



1338

OSPEDALE PSICHIATRICO DI S. GIROLAMO IN VOLTERRA
Direttore Incaricato: dott. GIUSEPPE BENINI
CLINICA « MARIA TERESA » - ROMA
Direttore: prof. LORENZO CHERUBINI

Dott. MARIO BENVENUTI - Dott. AROLDI BENVENUTI

Specialisti tissologi

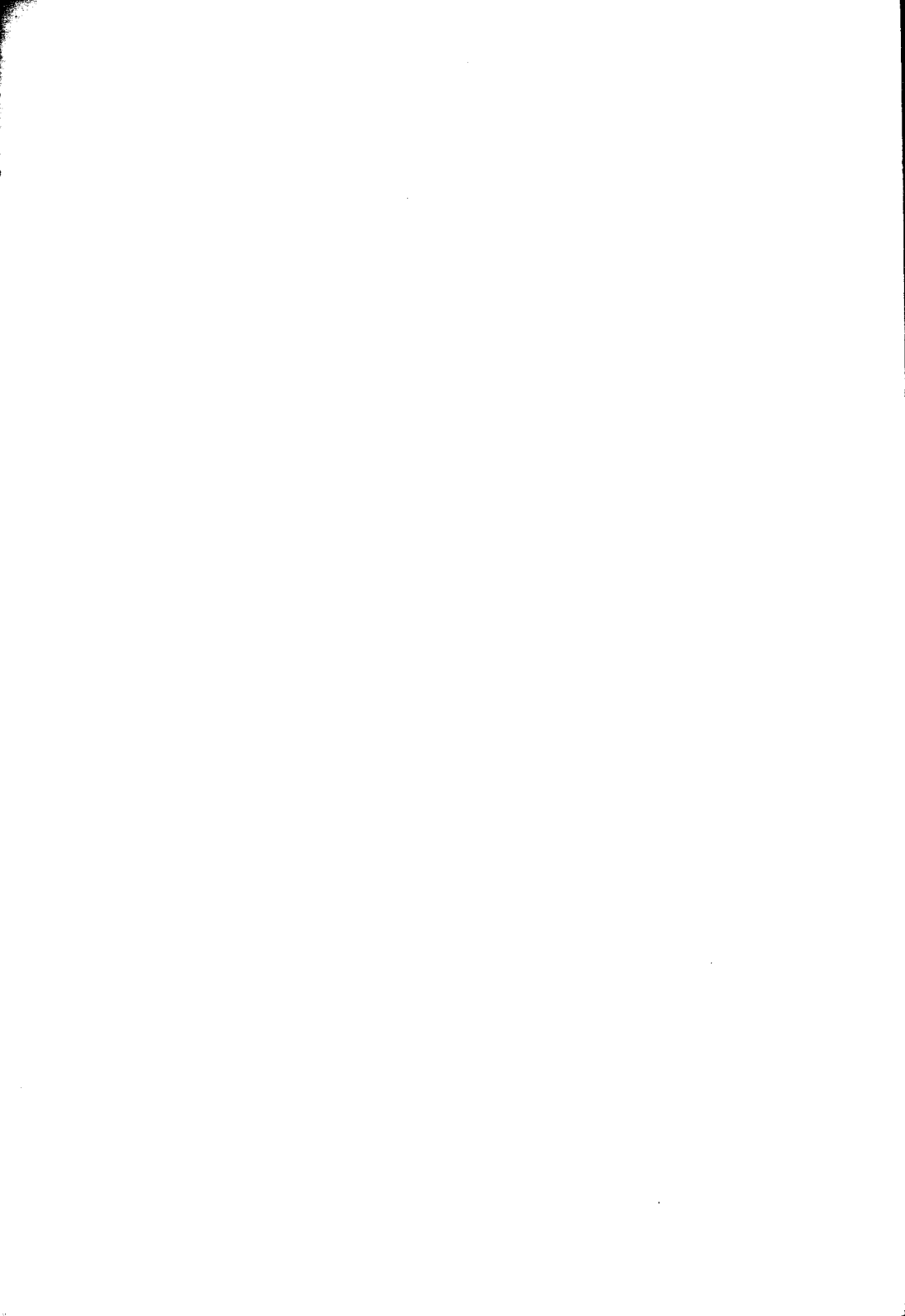
Tubercolosi e demenza precoce

Estratto dalla Rivista "La lotta contro la tubercolosi", - nn. 8, 11, 12 del 1937 XV-XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO « EUROPA » - ROMA

Ms.
B
56
79



OSPEDALE PSICHIATRICO DI S. GIROLAMO IN VOLTERRA

Direttore Incaricato: dott. GIUSEPPE BENINI

CLINICA « MARIA TERESA » - ROMA

Direttore: prof. LORENZO CHERUBINI

Dott. MARIO BENVENUTI - Dott. AROLDI BENVENUTI

Specialisti fisiologi

Tubercolosi e demenza precoce

Estratto dalla Rivista "La lotta contro la tubercolosi", - nn. 8, 11, 12 del 1937 XV-XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

L'argomento dei rapporti fra tubercolosi e malattie mentali fino a poco tempo fa non era stato oggetto che di pochi studi e recensioni individuali; di recente però è stato ripreso e trattato da molti studiosi assurgendo ad importanza imprevista in quanto si è fatto strada il concetto che l'infezione da bacillo di Koch giuochi un'influenza di primo ordine nel determinismo di alcune psicopatie.

Si è sostenuto da parte di non pochi psichiatri che fra tbc. e d. p. esistono dei legami molto intimi. Di questo particolare rapporto non sembra si siano accorti i fisiologi ed i clinici generici. Il fatto principale, ormai dimostrato da numerose casistiche ed accettato quasi all'unanimità si è che nei dementi precoci la tbc. si osserva con grande frequenza, ed in percentuale più alta che nelle altre forme di psicosi. Da questa fondamentale osservazione è affiorata e si va facendo sempre più strada fra gli psichiatri l'idea che questa malattia mentale possa trovare la sua causa determinante nell'infezione tubercolare.

Agli ultimi del secolo scorso risalgono i primi studiosi che intravidero un nesso fra le due malattie: **HIERMAN**, **CLAUS**, **DUNTON**, **RUBINOWITCH** e **PHULPIN**, **DIDE**, riscontrarono che non di rado l'infezione tubercolare si associa ad una demenza primitiva.

RÉGIS faceva notare come nei tubercolosi esista non raramente uno stato confusionale che tende a trasformarsi in una sindrome demenziale catatonica.

MORSELLI nel 1907 imposta il problema in termini più precisi: la coesistenza delle due malattie non è un fatto casuale, ma legato da un nesso etiologico, in quanto la tbc. per un'azione diretta delle sue tossine, non tanto sul sistema nervoso, quanto sulle ghiandole sessuali, dà luogo allo svilupparsi della d. p.

DAMAYE, **DESUELLES**, **HOEPFFNER** (1911), descrivono dei disturbi mentali che l'infezione tubercolare ha rivelato e risvegliato.

JUARROS (1912) scrive che: la tbc. non crea essa stessa le psiconevrosi, ma si limita a ravvivarne qualche sintoma.

MIRCOLLI (1915) afferma che « non esiste alcun rapporto fra gravità di lesioni tubercolari e turbamenti psichici. Essi appaiono più accentuati al-

Il materiale di studio per le nostre ricerche è stato raccolto nel Frenocomio di Volterra e poi elaborato nella Clinica Sanatoriale « Maria-Teresa » sotto la guida del Direttore prof. L. CHERUBINI.

l'inizio del processo, che sul finire ed in focolai chiusi, in forme piuttosto benigne che gravi, colliquative. Ciò forse perchè nel primo caso i veleni racchiusi sono assorbiti dall'organismo, mentre nel secondo gli escreti li eliminano. ESQUIROL notò che i tubercolosi pazzi peggioravano psichicamente quando miglioravano i fattori locali e viceversa ».

LÖW (1917) in seguito ai risultati delle sue statistiche conclude che i rapporti fra tbc. e d. p., pur non sapendo di che natura essi siano, non possono spiegarsi semplicemente tenendo in conto la vita anti-igienica e le altre particolarità del contegno dei dementi precoci.

Per SOUTHARD e CANAVAN (1918) la tbc. non è fatta assurgere all'importanza di causa nei rapporti con la d. p., potrebbe però favorire in questi psicotici una sindrome depressiva, o catatonica.

GOSLINE (1918-1920) in base ad osservazioni cliniche ed anatomopatologiche ammette che la tbc. possa causare la d. p., anzi un particolare tipo di d. p., che forse in futuro potrà esser distinto o per il quadro nosologico, o per mezzo di particolari ricerche di gabinetto.

WOLFER (1919-20) parla addirittura di una « tubercologenesi della d. p. ». Questa malattia dovrebbe considerarsi come una meta-tubercolosi, nel senso che nel sangue dei dementi precoci esisterebbero delle albumine di origine bacillare. Suppone che queste tossine non possano alterare il sistema nervoso se non siano già alterati determinati organi di difesa (specialmente il sistema endocrino) ond'è che molti dei tubercolosi non vanno soggetti a d. p.

LIEBERMEISTER (1920) annette alla tbc. un'importanza di primo ordine nell'etiologia della d. p.

BERTOLANI DEL RIO (1921) rileva che con grande frequenza nei d. p. si hanno manifestazioni di ipereccitabilità nerveo-muscolari analogamente a ciò che suole riscontrarsi nei tubercolosi, « legate probabilmente all'impoverimento di calcio-ioni nell'organismo ». Essa però non crede che a questa carenza si debba anettere un'importanza nella facilità con cui i dementi precoci rimarrebbero colpiti da tbc., in quanto non persuasa della frequente associazione delle due malattie.

ZALLA (1921) in seguito a ricerche statistiche basate su di un materiale di 2093 autopsie crede di poter considerare come dimostrate le seguenti conclusioni: « 1) che la mortalità per tbc. è abitualmente elevatissima nelle sindromi ebbrenico-catatoniche e molto elevata anche nelle sindromi paranoide, sia assolutamente, sia relativamente a ciò che si verifica per tutte le altre psicopatie suscettibili di confronti statistici; 2) che la elevatissima mortalità per tbc. nelle sindromi in questione non è sufficientemente spiegata nè dall'età degli ammalati, nè dalla durata della loro malattia, nè dalla durata della loro degenza in manicomio, nè dalle condizioni di vita anti-igienica in essi eventualmente determinate dalla malattia stessa ».

COLELLA (1921-23) ha riscontrato parecchie volte neuro-psicopatie d'ori-

gine tubercolare. Sono le tossine prodotte dal bacillo di Koch la causa di tali disturbi. «Sembra però che la condizione necessaria e dominante per lo sviluppo della psico-neurosi, sia un certo modo d'essere e di reagire dei centri nervosi, ereditario o congenito».

LAIGNEL-LAVASTINE (1921) cita a proposito dei rapporti tra tubercolosi e demenza precoce, le osservazioni cliniche proprie e quelle di RAUCMAN, KAHN e GALLAIS, VICOUREUX e NAUDASCHER e conclude che «tra le sindromi demenziali precoci, ve ne sono alcune di origine tubercolare».

WITTE (1921-22) mette in rilievo l'importanza della tbc. nella d.p. senza poter stabilire la natura dei vicendevoli rapporti. Fa osservare come in ambedue vi sia una tendenza alla ritenzione della sostanza colloide tiroidea, una labilità dei lipoidi nel sangue, una costituzione somatica che potrebbe render predisposti gli individui contemporaneamente ad ambedue le malattie.

Tra gli altri autori che hanno contribuito a mettere in evidenza i rapporti fra tbc. e d.p. e che a tali rapporti hanno attribuito un particolare significato, possiamo ricordare ancora DUROCHEZ, KLIPPEL e LHERMITTE, CLAUDE e ROSE, MARET, SOUTZO e DIMITRESCO, OSTANKOW, COTTON, BUSCAINO, DUSE.

