



10. 24

Omaggio

AMENZA DEMENZA PRECOCE FRENOSI SENSORIA

Rassegna e Contributo Clinico

ALLA DOTTRINA

DELLA

FRENOSI SENSORIA

PEL

DOTT. GIOVANNI MOTTI

Vice Direttore del Manicomio di Aversa

IN COLLABORAZIONE

del Dottor **PAOLO CASCELLA** Praticante



AVERSA

TIPOGRAFIA FRATELLI NOVIELLO

Strada S. Agostino, 5

1906

AMENZA DEMENZA PRECOCE FRENOSI SENSORIA

Rassegna e Contributo Clinico

ALLA DOTTRINA

DELLA

FRENOSI SENSORIA

DEL

DOTT. GIOVANNI MOTTI

Vice Direttore del Manicomio di Aversa

IN COLLABORAZIONE

del Dottor **PAOLO CASCELLA** Praticante

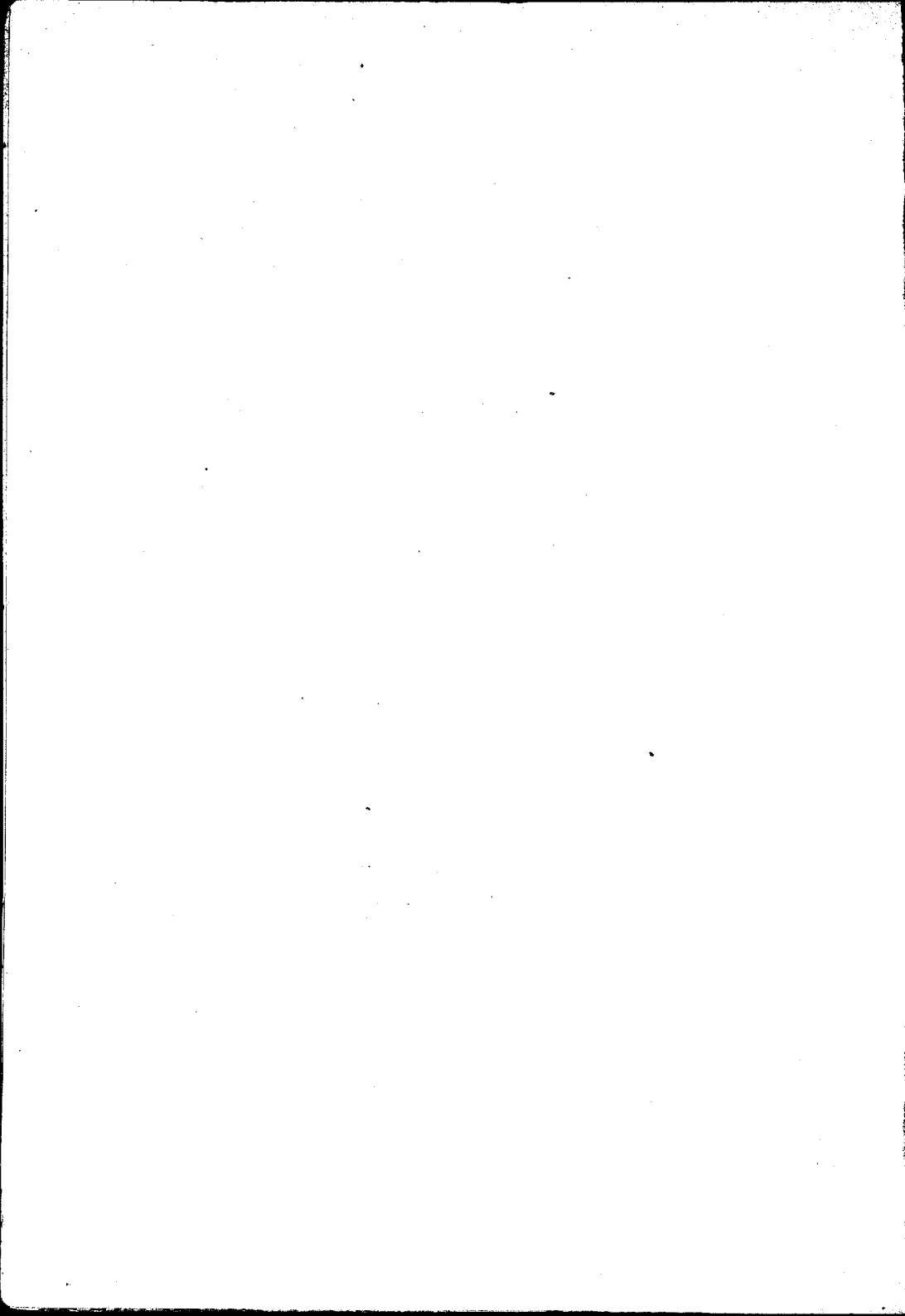


AVERSA

TIPOGRAFIA FRATELLI NOVIELLO

Strada S. Agostino, 5

—
1906





La dottrina della frenosi sensoria, da più anni formulata dal Bianchi, è fondata sui disturbi elementari i più importanti della psicopatologia, quelli cioè della percezione.

Molto però si discusse, ed ancora si discute su tale argomento, il che dimostra sempre più come, non ostante il largo contributo portato dai cultori italiani e stranieri allo studio delle malattie mentali, e la rigogliosa e rapida evoluzione, subita dalla psichiatria, in questi ultimi tempi, esiste ancora molta incertezza nei concetti nosologici. Molti quadri morbosi, infatti, descritti come entità cliniche da taluni, vanno da altri considerati come sindromi, quali semplici fasi o gradazioni di una stessa malattia.

È vero che i progressi dell'anatomia sottile del sistema nervoso e della fisiologia, l'affinamento dei metodi d'indagine clinica, coi loro preziosi acquisti, e la conoscenza più profonda delle malattie mentali, hanno reso possibile la distinzione di nuovi quadri morbosi da quelli già conosciuti; rimane però sempre a discutere, se talune di queste nuove forme, debbano veramente considerarsi

come tipi autonomi, indipendenti, o al contrario converga inquadrarle in un'unica cornice.

Molto semplice e chiara è la dottrina del Prof. Bianchi sulla frenosi sensoria.

« Sotto questo nome vanno comprese tutte quelle forme psicopatiche, le quali s'iniziano con allucinazioni ed illusioni, vuoi che codesti disturbi sensoriali dominino la scena durante tutto il corso della malattia, vuoi che scompaiano all'inizio di essa, residuando sindromi, le quali male sarebbe considerare come forme particolari di malattia, poichè formano invece con i disturbi sensoriali un tuttuno clinicamente e psicologicamente inseparabile » (1).

Di qui diversi gruppi di frenosi.

Il primo comprende quei casi di confusione mentale, in cui la disintegrazione della personalità segue all'intervento di semplici illusioni, circa la propria conformazione fisica, o quella d'altri: *frenosi illusionale o percettiva* dell'A. Altra volta una sola ed intensa allucinazione produce la confusione, lo scompiglio completo della personalità psichica, fino allo stupore, il quale, pur non ripetendosi l'allucinazione, si prolunga indefinitamente.

Nel secondo gruppo vanno comprese quelle forme, nelle quali si hanno allucinazioni svariate, ma queste, salvo qualche fugace turbamento, non arrivano a mettere in disordine la psiche, stante la poca vulnerabilità del cervello negli individui colpiti.

Il terzo gruppo è il più importante: esso è rappresentato da quelle forme psicopatiche, molto frequenti,

(1) L. BIANCHI — Trattato di Psichiatria, Ed. V. Pasquale, Napoli, pag. 658.

nelle quali i numerosi disturbi sensoriali disgregano la personalità psichica, disorientano la coscienza, la volontà, la condotta. Si stabilisce in tal modo il quadro della *demenza acuta*, che comprende la *Wahnsin* o *delirio sensoriale acuto* (Krafft-Ebing), la *Verwirrtheit* o *confusione mentale* (Fritsch), l'*Imbecillia* del Meynert, e poi la stupidità, la confusione mentale dei Francesi, e la maggior parte dei casi di *dementia praecox* di Kraepelin, e quindi l'*Ecceffrenia*, la *catatonìa* e la *demenza paranoide*.

Queste svariate sindromi, non sempre ben distinte l'una dall'altra, sarebbero dunque determinate dal potere disorganizzante delle allucinazioni, per cui o si avrebbe il solo dissolvimento della personalità psichica e con esso l'amenzia più classica, ovvero i frammenti della personalità sconvolta si aggregerebbero in nuovi composti, con speciale fisionomia, dovuta agli stessi prodotti allucinatorii, per dare, talvolta, benanche un delirio sistematizzato.

Questa la dottrina del Bianchi, la quale, fra gli altri meriti, vanta quello di aver richiamata l'attenzione sull'importanza che ha l'elemento sensoriale in questo gruppo di psicopatie, mentre i Francesi hanno insistito specialmente sul fatto dell'astenia cerebrale, ed i Tedeschi hanno avuto di mira il disordine nei processi mentali ed i rapporti con la paranoia.

* * *

Le idee del Prof. Bianchi non sono intanto accettate da tutti gli autori. Taluni, più benevoli, pur riconoscendo l'esplosione allucinatoria di molte forme morbose,

non danno alle allucinazioni importanza patogenetica, ma le considerano quale primo fenomeno di un complesso quadro clinico: l'allucinazione, per essi, non sarebbe « la folgore che abbatte, ma la prima fiamma che scoppia e che annunzia l'incendio, sviluppatosi già per cause intime in un organismo mentale » (1).

Altri, più ostinati oppositori della teoria del Bianchi, animati da una critica troppo sèvera, arrivano perfino a non riconoscere i casi clinici, riportati da molti autori come frenosi sensoria, ed ammettono invece che di essi alcuni entrano a far parte delle psicosi alcooliche, altri della frenosi maniaco-depressiva, ed altri infine della demenza paralitica o degli accessi minori dell'epilessia. Vi ha, in ultimo, chi nega benanche ogni utilità pratica al riconoscimento di questa entità morbosa (2).

E dire che sono frequenti i casi di speciali forme psicopatiche, che, studiate accuratamente in tutti i loro sintomi, non si trova modo d'inquadrarle in alcuna delle forme tipiche note ed accettate; mentre, riconosciuta l'entità clinica della frenosi sensoria, molte di queste forme dubbie potrebbero esservi utilmente assegnate, evitando così confusione e malintesi. E qui ci piace riportare alcuni casi descritti dal Rüdin, il quale, pur riconoscendoli come specifici, non sa in qual forma clinica inglobarli, mentre essi, originandosi da disturbi sensoriali, debbono essere ascritti tra le forme di frenosi sensoria.

(1) PENTA P. — Lezioni di psichiatria, Napoli 1902.

(2) A. VEDRANI — La frenosi sensoria. *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, fasc. I-II 1906.

A. VEDRANI — Contro la frenosi sensoria. Lucca 1904.

Si tratta di tre prigionieri segregati in cella, senza precedenti psicopatici e con funzioni elementari del sistema nervoso tutte normali, nei quali bruscamente insorgono delle vivaci allucinazioni visive ed acustiche, a contenuto persecutivo, in rapporto a determinate persone dell'ambiente. Ben presto su tali errori dei sensi si organizza un delirio di persecuzione, che rende l'ammalato eccessivamente irritabile, manca però un'alterazione delirante della personalità, e qualsiasi altro disturbo mentale. Con lo sparire delle allucinazioni cessa l'ulteriore evoluzione del delirio. — In due casi la malattia durò circa un anno, nel terzo solo pochi mesi. — L'A. dopo aver esposta la diagnosi differenziale di questa forma morbosa dalla paranoia e dalla demenza precoce, dice che si tratta di una forma rara di malattia mentale, speciale delle carceri, dovuta alle gravi condizioni di vita del prigioniero segregato (1).

Chi non vede invece qui l'importanza patogenetica degli errori dei sensi, e la necessità quindi di considerare tale forma come una malattia specifica della percezione, giustamente appellata dal Bianchi *frenosi sensoria*?

Non pare dunque si possa disconoscere l'utilità pratica della dottrina dell'Alienista di Napoli: che anzi, confermata una buona volta, chi non dice non si abbia ad avere un nuovo orientamento nella pur sempre discussa classifica delle malattie mentali? D'altra parte in psi-

(1) Rüdin, Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahns in der Haft ohne spätere Weiterbildung des Wahns und ohne Korrektur — Recensione del Vedrani — Rivista di patologia nervosa e mentale — Luglio 1904.

chiatria, come in medicina generica, è di supremo interesse la precisa conoscenza delle cause, come della patogenesi dei processi morbosi, potendosi solo così avere un buon indirizzo terapeutico.

* * *

Amenza, Demenza precoce: ecco le psicopatie, le quali, insieme a quelle forme rudimentali di psicosi, rappresentate da semplici percezioni illusorie o da allucinazioni senza disorientamento, costituirebbero in complesso la *frenosi sensoria* del Bianchi.

Ma *amenza, delirio sensoriale (allucinatorio), confusione mentale*, cioè dissociazione, disintegrazione del lavoro psichico con susseguente confusione e disorientamento, associato o no ad indebolimento mentale; e, d'altra parte, *demenza acuta, precoce* e varietà, cioè rallentamento fino ad arresto, indebolimento, torpore del processo psichico, fino alla paralisi, con o senza confusione, sono veramente due entità cliniche autonome e indipendenti l'una dall'altra?

Pare di no!

Anzitutto la confusione mentale, sebbene spesso primitiva, è una sindrome che appare episodicamente in molte psicopatie, come risulta da numerose osservazioni cliniche, non escluse quelle riportate dal Del Greco nel suo dotto e minuto lavoro sulle varie forme di confusione mentale (1).

