



MANICOMIO PROVINCIALE DI S. BENEDETTO IN PESARO

Direttore Prof. L. CAPPELLETTI

Mesi A 40. 11

**Un caso di delirio acuto - Ulteriore contributo allo studio del
decorso e delle varietà della amenza.**

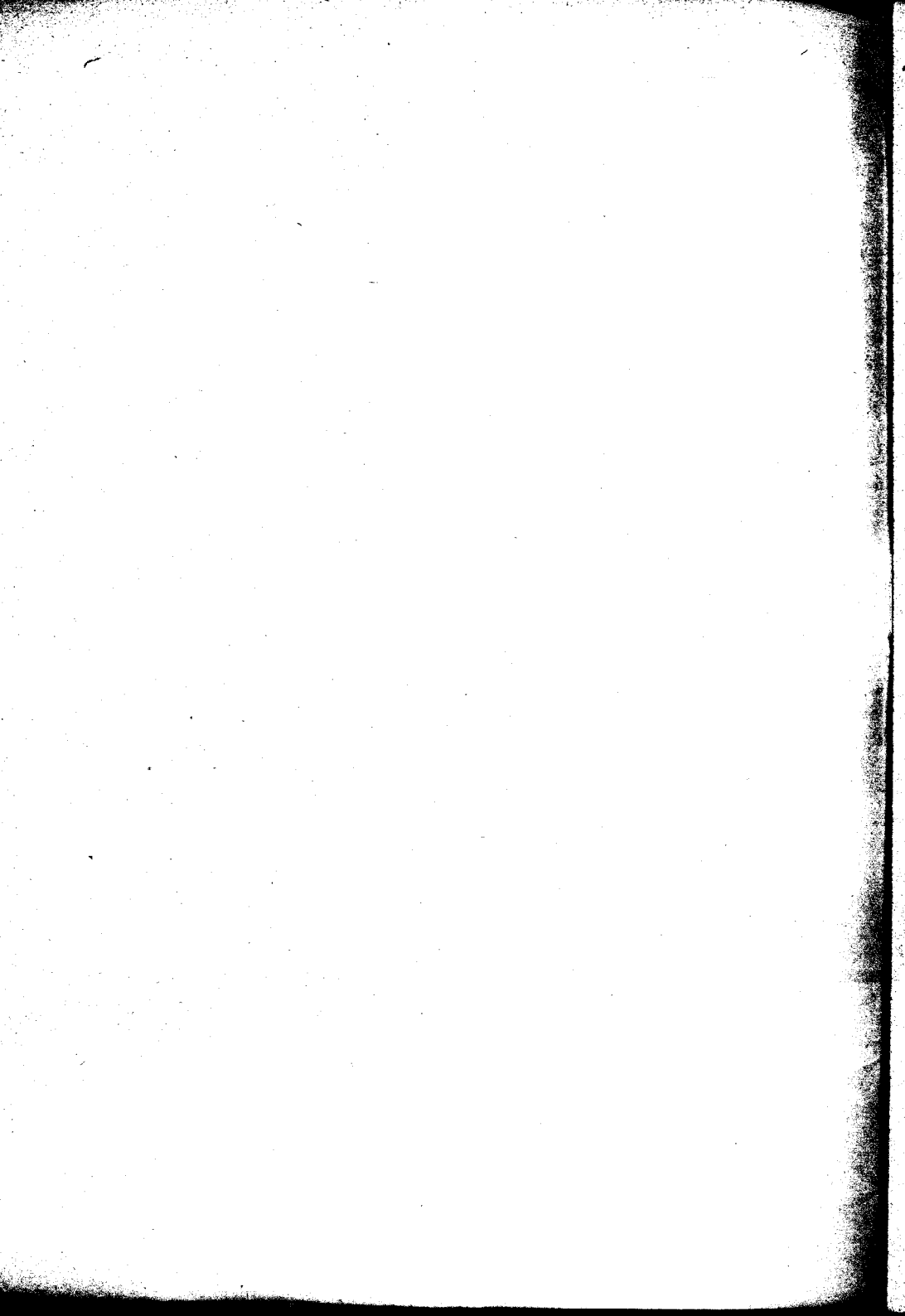
DEL

DOTT. ANGELO ALBERTI

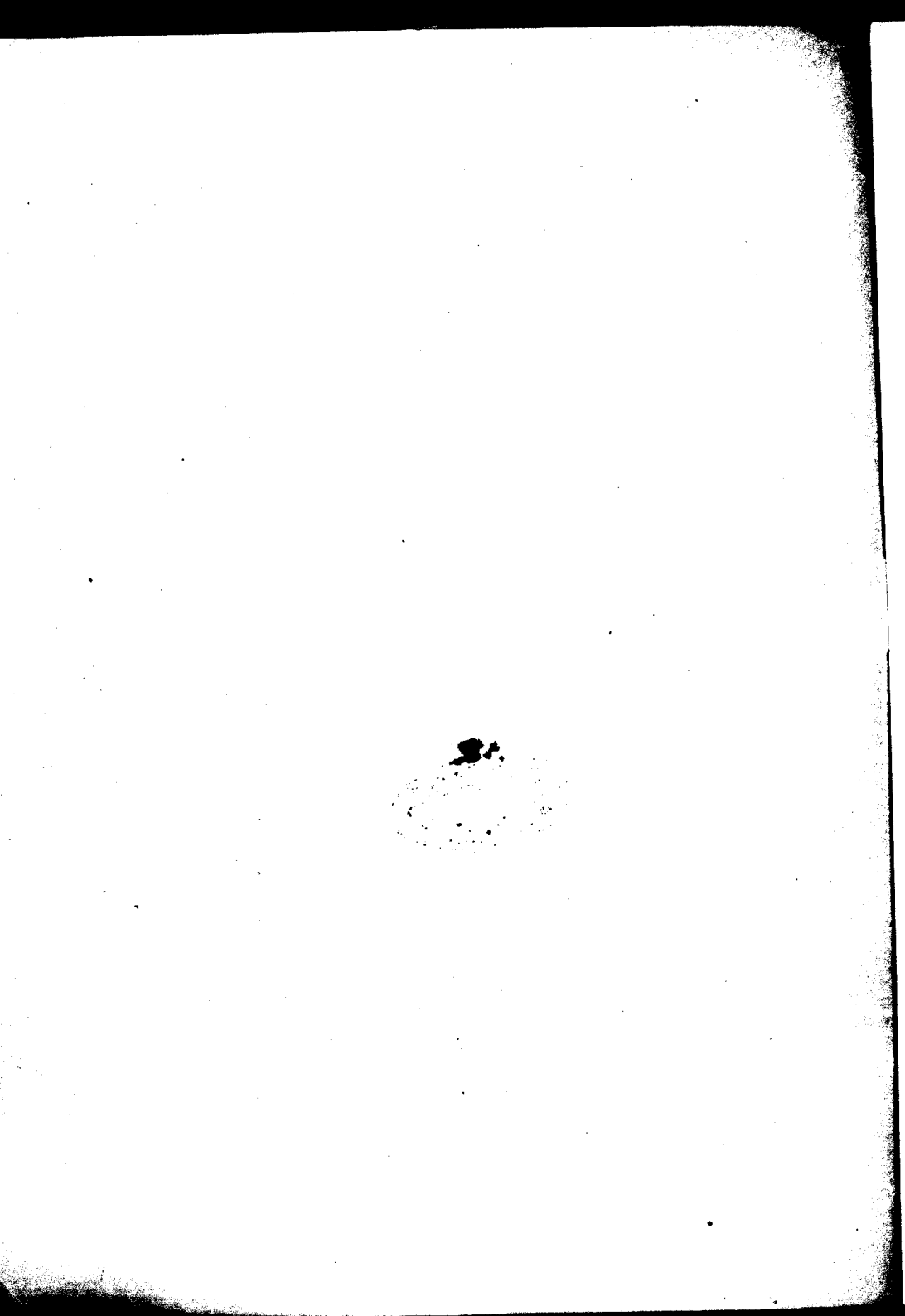
Primario



FERRARA
TIPOGRAFIA FERRARIOLA
1906







MANICOMIO PROVINCIALE DI S. BENEDETTO IN PESARO

Direttore Prof. L. CAPPELLETTI

**Un caso di delirio acuto - Ulteriore contributo allo studio del
decorso e delle varietà della amenza.**

DEL

DOTT. ANGELO ALBERTI

Primario



FERRARA
TIPOGRAFIA FERRARIOLA
1906

~~~~~

(Estratto dal *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*,  
Anno XXXIV, Fasc. IV, 1906).

~~~~~



In una pubblicazione recente (1) noi esponevamo il pensiero che la amenza dovesse essere una squisita rivelatrice di morbilità psico o neuropatiche: e che talora potesse assumere in alcun periodo del suo decorso, un aspetto diverso da quello consueto descritto dagli autori, ma strettamente congiunto alla costituzione mentale del malato. Così, come le malattie esaurienti infettive o tossiche della medicina generale sono in qualche modo la spia di quelle morbilità organiche o di quelle personali attitudini che l'individuo nasconde bene in sè stesso quando l'equilibrio funzionale non sia alterato; e da queste prendono una impronta individuale nella sintomatologia.