D'ALESSANDRO (1922), dietro osservazione clinica di 177 casi e anatomo-patologica di 27, sostiene «che la tbc. non è molto frequente nei dementi precoci, o che per lo meno non supera la percentuale con cui si trova in altre malattie mentali; che la tossina tubercolare non può esser chiamata responsabile delle alterazioni psichiche, che la tbc., in quanto tossiemia, analogamente a tutte le altre cause tossiche, può agire attenuando o sopprimendo le resistenze organiche, favorendo in tal modo l'insorgere delle psicosi costituzionali, non dando ad esse in ogni modo nè un'impronta personale, nè costante».

CIARLA (1923) è fra gli autori più spinti nell'affermare i rapporti causali. Egli conclude che «la tossinfezione tubercolare è la principale causa esogena, necessaria e sufficiente, quella che comunemente s'intende per causa, di molte malattie mentali, che si manifestano con sindromi svariate e principalmente di: schizofrenia, ebefrenia, catatonìa, paranoidismo, paranoia, allucinazioni, demenza; mania e melanconia, confusione mentale e deliri, deficienze mentali, epilessia, immoralità; isteria, nevrastenia, idee ed impulsi ossessivi, psicodegenerazione. Siamo ora in grado in molte di tali psicosi di fare una diagnosi razionale, mettendo accanto alla diagnosi sintomatologica, quella di natura e di decorso; ad es. dicendo ebefrenia da tossinfezione tubercolare cronica, ecc. Scompaiono come entità morbose la demenza precoce e la psicosi maniaco-depressiva, mentre riprendono individualità le sindromi che venivano in esse raggruppate, sindromi che unite alla natura e al decorso costituiscono la diagnosi razionale».

LEWIS (1923) riporta i risultati delle sue osservazioni anatomo-patologiche su 601 dementi precoci. Riscontra la tbc. in 467 casi (77,70 %) e conclude che non esiste fra tbc. e d.p. un rapporto di causalità, ma di frequente

concomitanza, determinata da un terreno costituzionale predisponente alle due malattie.

STECK (1924) non è convinto dell'importanza dei rapporti e muove critiche ai sostenitori di questa opinione, specie a WOLFER.

GANTER (1924) ammette che un terzo almeno e forse anche la metà dei dementi precoci presentino qualche localizzazione tubercolare prima di essere accolti negli ospedali psichiatrici e trova che nel 95% dei dementi precoci la morte è dovuta ad un processo tubercolare.

Per PLASELLER la percentuale di morte per tbc. nei dementi precoci ascende al 54,70%; BONASERA riscontra il 61,70%; SCHRÖDER il 67%.

AMEGHINO (1924) non nega che una malattia mentale e in particolare la d. p. possa essere una demenza tossica primitiva in dipendenza diretta con fatti tossici tubercolari, ma ritiene che in genere la frequenza della tbc. negli alienati si possa spiegare sufficientemente con la minore resistenza di questi ammalati.

MIRA, RODRIGUEZ, ARIAS e SEIX (1926) hanno eseguito una ricerca sistematica dei segni della tossi-infezione tubercolare in 600 malati di mente, mediante l'esplorazione clinica, radiologica e la reazione tuberculinica. A quest'ultima risposero positivamente in alta percentuale specialmente gli oligofrenici, gli schizofrenici e gli epilettici.

DELLA ROVERE (1926) dimostra che l'infezione tubercolare ed in particolare la tbc. latente si trova all'origine di numerose psicopatie che si dicono criptogenetiche e specie della d. p., psicosi isterica ed epilettica, psicosi allucinatoria, mania, melanconia, indebolimento mentale, immoralità costituzionale. Questa nozione implica la ricerca della tbc. latente all'entrata dei malati nell'Istituto ed il trattamento sistematico della tbc. negli alienati.

MAGENAN (1927) ritiene che la concezione dell'origine endogena della d. p. rappresenti un ostacolo alla ricerca di fatti esogeni. Mancano principalmente ricerche per stabilire un'eventuale tbc. nei casi di psicosi di data recente. Fintanto che sin dal principio delle psicosi, non vengono eliminati fattori esogeni, specie la tbc., non è giusto parlare di origine endogena di tali psicosi. La questione se la tbc. possa essere anche un componente patoplastico di una schizofrenia, deve esser risolta in modo affermativo.

LUXEMBURGER (1927) ha apportato con le sue indagini uno fra i maggiori contributi alla questione dei rapporti che ci interessano. In seguito a scrupolose ricerche su circa 1000 famiglie giunge a concludere che: «1) i fratelli e le sorelle non ammalati di mente degli schizofrenici, muoiono per qualche forma di tbc. molto più spesso dei fratelli e sorelle d'età corrispondente della popolazione comune; 2) i fratelli e le sorelle dei maniaco-depressivi si comportano come quelli della popolazione comune; 3) la minore capacità di resistenza dei fratelli e sorelle degli schizofrenici di fronte all'infezione tubercolare è senza dubbio un fattore costituzionale ereditario».

Con una seconda serie d'indagini ha determinato la mortalità per tbc. anche nei genitori di schizofrenici, maniaco-depressivi, e popolazione comune ed i risultati sono stati in pieno accordo con i precedenti, di modo che egli conclude affermando che «il difetto di resistenza contro la tbc. è senza dubbio un carattere che soggiace non soltanto alla varietà paratipica, ma anche a quella genotipica, e sta in rapporto positivo con la disposizione ereditaria alla schizofrenia».

DAMAYE (1929) sostiene che nella tbc. polmonare, qualora non vi sia un terreno predisposto per ereditarietà o costituzione, mancano imponenti disordini psichici pur essendovi importanti lesioni cerebrali tubercolari.

CLAUDE e BARUK (1930) così si esprimono: «Sembra su questi dati clinici che la tbc. possa talora comportarsi come una malattia generale tossica suscettibile di dare degli accidenti nervosi e che possa esistere un certo antagonismo fra questa tbc. tossica e la tbc. evolutiva. Tutto apparisce come se il sistema nervoso si comportasse a guisa di un reattivo estremamente sensibile che reagisse con molte turbe funzionali all'intossicazione larvata o incipiente, non alla tbc. bacillare in piena attività. I fatti che abbiamo riportati mostrano che la tbc. può giocare un ruolo importante nell'etiologia di certi casi di d.p. ebefrenico-catatonica, specie nelle sue forme torpide e tossiche. Noi diciamo "in certi casi", perchè lungi dal pensare che la tbc. sia sempre in causa, l'etiologia della d.p. è certamente molto complessa. Non bisogna dimenticare il ruolo importantissimo del terreno».

RIZZATTI (1931) dice che «c'è di che non insistere a ripudiare la tbc. come un fattore eziogenetico della schizofrenia, o meglio della psichica dissociazione, solo a dare uno sguardo comparativo ai risultati e all'estensione dei lavori di LUXEMBURGER».

CLAUDE, DUBLINEAU, EY, hanno riportato i buoni risultati ottenuti in 11 ammalati affetti da sindromi diverse di tipo confusionale, ebefrenico-catatonico e schizofrenico con la cura di sali d'oro associati alla psicoterapia sulfurata.

VALLEY, NAGERO e VALDES LAMBLEIA dietro osservazioni praticate in giovani militari affetti da schizofrenia, hanno trovato nel 50% antecedenti tubercolari nei genitori e nei fratelli; a risultati simili giunge KUTSCHNER.

TARGOWLA (1933) sostiene che «non può considerarsi il vasto gruppo delle psicopatie costituito dalla d.p. come tutto di natura tubercolare, ma sembrano esser sotto la dipendenza del virus tubercolare alcune sindromi: sindromi catatoniche, accessi deliranti, deliri polimorfi. Importa in ogni caso di ritenere che i fatti clinici, biologici e sperimentali tendono attualmente a confermare la nozione di "psicosi encefalitiche" specialmente per quello che concerne le psico-encefaliti tubercolari».

ORIANI (1933) in seguito allo studio delle cartelle e delle relazioni auto-psiche di 1840 malati mentali con particolare riguardo alla d.p. nei suoi pre-

sunti rapporti con la tbc. ritiene che tra malattie mentali e tbc. non vi siano rapporti evidenti di causalità, ma, specie per la d.p., di pura concomitanza in soggetti che per costituzione sono predisposti ad ambedue le malattie.

CROCE (1933) espone interessanti risultati sulla radiologia del torace dei dementi precoci, dimostrandosi convinto di particolari rapporti fra questa psicopatia e la tbc. per la frequenza con cui osserva in questi ammalati lesioni polmonari specifiche.

CASAVOLA (1933) espone le ricerche dal punto di vista radiologico condotte su 98 dementi precoci, concludendo che: «1) gli schizofrenici presentano un'altissima morbilità per la tbc. polmonare; si tratta però generalmente di lesioni torpide, ad andamento favorevole; 2) tali lesioni sono precedenti alle manifestazioni psico-patologiche; 3) negli schizofrenici esiste anergia alla tubercolina piuttosto che iperallergia come vorrebbero ricercatori stranieri; 4) non si possono negare rapporti di causa ad effetto fra tbc. (virus tubercolare filtrabile?) e schizofrenia; 5) non meno dei tre quarti dei dementi precoci riconoscono una etiologia tubercolare».

BERGOLLI e SARTORI (1933) così si esprimono: «E' dimostrata pure la grande frequenza della tbc. negli schizofrenici; questa frequenza però può essere spiegata con fattori ereditari ed esogeni. Si può ben pensare anche che la intossicazione tubercolare possa avere importanza come fattore, quando agisce su individui predisposti per debolezza cerebrale; ma per considerare la tbc. un "importante" fattore eziogenetico, bisognerebbe che i fisiologi avessero osservato pure con grande frequenza lo sviluppo della sindrome psichica nei loro pazienti. E' ben vero che la sindrome può essersi sviluppata prima a tbc. ancora latente, ma ammettendo questo si accetta un'ipotesi che ci sembra non dimostrabile nei riguardi della dipendenza della schizofrenia dalla tbc.».

MARTELLI (1933), nonostante i numerosi contributi in proposito, ritiene assurdo affermare decisamente un'origine virusica o ultravirusica della d.p. «L'esempio — egli dice — della "paralisi progressiva di origine tubercolare" deve ammonirci per non cadere in un nuovo errore patogenetico con delle teorie azzardate. La tbc. è una malattia enormemente diffusa onde è logico che si riscontri frequentemente anche nei dementi precoci».

FRAGOLA (1933) esegue indagini anamnestiche familiari e personali su 450 ricoverati in manicomio, di cui 160 dementi precoci e riscontra la tbc. nel 26 % degli schizofrenici, mentre negli altri ammalati di mente il rapporto fra tbc. e psicopatie è del 2,40 %. Da un altro studio statistico sugli ammalati mentali della provincia di Catanzaro riscontra che il numero dei dementi precoci, in proporzione agli altri ricoverati, è maggiore nei comuni dove è maggiore la tbc.

NEUMANN (1934) ha osservato che i focolai tubercolari chiusi possono causare, per il riassorbimento di sostanze tossiche, numerosi stati psico-neurotici la cui sindrome si attenua e scompare coll'aprirsi all'esterno dei focolai e relativa comparsa dei bacilli tubercolari nell'escreato.

FERRARI (1934) ha esaminato 3 casi «al lume degli intravisti rapporti fra tbc. e d. p., assodando che realmente in questi 3 pazienti collimano la eredità tubercolare nei genitori e nei collaterali, la costituzione, le lesioni in atto, e forse, quello che più conta, la regressione di tutti i disturbi a carico della psiche colla miglioria delle lesioni tubercolari. Quando i medici generici avranno più precise cognizioni sulle prime manifestazioni della schizofrenia nell'adolescenza, quando sarà possibile mettere in evidenza la tbc. sospetta e non manifesta ed ogni caso potrà esser seguito senza lacune dalla nascita alla soglia della follia, allora penso che i rapporti fra d. p. e tbc. si renderanno più evidenti ».

ZUANAZI (1934) descrive un caso di d. p. associata ad una forma di tbc. conclamata. La schizofrenia ha seguito in modo ben chiaro lo svolgersi di quest'ultima malattia in tutte le sue fasi, collimando perfettamente nei gradi di miglioramento e peggioramento della stessa.