Così pure la demenza precoce, « come ha fatto nota-

(1) F. DEL GRECO — Studio clinico-psicologico sulle varie forme di confusione mentale — Manicomio moderno anno 1897 e 1898.

re in una interessante monografia il Jahrmärker, della clinica di Tucek, la si riscontra in molte malattie ben definite, non escluso lo stesso isterismo » (1).

In verità la demenza precoce è oggi, da molti, ritenuta come entità clinica, e spetta al Kraepelin il merito di averla fatta risorgere sotto forma di una vasta costruzione nosologica, che comprende l'*Ebefrenia* e la *Catatonìa* di Kahlbaum ed Hecker e la *Demenza paranoide*. Il ravvicinamento di queste tre forme morbose sarebbe giustificato dalla rapida comparsa di uno stato persistente di debolezza intellettuale.

Però lo stesso Alienista di Heidelberg lascia intravedere che la demenza precoce « non è una malattia, ma una sindrome spesso terminale » (2); cioè un esito più che un'entità patologica. Ed il Mandalari, dalle sue numerose ricerche cliniche sulla demenza precoce (3), conchiude che, non avendo nulla di caratteristico nè sintomaticamente, nè etiologicamente, questo quadro morboso « più che una forma con varietà proprie, è uno stato psichico che si manifesta con molte varietà e nelle psicosi più svariate ».

Difatti, la varietà ebefrenica non è sempre ben differenziata dalle psicosi confusionali: i sintomi catatonici non si riscontrano nella sola demenza precoce, ma in molte altre malattie (4): la varietà paranoide non è ben

(1) L. BIANCHI — Trattato di psichiatria — pag. 678.

(2) L. BIANCHI — Op. cit., pag. 681.

(3) L. MANDALARI — Studio clinico sulla così detta demenza Precoce — Napoli 1901.

(4) BIANCHI L. — Op. cit.

FINZI e VEDRANI — Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce — Reggio-Emilia 1899.

distinta da tutte le paranoie degenerative, ma se acuta può confondersi con la paranoia acuta, se in fase demenziale colla paranoia secondaria (1): infine, poichè a un certo punto del decorso non è nemmeno possibile distinguere la demenza precoce dalle demenze secondarie o terminali di qualsiasi psicopatìa, bisogna dire che il concetto generico della *dementia praecox* dev'essere considerato come una sindrome, sindrome possibile a riscontrarsi in « un'accozzaglia di forme morbose reclutate in tutta la patologia mentale » (2).

* * *

Ed ora, le forme morbose in esame sono del tutto indipendenti l'una dall'altra?

La risposta non può essere che negativa, perchè fra demenza acuta, amenzia, stupidità, demenza precoce esistono numerosi punti di contatto.

In primo luogo queste svariate sindromi sono tutte, quasi sempre, dovute a infezioni o intossicazioni: così dell'amenzia (3), così pure della demenza precoce, perchè le ricerche cliniche ed anatomo-patologiche hanno dimostrato essere anche quest'ultima una sindrome tossinfettiva.

In vero dall'esame istologico, praticato dal Mondio (4) nei cervelli di sei dementi precoci, già oggetto di stu-

(1) MANDALARI — L. C.

(2) MANDALARI — L. C.

(3) TANZI — Trattato delle malattie mentali — Milano 1901.

(4) MONDIO G. — Contributo anatomico e clinico allo studio della demenza precoce — Annali di Neurologia — Anno 1905, fasc. I-II.

dio clinico del Prof. Mandalari (1), si sono avuti reperti identici a quelli ricavati in tutte le intossicazioni ed auto-intossicazioni. Più dimostrative ancora sono le interessantissime ricerche microscopiche del Dide, le quali hanno confermata l'origine tossi-infettiva della demenza precoce; sia per la degenerazione grassa del fegato, riscontrata, così come nella confusione mentale, in parecchi casi di demenza paranoide, degenerazione dovuta all'eccessivo lavoro delle cellule epatiche per i prodotti tossici dell'intestino; sia per le variazioni quantitative dei leucociti (2).

Il Dide si accinse al delicato studio nel fine di portare un contributo alla quistione, che ancora verte intorno all'origine costituzionale o accidentale della demenza precoce.

L'illustre maestro rivolse anzitutto le sue ricerche sulle ovaie e sui testicoli degli ammalati morti per questa affezione, nello scopo di controllare l'ipotesi del Kraepelin, che lega la demenza precoce ad auto-intossicazione, probabilmente di origine genitale. Ma avendo riscontrato spermatogenesi normale nell'uomo, ed ovulazione normale nella donna, senza alcun'altra lesione, dovette scartare l'ipotesi dell'Alienista tedesco.

Similmente non potè egli constatare l'atrofia e la riduzione numerica delle piccole cellule piramidali, annunciata da Klippell e Lhermitte, nè le altre lesioni istologiche, in virtù delle quali la demenza precoce va

(1) L. MANDALARI — Op. cit.

(2) M. DIDE — La démence précoce est un syndrome mental toxi-infectieux subagu ou chronique — *Revue Neurologique* — Année XIII, N. 7.

anche oggi considerata per una affezione primitivamente ed esclusivamente cerebrale. Trovò invece poca differenza tra la corteccia cerebrale dei vecchi dementi paranoidei e quella dei dementi senili.

Dopo tali studi l'A. rivolse le sue ricerche sullo apparato digestivo dei dementi precoci e, prescindendo dai facili reperti di enterite cronica, che trovano riscontro negl'imbarazzi gastro-enterici febbrili, coi quali spesso si apre la scena della demenza precoce ebefreno-catatonica, imbarazzi studiati recentemente dal Trepso⁽¹⁾, ottenne quei risultati di cui sopra è parola (1).

Anche il Sandri, dalle sue ricerche ematologiche nella demenza precoce, trae argomenti per avvalorare l'origine tossica di questa importante psicosi.

Egli ha trovato normale il numero dei corpuscoli rossi nella forma paranoide e nella ebefrenica, durante l'acuzie della malattia; alquanto aumentati invece i leucociti, con deficienza però dei mononucleati e lieve predominio dei polinucleati neutrofili; ha rinvenuto al contrario formola emo-leucocitaria normale nello stato cronico. Nella catatonìa invece, secondo l'A., per tutta la durata del processo morboso, i leucociti sono normali, ma con aumento dei mononucleati, e diminuzione dei polinucleati; diminuiti sono pure i corpuscoli rossi.

Or bene il maggior numero dei leucociti polinucleati nel sangue dei dementi acuti, dimostrerebbe, secondo il Sandri, la presenza nell'organismo di un tossico, del quale i poteri organici cercano liberarsi; il ritorno invece della formola al normale provverebbe la distruzione del vele-

(1) M. DIDE — L. C.

no: infine le lesioni istologiche corticali, da esso prodotte, spiegherebbero i fatti demenziali (1).

Anche il Kraepelin dopo aver riunito, fin dal 1893 sotto il nome di degenerazioni fisiche, la ebefrenia, la catatonìa e la demenza paranoide; dopo aver collocato, in una seconda classifica, queste tre grandi forme della demenza precoce, nel gruppo delle malattie per disturbi della nutrizione, è venuto finalmente ad una terza concezione: egli ascrive al grande gruppo delle malattie mentali per auto-intossicazioni la *dementia praecox*.

« L'essenza della demenza precoce è molto oscura, dice Kraepelin. L'opinione più diffusa è che si tratti di una regressione progressiva di un cervello insufficiente ».

« Ma contro questo modo di vedere sorgono importanti obiezioni: in verità riesce difficile comprendere perchè un organismo, il quale si è sviluppato in modo normale, talvolta anche con esuberanza, pur mancando cause speciali, tutto in una volta, si arresta nel suo sviluppo e comincia a degenerare ».

La predisposizione morbosa che comprende il 18 o 19 per cento dei casi di demenza precoce, non può spiegare un simile processo, giacchè « sopra un terreno, largamente preparato dall'eredità, non sorge mai una rapida disgregazione mentale, ma per lo più appaiono stati morbosi a lento sviluppo, o psicosi periodiche ».

Nella demenza precoce, al contrario, secondo l'alienista tedesco, debesi trattare di lesioni corticali, molto probabilmente prodotte da un'auto-intossicazione (2).

(1) SANDRI — La formola emo-leucocitaria nella demenza precoce — Rivista di patologia nervosa e mentale — Fasc. 10, 1905.

(2) E. KRAEPELIN — Trait. Psychiâtrie, VII Edit. 1904, T. II p. 429.

* * *

D'altra parte neppure sintomaticamente si hanno dei quadri morbosi autonomi: certo molte varietà cliniche dell'amenza non sono ben distinte, perchè difficilissima ne è la diagnosi differenziale, e perchè non è sempre possibile stabilire i confini fra la confusione e la demenza, trattandosi probabilmente di due varietà di uno stesso processo dissolutivo (1). Tanto vero che anche lo Chaslin, pur distinguendo la confusione mentale propriamente detta dalla demenza acuta, lo considera come semplici varietà di una stessa affezione, perchè ritiene troppo poco differenti le due forme morbose (2).

Nè bisogna dimenticare che la malattia, può, durante il suo corso, assumere successivamente la figura di amenzia, di demenza acuta, di catatonia (3).

* * *

Poichè dunque trattasi qui di sindromi, e per giunta non del tutto differenziate, ma simiglienti per molti caratteri, è logico pensare ad un'unica psicopatia che tutte le comprenda come varietà, o talvolta come semplici fasi o gradazioni: « la elevazione a dignità patologiche di tali sindromi fu solo possibile, dice il Bianchi, in quanto sfuggirono il nesso dei fatti psicopatici tra loro,

(1) MANDALARI — Op. cit.

(2) PR. CHASLIN — La confusion mentale primitive, Paris 1895.

(3) BIANCHI — Trattato di Psichiatria, pag. 402.

e quella logica successione di sintomi, la cui conoscenza non è indifferente per la psicologia patologica » (1).

Qual'è dunque il quadro complesso in cui le si deve tutte incorniciare?

Recentemente il Régis, nella terza edizione del suo « *Manuel pratique de médecine mentale* » (2), ha introdotto un nuovo interessante capitolo sulla confusione, ove la confusione mentale tipica, il delirio onirico e la demenza precoce, legati insieme da un'infinità di caratteri comuni, sono considerati come « le diverse modalità cerebrali con le quali si manifestano le infezioni e le intossicazioni » (3); onde, sotto il titolo generico di *confusione mentale*, sono descritte:

1° *La confusione mentale tipica*, distinta in *semplice o astenica* e *delirante (delirio onirico)*; 2° *La confusione mentale acuta* e le sue tre varietà: *stupida*, *acuta allucinatoria*, e *meningitica (delirio acuto)*; 3° *La confusione mentale cronica o demenza precoce*, distinta in *catatonica*, *ebefrenica* e *paranoide*.

Anzi il Régis, a giustificare le sue speciali vedute, va più oltre e muove tre obiezioni alla dottrina kraepeliniana sulla *dementia praecox*; e cioè 1° che la demenza precoce non è essenzialmente una malattia dell'adolescenza, ma che la si può riscontrare in tutte le età; 2° che la demenza precoce non possiede alcun sintoma proprio, nemmeno la sindrome catatonica, la quale si manifesta anche in quelle nevrosi e psicosi, denominate *psychoses motrices akinèsiques* da Wernicke, e *myopsychies*

(1) BIANCHI — Op. cit. pag. 638.

(2) E. Régis — Précis de Psychiatrie, 3^e édition Paris 1906.

(3) E. Régis — Précis de Psychiatrie pag. 236.

da Joffroy: 3° che la demenza precoce può guarire, e quindi, come ben dice il Serbsky, sarebbe una demenza senza demenza (1).

In verità l'Alienista di Bordeaux, già altra volta si è occupato dell'argomento. Inclinato a considerare la demenza precoce come una pseudo-demenza, dipendente dalla confusione mentale, perchè le due affezioni hanno una medesima origine (probabilmente un'intossicazione), lo stesso inizio, contrassegnato per lo più da disturbi nevrastenici, da crisi nervose, da cefalee; gli stessi sintomi fondamentali di torpore, di arresto psichico; i medesimi delirii confusi ed assurdi; le stesse alternative di agitazione e di stupore; simili infine le alterazioni somatiche e la formola urinaria, egli arriva alle seguenti concezioni: O la demenza precoce non è che una speciale forma di confusione mentale, alla quale la particolare sintomatologia catatonica, ebefrenica o delirante dà un carattere a parte, ed allora « o demenza precoce o confusione mentale, essa resta un tutto morboso avente vita propria » con la speciale fisionomia clinica della scuola tedesca contemporanea; o la demenza precoce non è che un esito « la phase de chronicité de toute confusion mentale non guérie » ed in particolar modo delle confusions dell'epoca dello sviluppo, ed allora essa diviene la confusione mentale cronica, corrispondente alla mania e melanconia cronica, suscettibile di rivestire la forma delirante, fino a dar luogo ad una specie di paranoia sistematizzata secondaria, post-confusionale: sotto questo punto di vista non sarebbe altro che la de-

(1) E. Récis — Op. cit. pag. 319.

menza precoce attuale, priva delle sue fasi iniziali acute, che non più le appartengono (1).

Da quanto si è detto appare chiaro adunque il bisogno universalmente inteso di unificare tante forme psicopatiche, simili per origine, per evoluzione, per esito, le quali, considerate come entità cliniche, ingenererebbero maggiore confusione nello studio delle malattie mentali.

E mentre il Régis, facendosi interprete di tale bisogno, si basa sul criterio nosologico e raccoglie in un gruppo tante forme morbose, l'Alienista di Napoli, al contrario, fondandosi sul potere disorganizzante e dissolvente dei disturbi sensoriali, e quindi sulla patogenesi di quelle sindromi, finisce per aggrupparle tutte nella *frenosi sensoria*.