A prova del nostro asserto abbiamo descritto un caso, la diagnosi del quale aveva oscillato, per lungo periodo di tempo, tra varie forme morbose, e non fu formulata che a cose finite: solo allora quando il quadro clinico, studiato nel suo complesso, apparve, come era realmente, di amenza.

Le ragioni per cui un acuto indagatore di problemi clinici, qual'era il direttore di quell'Istituto, aveva potuto rimanere indeciso innanzi al quesito diagnostico, furono il tema della nostra nota di allora. E credemmo di scoprirle nel fatto, che la causa esauriente aveva dato luogo a fenomeni particolari, dovuti solo al modo personale con cui reagiva ad essa il paziente: modo che era in perfetta corrispondenza con la sua anomala costituzione mentale.

Un caso analogo capitò sotto i nostri occhi in quest'ultimo tempo, e desideriamo descriverlo, poichè in questo è apparsa, se non ci inganniamo, ancora più nitida la verità del nostro concetto.

Ecco la storia clinica :

B. M. Maria, d'anni 37, coniugata, con sei figli vivi e sani (Cartella dell'Archivio del Manicomio Provinciale di Pesaro N. 4347). Entra per la prima volta nel nostro Istituto il 17 luglio 1906.

Eredità mentale diretta grave: un fratello del padre morì al Manicomio di Pesaro.

La madre ebbe a soffrire dei disturbi psichici a carattere maniaco-depressivo, periodici, di modica intensità, così da permetterle la vita sociale.

Il padre è descritto come uomo alquanto stravagante, dedito all'alcool.

La nostra malata fu nella infanzia e nella adolescenza perfettamente normale.

Andò a marito: il matrimonio le riuscì faticante: ebbe 7 parti, 7 puerperii regolari, 7 allattamenti. Dei figli, sei tutt'ora vivi e sani, uno morto non si sa di quale malattia.

A datare dal terzo allattamento, si iniziarono dei disturbi mentali, caratterizzati da cangiamento nel carattere, cefalalgia persistente, tendenza alla misantropia, ad isolarsi dagli altri, deperimento delle forze fisiche, tono dell'umore depresso. Tali disturbi duravano pochi mesi, andavano poi gradatamente migliorando, con il migliorare della nutrizione.

E si ripeterono anche una volta, all'infuori della consueta causa faticante dell'allattamento.

Però la intensità di questi fenomeni era di mediocre importanza, tanto che non fu mai necessario il ricovero manicomiale.

Circa una ventina di giorni prima che B. M. Maria ricoverasse tra noi, si ripeterono dei fenomeni analoghi a quelli sopra descritti: però essi assunsero questa volta maggior violenza, così che il medico condotto, impressionato dalla notevole gravità dello stato depressivo e dalle idee di suicidio che la malata andava esponendo, decise di inviarla al nostro Istituto. Così venne fatto il 17 luglio 1906.

Diario dello stato della malata al momento dell'ingresso — La malata B. è una donna ancora giovine: un poco denutrita, ma abbastanza prestante della persona. Cammina a capo basso, a piccoli passi lenti. Viene fatta sedere: non dice parola: tiene il capo chino sul petto in un atteggiamento rassegnato e triste.

Interrogata, risponde piano, con parola quasi mormorata. Però dà notizie esatte della sua malattia, afferma di aver sofferto molto di mal di capo, di comprendere che non è più buona a niente. Esprime il desiderio di non essere lasciata dormire sola, perché avrebbe paura. Mangia, solo dopo essere stata replicatamente stimolata, tutta la sua cena e si corica tranquillissima.

Il Direttore dell'Istituto, in un giro fatto per suo conto, aveva compiuto gli stessi rilievi nostri.

Alla sera, alle 23 1/2, nel giro di sorveglianza notturna, troviamo la malata insonne, anzi appena svegliata forse allora dal nostro passo, ma quietissima. La salutammo, essa rispose, disse di non aver bisogno di nulla.

(Qui conviene aprire una parentesi, per munirci contro quegli appunti di tecnica che potessero eventualmente venir fatti al prosieguo del nostro racconto. Il Direttore non aveva allora potuto istituire, per necessità di ambiente, nella sezione femminile, il comparto di vigilanza continua, con guardia permanente - come esiste oggi - e però le malate nuove entrate si ricoveravano di metodo nell'infermeria, la quale, e per essere vicina alla sede delle infermiere di guardia, e per la presenza di un orologio di controllo, dava le maggiori garanzie di sicurezza).