CESARI (1934) riferisce sui casi di tbc. riscontrati nei giovanetti, orfani di guerra, dai 10 ai 21 anni, che presentavano delle anomalie psichiche. Circa nel 2% poteva osservare delle chiare affezioni specifiche. La forma del processo tubercolare è stata in genere ad evoluzione clinica abbastanza rapida e tumultuosa. L'autore conclude ammettendo che fra tbc. e psicopatia non esista un rapporto di causalità, bensì di concomitanza, facendo rilevare che, se tale dipendenza esistesse, il numero degli anormali psichici affetti da tbc. dovrebbe essere assai maggiore.

Riassumendo le opinioni degli autori citati, possiamo concludere che molti di essi pensano esistere un intimo rapporto fra tbc. e d. p. per la frequenza con cui hanno riscontrato clinicamente o al tavolo anatomico-patologico l'associazione delle due malattie. Qualcuno si spinge fino a sospettare un legame causale, qualche altro invece non è affatto convinto nè della frequente concomitanza, nè tanto meno di rapporti etiologici.

Se poi volessimo consultare a questo proposito i trattatisti ed i molti e molti autori che discutono il problema etiologico della d. p. vedremmo che in genere essi si limitano ad accennare alla tbc. quale ad una delle possibili cause a cui qualche autore ha voluto recentemente attribuire notevole importanza.

RICERCHE BIOLOGICHE

Da qualche anno le ricerche che mirano a chiarire i rapporti fra tbc. e d. p. hanno seguito un indirizzo un po' diverso dal precedente: sono state condotte su di un campo prevalentemente biologico. Così per una dimostrazione della natura specifica della psicopatia si è andati alla ricerca del bacillo o dell'ultravirus tubercolare nel liquor, nel sangue, nella sostanza nervosa cerebrale, o si sono inoculate queste sostanze per ottenere eventuali lesioni tbc.

LOEWENSTEIN inscemzò il sangue di 24 schizofrenici e riuscì così a coltivarne il bacillo di Koch in 10 di questi ammalati.

PASCAL in una interessante rivista generale critica della questione mette in rilievo la debole proporzione dei successi di inoculazione riferiti fino ad oggi, accenna al fatto che molti autori non tengono per dimostrativa della sua azione patogena la circostanza che il bacillo di Koch possa esser messo in evidenza nel sangue o nel liquido cerebro-rachidiano ed infine insiste sulla scarsa efficacia delle cure antibacillari.

CLAUDE, TOULOUSE, COSTE, VALTIS, SCHIFF, VAN DEINSE inocularono il liquido cerebro-rachidiano ed il sangue di dementi precoci riscontrando in seguito bacilli tubercolari nelle ghiandole delle cavie inoculate.

Parimenti PUCA, dopo 4-8 giorni dall'inoculazione per via intra-gangliolare o endo-peritoneale in cavie di liquor di dementi precoci, ha rilevato presenza nei gangli di bacilli e granuli acido-resistenti e in seguito ad insemnamento di liquor cerebro-spinale di dementi precoci, ha ottenuto in 9 casi culture positive. Tutti questi dementi precoci erano esenti clinicamente da lesioni tubercolari.

Anche molti altri autori hanno cercato di rilevare con osservazioni biologiche clinico-sierologiche, nel siero, nel sangue, nel liquor e in genere negli umori dei dementi precoci delle alterazioni che si dovrebbero ritenere particolarmente proprie degli individui tubercolotici. Così, oltre i già citati, CIARLA, COURDEC, AMEGHINO, POIRÉ, BARUK, BIBERMANN e ALBANE, ABELY e COULÉON, D'HOLLANDER e ROUVROY, HAMEL e COURTIER, LANGELE e CARRIER ed altri ancora.

REAZIONE TUBERCOLINICA

Si è voluto anche saggiare lo stato di allergia tubercolinica nei dementi precoci onde trarne dei dati utili a chiarire il rapporto fra le due malattie, pur con le riserve rese necessarie dal significato di detta reazione. I ricercatori italiani hanno in genere trovato una diminuzione di allergia negli schizofrenici in rapporto agli altri ricoverati nei manicomi e agli individui sani di mente; quelli stranieri invece una percentuale molto elevata di reazioni positive ai veleni tubercolari.

VIÉE pensa che i dementi precoci siano sprovvisti di reazioni allergiche essendo per principio degli anergici.

CIARLA riscontra scarsa reattività alla tubercolina: «Le iniezioni sottocutanee di tubercolina danno scarse reazioni febbrili, quelle intradermiche danno reazioni evidenti, ma non possono fornire un importante criterio diagnostico perchè presenti anche in soggetti senza attive lesioni a focolaio».

Secondo i ricercatori dell'Ospedale psichiatrico di Catanzaro in Girifalco la cuti-reazione alla tubercolina è stata positiva nel 30 % dei dementi precoci di Calabria e nel 36 % degli adulti della stessa regione mentalmente e fisicamente sani.

CASAVOLA, dopo aver saggiato la reazione su 98 casi, asserisce che negli schizofrenici esiste anergia alla tubercolina, piuttosto che iperallergia come vorrebbero ricercatori stranieri.

CERRA dalla cuti-reazione alla Pirquet in 300 ammalati ha ottenuto risultati opposti alla sua aspettativa, nel senso che la positività negli schizofrenici è stata d'una percentuale molto inferiore a quella riscontrata negli ammalati di altre psicopatie, e precisamente del 20 % negli schizofrenici, e del 38 % per tutte le altre categorie considerate *in toto*. Molti dei soggetti anallergici presentarono alle ricerche cliniche, radiologiche e biologiche, degli evidenti fatti tubercolari. Questa anergia, secondo l'autore, potrebbe in parte essere spiegata e giustificata considerando la particolarità dell'agente tubercolare nell'etiologia della schizofrenia.

LIEBERMEISTER e CÖSTER propugnano l'opportunità d'istituire una intensa e protratta cura specifica in tutti gli psicopatici che reagiscono positivamente alla tubercolina e più nei dementi precoci dove tale positività è in altissima percentuale.

MIRA, RODRIGUEZ, ARIAS e SEIX eseguirono la reazione tubercolinica (intradermica ed ipodermica) in 600 ammalati di mente con i seguenti risultati: 1) niente correlazione positiva fra la positività alla tubercolina ed il tempo di permanenza nell'asilo; 2) gli ammalati in genere presentano una sensibilità ben più grande all'iniezione intradermica di tubercolina che i soggetti normali; 3) fra i differenti gruppi di ammalati mentali, gli oligofrenici, gli schizofrenici e gli epilettici essenziali sono quelli che danno le più alte percentuali di reazioni positive alla tubercolina.

CLAUDE, BARUK, BIDERMAN, ALBANE, TARGOWLA, COSTE, VALTIS, VAN DEINSE hanno sottoposto grande numero di dementi precoci alla cuti- ed intradermo-reazione alla tubercolina ed anche all'intradermo-reazione all'ultravirus, riscontrando iperallergia ai veleni tubercolari.

COSTITUZIONE

Onde vagliare l'argomento in tutti i suoi molteplici aspetti si sono fatte molte ed interessanti ricerche sul tipo costituzionale dello schizofrenico, giungendo, anche su questo argomento, a risultati discordanti.

Principalmente KRETSCHMER ha portato nel dominio della schizofrenia la sua dottrina della costituzione somatica. Secondo quanto egli dice, tra gli schizofrenici si annoverano soprattutto individui astenici (leptosomi), individui atletici e dispastici, mentre i picnici sono straordinariamente rari.

Scrive KLEMPERER che «i critici della dottrina di Kretschmer obiettano che solo l'ultima tesi è rispondente alla realtà; i picnici si riscontrano infatti con maggiore frequenza fra gli alcoolisti, psicopatici e maniaco-depressivi che fra gli schizofrenici. L'altra suddivisione dell'abito somatico degli schizofrenici nei tipi sopra accennati non permette invece distinzioni essenziali dai tipi che compaiono nell'insieme di una popolazione mista».



Senza voler riportare le svariate opinioni dei ricercatori, diremo con RIZZATTI che nella scuola tedesca v'è una corrente favorevole alle idee di KRETZSCHMER (RHODEN, GRÜNDLER, STERN-PIPER, ne danno recenti conferme), e una contraria (BUNKE). Gli autori francesi non credono che la costituzione possa essere un fattore di una qualche importanza nell'ezio-patogenesi della schizofrenia; gli italiani riguardano il rapporto costituzione-schizofrenia con molta obiettività.

RICERCHE PERSONALI

Compresi dell'interesse dell'argomento, abbiamo voluto portare il nostro modesto contributo nel campo dei rapporti tra tbc. e d. p.

Già si è detto che gli autori asseriscono che la tbc. nei d. p. si riscontra con troppa frequenza per ammettere un'associazione casuale e come per essi questo fatto stia a dimostrare l'esistenza di intimi e particolari legami fra le due malattie fino ad ammettere un vero e proprio nesso causale.

Per sincerarsi della verità o meno di queste asserzioni abbiamo voluto stabilire un confronto fra la frequenza di fatti tubercolari nei dementi precoci e quella che si riscontra in affetti da altre forme di malattia mentale. Si è ritenuto condizione essenziale per il raffronto il fatto che complessivamente il gruppo di dementi precoci si trovasse, per quanto è possibile, in condizioni di parità di fronte all'altro gruppo di ammalati per ciò che riguarda quel complesso di cause che certamente hanno grande importanza nel determinare lo stabilirsi di fatti tubercolari. Per questo l'età degli schizofrenici e quella degli altri psicopatici avrebbe dovuto essere la stessa e così pure la durata della malattia psichica, il tempo di degenza in manicomio, le condizioni mentali e con queste le condizioni igieniche o meno.

L'ammalato che ci è sembrato più vicino al demente precoce per quanto riguarda l'insieme di queste cause esogene, e quindi ad esso confrontabile con minore causa di errore, è stato il frenastenico.

Non abbiamo trovato molta difficoltà nello scegliere 50 frenastenici che, tenuto conto delle condizioni sopra dette, potessero esser messi in raffronto ad altri 50 dementi precoci, dato il numero ingente (3.800) ricoverati nell'Istituto e l'alta percentuale di frenastenici e schizofrenici che si ha fra i degenti di ogni manicomio.

Per quanto ci fossero stati affidati i due reparti Koch uomini e donne, non è stato su questi alienati tubercolosi che abbiamo rivolto la nostra attenzione, ma i soggetti si sono scelti fra gli ammalati dei reparti comuni. E' per questo che le forme tubercolari riscontrate sono in genere di lieve entità, tanto che, o non avevano dato alcun sentore di sé, o non presentavano i caratteri che rendono consigliabile l'isolamento dell'ammalato in appositi locali. Infatti l'esame dell'escreato ci ha dato sempre esito negativo quanto a presenza di bacilli acido-alcool-resistenti.

In questi 100 ammalati abbiamo cercato di rilevare con minuziosi esami clinici e radiologici i dati che depongono per fatti tubercolari progressivi o in atto: sospetti, probabili, o clinicamente sicuri, iniziali e latenti, o abbastanza avanzati e manifesti.

Riportiamo le tabelle riassuntive:

Media complessiva dell'età:

Età degli schizofrenici	anni 35 e 5 mesi
» » frenastenici	» 26 e 6 »

Media complessiva degli anni di manicomio:

Schizofrenici	anni 8 di manicomio
Frenastenici	» 9 » »

Gli schizofrenici esaminati hanno un'età più avanzata dei frenastenici e ciò non di meno un tempo più breve di degenza in manicomio. Essi quindi sono stati meno esposti dei frenastenici al pericolo di contagio tubercolare che esiste sempre là dov'è comunità ed agglomeramento di persone e che è massimo nei malati di mente per la ristrettezza dei locali, le abitudini anti-igieniche e perchè in questi la diagnosi di tbc. (e conseguenti misure preventive e profilattiche) è molto più tardiva che di norma. Quindi relativamente all'età e agli anni di degenza in manicomio si dovrebbe riscontrare una percentuale di tbc. più alta fra i frenastenici che non fra gli schizofrenici.