*
* *

Ma fra tante opposte opinioni, fra entusiasti seguaci ed oppositori avventati, occorre che la parola di più sereni osservatori, obiettivata in numerosi casi clinici, con sindrome chiara, indiscutibile e nota patogenesi, venga a far luce sulla quistione.

È per tale ragione appunto che noi abbiamo rivolto il nostro studio su di un gran numero di quelle speciali sindromi, riferibili alla frenosi sensoria, nel fine di portare un contributo, per quanto modesto altrettanto scervo di qualsiasi preconconcetto, allo studio dell'importantissimo argomento.

(1) E. Régis — Notes sur la démence précoce — Revue de psychiatrie 1904 p. 155.

» Journal de Médecine de Bordeaux — 27 mars 1904 — N. 43 p. 225.

Tali ricerche in verità non sono sempre facili sugl'infermi dei manicomi, sia perchè di essi sfugge la prima fase psicopatica, venendo per lo più ricoverati alcun tempo dopo l'inizio della malattia; sia perchè le notizie anamnestiche, di cui frequentemente sono anche sforiniti, raccolte da medici generici, poco valgono a colmare le lacune; ed infine perchè nessun affidamento può farsi sulle dichiarazioni dei ricoverati, i quali anche quando si trovano in tale stato di lucidità mentale da poter dare notizie attendibili sulla loro vita passata e sulla origine del loro male, pure non bene vi riescono perchè quasi tutti analfabeti e di una educazione molto primitiva.

A vincere tali difficoltà abbiamo pensato d'inviare appositi formulari alle autorità amministrative locali ed ai medici curanti dei singoli ricoverati, per raccogliere tutte quelle notizie, che ci dovevano mettere in grado di stabilire punti di partenza molto precisi per la diagnosi dei diversi casi clinici, che si son presentati al nostro studio. E fortunatamente siamo riusciti all'intento, perchè quasi tutti hanno risposto al nostro invito, fornendoci dati preziosissimi, che altrimenti non avremmo potuto raccogliere.

* * *

I nostri casi vanno distinti in tre gruppi: a) dell'*amenza*; b) della *demenza precoce*; c) della *frenosi sensoria propriamente detta*.

AMENZA.

Osservazione I — Confusione mentale.

Petr..... Pasquale, da Moliterno (Potenza), di anni 52, celibe, orefice, ammesso nel Manicomio di Aversa il 15 Agosto 1904.

La madre fu affetta da follia. Egli visse lunghi anni in America, ma derubato e ridottosi alla miseria, tornò in Italia, ove finì col fare il marinaio.

Allo stato di avanzato esaurimento, dovuto soprattutto alla insufficiente alimentazione, va ascritta la speciale malattia, la quale si manifestò con una sindrome confusionale, con un processo dissociativo acuto.

Platicefalo, con occhi infossati e sopracciglia riunite. Molti segni d'involutione precoce; ma normali tutte le funzioni elementari del sistema nervoso.

La patogenesi fu confermata dal decorso: « l'infermo curato, fin dal primo giorno, prevalentemente con sussidi alimentari, cominciò ben presto a riaversi; e il miglioramento delle condizioni mentali seguì parallelamente il rifiorire della nutrizione, per quanto lo permettevano le avarie, già consolidate nell'organismo, per i disagi e i gravi patemi incontrati ».

Osservazione II — Demenza acuta.

Car..... Vincenzo, da Picerno (Potenza), di anni 27, celibe, minatore, ammesso il 10 Settembre 1904.

S'ignorano i precedenti ereditarii e biografici.

All'esame obiettivo riscontransi parecchie note antropologiche degenerative: smisurata statura, notevole asimmetria cranio-facciale, orecchie asimmetriche, denti accavallati. Normali le funzioni elementari del sistema nervoso.

È disorientato nel tempo e nello spazio, con memoria illusoria e lacunare: il falso contenuto dei sensi e della coscienza si traduce negli atti e nella volontà, facendogli concepire desiderii puerili ed illogici.

Dopo pochi mesi questo infermo cominciò a migliorare, ma il miglioramento durò poco: la confusione si accentuò, i ricordi divennero sempre più scialbi, e d'allora è andato man mano decadendo in tutte le estrinsecazioni della vita mentale.

Osservazione III — Demenza acuta.

Cil.... Michele, da Matera (Potenza), di anni 25, celibe, telegrafista. Entrò nel Manicomio il 9 Ottobre 1905.

Si contano casi di alcoolismo e di epilessia in famiglia, ed anche larga mortalità infantile: ebbe otto tra fratelli e sorelle, dei quali sei si estinsero in tenera età. Egli ha sofferto febbri malariche ed ha vissuto vita sempre disagiata.

La malattia esordì bruscamente, pochi mesi prima dell'ammissione, con mutismo ostinato.

All'ammissione non dice una parola, presenta sguardo vuoto, percezione lentissima e quasi spenta.

Rifiuta il cibo e, solo mercè amorevoli incitamenti, riesce a deglutire qualche vivanda liquida. Preferisce stare a letto.

È profondamente denutrito, con colorito cereo e muscoli flaccidi; si muove lentamente.

Ha fronte bassa, denti accavallati con straordinario sviluppo dei canini.

Quest'infermo andò man mano risvegliandosi: e la sua mimica, sempre inerte per lo passato, rivelò spesso stati allucinazioni acustici.

Fu dimesso guarito dopo dieci mesi dall'ammissione.

Osservazione IV — Demenza acuta.

Lett.... Giuseppe, da Succivo (Caserta), di anni 21, celibe, contadino, fu accolto nel Manicomio il 22 Dicembre 1905.

Precedenti ereditari negativi. Sempre buono e laborioso, fu solo un pò dedito al vino: ne beveva in media poco più di un litro al giorno. Nessun altro dato biografico importante figura nell'anamnesi individuale. Era recluta da qualche settimana, quando bruscamente dette di volta.

Presenta parecchie note antropologiche degenerative: forte asimmetria cranio-facciale, fronte angusta, orecchi carnosi e spiccatamente ad ansa, mandibola un pò pro-cedente, palato alto.

Normali le funzioni del sistema nervoso esplorate; la nutrizione però è molto scaduta, con notevole impoverimento del sangue.

È apatico, disorientato ed incosciente, ma la mimica e il soliloquio dimostrano che la coscienza è ingombra di prodotti sensoriali molto attivi.

Dopo circa tre mesi questo infermo cominciò a migliorare, e, quasi del tutto reintegrato, venne dimesso in prova nell'Aprile u. s.

Osservazione V — Confusione mentale.

La Vi..... Domenico, da Cercemaggiore (Benevento), di anni 32, coniugato con profe, contadino, ammesso nel Manicomio di Aversa il 31 Gennaio 1906.

Eredità psico e neuropatica negativa. Molto moderato nel bere, ha sofferto ileotifo, ed una volta fu condannato per furto. Nient'altro figura nella sua anamnesi individuale.

I primi disturbi psichici s'iniziarono bruscamente, circa un mese prima dell'ammissione. La notte dal 1° al 2 Gennaio, mentre tutto tace, si leva sbigottito, afferra una gonna della moglie, e stringendola forte fra le mani, grida che è una strega venuta per ammaliarlo. In tale agitazione trascorse il rimanente della notte; e solo, al mattino, fu possibile, coll'aiuto dei parenti, strappargli a viva forza la gonna dalle mani. Ben presto apparvero fenomeni di disintegrazione, divenne confuso, incoerente, impulsivo.

Tranne qualche periodo di relativa calma, passò così parecchi giorni, finchè fu condotto al Manicomio.

Riscontransi diverse note antropologiche degenerative: asimmetria cranio-facciale, fronte stretta, lieve prognatismo alveolare superiore, orecchi sessili ed asimmetrici, sopracciglia riunite.

Normale la più parte delle funzioni elementari del sistema nervoso; nessun dato preciso circa le varie spe-

cie di sensibilità, a causa delle particolari condizioni dell'infermo: nutrizione molto scaduta.

Dal lato psichico trovasi in uno stato d'incoscienza. È muto, ma dai movimenti della mimica può dirsi che il mutismo sia in rapporto ad una condizione allucinatoria.

Nel Manicomio, nei primi giorni, si mantenne agitato, insonne e quasi sitofobo: spesso lo si dovette incitare amorevolmente, talvolta invece occorsero mezzi energici per vincere il suo rifiuto al cibo.

Più tardi l'agitazione andò scemando, rimase però lo stato confusionale; e già nel Luglio apparvero sintomi di decadenza psichica: divenne apatico, privo d'iniziativa, con tendenza a raccogliere e portare ogni cosa alla bocca.

Osservazione VI — Confusione mentale.

Di Gi..... Angela Maria, da Curti (Caserta), di anni 43, maritata, contadina. Entrò nel Manicomio il 16 Marzo 1906.

Alle eccessive pratiche religiose e soprattutto ai digiuni si attribuisce l'attuale malattia, la quale divampò in modo acuto, pochi giorni prima del ricovero nel Manicomio.

All'ammissione appare in uno stato di completa confusione mentale: interrogata, o non risponde, o ripete parole vuote di senso.

Nel Manicomio si è mostrata talvolta in preda a intensa agitazione motrice, spesso la si è sorpresa in soliloqui inintelligibili.

Percepisce lentamente, e lenta è la reazione agli stimoli che pervengono alla sua coscienza. La memoria è illusoria e conservata solo in parte: si scorgono qua e là lacune che si riferiscono anche ai ricordi più intimi. La forza associativa è assai debole, per cui il discorso è incoerente. Esistono concezioni deliranti ascetiche.

Dopo pochi mesi l'inferma andò man mano riacquistando la coscienza, e, notevolmente migliorata, fu dimessa in prova.

Osservazione VII — Confusione mentale.

Cun..... Carmela, da Ottaiano (Napoli), di anni 20, nubile, contadina, fu ammessa il 15 Aprile 1906.

I primi disturbi mentali si manifestarono bruscamente per un grave trauma psichico. Mentre la povera C., sorpresa dalla cenere e dal lapillo, fuggiva coi parenti dal paese nativo, fu travolta coi suoi nelle macerie di una casa che rovinava. La sola poveretta ed un fratello furono raccolti vivi e mandati all'ospedale di Nola: i genitori e due sorelle perirono. Dall'ospedale, per manifesti disturbi psichici, la giovane venne inviata al Manicomio di Aversa.

Per più tempo apparve incosciente, e così confusa da non darsi conto del nuovo ambiente, ove era stata trasportata: alle interrogazioni non dava risposte, e solo di tanto in tanto emetteva qualche lamento e chiamava il padre e la madre.

Dopo circa tre settimane cominciò ad avvedersi del luogo e delle persone che la circondavano; e, come de-

stata da un lungo sonno, provava meraviglia di trovarsi al Manicomio, lontana dai suoi.

Questa inferma migliorò rapidamente, ma una grande lacuna rimase nella sua memoria: ricordava i più minuti particolari dell'eruzione, la caduta del lapillo, la fuga e nient'altro.

In tutto il tempo della sua degenza nel Manicomio non furono mai constatati disordini sensoriali.

Fu dimessa in prova il 9 Luglio u. s.

Recenti informazioni ne accertano la completa guarigione.

Osservazione VIII — Delirio sensoriale acuto.

Car.... Francesco, da Torrecuso, (Benevento), di anni 30, celibe, messo fondiario. Entrò in Manicomio il 17 Aprile 1906.

Nulla si conosce circa i precedenti ereditarii e biografici: solo da un fratello, che lo accompagnava (un deficiente, rinchiuso già nel locale Manicomio giudiziario), sappiamo che il Car.... era dedito al vino ed ubbriacavasi quasi tutte le sere.

Al momento dell'ammissione era irrequietissimo ed in preda a un soliloquio indisciplinato, dal quale trasparivano disturbi sensoriali molto attivi.

Ha cranio bernoccolato, faccia asimmetrica ed angolosa. Tranne dei tics facciali, niente di anormale nelle funzioni del sistema nervoso esplorate; evidenti note però di una grave intossicazione: alito fetido, labbra e denti ricoverti di patina, lingua saburratale, addome meteorico, febbre.

Coi disturbi sensoriali e l'intensa agitazione motrice, era manifesta la incoerenza e la dissociazione psichica.

Mercè opportune cure di purganti e disinfettanti intestinali, questo ammalato rapidamente migliorò, e dopo qualche mese era già completamente guarito.

Osservazione IX — Confusione mentale.

Gi..... Michele, di ignoti, da Tolve (Basilicata), di anni 41, coniugato con prole, calzolaio. Entrò nel Manicomio il 31 Maggio 1906.

Mancano informazioni sull'anamnesi individuale prossima e remota: sappiamo solo che da più tempo, quasi tutti i giorni, egli rincasava ubbriaco.

All'esame obiettivo non si riscontrano note morfologiche o funzionali accennanti a costituzione originariamente anomala, ma sintomi di un processo infettivo intestinale: ha febbre, volto acceso, lingua saburrata.

Non percepisce quanto intorno a lui si svolge, ma vive assorbito in un mondo di false concezioni, che traspaiono dagli atteggiamenti del volto. Sono gli errori dei sensi che hanno sconvolto il processo ideativo: il povero infermo guarda intorno atterrito, parlando di animali e di spettri.

Con cure igieniche ed antisettiche, dopo pochi giorni, migliorò, e cominciava anche ad avvedersi del luogo e delle persone, quando ricadde nello stato confusionale: ora vanno già manifestandosi sintomi di decadenza psichica.

Osservazione X — Confusione mentale.

De Lau..... Uomo, da Acerra (Caserta), di anni 41, celibe, calzolaio, entrò nel Manicomio il 19 Giugno 1906.

Padre morto in età inoltrata, madre ancora vivente. Ebbe quattro tra fratelli e sorelle, che si estinsero tutti in tenera età. Per quanto ci assicura la modula informativa, tanto in linea paterna che materna, non esistono precedenti di malattie nervose e mentali.

