius, 675.
Little, 408, 422, 423.
Livi, 723.
Ljubimov, 576.
Lloyd, 13.
Lombroso, 50, 94, 105, 194, 264, 265, 266, 269, 280, 537, 539, 562, 644, 647, 649, 651, 652, 653, 694, 696.
Loveland, 482.
Lubbock, 673, 677.
Luciani, 9.
Lugaro, 41, 75, 78, 79, 80, 81, 128, 347, 351, 352, 353, 365, 369, 396, 554, 600, 605, 615, 663.
Lukàcs, 415, 421, 425, 426.
Lustig, 341.

M

Maccabruni, 211.
Mackenzie, 336.
Mac Lennan, 672.
Magnan, 290, 604.
Mairet, 42, 527.
Manicatide, 263, 266.
Mann G., 41.
Mann L., 168, 377.
Manning, 649.
Mantegazza, 92.
Maragliano (Dario), 271.
Marchi, 59.
Maresch, 350.
Marie, 65, 67, 70, 71, 274, 411, 422, 532, 544, 545, 566, 652.
Marinesco, 275, 412.
Marmé, 298, 306.
Marro, 94, 384, 418, 649.
Marschalko, 397.
Martin, 571.
Martinotti (Carlo), 325.
Maschtschenko, 615.
Mattison, 311.
Mendel, 379, 389, 533, 545, 641, 649.
Merck, 580.
Mercklin, 415, 416.
Meschede, 137.
Meyer, 299, 378.
Meynert, 13, 62, 295, 313, 491, 572, 575.
Mierzejewski, 410, 531.
Mingazzini (Giovanni), 272, 532.
Möbius, 356, 384, 386, 529, 532.
Monakow, 13, 18, 158, 168.
Monti, 263.
Morel, 54, 244, 341.
Morgagni, 489.
Morselli, 136, 141, 223, 228, 247, 252, 253, 307, 368, 508, 585, 586, 701, 713.
Mosso (Angelo), 42.
Moussu, 331, 349.
Müller E., 448.
Müller (Max), 676.
Munk, 9, 11, 159.
Muratow, 350, 422, 424.
Murray, 336.
Musso, 368.
Mygind, 228.

N

Naab, 580.
Näcke, 385, 662, 663.
Naegeli, 52.
Nancrede, 13.
Navratzki, 572, 579.
Neisser, 488.
Neissler, 364.
Nerander, 576.
Neusser, 264.
Newth, 402.
Nina Rodrigues, 676.
Nissl, 58, 89, 392, 396, 576.
Nordau, 246.
Nothnagel, 30, 160.

O

Obersteiner, 310, 385, 439.
Oliver, 569.
Oppenheim, 537, 546.
Ord, 333.
Ormerod, 571.
Ossipow, 424.
Outmont, 424.

P

Page, 546.
Paladini C., 688.
Pandi, 581.
Pellizzi, 264, 410, 415, 426.
Pergens, 41.
Pflüger, 5.
Philippen, 40.
Picciuino, 325.
Pick, 397, 398.
Pieraccini, 55.
Pilcz, 334, 481, 488.
Pinel, 648.
Piorry, 539.
Pitrè, 675.
Pitres, 135, 136, 138, 166, 172, 529, 540, 545.
Platone, 4, 5, 159, 620.
Playfair, 549.
Prichard, 648.
Pugh, 573.
Putnam, 546.

Q

Quinke, 67.

R

Räcke, 394.
Raffalovich, 620, 624, 627, 636.
Raggi, 368.
Ramon y Cajal, 8, 20, 25, 28, 30, 115, 160, 395.
Rasori, 325.
Raymond, 422, 424.
Redlich, 440.
Régis, 136, 138, 294, 384, 519.
Régnard, 537.
Reichenberg, 376.
Remak, 548.
Retzius, 31.
Reverdin, 333.
Rezzonico, 325.
Ribot, 158, 181, 190, 191.
Richer, 528.
Riehet, 38, 581.
Rie, 421, 424.
Righetti, 229, 449.
Rinne, 538.
Robertson, 388.
Rodet, 312.
Rolando, 5, 6.
Romberg, 539.
Roncoroni, 652.
Rose, 168.
Rosenstein, 576.
Rosenthal, 547.
Ronbinowitch, 469.
Roussel, 265.
Rubner, 279.
Rummo, 720.

S

Sachs, 417, 422.
Samt, 194.
Sander, 325.
Sandström, 331.
Sapojnikow, 673.
Savage, 649.
Schäfer, 384.
Scheffer, 417.
Schiff, 11, 331, 336.
Scholz, 343, 638.
Schopenhauer, 210.
Schreuck-Notzing, 622, 627.
Schröder, 549.
Schüle, 219, 244, 474.
Schultze, 66.
Schütz, 389.
Sciamanna, 13, 531.
Sébillot, 675.
Séglas, 109.
Senator, 301.
Seppilli, 408, 419.
Serena, 266, 268.
Siemens, 554.
Siemerling, 301, 368
Sion, 263.
Slosse, 42.
Smith, 364,
Solbrig, 572.
Sollier, 406, 413, 414, 415, 568, 701, 709, 714.
Sömmering, 5, 6.
Spanbock, 532.
Spencer, 131, 159, 160, 200, 673, 677.
Spiller, 409.
Sprengler, 383.
Stegmann, 303.
Steinlechner, 62.
Stenson, 77.
Stevens, 571.
Stewart, 380.
Stoddart, 469.
Strambio, 266, 268, 269.
Straub, 398.
Strümpell, 66, 67, 415, 529, 531, 532.

T

Tamburini, 109, 110, 126, 135, 228, 713.
Tebaldi, 267.
Thompson, 39.
Thomsen, 546.
Tirelli, 263, 264.
Tonnini, 224, 270, 274, 539, 547, 568, 713.
Toulouse, 469, 581.
Trapesnikao, 38.
Trenpel, 367.
Trömner, 299.
Tuczek, 86, 273, 274, 389.
Tylor, 673, 675, 677.

U

Uhlrich, 622, 627, 637.
Unna, 89, 397.
Urbantschisch, 228.

V

Vas, 41.
Vassale, 269, 276, 332, 336.
Venturi, 568.
Verga (Andrea), 136, 246, 505.
Verlaine (Paul), 185.
Verworn, 5.
Vieussens, 5.
Vigouroux, 520,
Vinson, 675.
Virchow, 62, 337, 340, 406.
Vizioli, 67.
Vogt C., 406.
Vogt R., 397.
Voisin, 701.

W

Wachsmuth, 407, 417, 421.
Wagner, 343.
Walton, 546.
Wartmann, 290.
Weichselbaum, 68.
Weigert, 13, 59, 72, 87, 394.
Weir Mitchell, 549, 550.
Weismann, 52.
Weiss, 580.
Welt (Leonora), 11.
Wenzel (fratelli), 339.
Wernicke, 135, 160, 167, 411.
Westphal, 135, 136, 245, 505.
Weygandt, 481.
Wiglesworth, 571.
Wildermuth, 290, 580.
Willis, 5, 6.
Wistocki, 581.
Worcester, 576.
Workmann, 649.
Wuillamier, 417.
Wundt, 9, 10, 11, 159, 160, 181, 448.

Z

Zacher, 389.
Ziehen, 160, 186, 187.
Zola, 210.
Zuccarelli, 663.
Zulzer, 42.

YALE MEDICAL LIBRARY
3 9002 01091 3276