Diario del 18 Luglio 1906 — Verso le ore tre del mattino, le infermiere passarono in uno dei soliti giri per l'infermeria.

Trovarono la malata desta, a sedere sul letto, tranquilla. Le chiesero se avesse sete; rispose di no.

Fecero poco cammino: poi, sentendo un grande rumore e delle strida, tornarono correndo sui loro passi.

La malata B. M. Maria era in piedi sul letto, con il dito indice della mano sinistra puntato contro l'angolo esterno dell'occhio sinistro, come per volerlo cacciar fuori. Un rigo di sangue scendeva lungo la guancia. Urlava, chiamando ad alta voce la Madonna e i Santi.

Le furono addosso; la malata ne atterro' una e tentava di addentarla.

Intanto poterono suonare il campanello d'allarme del medico e della sorvegliante.

Quando noi accorremmo, trovammo una infermiera a terra, l'ammalata sopra che tentava di addentarla, in uno stato di indescrivibile furore: e le altre due infermiere che la trattenevano a stento.

Potemmo rimettere la malata sul letto: e si fece una iniezione di iosciamina.

La malata si dibatteva in uno sforzo violentissimo: il sedativo non sembrò agisse per nulla.

Allora, dato che l'inferma era ferita all'occhio e non vi era modo neanche di esaminarla, la facemmo fissare a letto. La ferita dell'occhio apparve cosa di poca entità.

L'eccitamento durò senza tregua, sempre egualmente violento, con la tendenza al mordere, con le grida: « Maria! Madonna! assassini! tu, tu mi hai ucciso! » con scosse ritmicamente convulse del capo e del tronco, fino al mattino.

La malata era tormentata da una sete urente, e beveva con avidità.

Prescrivemmo ghiaccio al capo ed al ventre, un vescicatorio alla nuca, degli abbondanti clisteri di soluzione salina, nelle proporzioni fisiologiche.

La malata nel giorno fu sempre apirettica; al mattino 36,8 e 37,1 la sera, al retto.

Diario del 19 Luglio 1906 — La malata nelle prime ore è tornata in sé: risponde, alla visita del medico, alle ore 8,30, sensatamente. Non sa capire come abbia male all'occhio. Non ricorda nulla di quanto è accaduto. Prende cibo, ha una scarica alvina fetida.

Verso sera torna lo stato di eccitamento e sopravviene una violenta piresia; la temperatura si fa elevatissima: 39,5-40.

Riprendono le grida; si manifestano dei fenomeni allucinatori di grande intensità, a colorito terrifico. Gli occhi sono iniettati. Quello ferito, nel quale la visione è conservata perfetta, è così congesto che dal lato della lesione torna a sanguinare.

La reazione pupillare d'ambo i lati è normale: pupille lievemente mi-driatiche. Con molta probabilità tale fenomeno è in rapporto con la iniezione di josciamina fatta la sera precedente.

Le forze fisiche sono buone: non si riesce a far prender cibo.

Verso la mezza notte, la malata si acquieta un poco.

Diario del giorno 20 Luglio 1906 — Lo trascriviamo tale qual'è:

« Quest'oggi il quadro del delirio acuto si è chiarito nel modo più evidente: prosegue la piresia (39,8-40): la malata smania, si agita: è in preda a continue allucinazioni: inveisce contro persone assenti: le forze fisiche permangono discrete: ma la violenza dello eccitamento confusionale è tanta, che vi è una ragione di temere uno *shock*. Scuote il capo di continuo, in modo ritmico, voltandosi a sinistra ed a destra: ripete, spesso a lungo, un lamento stereotipo: ah! ah! Maria! Maria! Poi sembra come terrorizzata da visioni spaventose, e ad esse reagisce con estrema violenza. Ha le labbra sanguinolente e crepate: la lingua fuliginosa ed arida.

Sopravvengono dei brevi momenti di assopimento, coi quali le forze del cuore sembrano cedere.

Poi tutto torna al modo sopra descritto.

Passando, alle ore 22,30, in sezione per la visita notturna, noi constatiamo nella malata un improvviso e gravissimo stato di abbattimento. È pallida, coperta di sudore freddo, ha il respiro frequentissimo, stertoroso. Respirazioni in numero di 38-40 per m'. Il polso è debolissimo, sfugge sotto le dita. Pulsazioni in numero di 140-160 per m'.

Si praticano due iniezioni di caffeina che non danno risultato alcuno e non sono neanche avvertite dalla paziente.

Questa muore a 0,45 del giorno 21.