Non fu bevitore, e solo all'età di cinque anni patì un trauma all'occipite.

Alla miseria ed agli stenti si attribuisce l'attuale malattia, la quale divampò bruscamente, pochi giorni prima dell'ammissione, con idee deliranti ascetiche in rapporto a disturbi allucinatori: aveva visto, in veglia, il padre, uno zio ed un vicino di casa defunti.

All'esame obiettivo presenta cranio piccolo, trococefalo; orecchi molto discosti dal piano laterale; torace asimmetrico; scarso sviluppo del sistema pilifero.

Le funzioni elementari del sistema nervoso sono tutte normali; ma egli appare tardo nei movimenti, irresoluto, privo d'iniziativa.

Presentasi smarrito, con occhi senza espressione, disorientato, silenzioso: di tanto in tanto mormora parole incomprensibili, certo senza alcun rapporto con le condizioni ambientali e con le domande che gli si rivolgono.

Nei primi giorni trascorsi nel Manicomio, spesso di notte lasciava il letto e girava per la sala: parecchie volte fu sitofobo; tal'altra, solo a furia di amorevoli in-

citamenti, prese spontaneamente qualche cosa; per lo più, invece, fu necessario imboccarlo l'alimento.

Passava la giornata inerte, sempre solo, senza parlare con alcuno.

Rapidamente s'iniziarono fenomeni di decadenza mentale.

Osservazione XI — Demenza acuta.

Rugg..... Vincenzo, da Torre del Greco (Napoli), di anni 22, celibe, marinaio, fu ricoverato in Manicomio il 23 Giugno 1906.

Precedenti ereditarii negativi. Altro non figura nella anamnesi individuale che un grave trauma al petto, per caduta dall'alto, mentre trovavasi, quattro anni or sono, a bordo di una nave.

Guarito, emigrò per l'America, donde poi venne rimpatriato nelle condizioni in cui trovasi attualmente.

All'esame obiettivo si rileva qualche nota antropologica degenerativa: macrocefalia con asimmetria cranio-facciale.

Si presenta ritto, immoto, con atteggiamento estatico; spesso però si abbandona ad affettate leziosaggini.

Non risponde alle interrogazioni, ma solo di tanto in tanto, in rapporto a stati allucinatorii, mette fuori qualche frase vuota di senso, anche d'altro idioma, intramezzata da serosci di riso e smorfie: sono i ruderi infermi della mentalità disfatta.

Masturbatore per eccellenza, talvolta anche impulsivo.

Osservazione XII — Confusione mentale.

Chioc..... Giacomo, da Castropignano (Campobasso), di anni 27, celibe, sarto. Entrò nel Manicomio il giorno 21 Luglio 1906.

Il padre morì per apoplessia; il figlio di un fratello è epilettico; ma non delinquenza, nè stranezze figurano nella famiglia.

L'infermo fu sempre laborioso e morigerato, non abusò mai di vino o liquori; però quattro anni or sono ebbe dei disturbi psichici, probabilmente della stessa indole dell'attuale malattia, pei quali circa tre mesi non potette attendere al lavoro. Rimasto in famiglia e guarito, emigrò per l'America, ove stette ben quattro anni, quando pensò a tornare in Italia.

Allo sbarco in Napoli comparvero i primi disturbi mentali. Racconta egli stesso che la bella città, ove avea passati molti anni, fecegli l'impressione di un paese sconosciuto.

Bastò questa illusione a sconvolgerne la mente, a disorientarlo nel tempo e nello spazio: divenne confuso, incoerente, impulsivo.

Aiutato dai compagni, giunse a Benevento, ivi però le condizioni mentali si aggravarono in guisa da non permettergli di proseguire il viaggio, e venne quindi inviato al Manicomio di Aversa.

All'osservazione rilevasi qualche lieve nota antropologica degenerativa: occipite piatto, barba rada.

Normali tutte le funzioni del sistema nervoso.

Questo infermo si reintegrò ben presto, ma non ricordò mai gli avvenimenti che reclamarono il suo invio al Manicomio.

Osservazione XIII — Demenza acuta.

D'Arc..... Marco, da Parigi, di anni 22, celibe, militare, fu accolto in questo Manicomio il 6 Agosto 1906.

Mancano notizie circa i precedenti ereditari e biografici.

Il formulario dice solo che il D'Arc..... il 18 Marzo u. s. fu ricoverato nell'Ospedale Militare di Foggia, per essere curato di sifilide, che dopo poco tempo, scoppiata la malattia mentale « con fenomeni d'incoscienza e di incoerenza di idee e di atti », venne trasferito all'Ospedale Militare di Chieti, donde poi al Manicomio di Aversa.

Cranio piccolo, scafocefalo, naso deviato, scarso sviluppo del sistema pilifero.

La nutrizione è molto scaduta, la cute sottile, il polso frequente (95-100 battiti a minuto).

Presenta sguardo smarrito, mutacismo, interrotto solo da impulsioni verbali, le quali rivelano il profondo disordine della coscienza e dei sensi. Atteggiamento negativista: esegue dei movimenti spontanei senza obiettivo, ma si oppone ai suggerimenti che gli vengono dal mondo esterno, di cui non uno è accolto dalla coscienza e trasformato in atti. Sitofobia ostinata.

Osservazione XIV — Demenza acuta.

Prim..... Pasquale, da Francavilla a Mare (Chieti), di anni 23, celibe, locandiere, ammesso nel Manicomio di Aversa il 26 Ottobre 1906.

S'ignorano i precedenti gentilizi e biografici.

Presenta qualche lieve nota antropologica degenerativa; ma normali tutte le funzioni elementari del sistema nervoso.

Sguardo vuoto, difetto d'iniziativa, completa indifferenza per l'ambiente che lo circonda. Percezione tarda con disordini sensoriali: riferisce di essere spesso svegliato la notte da voci note ed assicura che sono i suoi concittadini, che gli portano e ne raccolgono notizie per la famiglia. La memoria è indebolita, notevole l'indifferenza affettiva ed emotiva.

* * *

Il disorientamento di luogo e di tempo, di persone e di cose; l'abbassamento del potere percettivo, fino alla sospensione; le allucinazioni, per lo più visive e uditive, riscontrate, se non in tutti, certo in buona parte dei casi sopra riportati; l'agitazione senza scopo in taluni, e l'immobilità quasi assoluta (amenti attoniti) in altri; i sintomi somatici e l'etiologia non lasciano alcun dubbio sulla diagnosi di amenza.

Quantunque la demenza acuta vada da molti identificata con la confusione mentale (1), noi, pur comprendendole entrambe nell'amenza, abbiamo creduto conservare la distinzione, sembrandoci differenti fra loro le due forme di psicosi, sia perchè nella confusione prevale la dissociazione, la disintegrazione del lavoro mentale, con

(1) DE BUCK et DEROUBAIX — Considérations anatomo-pathologiques sur la démence précoce — Journal de Neurologie, 1906, n.º 2.

confusione e disorientamento, mentre nella demenza acuta prevale l'indebolimento fino all'arresto del processo psichico, con debolezza o assenza delle manifestazioni intellettuali; sia perchè in questa seconda forma il sintoma confusione può assolutamente far difetto, e nell'altra invece può mancare l'indebolimento mentale.

Ciò premesso, risulta chiaro che nelle osservazioni 5^a, 10^a e 12^a furono evidentemente i disordini sensoriali, che iniziarono il quadro clinico, e divennero poi più rari e scialbi.

In tutti e tre i casi è da escludere con certezza il *potentissimo moriens di allucinosis*: l'alcoolismo cronico.

Nelle osservazioni 4^a, 8^a e 9^a, mancando informazioni precise sugli inizi della malattia, non può dirsi se la sindrome confusionale sia stata preceduta da un periodo allucinatorio più o meno intenso e più o meno lungo; certo però i tre infermi pervennero nel Manicomio in preda a disturbi sensoriali molto attivi. Qui peraltro bisogna tener presente che nell'anamnesi individuale figura l'alcoolismo cronico.

Anche nei casi 2°, 3°, 11°, 13° e 14° s'ignora l'inizio della psicopatia: nel Manicomio fu però constatato il predominio della confusione o della sindrome demenziale; scialbi e fugaci al contrario apparvero gli errori dei sensi.

Infine nelle osservazioni 1^a, 6^a e 7^a, ove la malattia venne sorpresa fin dall'inizio, ed il corso seguito attentamente, non furono mai constatate illusioni ed allucinazioni: però nell'osservazione 7^a lo stupore fu preceduto da una grande paura, la quale, come vedremo, ha meccanismo d'azione identico a quello di un'intensa allucina-

zione; sebbene qui sia anche concepibile l'intervento di qualche trauma sul capo, il quale possa far pensare ad una psicosi traumatica.

I casi poi 1° e 6°, per lo stato di avanzato esaurimento constatato, debbonsi comprendere nella confusione mentale primitiva, ritenuta come forma rara dal Bianchi e quasi sempre nevrastenica.

Dopo quanto si è detto ci sentiamo adunque autorizzati ad affermare che realmente anche in diverse di quelle forme di alterazioni mentali, quasi universalmente riconosciute per *amenze*, sono i disturbi illusorii o allucinotorii, i quali iniziano la scena morbosa e tavolta accompagnano anche la malattia nelle diverse sue fasi.

DEMENZA PRECOCE.

Osservazione XV.

Pav..... Biagio, da Rivella (Potenza), di anni 22, celibe, falegname, entrò in questo Manicomio il 6 Luglio 1904.

Eredità negativa.

L'infermo ha mostrato sempre una certa debolezza nervosa.

Fu dedito alla venere solitaria, ed a questa si attribuisce l'attuale malattia, la quale si sviluppò lentamente, circa due anni prima del ricovero nel Manicomio, con segni di depressione psichica.

AlPesame obiettivo presenta macrocefalia, con enorme sviluppo delle bozze parietali, fronte stretta, orecchi asimmetrici, irregolare l'impianto dei capelli sulla fronte.

Le funzioni elementari del sistema nervoso sono tutte normali. Nutrizione profondamente scaduta.

Nel Manicomio quest'infermo andò man mano reintegrandosi, scomparvero anche i disturbi sensoriali dei primi tempi; però, a misura che la coscienza andavasi snebbando, si organizzava un delirio. Diceva che la famiglia e i Rivellesi, i quali a torto l'avevano giudicato pazzo, erano causa delle sue sventure, ed in particolar modo un fratello, al quale lo aveva affidato il vecchio genitore, emigrando per l'America: aggiungeva inoltre che, partito il povero padre, egli solo lavorava, essendo il germano dedito al vino ed agli svaghi, che per liberarsi alla fine dal mal governo dello sciagurato fratello, avea pensato lasciare l'antico mestiere di falegname ed apprendere quello di orologiaio. Fu in seguito di ciò che il fratello, immensamente dispiaciuto, a fine di vendicarsi, aveva diffusa la voce che egli era pazzo, riuscendo in tal modo a farlo rinchiusere nel Manicomio.

Questo infermo attualmente oscilla fra periodi di calma e periodi di eccitamento, serbando una condotta incoerente, incomposta, assurda, con spiccata tendenza a stereotipie: predomina sopra tutto la dissociazione psichica.

Osservazione XVI.

Za..... Amedeo, da Campobasso, di anni 25, celibe, studente, ammesso nel nostro Manicomio il 26 Giugno 1905.

Figlio di madre tubercolotica, ebbe sempre personalità infermiccia e debole.

I primi disturbi psichici si manifestarono verso la pu-

bertà, quando lo si volle avviare per gli studi liceali, non compatibili con la sua fiacca costituzione.

Fu già ricoverato al « Fleurent » in istato di esaurimento organico e psichico.

È pallido, smunto, eccessivamente denutrito, con faccia attonita ed occhio mobile, animantesi tratto tratto in lampi allucinatorii.

Nel Manicomio si mantiene sempre in preda a disturbi sensoriali: « La mimica rivela una condizione allucinatoria, e da qualche espressione verbale è facile interpretarne il contenuto. Dice che è condannato a morte, ed alla vista del medico presenta le braccia, dicendo: Apritemi le vene! In ciò dire atteggia il volto a sorriso e a illirità, come chi accarezzi l'idea di una pronta ed aspettata liberazione. Coordinatamente a questo contenuto delirante-allucinatorio, rifiuta il cibo ».

Relativamente lucido, subito si stanca, ed esaurendo ben presto le poche energie psico-fisiche, rivela una mente sempre più povera col prolungarsi della conversazione.

Diverse note antropologiche degenerative: statura bassa, sviluppo scheletrico meschino, cranio piccolo e platicefalo. Niente di anormale in tutte le funzioni del sistema nervoso.

Attualmente la stereotipia, l'uniformità incosciente degli atti, la loro puerilità lo additano per un individuo già decaduto.

Osservazione XVII.

Tam..... Vincenzo, da....., di anni 31, celibe, medico-chirurgo, fu ammesso nel Manicomio il 21 Dicembre 1905.

Il padre, gottoso, morì di polmonite, la nonna materna finì per carcinoma alla mammella.

Ebbe dodici tra fratelli e sorelle, dei quali sette si estinsero in tenera età per rachitismo. Nessuna malattia figura nell'anamnesi individuale; dedito però al vino, ne beveva oltre un litro e mezzo al giorno.

I primi disturbi mentali apparvero più anni addietro, e propriamente al ritorno dalla scuola superiore di Firenze.

Racconta egli stesso che un giorno parvegli che alcuni saltimbanchi e suonatori ambulanti si prendessero giuoco di lui, mentre trovavasi in compagnia di un'amante. Dice che non vi dette peso e che sembragli strano come ciò sia bastato per internarlo nel Manicomio di Fleurent.

Dopo parecchi mesi di degenza in quella casa di salute, venne ritirato in famiglia, e solo più tardi, dopo qualche anno, fu rinchiuso nel Manicomio di Aversa.