CONDIZIONI MENTALI

Leggermente	decadute	in n. 15 (30 %)	schizofrenici
»	»	» 5 (10 %)	frenastenici
Parzialmente	»	» 22 (44 %)	schizofrenici
»	»	» 14 (28 %)	frenastenici
Notevolmente	»	» 8 (16 %)	schizofrenici
»	»	» 21 (42 %)	frenastenici
Completamente	»	» 5 (10 %)	schizofrenici
»	»	» 10 (20 %)	frenastenici

Le difficoltà che si incontrano nell'eseguire ricerche di qualsiasi ordine per l'accertamento della tbc. sono tanto più grandi quanto più sono decadute le condizioni mentali del paziente. Ognuno sa come sia difficoltosa la diagnostica in pediatria; per gli alienati mentali il problema è per lo meno egualmente arduo. Crediamo di non errare affermando che la diagnosi di presunzione non si possa porre che quando si è giunti a quello stato di cose che nell'individuo sano di mente permetterebbe una diagnosi di probabilità, se non proprio di certezza. Gli ostacoli nel nostro caso sono ancora maggiori perchè si tratta il più spesso di leggere manifestazioni tubercolari in atto, o semplicemente di residui. In questo genere di ammalati il rilievo anamnestico familiare e remoto è estremamente difficile e malsicuro. Essi non ci facilitano la diagnosi con una chiara esposizione dei loro disturbi e non si prestano ad

un minuzioso esame obiettivo e radiologico, perchè non ci seguono o addirittura si ribellano.

E' noto inoltre come nei malati mentali portatori di lesioni tubercolari non si esteriorizzano i sintomi che ci inducono a formulare una diagnosi esatta. Anche nelle gravi lesioni polmonari i fatti rimangono latenti e specialmente la tosse e l'escreato sono scarsi o addirittura mancanti forse per la minore capacità di reazione a tutti gli stimoli intrinseci ed estrinseci.

Per tutti questi motivi è logico il pensare che nei frenastenici in cui le condizioni mentali sono più decadute con maggior facilità possono esserci sfuggiti dei dati che avrebbero fatto aumentare il numero dei sospetti tubercolosi.

ANAMNESI

La quantità di dati anamnestici familiari e personali, sia remoti che prossimi, in rapporto ad eventuali fatti tubercolari è maggiore per gli schizofrenici che non per i frenastenici. Teniamo presente che il rilievo anamnestico nei frenastenici offre più difficoltà che nei dementi precoci.

COSTITUZIONE

	GRACILE	NORMALE	ROBUSTA
Schizofrenici	16 (32 %)	25 (50 %)	9 (18 %)
Frenastenici	20 (40 %)	19 (38 %)	11 (22 %)

Ci sarebbe anzitutto da chiedersi con il RONDONI se l'abito costituzionale astenico sia esso stesso il terreno tubercolare o non piuttosto se esso tipo astenico sia il risultato dell'infezione tubercolare. Ma questa soluzione non ci interessa direttamente, per quanto, come già si è detto, alcuni autori abbiano asserito che la costituzione dei dementi precoci è quella predisposta alle malattie tubercolari. Questo abito somatico ha avuto nomi diversi dalle varie scuole: tipo toracico dei francesi (HALLÉ 1797, THOMAS DE TROISVEURE 1821), o tipo respiratorio (RESTAN 1826, CLAUDE SIGAUD 1908 ed allievi CAILLON e MAC AULIF); in Italia e in Germania: 1° combinazione (DE GIOVANNI 1877), 2° tipo di BENECKE (1878), microsplacnico, astenico (VIOLA, PENDE, STILLER 1907, KRETSCHMER 1923), longilineo, tísico, ipovegetativo, ipotónico, ecc.; tipo epiteliale o stenoplastico dei russi VIREVIUS (1904), BOUNAK (contemporaneo); tipo carnivoro dell'americano BRYANT (1913).

Non si è adottata alcuna di queste terminologie non avendo seguito per il nostro giudizio costituzionale il determinato metodo che condusse l'autore a questa determinata nomenclatura. Abbiamo usato invece i termini generici di costituzione gracile, normale, robusta, tenendo conto nel classificare gli ammalati sotto uno di tali appellativi e dell'aspetto morfologico e di quello dinamico e funzionale.

Al nostro scopo eminentemente pratico e clinico, per la classificazione è stato sufficiente il tener conto di quelle note caratteristiche che siamo soliti praticamente rilevare al letto dell'ammalato quando non si ha lo scopo preciso di un particolare studio costituzionale. Dice giustamente il PENDE che «Spesso basta la sola ispezione per orientarci sul concetto diagnostico costituzionale. Io intendo la costituzione in senso unitario, totalitario, cioè non considero la costituzione nel suo solo aspetto morfologico, ma ne studio anche l'atteggiamento dinamico, cioè il complesso degli attributi funzionali, compresi quelli psichici, che la caratterizzano». «La prima categoria è costituita dai soggetti astenici, cioè da soggetti nei quali esiste come carattere dominante la debolezza costituzionale e che dal punto di vista morfologico non appartengono solo al famoso tipo tifico ippocratico, cioè longilineo, lungo e stretto (come vorrebbero i costituzionalisti tedeschi), potendo anche appartenere al tipo morfologico opposto, cioè al tipo brevilineo».

Per questo dal punto di vista morfologico si è tenuto conto dei rapporti fra la statura, l'altezza del tronco, perimetro toracico e addominale, lunghezza degli arti, peso corporeo, senza trascurare però, «per un dominio pratico, applicativo, veramente clinico della dottrina delle costituzioni, l'indagine dell'atteggiamento dinamico, delle reazioni funzionali e morbose individuali».

Allo scopo appunto di completare l'antropometria rispetto a tutte quelle caratteristiche che non si possono descrivere quantitativamente «una serie di criteri che si possono dedurre dall'esame ectoscopico, senza dover ricorrere a più fini indagini di laboratorio, ci dicono senz'altro a quale tipo costituzionale appartiene il soggetto in esame».

Così l'aspetto, il portamento e l'andatura, il colorito e lo stato della pelle e mucose visibili, lo sviluppo e conformazione dello scheletro, lo stato di nutrizione, le condizioni del tessuto sottocutaneo, lo sviluppo delle ghiandole linfatiche, la forma e l'atteggiamento del torace, l'aspetto e il volume dell'addome, lo sviluppo dei genitali e dei caratteri sessuali secondari, le qualità del polso, sono stati criteri di rilievo sufficienti per il nostro orientamento sulla costituzione.

Per alcuni autori la frequente associazione tbc.-schizofrenia sarebbe in dipendenza della costituzione in quanto ambedue queste malattie prediligerebbero il medesimo tipo costituzionale.

Nei pazienti da noi esaminati si è trovato con più frequenza una costituzione gracile fra i frenastenici che non fra gli schizofrenici.

Se il numero così ristretto di ammalati sottoposti alla nostra osservazione consentisse di trarre una conclusione in questo campo, dovremmo dire che i gracili, cioè i costituzionalmente predisposti alle malattie tubercolari (diciamo malattie e non già infezione perchè da quest'ultima sembrerebbe che dovessero esser colpiti quasi il cento per cento degli individui), sono molto numerosi fra gli schizofrenici, ma anche più numerosi fra i frenastenici.

CONDIZIONI GENERALI

	BUONE	DISCRETE	CATTIVE
Schizofrenici	7 (14 %)	35 (70 %)	8 (16 %)
Frenastenici	14 (28 %)	26 (52 %)	10 (20 %)

Tanto i dementi precoci che i frenastenici al momento della nostra osservazione si trovavano presso a poco nelle medesime condizioni generali di nutrizione e sanguificazione. Questo è in armonia con quanto abbiamo riscontrato circa la costituzione, perchè lo stato generale costituisce un importante elemento di giudizio costituzionale.

TOSSE ED ESCREATO

Si ha tosse in 10 schizofrenici ed in 6 frenastenici.

Nei tubercolosi la tosse è uno dei disturbi più frequenti e più gravi; nei reparti Koch dei manicomi invece non si osserva con molta facilità. Costatazione già fatta da altri autori e di cui resta presto convinto chiunque, avendo pratica di sanatorio, accosti degli alienati affetti da tbc. polmonare. Questo con probabilità è legato principalmente alla scarsa partecipazione della sfera psico-sensitiva che comporta una diminuita reazione a tutti gli stimoli endogeni ed ambientali.

Più difficilmente ancora tali ammalati escreteano, tanto che si constata eccezionalmente l'opportunità di consegnare una sputacchiera anche in vista delle condizioni mentali. Nei casi in cui si ha tosse l'escreato viene in genere deglutito, onde la difficoltà di esami e ricerche. A questo fatto della deglutizione dell'escreato annetteremmo grande importanza per spiegarci la frequenza con cui abbiamo riscontrato complicazioni intestinali, riferibili con ogni probabilità a tubercolosi del tubo enterico che insorgono durante il decorso di affezioni specifiche polmonari ed aggravano fino a chiudere tristemente il quadro della malattia.

Quando si è creduto opportuno ed è stato possibile abbiamo eseguito ripetutamente esami microscopici dell'escreato, previa colorazione di strisci con il metodo di Ziehl-Neelsen. Non si è mai riscontrato presenza di bacilli acido-alcool-resistenti. E' cosa nota, ma alla quale non si è ancora dato esauriente spiegazione, il fatto che negli escreti degli alienati tubercolosi il bacillo di Koch non si riscontra con quella frequenza con cui l'osserviamo comunemente. Questo naturalmente a parità di lesioni polmonari, prescindendo dalla minore gravità delle forme tubercolari che si riscontrerebbero negli alienati e dalla difficoltà di raccogliere l'escreato.

TEMPERATURA

Si riscontrano alterazioni termometriche in 19 schizofrenici ed in 12 frenastenici.

Scriva il RIZZATTI: «Di un sintoma assai più frequente di quello che non si crede in genere, per la sola ragione che non viene abbastanza regolarmente controllato, dirò infine: la febbre. Mancano purtroppo su questo sintoma tanto semplice dati statistici importanti, ma esso è spesso presente. Alcuni autori che l'hanno magari trovato senza neppure dargli valore, debbono poi esser rimasti meravigliati della sua frequenza. Così parrebbe perfino per BUNKE che lo dichiara quasi inspiegabile. Il carattere di queste febbricole dei dementi precoci è a tipo tbc., o più genericamente tossi-infettivo blando».

Dobbiamo aggiungere che febbricole del tipo osservato nei dementi precoci non sono rare neppure nei frenastenici.

ESAME CLINICO-RADIOLOGICO

25 (50%) schizofrenici . . . Sicuri o fortemente probabili in	$\left\{ \begin{array}{l} 9 \text{ (18\%)} \text{ schizofrenici (descritti ai nn. 2, 4, 9, 11, 16, 18, 33, 42, 43).} \\ 5 \text{ (10\%)} \text{ frenastenici (3, 5, 8, 14, 41).} \end{array} \right.$

Si riscontrano fatti tubercolari in:

18 (36%) frenastenici . . . Probabili o fortemente sospetti in	$\left\{ \begin{array}{l} 16 \text{ (32\%)} \text{ schizofrenici (1, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 19, 21, 22, 23, 27, 30, 44, 46).} \\ 13 \text{ (26\%)} \text{ frenastenici (4, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 20, 28, 33, 35, 40, 42).} \end{array} \right.$

Non si riscontrano fatti tubercolari in:

25 (50%) schizofrenici (3, 5, 14, 17, 20, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 47, 48, 49, 50).

32 (64%) frenastenici (1, 2, 6, 7, 13, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50).

Per il giudizio di «fortemente probabile, sospetto di tubercolosi, ecc.» si è tenuto conto dell'età, dell'anamnesi, delle condizioni generali, ecc., cosicché tutti questi dati da noi prima divisi in singoli specchietti a scopo dimostrativo, li abbiamo poi fusi insieme per ricavarne il giudizio complessivo. Perciò questa tabella riassume tutte le altre.

V'è da osservare che i dati riferiti sul conto dei pazienti nelle singole tabelle potrebbero condurre ad un giudizio complessivo un po' diverso da quello che noi abbiamo ritenuto di formulare, perchè in specchietti riassuntivi non si riesce talora a far risaltare il fatto saliente che giustifica il concetto di chi ha visitato direttamente il paziente.