REPERTO NECROSCOPICO

Autopsia praticata dopo trenta ore dalla morte il 22 Luglio 1906

Caratteri generali — Cadavere di donna, di costituzione scheletrica regolare.

Stato di nutrizione discreto; pannicolo adiposo piuttosto scarso: le masse muscolari sono di un colore rosso vivo. La rigidità muscolare è scomparsa. La cute è di colorito rosa pallido; sul volto, è invece di un colore bronzino da pigmentazione solare. Vi sono notevoli chiazze da ipostasi al dorso e nella faccia posteriore degli arti inferiori. Chiazze bluastre da imbibizione emoglobinica nelle pareti addominali ed ai lati del collo. L'addome è teso da un forte meteorismo, *post mortem*. Non si percepiscono ingrossamenti ghiandolari.

Cranio: Alla apertura del cranio, escono pochissimi cm.3 di un liquido sieroso-sanguigno. La tensione della dura madre è normale.

La calotta cranica non presenta nulla di notevole, eccezione fatta di una lieve plagioccefalia parieto-frontale destra.

Cervello: all'esame esterno *in loco*, nulla da rilevare: si toglie la dura meninge con facilità: essa ha aspetto, colore, consistenza, spessore, trasparenza, normali.

Si asporta l'encefalo: salta subito all'occhio il cospicuo grado di iperemia delle pie meningi: si vedono disegnate su di esse tutte le più sottili arborescenze vascolari, con un grandissimo rilievo: si svolgono facilmente dalla massa cerebrale, senza che vengano asportati frammenti di corteccia: lo spessore delle pie è normale: il colorito lievemente soffuso di rosa.

Pesata quindi la massa cerebrale, si ha il peso di K.gr. 1.240. Tutti i vasi venosi della volta e della base sono turgidi ed iniettati. Procedendo ai tagli sistematici, si nota una imponente iperemia di tutta la sostanza sia grigia che bianca, così del cervello, come del cervelletto. Numerosissime emorragie puntiformi, specie della sostanza bianca, nel centro ovale, ma diffuse del resto a tutta la sostanza bianca e grigia del cervello e del cervelletto.

I ventricoli contengono scarsissimo liquido sieroso-sanguigno.

Torace: nulla di speciale.

Polmoni: vi sono scarsissime aderenze pleuriche alla base di destra, di antica data. Il parenchima polmonare, normale.

Cuore: piccolo, flaccido: non contiene sangue nè coaguli; miocardio in degenerazione grassa già evidente. Le valvole normali.

Addome: teso da meteorismo *post-mortem*. I visceri sono nella loro giusta posizione.

Fegato: è un poco ingrossato: la sua consistenza un poco superiore alla norma: incipiente degenerazione grassa.

Milza: è la caratteristica milza infettiva: assai ingrossata, la capsula tesa, lucida, facilmente lacerabile: la polpa si spappola al taglio, è color rosso vinoso.

Stomaco: nulla di caratteristico.

Renì: lieve congestione della sostanza corticale.

Intestino: nulla a notare.

Organi genito-urinari: normali.

Diagnosi necroscopica: cospicua congestione dell'encefalo con emorragie puntiformi diffuse a tutta la sostanza: fatti degenerativi al cuore ed al fegato: milza infettiva: il tutto dovuto probabilmente a un processo di acutissima intossicazione.

Per poter commentare in modo conveniente il caso clinico di cui abbiamo dato notizia, è opportuno dividerlo nelle tre fasi in cui realmente esso apparve, malgrado la eccezionale sua rapidità, non agli occhi nostri, ma anche alla indagine sottile di che dirige l'Istituto.

E cioè: I. — *Stato depressivo*, descritto dal collega che c'invì la malata, e da noi pure appuntato nell' prime ore dell' ingresso.

II. — *Raptus melancholicus*.

III. — *Delirio acuto*.

E discutiamole separatamente.

Che l'apprezzamento clinico del nostro Direttore, e da noi pienamente condiviso, di *stato depressivo*, fatto nelle prime ore in cui avemmo conoscenza della malata, fosse esatto è cosa facilmente dimostrabile.

La malata, camminava lenta, a piccoli passi, con il capo chino sul petto, la fisionomia melanconica: appariva preoccupata; rispondeva a tono alle domande, ma a fatica: sapeva dare notizia del suo male e lo definiva come un senso di peso al capo. Mangiò tutta la cena, ma a gesti lenti, e solo dopo essere di continuo stimolata.

« Negli stati depressivi della pazzia circolare, scrive Kraepelin (2), l'incapacità a decidersi, il rallentamento e la difficoltà di tutte le azioni volontarie, è il fenomeno fondamentale e capitale ».