Durante il lungo periodo di tempo che precedette il ricovero in questo Manicomio, non mancarono disturbi sensoriali.

Gli pareva di sentir parlare dietro le finestre, e spesso vedeva il defunto padre tra le fiamme rivolgergli parole di dolore.

Ha cranio voluminoso con marcate asimmetrie, estese anche alla faccia. Tranne qualche tic alla guancia destra ed i tremori fibrillari alla lingua, non si rileva altra anomalia negli organi della vita di relazione.

Si presenta composto ed ordinato negli atti, con una espressione gaia, che fa contrasto con la speciale sua posizione. Contenuto ideativo notevolmente ridotto, come scorgesi dal racconto ch'egli fa dei suoi precedenti: è un

discorso orientato su futili particolari, con oblio degli avvenimenti più salienti. Mostra talvolta desiderii puerili, tal'altra chiede insistentemente di andar via; dico che lo hanno molestato da soldato, molestato da cittadino, quando avrebbe potuto raccogliere i frutti delle proprie fatiche; lo hanno molestato nei rapporti con la fidanzata: ora che cosa si vuole da lui?... Che diventi un delinquente?...

E dire che con una suggestibilità fanciullesca si acquetta alle più semplici promesse di liberazione. Appare sempre dominato da errori dei sensi.

Dopo un lieve miglioramento, si vanno rendendo sempre più manifeste le note della decadenza mentale: disincanto e lurido guazza nelle feci; ha perdute ogni iniziativa di atti coscienti e coerenti.

Osservazione XVIII.

Tom..... Pietro, da Caserta, di anni 30, celibe, fu ammesso nel Manicomio il 13 Marzo 1906.

Uno zio paterno fu malato di mente, un fratello della madre è un dissoluto ridottosi alla miseria. Nessuna malattia grave figura nell'anamnesi individuale: solo nella infanzia patì il morbillo ed un trauma al capo: ha fatto il militare con condotta poco lodevole, ma non ha mai abusato di vino o liquori.

I primi disturbi mentali apparvero dopo il servizio militare: d'allora egli è vissuto in continui attriti con la famiglia per puerili desiderii e strani capricci; resosi infine incompatibile, per facili atti di violenza contro i parenti, fu rinchiuso nel Manicomio.

All'esame obiettivo riscontrasi qualche nota antropologica degenerativa: asimmetrie cranio-facciali, orecchi a dislivello.

Molti ties alla faccia, ma nessuna anomalia negli organi della vita di relazione.

Dal lato psichico, niun fenomeno psicopatico attivo, solamente una profonda apatia.

Nel fior degli anni, florido e robusto, costui si adatta a vivere da molesto parassita in-sua casa, senza concepire un qualsiasi programma di vita.

Nel Manicomio non mostra desiderii, non speranze, nè si rammarica dell'internamento, ma tratta ognuno come vecchio amico. « Perde i giorni in un ozio sner-vante e con un sorriso da ebete covre la sua inerzia e la sua apatia »: è la psiche che va decadendo!

Osservazione XIX.

Bart..... Ezio, da Palma Campania (Caserta), di anni 22, celibe, studente.

Un cugino paterno fu malato di mente; egli ebbe vaiuolo sei anni fa, e circa due anni addietro riportò delle percosse, in seguito alle quali pare siasi iniziata l'attuale malattia, con idee deliranti, a volta di grandezza, tal'altra depressive, alimentate da allucinazioni, per lo più acustiche, a contenuto terrifico. Dopo lunga degenza in una rispettabile casa di salute, venne inviato al nostro Manicomio il 27 Aprile 1906.

Presenta: asimmetria cranio-facciale, orecchi asimmetrici e ad ansa.

Normali tutte le funzioni elementari del sistema nervoso, ad eccezione dei tremori fibrillari alla lingua.

Colorito pallido, nutrizione scaduta, espressione da ebete. Rallentata un po' la percezione, lievemente indebolita la memoria, indifferenza affettiva ed emotiva.

La condotta è improntata a difetto d'iniziativa: trascorre i suoi giorni sempre solo, inerte, senza scambiare una parola con alcuno. Mancano disturbi ideativi e sensoriali.

Notevolmente migliorato, esce in prova il 18 giugno p. p.

Osservazione XX.

Fun..... Angelo, da Formicola (Caserta), di anni 27, celibe, falegname, ammesso nel Manicomio il 28 Aprile 1906.

Un cugino del padre è anche ricoverato in questo Istituto: la madre è in fama di donna eccentrica. Egli è stato sempre buono e laborioso, fino a circa dieci anni fa, quando, in seguito ad infezione tifoidea, cominciò a manifestare i primi segni di squilibrio mentale, con idee paranoidee a contenuto espansivo. Si era dedicato allo studio di libri superiori alla sua intelligenza ed alla sua cultura, ed aveva creduto di essere un grande uomo: di qui varie stranezze, che reclamarono alla fine il suo invio al Manicomio.

Fu sempre quasi astemio e moderato onanista.

Parecchie note antropologiche degenerative: plagiocefalia e plagioprosopia, orecchi asimmetrici e sessili, con elice ed antelice tendenti a fondersi a sinistra, barba rappresentata da rara pelurie.

Normali tutte le funzioni elementari del sistema nervoso: scarso sviluppo scheletrico e muscolare, cute pallida e sottile.

Faccia attonita: atteggiamento negativista. Una mattina rimase per più ore ginocchioni sul letto, con lo sguardo fisso in alto, senza rispondere una parola alle domande rivoltegli, ed eseguendo solo, tratto tratto, dei movimenti di deglutizione.

Percezione un pò rallentata, vaghe idee di persecuzione.

Contegno affettivo indifferente: la presenza del padre e di uno zio non valsero un giorno, avanti a noi, a renderlo magari un po' condiscendente alle insistenti ed affettuose premure. Spesso rifiuta il cibo e si ribella ad ogni amorevole suggerimento.

Non furono, nè si son potuti mai constatare errori dei sensi.

Osservazione XXI.

Tro..... Antonio, da S. Maria C. V. (Caserta), di anni 22, celibe, muratore. Entrò nel Manicomio il 16 Maggio 1906.

Si contano casi di pazzia e di epilessia in famiglia: un germano morì per tife mesenterica.

I primi disturbi psichici si manifestarono nel periodo della pubertà, ed è a credere che d'allora sia andato sempre decadendo nei poteri mentali fino a ridursi alla demenza.

Presenta occipite estuberante ed asimmetrico, asimmetriche sono pure la faccia e le orecchie, irregolare

l'impianto dei capelli sulla fronte, sistema pilifero scarso.

Tranne gl'intensi tremori alla lingua, risultano normali le funzioni del sistema nervoso esplorate.

L'infermo vive nella incoscienza del luogo in cui si trova, e di quanto svolgesi intorno a lui.

Spenta è ogni funzione psichica. Alle ripetute domande non dà che qualche frammentaria risposta, donde rilevasi la più squallida demenza.

« Un sorriso vuoto, un mormorio a fior di labbra, dei movimenti stereotipici sono tutte le manifestazioni attive del contegno e della condotta ».

Il soliloquio e le monche risposte rivelano disturbi sensoriali di varia natura.

*
* *

Come rilevasi adunque dai sette casi riportati, tranne il Tro..... (Oss. 21^a), pervenuto nel Manicomio nello stato di assoluta demenza, ma già, anni prima, riconosciuto affetto da pazzia giovanile, tutti gli altri infermi di questo gruppo si distinguono per l'infiacchimento del carattere e della volontà, mentre conservano quasi illese la memoria e la percezione.

Tutti presentano una condotta stolidità, adattamento alla vita del Manicomio, fenomeni di negativismo, stereotipie, vacuità affettiva. Nella più parte (Oss. 15^a, 16^a, 17^a e 20^a) non manca inoltre un barlume di delirio, non sempre sincero, come quello dell'amente, ma spesso ambiguo e senza colorito affettivo. Tutti, ad eccezione degli infermi dell'Oss. 18^a e 20^a, hanno avuto allucinazioni,

spesso croniche, le quali, per Kraepelin, rappresentano un sintoma quasi patognomonico della demenza precoce.

È appunto in virtù di tali segni che può stabilirsi sicuramente la diagnosi di *dementia praecox*. Anzi nei casi 16, 17 e 19 si ha lo svolgersi per *poussées* o per crisi della malattia, separate da lunghi intervalli di lucidezza, e precedute da crisi nevrastenica nell'ammalato della Oss. 16^a, da idee deliranti, a volta depressive, tal'altra di grandezza, con graduale passaggio a profonda apatia (decorso classico o continuo della demenza precoce), nell'infermo dell'Oss. 19^a.

Ed ora, come risulta da indagini accurate e sicure, può affermarsi che nell'Oss. 17^a e 19^a furono i disturbi sensoriali che iniziarono il quadro clinico: l'infermo però dell'Oss. 17^a era bevitore. Nel caso 20^o, al contrario, le informazioni dei medici locali escludono l'esistenza delle illusioni e delle allucinazioni per tutto il tempo che precedette il ricovero del folle nel Manicomio.

Per gli altri infermi nulla può dirsi, mancando notizie precise sui primi disturbi mentali.

Dallé storie cliniche descritte risulta chiaro adunque che, se non molte, indubbiamente talune di quelle forme psicopatiche, che si appalesano con tutta la fenomenologia specifica della demenza precoce, esordiscono con veri disturbi sensoriali, i quali talvolta perdurano lungo tutto il decorso della psicopatìa, dandole una speciale impronta.

Come pure dobbiamo ritenere, per quanto viene dimostrato dall'Oss. 18^a, che esiste parimenti un'altra affezione, in verità molto rara, dovuta ad arresto di sviluppo dell'encefalo o a degenerazione sopravvenuta all'epoca della

pubertà, alla quale tutto starebbe per far dare il nome di demenza precoce. Questa forma, ammessa da Dide (1) e da altri autori, vien confermata dai reperti anatomici di arresto di sviluppo cerebrale, ricavati talvolta dai dementi precoci (2), e, quasi imbecillità tardiva, trova perfetto riscontro in quanto affermano due distinti alienisti: « che, cioè, alcune frenastenie si debbono al medesimo processo d'involuzione psichica, da cui è costituita la demenza precoce, solo svoltosi in un'epoca molto iniziale dell'ontogenesi » (3).

FRENOSE SENSORIA.

Osservazione XXII.

Tur..... Salvatore, da S. Antimo (Napoli), di anni 39, ammogliato, negoziante, venne ammesso nel nostro Manicomio il 1° Febbraio 1905.

S'ignorano i precedenti ereditarii. La pazzia di costui esordì bruscamente anni addietro con disturbi sensoriali, i quali furono causa di idee deliranti persecutive, che lo resero autore di mancato omicidio. Credendo infatti che un signore, al quale egli doveva del danaro, lo disereditasse presso i compaesani, l'aggredì ferendolo di coltello.

Inviato al Manicomio giudiziario di Aversa, e sottoposto ad osservazione psichiatrica, parve da prima un

(1) M. DIDE — Loc. cit.

(2) G. MONDIO — Contributo anatomico e clinico allo studio della demenza precoce. Annali di nevrologia, Fasc. I e II 1905.

(3) FINZI e VEDRANI — Op. cit.

simulatore, ma fu poi riconosciuto affetto da frenosi sensoria; prosciolto quindi dall'accusa, venne trasferito al Manicomio di Napoli, donde proviene.

È detto che « nei primi giorni di degenza nel « Sales di Napoli » non si riscontrarono che vaghe e rare allucinazioni uditive (sentiva delle voci di notte) accompagnate ad un leggiero stato di confusione mentale, e qualche volta seguite da lieve eccitamento ».

Man mano questi disordini si resero meno persistenti, ma egli divenne sempre più confuso: in tale stato fu ricevuto nel nostro Manicomio.

Quivi mostra già sicuri indizii d'impoverimento mentale: ride sciocamente di tutto, è incoerente nel discorso, confonde ricordi antichi e percezioni presenti, scambia nomi e persone.

Osservazione XXIII.

Am..... Elvira, da S. Clemente (Caserta), di anni 27, maritata con prole, di condizione civile, entra in questo Manicomio il 25 Maggio 1905.

Il padre ed una sorella furono pazzi. L'inferma circa dieci anni addietro soffrì ileo-tifo: ma non abusò mai di bevande alcoliche, nè fece mai stranezze.

Verso i primi del mese, ebbe febbri altissime, che durarono qualche settenario. Cessata la febbre, una notte si leva e corre ad aggredire la domestica, dicendola avvelenatrice del proprio figlio.

Ne seguì un'intensa agitazione motrice, con confusione ed incoerenza, associata ad insonnia ribelle a tutti gl'ipnotici.

In tali condizioni fu condotta al Manicomio.

Qui vi apparve impulsiva, incosciente, sempre in preda a vaghe idee deliranti, sostenute da svariate allucinazioni uditive e visive.

Perdura anche oggi nelle stesse condizioni, anzi spesso di notte si leva e corre alla finestra, chiamando ad alta voce: « Vincenzino, Vincenzino! » — è il nome del marito.

Tranne qualche lieve imperfezione, nessuna nota antropologica degenerativa appare all'esame obiettivo.

I riflessi sono tutti un pò vivaci; ma l'esame delle altre funzioni del sistema nervoso non è possibile, a causa delle speciali condizioni dell'inferma.

Osservazione XXIV.

Cat.... Antonia, da S. Chirico Raparo (Potenza), di anni 50, nubile, contadina.

Tanto in linea paterna che materna, non esistono precedenti di psico e neuropatie.

La inferma fu sempre un pò deficiente, ma godette buona salute fino a circa cinque anni addietro, quando, in seguito ad un grave trauma psichico, la violenta deflorazione, apparvero i primi disturbi mentali.