Trattandosi di reparti di ammalati comuni non abbiamo rilevato in genere che dei residui di lesioni ormai spente, o la cui attività era ridotta a sindromi

molto modeste. Per i pochissimi casi in cui lo schermo radiologico ha rilevato delle insospettite lesioni polmonari, il quadro clinico era quanto mai povero, o addirittura completamente muto. Queste sorprese radiologiche che non sono eccezionali nella pratica dei malati sani di mente, sono logicamente più frequenti nello studio degli alienati, onde tutta l'importanza nei frenocomi dell'esame radiologico sistematicamente condotto specie al primo ingresso dell'ammalato nell'Istituto.

La netta prevalenza delle alterazioni riscontrate a livello dell'apice, della pleura, del sistema ghiandolare, tenderebbero a confermare l'osservazione che le forme tubercolari da cui sono colpiti i ricoverati in frenocomio, raramente insorgono ed evolvono con quelle modalità di sede e di aspetto che sappiamo essere caratteristiche delle forme ad andamento acuto e catastrofico. La metà del decorso si potrebbe in parte spiegare e per la non partecipazione della sfera psichica, e per la vita di riposo a cui gli alienati sono costretti, e per la continua sorveglianza medica che permette una cura tempestiva.

La percentuale di fatti tubercolari riscontrati nei nostri pazienti dimostra la grande frequenza con cui il bacillo di Koch riesce a vincere la resistenza organica determinando delle malattie tubercolari sia negli schizofrenici che nei frenastenici. Si tratta di forme comuni a rilevarsi anche al di fuori dei manicomi, ma non in percentuali così elevate. Nonostante questo pensiamo che se realmente tra tbc. e malattia mentale esistesse un nesso di causa ad effetto, così come fra lue e demenza paralitica, si dovrebbe rilevare negli alienati una percentuale di tbc. molto più alta di quella riscontrata.

Gli schizofrenici sono in realtà più frequentemente colpiti (50%) che non i frenastenici (36%), ma non v'è una differenza numerica tale che possa fare ammettere una diversità sostanziale fra i rapporti tbc.-d. p., e tbc.-frenastenia, nel senso che la malattia specifica sia la causa della d. p. mentre rappresenti per la frenastenia una semplice associazione casuale.

E tanto meno esiste una differenza qualitativa, cioè nelle forme di tbc. Sia negli uni che negli altri prevalgono le alterazioni apicali, pleuriche, ghiandolari.

Se dunque volessimo ammettere la tbc. causa della d. p. non potremmo escludere tale rapporto anche nei riguardi della frenastenia. Ci si avvicinebbe così alle teorie del CIARLA che asserisce la tbc. esser causa di tutte le malattie mentali finora ritenute criptogenetiche.

Le ricerche in proposito basate esclusivamente o su reperti di autopsia o sulla percentuale di affetti da tbc. nelle varie forme di malattie mentali, o comunque che non tengono conto dell'età dei pazienti, degli anni di malattia e di manicomio, dello stato mentale e di tutte quelle condizioni individuali ed ambientali che è sicuramente provato avere un'importanza capitale nello sviluppo della tbc., non ci sembra possano avere un grande valore probativo. Solo confrontando ammalati di malattie mentali diverse, ma che in complesso rispondano in modo molto simile a questo insieme di prerogative potremo

sincerarci della frequenza e dei rapporti che legano la tbc. e la psicopatia. Se ad esempio prendiamo in considerazione il solo lato dell'età e diamo uno sguardo alle tabelle riportate dallo ZALLA, vediamo, come afferma il distinto ricercatore, che «la frequenza della tbc. come causa di morte è all'ingrosso inversamente proporzionale all'età, ciò che era prevedibile data la preferenza dell'infezione tubercolare per i soggetti giovani».

Ed è per l'età che in quelle stesse tabelle la percentuale dei casi di tbc. letale per le cerebropatie infantili sale a 43,10 % e ad 1,23 % per le cerebropatie senili.

Non farebbe meraviglia che da ricerche eseguite su malati di affezioni mentali le più disparate, purchè rispondenti ai requisiti sopra detti, risultassero, indipendentemente dalla forma di alienazione, delle percentuali di tbc. poco diverse, a dimostrare l'importanza essenziale di questi fattori per un fondato giudizio.

Per quanto riguarda le nostre ricerche, le condizioni in cui si trovano i frenastenici sono forse più favorevoli allo sviluppo di malattie tubercolari che non quelle degli schizofrenici. Infatti essi vennero in manicomio in età molto più giovane, si sono qui trattenuti un numero superiore di anni, versano in condizioni mentali più decadute, hanno una costituzione più gracile. Malgrado tutto ciò in questi frenastenici si è riscontrata un'anamnesi più povera di dati in rapporto alla tbc., meno tosse, meno febbricole, un numero inferiore di fatti tubercolari all'esame obiettivo e radiologico.

Resta dunque nella percentuale e nel criterio di giudizio dei fatti tubercolari presentati dai dementi precoci, un margine di frequenza maggiore che per noi non è sufficiente a dimostrare una fondamentale differenza di rapporti fra la tbc. e l'una delle due psicopatie, ma che non esclude in modo assoluto che da altri possa essere interpretato come l'indice di un particolare legame, senza però voler giungere fino al rapporto di causa ed effetto.

INTRADERMO-REAZIONI TUBERCOLINICHE

Schizofrenici:

Positive	41 (82 %)	} fortemente positive 23 (46 %)
Negative	9 (18 %).	

Frenastenici:

Positive	39 (78 %)	} fortemente positive 28 (36 %)
Negative	11 (22 %).	

(Per quanto riguarda la qualità e quantità di tubercolina iniettata, il modo di apprezzare i risultati, ecc., mi riferisco ad un mio precedente lavoro: *Ricerche sulla allergia tubercolinica in rapporto alla questione dell'antagonismo cancro-tbc.*)

Sulla reattività nei dementi precoci abbiamo precedentemente riportato i risultati discordanti a cui sono giunti i vari ricercatori. Infatti gli italiani (CASAVOLA, CIARLA, CERRA, BIEÈ) parlano di anergia o di diminuita allergia tubercolinica nei dementi precoci, in contrasto con i ricercatori stranieri che hanno trovato in questi ammalati una spiccata iperallergia (LIEBERMEISTER e KÖSTER, CLAUDE, BARUK, BIDERMAN, ALBANE, TORGOWLA, COSTE, VALTIS, VAN DENISE).

Ci associamo a questi ultimi e confermiamo le conclusioni a cui sono giunti MIRA, RODRIGUEZ, ARIAS e SEIX: «Gli ammalati mentali in genere presentano una sensibilità ben più grande dell'iniezione intradermica di tubercolina che i soggetti normali. Fra i diversi gruppi di ammalati mentali gli oligofrenici, gli schizofrenici, e gli epilettici essenziali sono quelli che danno le più alte percentuali di reazioni positive alla tubercolina».

Questo aumentato potere allergico degli oligofrenici, degli schizofrenici, e, secondo i su ricordati autori, degli epilettici in confronto agli altri gruppi di ammalati mentali, sarà in rapporto esclusivamente con la presenza o meno di alterazioni tubercolari, o vi influirà anche il fatto che fra la popolazione manicomiale gli oligofrenici, gli schizofrenici e gli epilettici sono i più giovani e quindi quelli più in grado di intense reazioni allergiche?

Riassumiamo gli argomenti che si possono addurre in favore e quelli contrari ad ammettere che la causa della d. p. debba ricercarsi nella infezione tubercolare.

Prima di tutto dobbiamo osservare che non v'è una particolare malattia mentale determinata dalla tubercolosi, ma gli autori mettono in rapporto con quest'ultima molte e perfino tutte le psicopatie ad origine oscura.

Il dato di fatto fondamentale che ha spinto i suddetti ad ammettere degli intimi rapporti fra tbc. e d. p., fino a far loro supporre che l'infezione tubercolare possa essere la causa della d. p., è la constatazione che negli schizofrenici la tbc. si riscontra con grande frequenza. Osserva giustamente lo ZALLA che «solo alcune categorie nella massa di ammalati di mente portano a cifre così elevate la percentuale globale dei casi di morte per tbc.; in primissimo luogo quelle categorie che costituiscono il grande quadro della d. p.».

E' per noi questa una constatazione che risponde pienamente alla verità, facile a rilevarsi per chi ha pratica dei tubercolosi di manicomio e di cui si dimostrano convinti quasi tutti gli autori.

Oltre che sui dementi precoci aggiungeremmo in seguito alle nostre ricerche, che la tbc. fa grande strage anche sui frenastenici. Le cifre dello stesso ZALLA confermano questa aggiunta.

Ci si guardi però dallo stupirsi della quantità di cartelle che portano l'una diagnosi a fianco dell'altra fino a farci ammettere senz'altro una evidente intima relazione fra le due malattie: la percentuale degli schizofrenici tra i ricoverati dei manicomi è sempre molto alta, più alta nei grandi manicomi provinciali con una popolazione manicomiale assai più costante che nelle

cliniche con molti nuovi ricoverati e numerosi casi di osservazione, aggirandosi per i primi sul 40-50 % di tutti i degenti. La d.p. colpisce individui giovani, onde fra la gioventù dei manicomi vi è un'altissima percentuale di schizofrenici, e logicamente la tbc. che predilige anche essa una tale età è fra questi che, ed in numero complessivo, ed in percentuale, deve darci delle cifre molto rilevanti.

Anche nei penitenziari v'è una diffusione davvero impressionante di malattie tubercolari, ma non per questo è lecito ammettere che la tbc. sia la causa della delinquenza (sono ben pochi gli autori che si dimostrano convinti di questo).

E l'interdipendenza causale non può avere una dimostrazione con casistiche redatte dal materiale necroscopico degli archivi da cui non può risultare ad es. se la tbc. si sia stabilita in ultimo per le condizioni di marasma a cui la malattia mentale poteva aver condotto, oppure con casistiche basate sulla percentuale con cui si riscontra l'associazione delle due malattie nelle diverse affezioni psichiche. Alcune alienazioni non si potranno certo riscontrare che raramente a fianco di malattie tubercolari, perchè ad es. prediligono età diverse, e con queste condizioni completamente diverse. E tenendo conto del solo dato dell'età, il fatto che la percentuale di morte per tbc. nei malati mentali corrisponde a pieno a quello che si osserva nei sani di mente (vedi ZALLA), e che le percentuali più alte si hanno nelle psicopatie che colpiscono i giovani (in prima linea la d.p. e la frenastenia), senza forti e costanti (nelle varie casistiche) differenze numeriche fra l'una e l'altra, non ci fa propensi a credere che la tbc. si sviluppi là dove trova le condizioni più favorevoli indipendentemente dalla forma di malattia mentale?

In questo campo quindi le percentuali, i raffronti, e tutte le ricerche non potranno avere un valore molto probativo, se non si stabiliscono su psicopatici che presentano, per quanto è possibile, parità di condizioni per quello che riguarda l'età, gli anni di malattia, di degenza in manicomio, le condizioni mentali e quindi igieniche, e tutto l'insieme dei fattori costituzionali e condizionali che sappiamo essere di fondamentale importanza a che si sviluppino o non si sviluppino malattie tubercolari.

Messici in simili condizioni si è rilevato che non esiste una grande differenza fra il numero e la qualità dei fatti tubercolari presenti negli schizofrenici e quello dei frenastenici.

Potrebbe darsi che su questa via si potesse fare un'eguale constatazione per tutte le forme di malattia mentale.

Quanto alla presenza del bacillo di Koch o dell'ultravirus tubercolare nel sangue o nel liquido cefalo-rachidiano dei dementi precoci, alla mortalità per tbc. nei parenti degli schizofrenici, ad altre ricerche familiari, personali, nei comuni di origine degli schizofrenici, alla costituzione, reazioni allergiche, ecc., a lato di ricercatori che si sono valse di simili argomenti per la dimostrazione di particolari ed intimi rapporti fra tbc. e schizofrenia, ve ne

sono altri che con gli stessi argomenti negano l'ipotesi sopradetta. Inoltre molte di queste ricerche cozzano contro difficoltà enormi e non possono avere un valore indiscutibile nel decidere la questione.