Il Vedrani (3) ammette pure che il rallentamento sia negli stati depressivi il sintomo patognomico della frenosi maniaco-depressiva.

Il Lambranzi (4) lo ritiene se non decisivo per lo meno di grande importanza e di grande utilità diagnostica.

Ora, se vi è chiaro esempio di rallentamento psico-motore, è quello da noi descritto: il camminar piano, piano, il rispondere poco e a fatica con voce mormorata, il mangiare con gesti lenti, solo sotto la pressione di uno stimolo continuo, ci sembrano sintomi clinici che hanno un significato preciso.

Se a questo noi aggiungiamo che la nostra malata ebbe in passato dei fenomeni al tutto simili a quelli descritti e ne guarì, che di tali fenomeni alcune volte, ma non sempre, e neanche nel periodo da noi studiato, fu motivo occasionale un puerperio o un allattamento faticante: la interpretazione del quadro clinico diviene più certa, anche a norma di quanto scrive il Kraepelin: « Non di rado si vede un accesso (di frenosi maniaco-depressiva) cominciare sul letto di parto ».

A riprova egli cita il caso di una donna nella quale i tre primi accessi di frenosi maniaco-depressiva seguirono a dei parti; ma poi si ebbero accessi indipendentemente da tale cagione; e altrettanto è accaduto alla persona di cui ci occupiamo.

Ma v'è dell' altro: nella nostra malata l'eredità mentale diretta è grave per parte del padre (alcolista): addirittura specifica per parte della madre (maniaco-depressiva).

Noi sappiamo l'importanza della tara ereditaria nella forma morbosa da noi sospettata: il Kraepelin la trovò positiva nell' 80 %.

dei casi studiati; il Weygandt (5) nel 90 %; Afranio Peixoto (6) nell'88 %; noi (7) nell'82 %.

Qui il fenomeno ereditario acquistava tanto più valore, in quanto vi era eredità specifica.

Al congresso di Ancona, il Pieraccini (8) mise in luce la considerazione che merita l'eredità simile.

Però, dopo quanto abbiamo detto, la diagnosi formulata in principio di « frenosi maniaco-depressiva » ci sembra avesse fondamenti ben saldi nella logica e nella esperienza clinica.

L'impulso psicomotore, violento, che si manifestò nella notte, fu definito *raptus melancholicus*. Ora bene il giudizio, per quanto riguarda il fenomeno in sè, ci sembra anche oggi esatto.

Che negli stati depressivi della frenosi maniaco-depressiva possa intervenire la violenta crisi psicomotrice del *raptus*, è cosa nota.

Il Belmonto (9) scrive: « i melanconici (nel capitolo della frenosi maniaco-depressiva) devono essere sorvegliati ad ogni momento, giacchè anche allorché essi sembrano affatto calmi e passivi, in un istante in cui meno lo si sospetta, possono compiere il suicidio od un atto di estrema violenza contro sè medesimi. Tali subitanei impulsi, frequenti a manifestarsi nei lipemaniaci, si chiamano col nome di *raptus melancholicus* ».

Le caratteristiche sostanziali del fenomeno sono: la subitaneità, la cieca violenza, il compimento fatale degli atti più mostruosi e più tragici.

Si potrebbe dire che d'un tratto si sferri tutta la energia psicomotrice, come se il rallentamento precedente non avesse servito che ad accumulare la carica potenziale.

Il Bianchi (10) la pensa appunto a questo modo, e scrive: « Nel *raptus melanconico* è la tensione emotiva che ha preparato di lunga mano la scarica nervosa dai centri inferiori, i quali funzionano, come già da molto tempo ha sostenuto il Jackson, sottratti al dominio della coscienza ».

Il Tanzi (11), con la consueta felicità di stile, ritrae il *raptus melancholicus* con queste parole: « Le scene più orribili e sanguinose, rappresentandosi alla mente del melanconico come semplici possibilità e ripetendosi come immagini favorite per la loro enormezza, si trasformano qualche volta in *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 di atti corrispondenti, alle stragi cieche, alla mutilazione dei genitali, al suicidio nelle forme più raccapriccianti.

Quando ciò avviene, il malato, immerso in una idea esclusiva e dominante, perde la visione di ogni altra cosa e si trova in uno stato

molto prossimo all'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* ».

Esempi che confermano, in modo evidente, il quadro com'è disegnato dal clinico di Firenze, sono pure nel Trattato di Psicopatologia forense di Krafft-Ebing (12).