Mutò carattere, abitudini, divenne svogliata e ben presto manifestò idee deliranti di persecuzione e di vendetta, che andarono man mano progredendo fino al ricovero nel Manicomio, il 10 Giugno 1905.

Mancano informazioni più precise circa gl'inizi della malattia.

Nel Manicomio si mantenne sempre « in uno stato di agitazione incosciente, con vive allucinazioni uditive, terrifiche, occupanti l'intero campo mentale ».

Osservazione XXV.

Ric..... Antonio, da Fontegreca (Caserta), di anni 25, celibe campagnolo, ammesso il 4 Luglio 1905.

I disturbi mentali pare siano un pò più antichi di quel che non dica la modula informativa, perchè, dalle imperfette rivelazioni dell'infermo, si argomenta che i primi sconcerti si manifestarono durante il servizio militare.

All'esame obiettivo riscontransi parecchie note antropologiche degenerative: cranio oxicefalo ed asimmetrico, naso aquilino e deviato, orecchi sessili; età apparente superiore alla reale.

Tutte normali le funzioni elementari del sistema nervoso, ad eccezione dei tremori nevropatici alle mani ed alla lingua.

Vive come in un sogno, perchè dominato da allucinazioni, che ne assorbono tutta l'attività psichica: spesso lo si sorprende in colloquio con persone immaginarie. Tuttavia pare abbia coscienza dello stato crepuscolare della sua mente, perchè egli stesso si dichiara confuso nelle idee. .

Questo infermo da più mesi ha cominciato a manifestare evidenti segni di decadenza mentale.

Parla poco, ma dalle espressioni della mimica si intuisce che la sua coscienza è sempre ingombra di anormali prodotti della percezione.

Osservazione XXVI.

Bu..... Teresa, da Aldifreda (Caserta), di anni 32, maritata con prole, donna di casa, fu ammessa il 2 Agosto 1905.

I primi disturbi mentali si manifestarono otto mesi prima del ricovero nel Manicomio; mancano però informazioni su gl'inizi della malattia.

Alla ricezione appare allucinata ed illusa: grida, impreca, si agita.

Nel Manicomio trovasi sempre in preda a concezioni deliranti, alimentate da vivaci allucinazioni, le quali talvolta la rendono anche impulsiva.

Da qualche tempo però le fasi d'intensa agitazione si vanno alternando con periodi di calma.

Osservazione XXVII.

Por..... Eugenio Elenterio, da Castel Liri (Caserta, di anni 45, celibe, muratore, fu ammesso nel nostro Manicomio il 7 Agosto 1905.

Ebbe otto o nove tra fratelli e sorelle, che si estinsero tutti in tenera età. Ha ecceduto sempre nel bere, ed una volta fu condannato per porto d'armi abusivo. Giunge dal carcere di Arpino, ove venne provvisoriamente rinchiuso per aver inveito contro una donna, quando erano già manifesti i segni di alienazione mentale.

Un certificato medico lo dichiara affetto da frenosi sensoria, esordita bruscamente con allucinazioni visi-

ve a contenuto religioso, e con idee deliranti di grandezza e di persecuzione.

Assorbito dal contenuto intimo della coscienza, mostra abitualmente viso gaio; ma non si riesce a scorgere con quali elementi ideativi e sensoriali si trovi in rapporto tale disposizione affettiva, giacchè egli, rispondendo evasivamente alle interrogazioni, non svela il contenuto della sua mente.

Ha molte anomalie morfologiche, specialmente al cranio; ma normali sono tutte le funzioni del sistema nervoso.

Per più tempo costui si mantenne allucinato, conservando sempre, in rapporto all'invariato contenuto allucinatorio, atteggiamento gaio.

Ora manifesta già segni che fanno prevedere un esito in demenza: tende al collezionismo, anzi lacera a solo fine di riempire le tasche di stracci.

Osservazione XXVIII.

Moc..... Teresa, da Bruscianno (Caserta), di anni 50, maritata con prole, donna di casa, fu ammessa il 2 Novembre 1905.

Ad eccezione dell'alcoolismo dei fratelli, nient'altro figura nell'anamnesi familiare.

La poveretta patì vari traumi al capo, di cui uno, riportato verso il 17° anno, lasciò un profondo avvallamento osseo nella regione parietale destra.

Alla ricezione apparve impulsiva, incosciente, in preda a delirio allucinatorio.

Tranne qualche fase di relativa calma, il delirio e le allucinazioni si protrassero lungamente.

Osservazione XXIX.

Iac..... Marco, da S. Biagio Saracinisco (Caserta), di anni 25, celibe, suonatore ambulante, entrò nel Manicomio il 6 Novembre 1905.

Pazzia ed abitudini alcooliche nella famiglia: il padre è epilettico. Egli è stato sempre di carattere strano, poco socievole, sfrenato onanista.

I primi disturbi mentali si manifestarono bruscamente pochi giorni prima del ricovero nel Manicomio con confusione, incoerenza ed impulsi.

All'ammissione era incosciente, in preda ad errori sensoriali molto attivi: aveva volto acceso, membra tutte in istato di eccitamento motorio.

Dopo qualche giorno caddero i fenomeni di eccitamento, ma non scomparvero la confusione e l'incoerenza. I disturbi sensoriali però hanno trasformata, esaltandola, la personalità: dice ch'egli è Cristo.

All'esame obiettivo presenta diverse note antropologiche degenerative: asimmetria cranio-facciale, fronte stretta con seni molto sviluppati, lieve prognatismo. Normali le poche funzioni del sistema nervoso esplorate, ad eccezione di lievi tremori alla lingua ed alla faccia.

Dopo circa un anno, questo ammalato è ancora incoerente nel discorso e disordinato nella condotta; non ha coscienza del suo stato, spesso è soliloquo ed insonne: persistono le allucinazioni prevalentemente acustiche.

Osservazione XXX.

Ferr..... Gennaro, da Lagonegro (Potenza), di anni 23, celibe, contadino. Entrò nel Manicomio il 22 Novembre 1905.

Per quanto assicura il formulario, tanto in linea paterna che materna non esistono precedenti di malattie nervose e mentali.

L'infermo, bambino ebbe tifo. L'attuale malattia esordì acutamente pochi giorni prima del ricovero nel Manicomio, con fenomeni depressivi, confusione, impulsi al suicidio.

Alla ricezione apparve disorientato ed illuso, « qualificando come generale un infermiere e sè stesso come soldato ».

Un mattino lo si rinvenne a letto, col capo sollevato dai guanciali, con sguardo attonito ed orecchio teso, come per identificare strane impressioni acustiche.

Normali le funzioni elementari del sistema nervoso: nessuna nota antropologica degenerativa.

Dopo parecchi mesi questo infermo è ancora disorientato e confuso, spesso soliloquio per la persistenza dei disturbi sensoriali.

Osservazione XXXI.

Fran..... Ettore, da Guardiagrele (Chieti), di anni 23, celibe, pittore. Ammesso nel Manicomio il 13 Gennaio 1906.

Non deliquenza, nè stranezze, nè abitudini alcooliche in famiglia, solo notevole mortalità infantile. Egli è stato sempre un buon lavoratore, senza cattive tendenze, ma è vissuto in mezzo a continui disagi, cambiando mestieri ed emigrando per l'America: bambino ebbe due volte il tifo.

I primi disturbi mentali si manifestarono bruscamente qualche anno innanzi all'ammissione: un bel mattino si svegliò delirando su errori dei sensi; rimpatriato dopo circa due mesi, venne curato in famiglia e poi rinchiuso nel Manicomio.

Presenta disturbi sensoriali e idee deliranti: gli uni e le altre a contenuto variabile, ma sempre persecutivo. Confuso nei primi tempi, si è ben presto orientato, corregge perfino molti errori ideativi, interpretandoli come « momentanee e fugitive fissazioni ».

Faccia asimmetrica, lieve prognatismo.

Parecchi tics, ma normali tutte le altre funzioni elementari del sistema nervoso.

Osservazione XXXII.

Sin..... Carmine, da Itri (Caserta), di anni 49, coniugato con prole, contadino, fu ammesso nel Manicomio di Aversa il 12 Febbraio 1906.

Per quanto ci assicura un congiunto che l'accompagna, tanto in linea paterna che materna non esistono precedenti psicopatici. Nella prima età ha sofferto ileotifo, ma nè vizi, nè altre malattie figurano nell'anamnesi individuale.

È stato sempre sano ed attivo fino a qualche mese addietro. Verso la metà di Gennaio fu colto da influenza con febbre alta: dopo 4 o 5 giorni, cessata la febbre, cominciò a mostrarsi stravagante: ebbe fasi d'intensa agitazione ed altre di abbattimento. In questo stato fu condotto al Manicomio.

Alla ricezione appare pallido, denutrito, con aria disfatta: ha però coscienza del proprio stato, che collega logicamente all'ultima malattia sofferta: è sufficientemente orientato nel tempo e nello spazio, ma in preda a vive allucinazioni uditive e visive.

Riscontrasi qualche lieve nota antropologica degenerativa, nutrizione scaduta, cute e mucose pallide, segni d'involuzione organica precoce. L'esame somatico non rivela alcun disturbo nella vita di relazione.

Questo infermo è molto migliorato nel fisico, ma presenta ancora disturbi dei sensi, che dando luogo ad errori di giudizio, lo spingono ad atti impulsivi.

Osservazione XXXIII.

Di Iu.... Beniamino, di anni 50, da Roccacaramanico (Chieti), contadino, si coniugò a 28 anni, ebbe un sol figlio, che morì in tenera età. Il padre finì per apoplezia, la madre di marasma senile, un fratello è eccentrico. Astemio, ma di carattere chiuso e sospettoso, fu amatissimo della venere.

I primi disturbi mentali si manifestarono, circa un anno prima dell'ammissione, con errori dei sensi e stranezze: vedeva re, principi, imperatori, udiva i loro discorsi e contraccambiava l'onore che gli rendevano i

regali ospiti, con offerte di vino e liquori. I disturbi sensoriali non tardarono a determinare concezioni deliranti, talvolta espansive, tal'altra di persecuzione, che spesso lo resero agitato, incoerente, impulsivo. In queste condizioni fu condotto al Manicomio, il 27 Aprile 1906.

Interessanti due particolarità dell'anamnesi prossima: iniziati i disturbi mentali, presentò, una sola volta, fenomeni convulsivi limitati agli arti superiori; ed inoltre, mentre prima era astemio, divenne poi forte bevitore di vino e liquori.

Dal lato psichico la personalità è interamente trasformata: dice di essere in rapporto coll'imperatore d'Austria, a mezzo di una mosca, la quale gli si ferma sulla lingua e di lì gli parla; quando la moschetta siede, muta la voce, muta tutto: è il vecchio sovrano che parla.

Le idee deliranti in connessione dei disturbi sensoriali, proiettandosi sulla condotta, lo rendono in certo modo negativista: adducendo, difatti, la sua qualità ed i suoi rapporti col vecchio imperatore, è poco arrendevole a qualsiasi suggerimento.

Presenta del resto integrità delle altre funzioni mentali.

Ora, dopo più mesi, persistono ancora i disturbi sensoriali col medesimo contenuto e coi medesimi effetti sulla ideazione e sulla condotta: solo un pò attenuato l'eccitamento dei primi tempi.

Dal lato somatico fa osservare quanto segue: platicefalia, fronte stretta, orecchi ampi, spianati e disposti ad angolo quasi retto col piano laterale.

Sensibilità tattile, termica, dolorifica, muscolare ed ossea conservate. Sensibilità gustativa, olfattiva, uditiva e

visiva pressochè normali. Normali la motilità e tutti i riflessi.

Osservazione XXXIV.

Car..... Michele, da Vitulano (Benevento), di anni 40, ammogliato con prole, contadino, ammesso nel nostro Manicomio il 28 Aprile 1906.

Non delinquenza, nè malattie nervose, nè stranezze nella famiglia. Fu sempre buon padre e marito, non abusò mai di vino o liquori.

Tornato da poco dal Brasile, ove era rimasto per otto lunghi anni, cominciò a presentare uno stato di nervosità generale, associato a malessere, ch'egli attribuiva a stregamento subito nel Brasile.

Veri disturbi mentali s'iniziarono, pochi giorni prima del ricovero nel Manicomio, con idee persecutive e tendenze offensive contro i propri congiunti, in connessione certamente di idee deliranti, sorte per allucinazioni visive: vedeva spesso (cogli occhi della mente) una vecchia, la quale veniva a dargli speciali istruzioni circa il fondo da lui coltivato.

Condotta al Manicomio, apparve disorientato, confuso, irrequieto: fu insonne la più parte delle notti; incoerente nel discorso e negli atti, sempre in preda a disturbi sensoriali, consistenti principalmente in allucinazioni a contenuto mistico: santi e madonne erano da lui ogni momento a comandargli opere da buon cristiano.

Anche ora persiste nello stato di confusione e d'inco-scienza, e già mostra qualche segno d'impoverimento

mentale: più volte in fatti lo si è sorpreso nel cesso a raccogliere feci e portarle alla bocca.

All'esame obiettivo si rilevano parecchie note antropologiche degenerative, specialmente al cranio ed alla faccia: occipite piatto, fronte procidente, zigomi forti, orecchi sessili e staccati in piano laterale. La nutrizione è molto scaduta, ma niente di anormale in tutte le funzioni del sistema nervoso.

Osservazione XXXV.

Ren..... Agostino, da Dugenta (Benevento), di anni 40, coniugato con prole, contadino. Entrò nel Manicomio il 19 Maggio 1906.

Una sorella e la madre, la quale morì poi per cardiopatia, dettero segni di alienazione mentale; il padre, ancor giovane, finì di polmonite.