E' significativo anche il fatto che quasi tutti gli autori convengono che non esiste alcun rapporto fra l'andamento della malattia tubercolare e quello della malattia mentale. Basterebbe a dimostrarlo il fatto che molti dementi precoci vengono a morte dopo anni ed anni di demenza completa senza che la tbc. si sia fatta mai sospettare, oppure, malgrado una guarigione clinica della tbc., la malattia mentale continua inesorabilmente la sua marcia evolutiva.

Nel malato di mente nello stesso tempo affetto di tbc. la malattia che delle due deve esser tenuta in maggior considerazione è senza dubbio l'affezione tubercolare; essa infatti è quella che mina direttamente la vita del paziente, che più lo fa soffrire, che costituisce un serio pericolo per gli altri e contro la quale abbiamo qualche rimedio terapeutico di indubbia efficacia. Ma chi ha sperimentato nei dementi precoci le cure antibacillari conviene in genere di non aver ottenuto alcun effetto benefico sull'andamento della psicopatia.

Altri autori si domandano come una tbc. localizzata sui centri nervosi con presenza dell'ultravirus nel liquido cefalo-rachidiano possa decorrere per anni interi in modo così torpido. Si tratterebbe di una resistenza particolare degli organismi o di ceppi bacillari di virulenza anormalmente debole. Suppongo che tra le forme vegetative del virus tubercolare la forma filtrabile sia la più atta ad invadere la sostanza o la cellula nervosa. Hanno voluto paragonare l'azione della tbc. a quella della sifilide nei centri nervosi: le spirochete vi diventano avirulente, il resto dell'organismo non presenta nessuna manifestazione sifilitica, la paralisi progressiva resiste ai medicamenti antisifilitici. I ceppi bacillari estratti dal liquido cefalo-rachidiano sono pochissimo virulenti, cosicchè i dementi precoci presentano abitualmente tbc. fibrose ed inerti e per lo stesso motivo resistono alle medicazioni antitubercolari. La d. p. potrebbe esser considerata come una specie di « para-tubercolosi nervosa ».

E' questa una supposizione che merita di essere avanzata non fosse per altro, per la sua ingegnosità, ma con essa rimaniamo nel puro campo delle ipotesi. Basta pensare che autori quali il PETRAGNANI, VERATTI, PETROFF, SELTER, KIRCHNER, DESSY, B. LANGE e molti altri della scuola tedesca, negano decisamente l'esistenza di un virus filtrabile tubercolare.

Si è sostenuto che con un accurato esame anamnestico si riscontra con grande frequenza nel demente precoce tubercoloso che, contemporaneamente o prima ancora che incominciassero i primi sintomi della malattia mentale, esisteva una sindrome che, ben vagliata, ci fa per lo meno sospettare trattarsi di disturbi riferibili alle prime manifestazioni dell'organismo in preda a tossiemia tubercolare.

Sarebbe questa prima attività del germe acido-alcool-resistente che causerebbe lo scatenarsi delle alterazioni psichiche; le resistenze organiche avrebbero poi ragione sull'attività del bacillo tubercolare in modo che, o non si avrebbe più sentore di questa causa determinante, o si svilupperebbe una tbc. larvata, non di grave entità. Sarebbe cioè nei casi di tbc. leggera, quasi clandestine che si svilupperebbe la d. p. o altre psicopatie che in genere si reputano a etiologia ignota.

C'è da domandarsi come sia possibile anche per un criterio di lontana probabilità, sotto la scorta di pochi e malsicuri dati anamnestici che con difficoltà riusciamo a procurarci circa il demente precoce, giudicare a notevole distanza di tempo sulla contemporaneità o meno, sulla natura tubercolare o non tubercolare di piccole affezioni che sono scomparse senza che magari ne residui più alcuna traccia ad esse riferibile. E poi anche ammettendo che questo breve periodo di malattia si sia certamente verificato ed abbia avuto una sicura etiologia tubercolare non possiamo farlo assurgere ad importanza capitale nel determinismo etio-patogenetico della d. p. Queste manifestazioni corrisponderebbero alla primaria infezione tubercolare, cosa che oggi giorno si verificherebbe pressochè in tutti gli individui.

E come allora asserire col CIARLA che «la proto-bacillosi è la principale causa esogena, necessaria e sufficiente, quella che comunemente si intende per "causa", di molte malattie mentali»? Ma per fortuna se quest'infezione può essere eccezionalmente causa occasionale, scatenante, non sarà mai causa necessaria e sufficiente allo sviluppo di malattie mentali.

Con questo ci guardiamo bene dal negare, come osservava un anonimo commentatore del CIARLA, che la tbc. come la sifilide, come l'alcoolismo (ma meno della sifilide e meno dell'alcoolismo nel campo psichiatrico) e come tanti altri fattori tossinfettivi, oscuri od ignoti, possa provocare la demenza precoce (e questa, come già ho detto, la provocherà con una frequenza relativamente superiore) così come sindromi e malattie mentali di altro genere.

Sono questi i casi in cui realmente si nota una coincidenza nel tempo di sviluppo delle due malattie, un parallelismo nell'andamento, un effetto dalle cure antitubercolari anche sul decorso della psicosi; ma questi non sono che casi eccezionali, per quanto di una relativa frequenza nei manicomi data la grande diffusione dei processi tubercolari e della schizofrenia.

La tbc. come malattia infettiva, potrà essere una delle cause di questa o di quella malattia mentale, come di tante altre malattie estranee al cervello, e siccome fra le malattie infettive la tbc. è la più frequente e fra le malattie mentali la più frequente è la d. p., non fa meraviglia che il bacillo di Koch possa non raramente dare luogo allo sviluppo della schizofrenia.

Ma la tbc. può anche essere, com'è notorio, un portato della malattia mentale per le condizioni di diminuita resistenza organica o addirittura di inarasma in cui vengono a cadere molti infermi cronici che rappresentano magnifici terreni di cultura per germi ad alta resistenza e a rigoglioso svi-

D E M E N T I

Numero	Età	Anni di Manicomio	Condizioni mentali	Anamnesi	Costituzione	Condizioni generali	Tosse ed escreato
			<i>decadute</i>				
1	23	3	Leggermente		Gracile	Discrete	
2	16	2	Notevolmente	Otite media purulenta. Caseificazione e fistolizzazione di alcune ghiandole cervicali	Gracile	Cattive	Tossisce non escrea
3	58	36	Completamente		Normale	Discrete	
4	32	6	Parzialmente		Normale	Discrete	Rari colpi di tosse secca
5	21	1	Leggermente		Normale	Buone	
6	47	13	Parzialmente		Normale	Discrete	
7	41	7	Parzialmente		Normale	Discrete	
8	36	9	Parzialmente		Robusta	Buone	
9	28	4	Leggermente	Cinque anni fa fu ammalato di così dette « febbri intestinali »	Robusta	Discrete	Tosse con escreato muco-purulento
10	44	12	Parzialmente	Sembra che in passato abbia avuto delle emottisi.	Normale	Discrete	
11	25	6	Parzialmente	Nella primavera ultima scorsa lieve emottoc seguita da un breve periodo febbrile. Di poi per un paio di mesi, tosse prima secca quindi con scarso escreato.	Normale	Cattive	Rari colpi di tosse Non escrea.
12	34	4	Leggermente	Eredità tbc. collaterale. Malattia ad andamento acuto 18 mesi fa da cui residuò a lungo tosse, astenia, dimagrimento e dolori alle spalle. Sembra che l'escreato sia stato talvolta misto a strie di sangue.	Gracile	Discrete	
13	52	16	Notevolmente	Ripetute bronchiti febbrili	Gracile	Cattive	

P R E C O C I

Temperatura	Esame obiettivo	Esame radiologico	Intradermoreazione A.T.
Frequenti periodi febbrili	Micro-poli-adeno-patia in tutte le stazioni di repere	Calcificazioni riferibili a gangli ilari e al complesso primario ilare. Nei campi apicali sono visibili adeniti latero-cervicali	+
Febbricole quotidiane	Cicatrici deformi alla parte anteriore del collo. Notevole tumefazione di alcune ghiandole cervicali. Il labbro superiore è tumido e vi si mantengono con una cronicità esasperante delle croste ematico-purulente. L'occhio destro è in preda a cheratite interstiziale di probabile natura tubercolare.	Ombre ilari fortemente ingrandite	++
			-
	Ipotonesi e murmure vescicolare scarso nell'intercapolo-vertebrale e sopra spinosa di sinistra	Infiltrato precoce di Assmann calcificato (?) all'apice sinistro	++
			++
Rari rialzi termici a 37-37,1		Grosse strie e noduli di sclerosi	-
Notevoli differenze fra la temperatura del mattino e quella della sera		Opacità e retrazione di ambedue gli apici, più marcate a sinistra	++
Alla sera 36,8-37		Opacità alla base del polmone di destra e avvicinamento costale. I campi polmonari sono attraversati da strie di varia grandezza e vario decorso. (Sclerosi pleuro-polmonare).	+
	Riduzione dell'area di proiezione dell'apice destro. Ipotonesi, respiro scarso e qualche crepito alla sopra-spinosa di destra	Minore trasparenza della regione apicale di destra, più evidente nelle forti inspirazioni e sotto i colpi di tosse	+
	Leggera diminuzione del fremito vocale tattile, smorzamento del suono plessico e respiro scarso nella sotto-scapolare di sinistra		++
Lieve febbre serotina		Caverna precoce nel campo medio di destra	+
Labilità termica			+
	Qualche sibilo e ronco	Noduli sospetti all'apice sinistro	-

Numero	Età	Anni di Mancinio	Condizioni mentali <i>decadute</i>	Anamnesi	Costituzione	Condizioni generali	Tosse ed escreato
14	29	2	Leggermente		Robusta	Discrete	
15	61	20	Completamente	Bronchite cronica	Normale	Discrete	
16	30	5	Leggermente	Circa un anno fa ebbe un lungo periodo modicamente febbrile. Da quasi un mese accusa dolori alla spalla sinistra	Gracile	Cattive	
17	34	8	Completamente		Robusta	Buone	
18	25	4	Parzialmente	Pleurite essudativa bilaterale	Gracile	Discrete	
19	31	6	Leggermente	Idroccele vaginale sinistro	Gracile	Discrete	Tosse senza escreato
20	38	12	Notevolmente		Robusta	Discrete	
21	42	9	Notevolmente		Normale	Discrete	
22	40	9	Parzialmente		Gracile	Discrete	
23	45	15	Notevolmente	La madre del p. è presentemente ammalata di « morbo di Pott »	Normale	Decadute	
24	37	8	Parzialmente		Normale	Discrete	
25	26	3	Leggermente	Un fratello è affetto da tbc. polmonare.	Gracile	Discrete	
26	29	2	Parzialmente		Gracile	Discrete	
27	38	10	Parzialmente	Sei anni fa lunga serie di febbri criptogenetiche. Presentemente dolori alle spalle.	Gracile	Cattive	
28	32	5	Leggermente		Normale	Discrete	
29	40	24	Completamente		Robusta	Buone	
30	31	4	Parzialmente		Gracile	Discrete	Qualche colpo di tosse secca.
31	46	9	Leggermente		Normale	Cattive	
32	41	6	Notevolmente		Normale	Discrete	
33	19	1	Parzialmente	Astenia notevole	Normale	Cattive	
34	28	6	Parzialmente		Robusta	Discrete	
35	36	5	Leggermente		Normale	Buone	

Temperatura	Esame obiettivo	Esame radiologico	Intradermoreazione A.T.
			—
Sempre al disotto della norma	Fatti bronchiali diffusi. Fistola anale	Sclerosi disseminata. Numerose calcificazioni	—
Ogni 2-3 giorni piccola puntata a 37-37,3	Modica ipofonesi nella sotto-spinosa sinistra; in detta regione e sull'ascellare media si ascolta respiro aspro con scarsi crepiti	Processo scissurale a sinistra e infiltrato satellite iusto-ilare destro	++
Frequenti, piccole temperature			++
		Scarsa mobilità e deformazione della cupola diaframmatica sinistra	++
		Notevole opacità degli apici	+
Spesso la temperatura della sera ascende per 2-3 giorni al 37			+
Labilità termica		Strie di sclerosi polmonare evidenti specie nel campo medio di destra	++
		Opacità dell'apice sinistro	++
		Ombre di calcificazioni para-ilari	+
In genere bassa. (Non oltrepassa al pomeriggio i 36,3). Talora qualche rialzo a 36,8-36,9			++
			+
			+
Labilità termica	Reticolo venoso accentuato alla regione anteriore del torace, bilateralmente	Disegno polmonare rinforzato al campo sinistro	++
			—
			++
Frequenti piccole febbricole	Torace paralitico		+
			—
			+
Febbricole	Micro-poli-adeno-patia in tutte le stazioni ghiandolari. Facili sudorazioni	Due focolai micronodulari con reazione perifocale al sotto-apice destro	++
			++
			+