Nella nostra malata la fase seconda si può riassumere a questo modo: una improvvisa eccitazione psico-motrice: le infermiere, 5 minuti prima del fatto, avean trovato la malata tranquilla e cosciente: il compiersi fatale di un atto mostruoso - il tentativo di cavarsi gli occhi - lo accompagnarsi all'azione di uno stato delirante, vicino all'incoscienza: poi l'amnesia ed il ritorno della persona alle condizioni primitive: il tutto insorto a mezzo di uno stato depressivo.

Crediamo inutile spendere parole: che cosa poteva essere il fenomeno di diverso da un *raptus*? Fra le diagnosi differenziali, una sola merita di essere, a parer nostro, accennata: l'equivalente epilettico. Questo, per la rapidità della insorgenza, per la violenza degli impulsi, per la amnesia susseguente, può talora simulare un quadro analogo a quello da noi osservato. Ma la paziente non soffersse mai di mal comiziale: ed inoltre l'equivalente epilettico, più che come scarica psico-motrice pura e semplice, si presenta come repentino cambiamento, talora magari mostruoso, della personalità: e l'individuo può diventare bestiale, sanguinario, assassino, ma diventa pur qualche cosa, come una personalità nuova: e nella sua cieca e terribile violenza ripete spesso un tipo atavico.

Invece nel caso nostro la personalità non cambia, scompare: e rimane solo l'impulso incoercibile.

Poi sopravviene una serie tumultuosa di sintomi gravi, che conducono rapidamente alla morte e che si interpretarono in *delirio acuto*.

A questo proposito, per chiarire meglio il nostro pensiero, non è inutile avvertire che seguiamo il concetto di Tanzi, per il quale il delirio acuto altro non è che la forma più grave della amenza.

Nè vediamo alcuna ragione per farne una entità nosologica speciale, una volta che il momento etiologico — esaurimento, infezione, intossicazione, trauma psichico etc. — è lo stesso, e l'unica ragione di separar l'uno dall'altra risiede solo nella maggior rapidità e gravità del primo, a paragone della seconda.

Il quesito diagnostico, per la terza fase, è alquanto più difficile che non per le precedenti.

Vi sono, avverte Kraepelin, delle forme gravissime di frenosi maniaco-depressiva che possono fino ad un certo punto confondersi con i gravi stati di delirio infettivo: in antico questi quadri morbosi andavano sotto il nome di mania confusionale acutissima.

Però l'autore tedesco, nella sua introduzione alla Clinica Psichiatrica (13), ci insegna che per la distinzione dell' un quadro dall' altro, diviene molto importante il fenomeno dell'esaurimento progressivo o della infezione, del quale ultimo è segno efficace la elevazione termica.

Ora, nella nostra malata oltre allo stato confusionale gravissimo, alla lingua fuliginosa con i bordi rossastri, all'agitazione motoria violenta e disordinata, cravi anche una piressia cospicua (39,5-40).

E a noi sembra, che l'improvvisità di un decorso tanto grave e i fenomeni febbrili abbiano giustificato a pieno la diagnosi di delirio acuto, ed abbiano logicamente fatto eliminare il sospetto, pure seducente, di uno stato maniaco, singolarmente violento.

Il reperto di autopsia ci diede ragione. Leggendo i trattati (Tanzi (14), Ballet (15), Kraepelin, Regis (17) etc.) impariamo che nel delirio acuto il reperto anatomico-patologico necroscopico presenta ben poco di caratteristico: si può trovare iperemia delle pie meningi, della sostanza grigia e bianca, talora, di rado, emorragie puntiformi.

Di più, arrossamento dei muscoli e la reazione dei visceri, con i primi accenni della degenerazione, al processo infettivo-tossico.

Noi vedemmo all'autopsia, e ne fa fede il reperto di necroscopia trascritto, tutti i fatti, che abbiamo ora citati.

E sopra tutto: *la milza ingrandita con la capsula tesa, la polpa fluente, spapolabile, di un colore rosso vinoso*: in una parola, la milza infettiva, come è descritta anche dalla patologia generale.

Di fronte ai dati anatomico-patologici, i quali se pure poco caratteristici, debbono avere il loro valore, quando si rinvengono, come nel caso nostro, tutti positivi, non ci è rimasto più dubbio sulla verità del diagnostico, formulato per gli ultimi sintomi, di *delirio acuto*.

Ed ora concludiamo: la M. B. Maria, ammalata una ventina di giorni prima del suo ricovero, di uno stato depressivo.

Nella prima notte che ella passò tra noi, si svolse, fulmineo, il fenomeno del *raptus melancholicus*: a questo, dopo circa 12 ore di intervallo, con piena lucidità di coscienza, si sostituì un delirio acuto che la conduce rapidissimo alla morte. Come spiegare questo succedersi strano di fenomeni morbosi?