L'infermo, a sette anni, ebbe pure polmonite, e durante il servizio militare soffrì infezione palustre. Fu sempre moderato bevitore (quasi mezzo litro di vino al giorno) e visse bene fino a circa un anno prima del ricovero nel Manicomio, quando cominciarono ad apparire manifesti sintomi di nevrastenia.

Veri disturbi mentali divamparono bruscamente, verso la metà di Marzo, con agitazione motrice ed impulsi in rapporto ad allucinazioni uditive e visive a contenuto terrifico: visione del diavolo in atto minaccioso.

In queste condizioni fu condotto al Manicomio.

Alla ricezione appare disorientato; guarda intorno come chi teme da un momento all'altro di essere offeso: tira calci ad ogni ombra o persona, vista con gli occhi

della mente o con quelli del capo, credendo tutti esseri pericolosi.

Mostra diverse note antropologiche degenerative: faccia asimmetrica, naso deviato, orecchi asimmetrici per forma e dimensione, lieve ptosi a sinistra.

Risultano normali le funzioni elementari del sistema nervoso.

Psichicamente trovasi in uno stato delirante, sorto ed alimentato dai disturbi sensoriali: dice che condannato dal demonio, insieme alla moglie ed i figli, ha perduto i sensi, e che il demonio l'ha qui inviato a fine di guarirlo.

Normali tutte le altre attività della mente.

Questo inferno migliorò di molto, e sebbene non guarito interamente, fu ritirato dalla famiglia.

Osservazione XXXVI.

Di Mas..... Felice, da Vacri (Chieti), di anni 20, celibe, contadino.

La nonna paterna fu isterica, uno zio dello stesso ramo epilettico, una sorella è affetta da poliomielite.

Nessuna malattia grave figura nell'anamnesi individuale. Nel Marzo ultimo fu attaccato da influenza: durante la convalescenza s'iniziarono i primi disturbi mentali con errori dei sensi, agitazione motrice, incoerenza, confusione, insonnia.

In questo stato fu condotto al Manicomio, il 28 Maggio 1906.

Alla ricezione presentasi in uno stato d'incoscienza, incapace di percezione e di attenzione; rivela dal con-

tegro disturbi allucinatorii occupanti l'intero campo mentale: « fa smorfie, fissa lo sguardo minaccioso, si atteggia a posa di difesa, serrando i pugni e contorcendo la mimica ».

Ha cranio voluminoso, trococefalo; orecchi spianati, sistema pilefero scarso.

È molto denutrito, con lingua coperta di patina bianca ed alito fetido.

Nel Manicomio si è mantenuto sempre in uno stato di confusione e di disorientamento completo della coscienza, in rapporto alle allucinazioni, le quali predominano nel quadro morboso.

Osservazione XXXVII.

Liq..... Leopoldo, da Forenza (Potenza), di anni 31, coniugato con prole, contadino, fu ammesso nel Manicomio il 9 Giugno 1906.

Eredità psicopatica e neuropatica negativa.

Fu sempre buon lavoratore, senza vizi e senza cattive tendenze; non abusò mai di bevande alcoliche.

Nessun dato biografico importante figura nell'anamnesi individuale.

I primi disturbi psichici si manifestarono circa due mesi innanzi all'ammissione. Il giorno della Pasqua, 16 Aprile, la moglie si accorse che il suo Leopoldo la guardava con occhio insolito, pieno di dubbio; ma non se ne dette pensiero. Intanto, il giorno dopo, il Liq....., al ritorno dal lavoro, imbattutosi in un altro contadino, vicino di casa, cominciò senz'altro a tirargli sassi e ad inseguirlo; indi si dette a precipitosa fuga attraverso i

campi, e dopo di aver errato circa tre giorni, si costituì ai R.R. Carabinieri di un vicino comune, dicendo di aver uccisa la moglie e il suo amante.

Riconosciuto pazzo e condotto a casa in uno stato di confusione, andò man mano riacquistando la coscienza ed, in capo a pochi giorni, tornò al lavoro; ma dopo qualche settimana apparvero nuovi disturbi mentali: senza alcun motivo prese a questionare con un giovanotto: ne seguì uno stato di confusione ed irrequietezza con svariate allucinazioni uditive e visive, per lo più terrifiche: erano carabinieri che l'inseguivano, uomini armati che cercavano ferirlo, amanti che volevano rapirgli la sposa; per cui il povero infermo diveniva spesso aggressivo. In tale stato di dissociazione del processo mentale fu condotto al Manicomio.

All'esame obiettivo si riscontrano molte note antropologiche degenerative: forte asimmetria cranio-facciale, fronte stretta con notevole sviluppo delle arcate sopraccigliari, naso deviato, orecchi asimmetrici, palato alto.

Normali tutte le funzioni del sistema nervoso esplorate. La nutrizione è molto scaduta, il colorito notevolmente pallido.

L'infermo è disorientato: non ha coscienza del luogo in cui si trova, nè sa il perchè del suo trasferimento. Presenta mimica cangiante, e di tanto in tanto ha dei movimenti a scatti, come per ascoltare qualche cosa che sfugge, e in pari tempo mormora parole incomprensibili.

Per parecchi mesi non conseguì che un lieve miglioramento, ma si mantenne sempre assorto, allucinato, mutacista, incosciente.

Ora è pressochè del tutto guarito, ma non serba al-

cun ricordo degli avvenimenti per cui fu inviato al Manicomio.

Osservazione XXXVIII.

Ami..... Carmine, da Castelmezzano (Potenza), di anni 26, celibe, contadino, entra in questo Manicomio il 18 Luglio 1906.

Il padre nella giovinezza ebbe un episodio allucinatorio passeggero. L'infermo ha sofferto malaria a nove anni e a venti; è stato due volte processato per piccoli furti.

I primi disturbi mentali sorsero bruscamente, nello Aprile ultimo, con allucinazioni acustiche a contenuto ascetico: ne seguì confusione e incoerenza.

In tale stato fu condotto al Manicomio.

Presenta cranio piccolo scafocefalo, naso schiacciato, colorito cachettico.

Normali le funzioni del sistema nervoso esplorate.

Persiste tuttora il disorientamento e la confusione, alimentata dai disturbi sensoriali.

Osservazione XXXIX.

Car..... Elena, da Palma (Caserta), di anni 33, maritata con prole, donna di casa. Entrò nel Manicomio il 25 Luglio 1906.

Larga mortalità infantile nella famiglia: di undici tra fratelli e sorelle otto morirono in tenera età, oltre due aborti a sette mesi. L'inferma, bambina, soffrì eclampsia.

Alla ricezione appare confusa, incoerente, in preda ad intensa agitazione motrice. Precipitatosi recentemente dall'alto, mal si regge sulle gambe, per le lesioni riportate.

Nel Manicomio si mantenne sempre « in uno stato di agitazione incosciente di idee e di atti, con tendenze impulsive e vive allucinazioni ».

Osservazione XL.

Ian..... Nicola, da Casaluce (Caserta), di anni 23, celibe, sarto, entrò nel Manicomio il 2 Settembre 1906.

Un fratello, nell'infanzia, morì per eclampsia; un altro germano fu condannato per spaccio di biglietti falsi.

Nè vizi, nè malattie figurano nell'anamnesi individuale: amantissimo del lavoro, fu sempre molto moderato nel bere.

I primi disturbi mentali si manifestarono due o tre giorni prima dell'ammissione. Cominciò ad essere di cattivo umore, molto eccitabile, un pò stravagante.

Una notte, mentre tutto tace, si leva e grida: « *S. Nicola ha fatto grazia!* »; indi spia al di sotto del proprio letto, e sbigottito continua a gridare: « *Fuori diavoli!* »: si oppone a che i parenti si levino ancor'essi: ma già cade in preda ad intensa agitazione motrice con confusione ed impulsi.

In tale stato fu condotto al Manicomio.

Presentasi molto agitato, con alito fetido e lingua arida, rivestita di patina bianca.

Dall'ammissione si è mantenuto sempre verboso ed irrequieto, con fenomeni allucinatori che lo pongono in

rapporto coi santi e la Vergine: spesso gli parla la protettrice del suo paese.

Del resto domina sopra tutto la confusione con incoerenza nel discorso e negli atti.

Esiste appena crepuscolare coscienza di quello che accade intorno a lui.

I disturbi sensoriali hanno però esaltato il tono della personalità: egli è forte, è sano, sta bene, e deve andar via, deve tornare a casa a fare il sarto: altra volta appaiono anche scialbe idee deliranti persecutive, cui forse non sono estranei i ricordi dei mezzi impropri coi quali fu condotto al Manicomio.

All'esame obiettivo, tranne qualche imperfezione, non presenta note antropologiche degenerative: lieve asimmetria cranio-facciale, naso appena deviato a sinistra, orecchi ricoperti di folta pelurie.

Normali le poche funzioni del sistema nervoso esplorate.

*
* *

Questo terzo gruppo, è il più interessante. Sono in esso comprese quelle forme psicopatiche, nelle quali i disturbi sensoriali dominano la scena durante tutto il corso della malattia: nella più parte di esse fu, con la massima evidenza, constatato l'inizio allucinatorio o illusoriale (Oss. 22^a, 23^a, 27^a, 31^a, 33^a, 34^a, 35^a, 36^a, 37^a, 38^a e 40^a). Tali forme ad eccezione di qualcuna, che solamente una critica non scevra di preconcetti, potrebbe ricondurre tra altre psicopatie, appartengono tutte alla frenosi sensoria.

Veramente il Kraepelin mette in dubbio l'esistenza delle allucinazioni allo stato cronico, all'infuori della demenza precoce, e, ritenendo esenti da disordini sensoriali anche i deliri della paranoia genuina, considera l'allucinazione cronica come un sintoma quasi patognomnico della demenza precoce.

Nessuna però delle nostre storie cliniche rientra nel quadro di questa speciale malattia: non uno infatti degli ammalati di questo terzo gruppo ha presentato mai fenomeni di negativismo; nè dalla poca arrendevolezza, motivata per altro dal contenuto delle idee deliranti, può dirsi *demenza precoce* quella dell'infermo dell'Oss. 33^a. Non stereotipie, non ottusità affettiva si sono mai constatate in questi infermi, nè quel sintoma patognomnico, comune a tutte le forme inglobate sotto la denominazione di demenza precoce, e consistente nella « sistematica discontinuità tra il pensiero e l'azione, nella mancanza di ogni determinismo subiettivo di condotta ». Perfino gli atti impulsivi, ai quali si sono lasciati trasportare taluni dei nostri infermi, non hanno che vedere coi frequenti impulsi dei dementi precoci, perchè i primi vengono sempre giustificati dal contenuto delle allucinazioni, mentre i secondi sono sempre assurdi.

D'altra parte la sistemazione, cui accennano le idee deliranti di qualcuno dei nostri ammalati, specie quello dell'Oss. 35^a, anche quando si voglia ascrivere alla paranoia ogni delirio sistematico, non autorizza certo a pensare a tale malattia, perchè nel nostro caso un vero delirio paranoico non c'è stato mai, e la sistemazione delle idee è soltanto apparente, come vedesi dalle sconnessioni e contraddizioni sia delle idee tra loro, che tra

il contenuto della coscienza e la condotta. Sono prodotti disordinati che originano dai disturbi sensoriali, dei quali i suggerimenti vengono accolti incondizionatamente e senza critica. Del resto il delirio paranoico, oltre a svilupparsi lentamente, non è mai ristretto al solo contenuto allucinatorio, ma presenta più larga estensione.

Inoltre, giusta l'affermazione del Kraepelin, i delirii della paranoia cronica sono quasi sempre esenti da disturbi sensoriali, dovendo interpretarsi per errori di memoria la più parte delle apparenti allucinazioni; come pure nella paranoia acuta, secondo il Bianchi « trattasi solo di interpretazione illusoria delirante di oggetti, di persone e di fatti reali, ma non di allucinazioni ».

Intanto, nel maggior numero dei nostri ammalati, ai disordini sensoriali va associata la confusione: questa però nelle Oss. 23^a, 31^a, 34^a, 37^a, 38^a e 40^a è manifestamente seguita agli errori dei sensi, e come tale deve certo considerarsi quale sintoma secondario.

Negli altri infermi, sebbene non siano sempre molto precise le informazioni sugl'inizi della malattia, è assicurato nullameno che l'agitazione motrice, il disorientamento, la incoerenza non apparvero mai prima dei disturbi sensoriali, ma contemporaneamente alle allucinazioni. Del resto i sintomi essenziali dell'amenza, secondo la maggior parte degli alienisti, si riassumono nella formula molto felicemente espressa dal Prof. Tanzi: « semioscienza onirica seguita da amnesia, senza periodicità, con guarigione o con morte a breve termine » (1); ed

(1) TANZI — Trattato delle malattie mentali Milano 1905 — pag. 314.

inoltre tale psicosi ha per sintoma quasi patognomonico l'allucinazione acuta, non la cronica (1).

La mancanza assoluta, d'altra parte, di umore allegro, di logorrea, di sovraeccitazione delle attività psichiche, esclude la mania, nei pochi infermi con personalità esaltata; così pure la mancanza di questi sintomi e del pensiero di ricercare nel proprio passato la causa del male presente, il difetto di arresto psichico, escludono la diagnosi di frenosi maniaco-depressiva e rispettivamente di malinconia, nei pochi ammalati con fasi di esaltamento e di depressione, o con soli fenomeni depressivi.

Anche la demenza paralitica esordisce talora con una forma allucinatoria acuta, che spesso si ripresenta nell'ulteriore decorso della malattia, e mentisce la frenosi sensoria. Mancando in tal caso i caratteristici disturbi somatici, la diagnosi differenziale riesce difficile: solamente la prolungata osservazione può fornire preziosissimi dati; ed è così che nei nostri infermi si è potuto eliminare ogni dubbio diagnostico.