Numero	Età	Anni di Manicomio	Condizioni mentali <i>decadute</i>	Anamnesi	Costituzione	Condizioni generali	Tosse e: escreato
36	39	2	Parzialmente		Normale	Discrete	
37	25	4	Leggermente		Gracile	Discrete	
38	29	8	Parzialmente		Normale	Discrete	
39	37	15	Notevolmente		Gracile	Discrete	
40	43	9	Parzialmente		Normale	Buone	
41	28	2	Leggermente		Normale	Buone	
42	37	5	Parzialmente	Molti anni fa sembra si siano verificate copiose emottisi	Gracile	Discrete	Rari colpi di tosse.
43	42	11	Parzialmente		Normale	Cattive	
44	31	6	Parzialmente	Probabile contagio familiare. Frequenti periodi febbrili a tipo influenzale.	Robusta	Discrete	
45	28	7	Parzialmente		Normale	Discrete	
46	64	25	Completamente	Numerosi e lunghi periodi con febbre e tosse	Robusta	Discrete	
47	25	1	Notevolmente		Normale	Discrete	Tossisce, non escrea.
48	39	2	Leggermente		Normale	Discrete	
49	40	8	Leggermente		Normale	Discrete	
50	32	3	Parzialmente		Gracile	Discrete	

F R E N A S

1	20	8	Notevolmente		Normale	Discrete	
2	13	5	Completamente		Gracile	Cattive	
3	29	10	Leggermente	Un anno fa, pleurite secca bilaterale	Normale	Discrete	
4	47	21	Parzialmente		Gracile	Cattive	
5	17	1	Parzialmente	Lunga convivenza con una sorella da vari anni ammalata di tbc. polmonare.	Robusta	Discrete	Tosse, non escreato.
6	22	6	Notevolmente		Normale	Buone	
7	37	16	Notevolmente		Robusta	Discrete	
8	26	7	Notevolmente		Gracile	Cattive	Tossisce, non escrea.

Temperatura	Esame obiettivo	Esame radiologico	Intrad rmo- re zione A.T.
Qualche rialzo termico			+
			++
			++
			+
			-
Piccoli rialzi termici mattutini	A sinistra fosse sopra e sotto clavicolari più pronunziate che a destra, ivi respirazione scarsa	Retrazione ed opacità dell'apice sinistro	++
Febbricole quotidiane	Probabile annessite destra	Calcificazioni e noduli di sclerosi disseminati	++
		Calcificazione dell'interlobo sinistro	++
			++
		Strie nei campi polmonari	-
			-
			-
			-
			-
			-

T E N I C I :

			++
			++
Raramente 36,8-37	Leggera ipofonesi, respiro scarso e qualche crepito sull'ambito inferiore del torace		++
	Tipico torace di Traube	Calcificazioni para-ilari	++
Frequenti rialzi termici serotini sui 37-37,2	L'emit. S. è meno mobile del D. F.v.t. quasi scomparso. In tutto l'ambito pol. S. ipofonesi e respiro scarso. Non si ascoltano rumori anomali	Calcificazioni disseminate a destra, a sinistra opacità diffusa riferibile ad ispessimento pleurico	++
			-
			-
Febbricole persistenti	Respiro aspro ed espirazione prolungata nell'interscapolo-vertebrale di destra. Qualche crepito	Noduli acinosi sparsi nella zona sotto-apicale e media di destra	++

Numero	Età	Anni di Man comi:	Condizioni mentali <i>decadute</i>	Anamnesi	Costituzione	Condizioni generali	Tosse ed escreato
9	37	18	Notevolmente	Anchoriosi per coxite destra	Gracile	Buone	
10	10	4	Completamente		Gracile	Cattive	
11	29	13	Notevolmente		Normale	Discrete	
12	16	3	Notevolmente	Frequenti periodi di febbri criptogenetiche	Gracile	Cattive	
13	15	8	Completamente		Gracile	Cattive	
14	38	8	Parzialmente		Normale	Discrete	
15	31	12	Parzialmente		Normale	Discrete	Tosse con scarso escreato.
16	36	11	Leggermente		Normale	Cattive	
17	22	5	Completamente		Normale	Discrete	
18	23	12	Completamente		Gracile	Discrete	
19	33	8	Leggermente		Robusta	Buone	
20	28	9	Parzialmente	Asportazione dell'epididimo destro perchè affetto (sembra) da tbc.	Normale	Discrete	
21	40	17	Notevolmente		Robusta	Cattive	
22	9	1	Notevolmente		Gracile	Cattive	
23	18	5	Notevolmente		Gracile	Discrete	
24	47	28	Notevolmente		Normale	Buone	
25	16	8	Completamente		Gracile	Discrete	
26	12	6	Completamente		Gracile	Discrete	
27	31	7	Leggermente		Normale	Buone	
28	10	1	Completamente		Gracile	Discrete	Tosse scarsa: non escrea.
29	16	3	Notevolmente		Gracile	Discrete	
30	19	1	Parzialmente		Robusta	Buone	
31	24	4	Parzialmente		Robusta	Buone	
32	17	5	Notevolmente		Gracile	Discrete	
33	28	8	Parzialmente		Normale	Cattive	Rari colpi di tosse.
34	21	2	Notevolmente		Normale	Buone	

Temperatura	Esame obiettivo	Esame radiologico	Intradermoreazione A.T.
	Fosse sopra e sotto clavicolari molto marcate	Le zone apicali si rischiarano scarsamente	++
Qualche raro rialzo termico a 36,8-37,1	Micropoliadenopatia al collo e alle ascelle	Ombre ilari ingrandite bilateralmente. Cuore di volume superiore alla norma	+++
		A sinistra seno costo-diaframmatico diminuito di ampiezza, cupola diaframmatica irregolare nel suo contorno e con escursioni limitate	++
Frequenti febbricole	Adenoidismo notevole	Ombre ilari ingrandite	++
	Residui di rachitismo		-
Qualche piccolo innalzamento termico		Infiltrato sclerosato alla zona media destra. Strie linfangitiche alla sotto-apicale sinistra	+++
	Qualche grossolano rumore bronchiale	Disegno polmonare rinforzato al campo sinistro	+++
Temperatura più bassa che di norma			-
			-
	Adenoidismo	Ombre ilari ingrandite con gangli calcificati	+++
			+++
	La borsa scrotale destra comprende una massa dura, ineguale, poco sensibile alla pressione		+++
			-
			-
			++
			-
Spesso si avvicina al 37			+
			+++
			+
Febbricole quotidiane	Mongoloide	Illo fortemente ingrandito	+++
			+++
			+++
			+
			++
Frequenti febbricole			++
			++

Numero	Età	Anni di Manicomio	Condizioni mentali <i>decadute</i>	Anamnesi	Costituzione	Condizioni generali	Tosse ed escreato
35	14	8	Completamente		Gracile	Discrete	
36	18	9	Completamente		Gracile	Discrete	
37	45	11	Parzialmente		Robusta	Buone	
38	40	20	Notevolmente		Robusta	Discrete	
39	36	16	Leggermente		Normale	Buone	
40	54	21	Parzialmente	Molti anni fa vi furono lunghi periodi di febbre, tosse, astenia, dimagrimento e profuse emottisi. Fu fatta diagnosi di t. p.	Normale	Discrete	
41	25	4	Notevolmente	Frequenti periodi con febbre alta per cause non precisabili	Gracile	Discrete	
42	27	7	Parzialmente		Normale	Discrete	Tosse con scarso escreato.
43	15	1	Notevolmente		Normale	Buone	
44	39	16	Parzialmente		Gracile	Buone	
45	33	9	Notevolmente		Robusta	Discrete	
46	46	22	Notevolmente		Normale	Discrete	
47	28	4	Parzialmente		Robusta	Buone	
48	28	10	Notevolmente		Robusta	Buone	
49	21	7	Notevolmente		Gracile	Discrete	
50	33	1	Parzialmente		Normale	Discrete	

Temperatura	Esame obiettivo	Esame radiologico	Intradermoreazione A. T.
	Grosse ghiandole latero-cervicali. Apparato scheletrico deforme specie alla gabbia toracica. Astenia e dispepsia		++
			++
			++
			—
			++
		Aree opache ed ombre lineari di connettivazione e sclerosi	—
Febbricole durante i catameni		Ombra compatta, rontondeggiante, omogenea, che non si rischiarava sotto i colpi di tosse, nella zona centrale del pulm. D.	++
	Rari rantoli a grosse bolle, qualche fischio e sibilo	Rinforzo del disegno polmonare	++
			++
			++
Febbriciattole mattutine			—
			—
			++
			++
			++
			++

luppo, quali sono quelli della tbc. Bisogna quindi tener presente questa possibilità e nei casi di associazione non veder sempre nella tbc. la causa della schizofrenia o di altra affezione psichica.

I tisiologi che, come tutti gli specialisti, potrebbero se mai esser portati piuttosto ad esagerare in più che non in meno nelle attribuzioni causali dell'infezione specifica, non hanno dato quasi nessuna importanza a quest'argomento perchè non si sono mai accorti che con una certa frequenza i loro pazienti andavano soggetti alla d. p. Anche questo fatto che nè i tisiologi, nè i clinici generici che curano la grande massa delle malattie tubercolari in tutte le loro fasi successive, abbiano constatato l'esordire della psicosi in conseguenza del primo stabilirsi o del successivo evolversi della malattia specifica, c'induce a pensare che l'evenienza deve essere estremamente rara. BRUCHANSKY afferma che i tisiologi non prestano grande attenzione al fatto che i tubercolosi assumono spesso carattere «schizoide»; questo però non vuol dire che sfugga loro una d. p.

Per tutto quello che abbiamo detto non ci persuadono le parole di CLAUDE che a prima vista sembrerebbero molto logiche: «Si può concludere — egli afferma — che la tbc. si riscontra spesso negli antecedenti personali, ereditari dei dementi precoci. Si potrebbe domandarci perchè i tisiologi non hanno avuto che raramente l'occasione di osservare questi fatti. Senza dubbio bisogna incriminare la natura speciale della forma tubercolare dei dementi precoci (forme abortive, vecchie, sclerose, bronchiti croniche, pleuriti, forme diverse di tbc. infiammatorie). I portatori di queste lesioni hanno meno occasione dei tubercolosi con lesioni ulcerative di ricorrere al tisiologo. Si tratta spesso di tbc. chirurgiche (adeniti, epididimiti, tumori bianchi, ecc.). D'altra parte le turbe mentali non compaiono che molto tempo dopo l'episodio bacillare iniziale, spesso solo quando questo è clinicamente guarito da più anni. Solo l'analisi sistematica dei loro antecedenti permette di far ritrovare nei dementi precoci la frequenza della coincidenza, se non del legame stesso che unisce le due malattie».

L'enorme quantità di tbc. che fa strage nel genere umano può provocare in qualche raro caso una delle tante forme di malattia mentale suscettibili di esser provocate da una tossinfezione (e più spesso la d. p. per l'età, l'alta percentuale in rapporto alle altre psicosi, ecc.), purchè colpisca individui predisposti alla malattia psichica, cioè individui in cui per ereditarietà o per fatto congenito o acquisito preesiste una particolare labilità e debolezza del sistema nervoso che li fa andare soggetti ad una determinata psicosi qualora si verifichi un'occasione scatenante.