Noi non crediamo, pur tenendo presente l'ammonimento antico, *cave a consequentiariis*, di offendere la logica interpretando così: if

processo infettivo-tossico diede risalto alla diatesi maniaco-depressiva della nostra malata: aggravandosi, provocò con il *raptus* la crisi più grave che la sua costituzione mentale viziata potesse minacciarle; e infine si dichiarò in tutta la sua violenza con il quadro classico del delirio acuto.

Per pensare in modo diverso bisognerebbe ritenere nel caso clinico descritto, la insorgenza brusca di un delirio acuto, a mezzo del decorrere di una forma mentale per consueto benigna, ma inaspritasi d' improvviso.

Ma non ci pare giusto trascurare la importanza del periodo di incubazione di un processo tossico gravissimo, sulla sintomatologia maniaco-depressiva prima insorta: nè ci sembra azzardato dare ad essa forza di momento etiologico di tutto il quadro complesso descritto: tanto più che, osservando bene le varie fasi, noi rileviamo anche una relazione di proporzione.

Mentre il processo infettivo tossico si mantiene allo stato di latenza, si hanno dei tenui fenomeni psichici; quando esso si aggrava, si aggravano repentinamente i fatti mentali, con il *raptus*; finchè la intossicazione si impadronisce di tutto il campo psichico e dà luogo ai fenomeni confusionali.

Il L a m b r a n z i, nel lavoro già da noi citato, osserva come spesso avvenga che certi casi di mania o di melanconia, che non guariscono più, siano invece da ascrivere al quadro delle amenze, simulanti per un certo periodo di tempo la sintomatologia dell'una o dell'altra forma mentale.

Noi esprimiamo un convincimento, che questo secondo caso, tanto netto nel suo significato, ha reso più forte: *l'amenza prende spesso un andamento clinico caratteristico, diverso da quello descritto dagli autori: e la ragione di esso risiede nel fatto che la reazione psichica provocata da traumatismo, o infezioni, o intossicazioni, si modifica e si plasma anche sulla particolare costituzione mentale del malato.*

Settembre 1906.



BIBLIOGRAFIA

- (1) A. Alberti — Un caso di amenza. Contributo allo studio del decorso e delle varietà di questa forma morbosa — *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, Fasc. I-II, 1906 — Ferrara.
- (2) Kraepelin — Psychiatrie — II° Band — Klinische Psychiatrie — Leipzig, 1904, pag. 496 e seg.
- (3) Vedmani — La melanconia psicosi d' involuzione — *Bollettino del Manicomio di Ferrara*, fasc. III, 1899.
- (4) Lambranzi — Contributo allo studio della frenosi maniaco-depressiva e della melanconia da involuzione — *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, fasc. II-III, 1902.
- (5) Weygandt — Atlas und Grundriss der Psychiatrie — München — editore Lehmann — pag. 351 e seg.
- (6) Afranio Peixoto — *Annales médico-psycholog.* Marzo-Aprile 1905.
- (7) A. Alberti — Osservazioni statistiche e cliniche sulla frenosi maniaco-depressiva — *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale* — Ferrara, fasc. I-II, 1905.
- (8) Pieraccini — Ulteriore contributo alle leggi che regolano la ereditarietà psicopatica — *Riv. Sperim. di Freniatria etc.*, 1902, pag. 326 e seg.
- (9) Belmondo — Le malattie mentali — Estratto dal Trattato di Patologia interna, diretto dal prof. De Giovanni, pag. 151.
- (10) Bianchi — Trattato di Psichiatria — Casa editrice Dott. Pasquale. Napoli 1904, pag. 264, 265.
- (11) Tanzi — Malattie mentali — Società editrice libraria, 1905, pag. 466, 467.
- (12) Krafft-Ebing — Trattato di Psicopatologia forense — Traduzione it. di L. Borri — Fratelli Bocca — Torino, 1897, pag. 135-36-37.
- (13) Kraepelin — Introduzione alla Clinica psichiatrica — Traduzione it. di Amaldi e Manzoni — Casa Editrice Libreria, 1905, pag. 92-93.
- (14) Tanzi — l. c., pag. 322.
- (15) Ballet — Le psicosi — Traduzione dei dott. Maffi e Colla — Torino Unione Tipografica Editrice, 1896, pag. 165 e seg.
- (16) Regis — Précis de Psychiatrie — Collection Testut — Octave Doin éditeur. Paris, 1906, pag. 314.

3709