Prima di giungere intanto alla diagnosi di frenosi sensoria, occorre eliminare ancora altre malattie con sindromi sensoriali, specialmente quelle che originano dall'alcoolismo cronico.

In verità quest'alcoolismo sia per le notizie dei formulari inviati dalle autorità, all'epoca dell'ammissione dei singoli ricoverati, sia per le informazioni particolarizzate raccolte direttamente, possiamo escluderlo con certezza da quasi tutti i nostri infermi. Il Di In.....

(1) TANZI — pag. 597.

nella medesima condizione di cose, che segue talora ad una viva impressione, prodotta da un oggetto o da un fatto reale: anche qui, stante la fiacchezza originaria o acquisita del sistema nervoso, può delinearsi un quadro clinico del tutto simile a quello provocato dall'allucinazione.

Infine la fiacchezza del giudizio e la dissociazione delle idee, che completano il quadro morboso, originano, a loro volta, dallo stato d'inibizione.

« La fiacchezza dei giudizi, *aggiunge infatti il Professore Bianchi*, è la conseguenza necessaria di due fatti concomitanti: da un canto lo esaurimento cerebrale, per quanto riguarda i più elevati poteri critici, sostenuto dallo stesso stato emotivo provocato dall'allucinazione: e dall'altro canto l'attenzione coatta sul tema emotivo presentato dall'allucinazione alla coscienza, da che nasce il difetto del risveglio delle idee simili, analoghe, di contrasto o di altro ordine (diminuzione di potere associativo) ».

L'effetto che segue ad una sola allucinazione aumenta notevolmente quando le allucinazioni sono multiple e svariate.

Per esse, inibito il potere direttivo, annullate attenzione e critica, resa impotente ogni idea normale, non resta nel campo della coscienza che il caos delle confuse immagini sensoriali, e degli illusori accorgimenti, provocati dagli stimoli attuali.

Le allucinazioni adunque stanno ai centri sensorii come l'epilessia ai centri motorii: esse sono, per così dire, una specie di epilessia dei centri sensoriali.

Questo concetto già accennato dallo Hagen, che definì l'allucinazione « *Krampf der Sinnesnerven* » e sostenuto da molti alienisti, quali Bianchi, Roncoroni (1), Tamburini ecc., trova appoggio nelle frequenti allucinazioni degli epilettici e nei facili disturbi allucinatori che precedono, accompagnano o seguono le convulsioni dell'epilessia. « In questo caso lo stesso processo irritativo, che attacca i centri motori della corteccia, producendo le convulsioni epilettiche, invade pure i centri sensoriali, producendovi quello scatenamento di immagini sensorie che produce le allucinazioni, ordinariamente caotiche, degli epilettici » (2).

Per altro il ravvicinamento della fisio-patologia dell'allucinazione alla fisiopatologia dell'accesso epilettico, pare valga solo ad interpretare il disorientamento che segue al disordine dei sensi, e non lo stato di coscienza della morbosità delle proprie percezioni in taluni infermi, nè le idee deliranti fugaci o sistematizzate sorte da allucinazioni, senza verun disorientamento (3). Ogni dubbio però è eliminato, quando si consideri la gran parte che giuoca la resistenza cerebrale degl'individui colpiti. Al fattore individuale, infatti, accenna anche il Bianchi, quando parla di predisposizione originaria o acquisita. Nè va dimenticato infine che, oltre la facchezza del-

(1) L. RONCORONI — Genesi fisiologica dell'epilessia — Arch. di Psych. 1893, Fasc. II.

» Trattato clinico dell'epilessia — Milano 1895.

» Nota sulla patogenesi delle allucinazioni. Rivista di Patol. nervosa e ment. — Luglio 1904.

(2) Prof. A. TAMBURINI — Sulla genesi delle allucinazioni — Rivista sperimentale di Freniatria 1880 — Fasc. I-II.

(3) O. FRAGNITO — La frenosi sensoria. Annali di nevrologia, 1905, fasc. III.

l'organismo mentale, oltre l'arresto dei più elevati poteri psichici, arresto dovuto, come abbiamo visto, alla sovraeccitazione di una o più aree sensoriali, gran valore dobbiamo dare col Bianchi e Fragnito, al potere dissolvente dell'allucinazione, ed in particolar modo ai nuovi falsi elementi percettivi, che invadono la coscienza, e trasportano il povero infermo in un mondo, ove non potrà mai orientarsi.

* * *

Stabiliti così i legami tra i disordini sensoriali e le speciali psicopatie che ne originano, rimane a dire qualcosa circa l'insorgenza delle allucinazioni in cervelli vulnerabili.

Ebbene in alcuni casi manifestamente i disturbi sensoriali seguono ad un'intensa emozione: ciò è dovuto al fatto che lo stato emotivo anormale può, talvolta, alterare primitivamente il processo percettivo e dar luogo così alle illusioni ed alle allucinazioni. Tanto più che nei predisposti alla follia come negli alienati sono facili le forti eccitazioni di animo, associate a grande vivacità di rappresentazioni ed a difetto di critica.

Lo stesso Kraepelin ritiene infatti che « sono specialmente le emozioni e le disposizioni dell'animo che danno alle allucinazioni il contenuto ed il colore, che sostengono del pari l'insorgere di definite serie d'immagini, e che influenzano le percezioni reali. Noi osserviamo molto spesso, *dice il chiaro alienista*, specie negli stadi terminali della *dementia praecox*, come le illusioni siano solo in rapporto con le periodiche oscillazioni di

umore che sono in questa così frequenti, e scompaiano al contrario completamente negl'intervalli » (1).

Nella più parte dei casi invece la etiologia è rappresentata dalle auto-intossicazioni, e la patogenesi va ricercata nello stimolo degli anormali prodotti regressivi sui centri sensori, riconosciuta oramai l'azione elettiva di alcuni tossici su determinate zone corticali (2), e l'origine per lo più cerebrale delle allucinazioni.

Un'ultima parola su di un'importante quistione. Se permanente la causa delle allucinazioni, perchè quasi sempre esse appaiono ad intervalli ?

« Forse perchè gli stimoli, capaci di risvegliarle, sono presenti soltanto ad intervalli; forse anche perchè l'arresto, o il disordine dell'azione inibitrice non è permanente, almeno nella sua totalità; o perchè l'eccitabilità morbosa dei centri sensori può subire dei periodi di aumento e di depressione » risponde l'alienista di Cagliari (3). Forse perchè, diciamo noi, a simiglianza dell'epilessia, per determinarsi la scarica, è necessaria un'alta tensione delle onde nervose accumulantisi nei gruppi corticali.

CONCLUSIONI.

1° Esiste realmente una speciale entità clinica, descritta col nome di *frenosi sensoria*, caratterizzata dallo insorgere bruscamente, in individui predisposti, ma per

(1) E. KRAEPELIN — Trattato di Psich. — Trad. it. Vol. I pag. 113.

(2) O. FRAGNITO — L. c.

(3) L. RONCORONI — Nota sulla patogenesi delle allucinazioni — Rivista di patol. nerv. e mentale, luglio 1904.

(Oss. 33^a), già astemio, divenne bevitore, ma solo dopo lo sviluppo della malattia, forse a causa dello speciale contenuto delle idee deliranti e delle allucinazioni.

Uno solo fra tutti i 19 ammalati di questo gruppo, quello cioè dell'Oss. 27^a, aveva sicuramente abitudini alcooliche; del resto anche in questo infermo, con un'esame accurato, non si rilevò alcuna delle note somatiche dell'alcoolismo, nè furono mai ben manifesti i sintomi psichici della particolare frenosi.

È detto pure che l'infermo dell'Oss. 33^a una volta, quando però i disturbi mentali erano già manifesti, ebbe dei fenomeni convulsivi, limitati agli arti superiori. Che sia un epilettico? O invece quelle convulsioni debbonsi interpretare come scariche motorie, epilettoidi, dovute al « riversarsi della instabile energia del sensorio sulle regioni motrici? » (1).

Anche l'infermo dell'Oss. 29^a è figlio di genitore epilettico, e la Car..... (Oss. 39^a) fu eclampsica nell'infanzia; ma evidentemente la loro allucinosa non è di natura epilettica.

Potrebbe invece ritenersi un'allucinosa traumatica, la forma sensoria della Moc..... (Oss. 28^a), ben sapendosi che le più strane forme mentali, comprese le allucinazioni, descritte anche dal Bianchi, possono, pur dopo lungo tempo, tener dietro ai traumi del capo: qui anzi il formulario accenna a disturbi psichici, comparsi subito dopo la lesione al parietale destro.

Fatta adunque qualche sola eccezione, tutti gli altri

(1) DEL GRECO — L. C.

casi riportati si debbono certamente assegnare al quadro clinico della frenosi sensoria.

* * *

AmMESSo adunque, come da quanto abbiamo esposto chiaramente risulta, che molti casi di confusione mentale, molti casi di demenza precoce ed altre speciali psicopatie esordiscono manifestamente con disturbi sensoriali, sta ora a vedere se queste sindromi traggano veramente origine dalle illusioni ed allucinazioni, o se, al contrario, siano esse il fatto essenziale, fondamentale, e gli errori dei sensi un fenomeno del tutto accessorio, nonostante venga da esso aperta la scena al complesso quadro clinico.

In verità moltissimi autori danno grande importanza alle illusioni ed alle allucinazioni: il Meynert infatti parla di una follia allucinatoria acuta, in cui la confusione e l'agitazione originano dagli errori dei sensi. Anche il Ludwig ritiene che un annebbiamento della coscienza debba seguire necessariamente ai disturbi sensoriali primari. Così pure il Kraepelin e lo Chaslin parlano di una confusione prodotta da disturbi sensoriali, confusione allucinatoria; nonostante che lo Chaslin dia maggiore importanza alla confusione mentale primitiva, ritenendo le allucinazioni, che talvolta complicano la speciale malattia, un fenomeno secondario, consecutivo alla confusione; e che il Kraepelin ritenga anch'egli essere i disturbi psico-sensoriali non la vera origine delle idee deliranti e degli altri fenomeni morbosi, ma, quasi sem-

pre « l'effetto di una stessa causa, segni diversi dello stesso stato patologico » (1).

Anche l'alienista di Bordeaux, riconoscendo il grande valore delle allucinazioni in alcuni casi di confusione mentale, vede la necessità di dedicare, nel suo nuovo libro, un capitolo a parte a questa forma di confusione, chiamandola « confusion hallucinatoire aiguë ».

« Farnarier, *egli dice*, a décrit une psychose hallucinatoire aiguë d'origine, pour lui, mais non de nature toxique, précédemment esquissée par Ségla sous le nom de délire hallucinatoire, et caractérisée par l'apparition dans la conscience d'hallucinations de tous les sens, surtout de l'ouïe, qui déterminent un délire sans systématisation, incoordonné, variable, avec parfois un certain degré de confusion mentale, mais épisodique et secondaire. Nous ne croyons pas que cette psychose hallucinatoire aiguë doive être distinguée, comme le fait son auteur, de la confusion mentale elle-même, dont elle est, pour nous, la forme hallucinatoire aiguë » (2).

Ma è il Bianchi che dà una brillante dimostrazione dei rapporti di causalità tra disordini sensoriali e dissociazione psichica.

Riportiamo integralmente qualche brano delle *Lezioni Cliniche* dell'A. (3), rimandando al testo originale per più minute ricerche, e specialmente per lo schema, che, poggiato sulle recenti nozioni dell'istologia e della fisiologia

(1) KRAEPELIN — Trad. sulla VII Ediz. Orig., Milano 1904, Vol. I pag. 114-115.

(2) E. RÉGIS — Précis de Psychiatrie — 3^e Edition, pag. 309 — Paris 1906.

(3) L. BIANCHI — Paralisi progressiva e Frenosi sensoria — Lezioni cliniche — Napoli 1895.

del cervello, illustra, diremmo, matematicamente uno dei più belli argomenti di fisiopatologia cerebrale.

Anzitutto l'Alienista di Napoli fa notare che nella più parte dei casi ci troviamo dinanzi ad una debole organizzazione mentale, originaria o acquisita per svariate cause.

Ed infatti anche nelle nostre osservazioni è manifesto l'indebolimento della costituzione mentale per patemi d'animo, per eccessivo lavoro della mente, per infezioni acute o croniche, per inanizione ecc.

Indi egli considera l'allucinazione come una forte scarica di onde nervose, associata ad un'intensa emozione, quasi sempre terrificata; e lo stupore che ne deriva, come lo stupore primitivo (stupidità dei Francesi), che segue talvolta ad un'intensa paura: in altri termini, qualche cosa di simile allo stupore consecutivo alla scarica epilettica, non accompagnata beninteso da congestione cerebrale, cui potrebbero attribuire molti dei fenomeni secondari dell'accesso.

« Io mi penso, segue il distinto psichiatra, data una forte tensione di onde nervose in una o più aree sensoriali del cervello, difetti negli altri centri, e specialmente nei centri superiori, quella necessaria perchè essi esercitassero un'efficace azione, e tale difetto può andare tant'oltre, data specialmente la fiacchezza nutritiva e funzionale dei centri superiori del cervello di questi predisposti, da aversi quello che diciamo arresto funzionale e più precisamente sarebbe a dirsi astenia funzionale ».

Questo nesso tra allucinazione, stato emotivo dell'animo ed arresto psichico trova riscontro, d'altra parte,

lo più normalmente evoluti, di allucinazioni od illusioni, le quali, disgregandone la personalità psichica, ordinariamente accompagnano la malattia nell'alteriore suo decorso.

2° Molte di quelle speciali sindromi, descritte dagli autori, soprattutto tedeschi e francesi, col nome di *amenza* e di *demenza precoce*, per il loro inizio chiaramente allucinatorio od illusionale, debbono anche riconoscersi come vere *frenosi sensorie*.

Aversa, dicembre 1906.



27774