CONCLUSIONI

La tbc. negli ammalati mentali si sviluppa là dove trova le condizioni più favorevoli indipendentemente dalla forma di psicopatía in sè e per sè. Non esiste alcun rapporto intimo e tanto meno causale fra tbc. e d. p.: la

prima rispetto alla seconda può essere solo uno dei fattori eziogenetici in quanto malattia infettiva. E' vero che l'associazione di queste due malattie è frequente, ma la frequenza è sufficientemente spiegata dal fatto che l'insieme degli attributi condizionali e costituzionali i più adatti allo sviluppo della d.p. sono anche i più favorevoli all'attecchimento del bacillo di Koch. Lo stanno a dimostrare i seguenti fatti:

1) Se realmente tra tbc. e d.p. esistesse un nesso di causa ed effetto si dovrebbe rilevare negli alienati una percentuale molto più alta di quella riscontrata e la schizofrenia si dovrebbe sviluppare con una frequenza enormemente superiore, mentre i fisiologi non hanno osservato che i loro pazienti siano spesso colpiti da d.p.

2) Fra le forme ed il numero dei fatti tubercolari da noi riscontrati negli schizofrenici e nei frenastenici non esiste una differenza nè qualitativa, nè quantitativa tale da giustificare l'esistenza di rapporti sostanzialmente diversi.

3) Non v'è una psicosi specifica tubercolare, cioè una particolare malattia mentale determinata esclusivamente dalla tbc., ma gli autori mettono in rapporto con quest'ultima molte e perfino tutte le psicopatie ad origine oscura od ignota.

4) E' vero che la tbc. si riscontra con grande frequenza nei dementi precoci, ma anche i frenastenici sono colpiti in alta percentuale. A tale riguardo giova tener presente che il 40-50 % della popolazione manicomiale è costituita dagli schizofrenici, che questa cifra s'innalza molto di più se si considera la popolazione manicomiale giovane. V'è da domandarsi fra chi altro mai potrebbe mietere le sue vittime la tbc. se non fra questa categoria di ammalati.

5) La tbc., come in genere le altre malattie infettive, può determinare lo sviluppo della d.p. così come di altre psicopatie. Dato che fra le malattie infettive la tbc. è la più frequente e la più frequente fra le malattie mentali è la d.p., non fa meraviglia che il bacillo di Koch possa non raramente dar luogo allo sviluppo della schizofrenia purchè agisca su individui predisposti a questa malattia mentale.

L'associazione delle due malattie è legata alle condizioni sopra dette, ma anche se fosse puramente casuale, dovrebbe riscontrarsi con relativa frequenza per la diffusione nei manicomi sia dell'una che dell'altra.

6) Non esiste alcun rapporto fra l'andamento della malattia tubercolare e quello della malattia psichica; le cure antibacillari non hanno alcun effetto sullo stato mentale. Si faccia un'eccezione per quei pochi casi in cui realmente la d.p. fu determinata da tossinfezione tubercolare. Solo allora noteremo coincidenza di tempo nello sviluppo delle due malattie, parallelismo nell'andamento clinico, effetto sulla psicopatia delle cure antitubercolari.

7) Le ricerche basate esclusivamente o su reperti di autopsia, o sulla percentuale di affetti da tbc. nelle varie forme di malattia mentale, o comunque che non tengono conto e dell'età dei pazienti, e del tempo in cui s'iniziò la psicopatia, e degli anni di manicomio, e dello stato mentale e di tutte quelle condizioni individuali ed ambientali che hanno importanza capitale nel determinare lo sviluppo della tbc., non ci sembra possano avere un grande valore probativo.

Dalle nostre ricerche risulta anche che la costituzione gracile si osserva pressochè con eguale frequenza sia nei dementi precoci che nei frenastenici.

Tanto gli uni quanto gli altri mostrano una spiccata iper-allergia all'intra-dermo-reazione tubercolinica.

BIBLIOGRAFIA

- AMEGHINO, AMEGHINO e POIRÉ: « Riv. di criminol., psichiatri. e medic. legale », 1925 e 1926; « *Semana Medica* », 1924.
- BARUK, BIDERMAN e ALBANE: *Tubercolosi e demenza precoce*. « *Annales Médico-psycholog.* », 1932, « *Revue Neurologique* », 1933.
- BENVENUTI: *Ricerche sulla allergia tubercolinica in rapporto alla questione dell'antagonismo cancro-tubercolosi*. « *Giornale del Medico Pratico* », 1932.
- BERGOLLI e SARTORI: *Psiche e carattere dei malati di petto*. Pubblicazione di A. WASSERMANN: « *La fisiologia nella pratica medica* ».
- BERTOLANI DEL RIO: « *Riv. Sper. di Freniatria* », 1921.
- CASAVOLA: *Tubercolosi e schizofrenia - Studio clinico radiologico*. « *Schizofrenia* », 1933.
- CESARI: *La tubercolosi polmonare negli ammalati psichici*. « *Riforma Medica* », 1934.
- CHIANCONI: *Sull'etiopatogenesi della demenza precoce - Il cervello*. 1933.
- CHARLAI: « *Riv. di Pat. nerv. e ment.* », 1923 e 1924; « *Riv. Sper. di Freniatria* », 1923 e 1929.
- CLAUDE e BARUK: *Tubercolosi e demenza precoce*. « *Paris Méd.* », 1930.
- CLAUDE, DUBELMAN, BOREL e ROUART: *La tubercolosi negli antecedenti personali e familiari dei dementi precoci e degli altri psicopatici*. « *Paris Médical* », 1934.
- COLELLA: *Sui rapporti fra tubercolosi, neuropsicopatie e delinquenza*. « *Atti del Congresso della Soc. Ital. di Neurol.* », SICNA, 1922.
- COSTE, J. VALTIS e VAN DENISSE: *Constatazioni sperimentali riguardanti l'etiologia tubercolare di alcune demenze precoci*. « *Presse Médicale* », 1933.
- COURDEC: *La demenza precoce può considerarsi come una meningo-encefalite dovuta ad ultravirus tubercolare*. « *Revue Neurologique* », 1933.
- DAMAY e DESRUELLES: « *Revista Frenopática Española* », 1911.
- DELLA ROVERE: *L'etiologia e la patogenesi delle psicosi criptogenetiche nei loro rapporti con la tubercolosi*. « *Revue Neurologique* », 1926.
- D'HOLLANDER e ROWROT: *La demenza precoce è d'origine tubercolare?* « *Revue Neurologique* », 1933.
- DUSE: *Tubercolosi e psicosi*. « *Giorn. di psic. clinica e tecnica manicomiale* », 1920.
- FERNANDEZ: *Relazioni fra tubercolosi e demenza precoce*. « *Lisboa Medica* », 1934.
- FERRARI: *Demenza precoce e tubercolosi*. « *Rinascenza Medica* », 1934.
- FONTES: *Costituzione e malattie mentali*. « *Lisboa Medica* », 1934.
- GANZANI: *I più recenti lavori sulla demenza precoce nei paesi di lingua tedesca*. « *Schizofrenia* », 1932.
- GOSLINE: *Relazioni fra tubercolosi e demenza precoce*. « *The Journ. of nerv. and ment. Dis.* », 1920.
- HOEPFNER: « *Neurologie und Psychiatrie* », 1911.
- HUCHAINE: *Prodromi psichici della bacillemia tubercolare*. « *Bulletin Médical* », 1934.
- JUARROS: *Contributo allo studio delle alterazioni mentali nella tbc. polmon.* « *Annales de Psychiatria y Neurologia* », 1912.
- KAHN e GALLAIS: *Tuberculose et démence précoce*. « *Encéphale* », 1913.
- KLEMPERER: *La clinica moderna*.
- KRETSCHMER: *La struttura del corpo e il carattere*. Ediz. Payot, Parigi, 1930.
- LEWIS: *Il fattore costituzionale nella demenza precoce*. « *Nervous and Mental Disease Monograph Series* », n. 35, 1923.
- LIEBERMEISTER: *Tubercolosi nelle psicosi*. « *Zeitsch. f. die ges. Neur. und Psych.* », 1920.
- LOEWENSTEIN: *La bacillemia tbc. nelle malattie nervose*. « *Riforma Medica* », 1933.
- LOW: *La tubercolosi nei frenastenici*. « *Allg. Zeitsch. f. Psych.* », 1917.
- LUXENBURGER: « *Zeit. f. d. ges. Neur. und Psych.* », Bd. 109, Bd. 1928, Bd. 1929.

- MAGENAN: *La tubercolosi e il gruppo delle schizofrenie*. «Rassegna di studi psichiatrici», 1927.
- MIRA, RODRIGUEZ, ARIAS e SEIX: *Contributo alle relazioni esistenti fra tubercolosi e schizofrenia*. «Revue Neurologique», 1926.
- MIRCOLLI: *Alterazioni nervose in tubercolosi da tubercolosi nervosa*. «Rass. di studi psichiatrici», 1915.
- MORSELLI: *La tubercolosi nell'etiologia e nella patogenesi delle malattie nervose e mentali*, 1907.
- NEUMANN: *Gli enigmi della tubercolosi*. «Forze Sanitarie», 1934.
- ORIANI: *Tubercolosi e malattie mentali*. «Rassegna di studi psichiatrici», 1933.
- PASCAL: «Progrès Médical», 1933.
- PENDE: *Alimentazione e climato-terapia dei tubercolotici polmonari*. «Rassegna Clinico-scientifica», 1934.
- PIASELLER: «Arch. f. Psych.», 1913.
- RIZZATTI: *Lo stato attuale del concetto clinico di schizofrenia*. «Schizofrenie», 1931.
- SCHROEDER: «Zeitsch. f. die ges. Neur. und Psych.», 1914.
- SIMON e LARIVIER: *Ipotesi sulla demenza precoce*. «Annales Médico-psychologiques», 1932.
- SOUTHARD e CANAVAN: «The Journ. of nerv. and ment. dis.», 1918.
- SOUTZ e DIMITRESCO: *Demenza precoce e tubercolosi*. «Annales Médico-psychologiques», 1910.
- TORGOWLA: *Tubercolosi e turbe mentali*. «Presse Médicale», 1933.
- TOULOUSE, VALTIS, SCHULZ, VAN DENISE, CLAUDI e COSTI: «C. R. della Soc. de Biol.», 1931; «Ann. Méd.-psych.», 1932; «Revue Neurologique», 1933; «Encéphale», 1933; «Bull. de l'Acad. de Médecine», 1933.
- VALLEJO, NAGERA, LAMBEA: *Rapporti fra tbc. e schizofrenia*. «Zentr. f. ges. Neur. und Psych.», 1928.
- VANELLI: *La costituzione somatica degli schizofrenici*. «Schizofrenie», 1932.
- ZALLA: «Riv. di Patol. nerv. e ment.», 1922 e 1923; «Rassegna Clinico-scientifica», 1931.
- ZUANAZI: *Tubercolosi e demenza precoce*. «Notiziario di Diagnostica e Terapia», 1934.
- WITTE: «Zeitsch. f. die ges. Neur. und Psych.», 1921 e 1922.
- WOLFER: «Zeitsch. f. die ges. Neur. und Psych.», 1919 e 1920; «Arch. f. Psych.», 1923.

RIASSUNTO

Gli AA., allo scopo di sincerare se la tbc. sia la causa della d.p. o comunque se le due malattie abbiano fra loro degli intimi e particolari rapporti, credettero opportuno se non necessario un raffronto fra i fatti tubercolari che si riscontrano «in vita» nei dementi precoci e quelli che presentano un egual numero di ammalati di altra psicopatia. Condizione essenziale per un valore probativo del confronto è che i due gruppi di ammalati si trovino, per quanto è possibile, in condizioni di parità di fronte a quel complesso di fattori che hanno grande importanza nel favorire lo sviluppo della tbc. e specialmente: età, anni di malattia e di manicomio, stato mentale (e con queste condizioni igieniche, ecc.). L'esame clinico-radiologico di 50 dementi precoci e di altrettanti frenastenici ha messo in evidenza un numero ed una qualità di manifestazioni tubercolari pressoché eguali tanto negli uni quanto negli altri.

Essi quindi ritengono che, malgrado la frequente associazione delle due malattie, non esistano rapporti particolari e tanto meno causali fra tbc. e schizofrenia, ma che la tbc. si stabilisca là dove trova le condizioni più favorevoli, indipendentemente dalla forma di malattia mentale.

55620



~~322097~~

