

BIBLIOTECA
DELLA
CLINICA MODERNA

VOL. XII

PROF. E. SCIAMANNA

Le psicosi costituzionali

L. NICCOLAI, Editore
FIRENZE

BIBLIOTECA

F. L. T.

3

67

ROMA

MEDICA

BIBLIOTECA
DELLA
LINICA MODERNA

In questa "Biblioteca", iniziata nel 1900, non si pubblicano che lavori originali italiani, in Volumi in 8.° legati in tutta tela.

Volumi pubblicati

- I.... **Landi** prof. **L.** — *Autointossicazioni intestinali e Nevrosi*, con Prefazione del Prof. Gautier di Parigi. — Pag. VIII-268. L. 4.50
- II... **De Renzi** prof. **E.** — *Tabe dorsale — Tumore del cervelletto — Artritisismo — Diabete mellito.* — Pag. 108 » 3.00
- III... **Lusena** prof. **G.** — *Fisio-patologia dell'apparecchio tiro-paratiroidico.* — Pag. 136 » 3.50
- IV... **Bottini** prof. **E.** — *L'Iscuria prostatica*, con 16 figure illustrative. — Pag. VIII-216 . . . » 8.00
- V.... **Jemma** prof. **R.** — *L'allattamento artificiale*, con Prefazione del prof. Marfan di Parigi. — Pag. XVI-212 » 4.00
- VI... **Trombetta** dott. **E.** — *La teoria degli specchi e delle lenti applicata alla diagnosi dei vizi di refrazione*, 2^a edizione con aggiunta di un capitolo sulla correzione delle ametropie — Pag. XVI-217. » 4.00
- VII.. **Testi** prof. **A.** — *Lo Scorbuto.* — Pag. 108. » 2.50
- VIII. **Polverini** dott. **G.** — *Osservazioni cliniche sulla peste bubbonica*, con Prefazione del Prof. Lustig. — Pag. VIII-112. » 2.50
- IX... **Pieraccini** dott. **G.** — *Morfologia del sangue nelle nefriti.* — Pag. II-296 . . . » 5.00
- X.... **Banti** prof. **G.** — *Patologia del polmone*, con Prefazione. — Pag. XII-278. » 5.00
- XI... **Mantegazza** prof. **U.** — *La lepra nella Provincia di Cagliari*, con 7 figure illustrative e 13 tabelle — Pag. 158 » 4.00

BIBLIOTECA
DELLA
CLINICA MODERNA

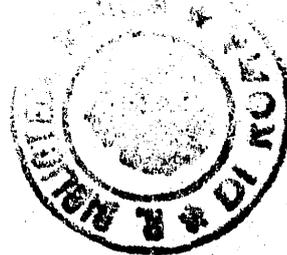
XII.

PROPRIETA LETTERARIA

Firenze, Tip. Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Prof. EZIO SCIAMANNA

Le Psicosi costituzionali



FIRENZE

TIPOGRAFIA LUIGI NICCOLAI

—
1907

EZIO SCIAMANNA morì il 15 maggio 1905 alla età di 54 anni.

Fu strappato alla vita repentinamente nel momento in cui raccoglieva il premio delle sue brillanti ricerche scientifiche nel plauso della società e della scuola, nel sorriso di ammirazione e di gioia della sua giovane sposa.

Nacque in Albano Laziale (Roma) il 4 settembre 1850 e fin da giovinetto ebbe una speciale predilezione per le scienze esatte, matematica, fisica, chimica ecc.

Fu sempre tra i primi durante il corso universitario, ed al IV anno di medicina la sua casa diventava, per iniziativa sua e di un gruppo di giovani compagni colti e studiosi, la redazione di un giornale scientifico letterario, l'*Ateneo*, che raccoglieva le migliori memorie degli studiosi della Università Romana, e nel quale apparvero i suoi primi lavori scientifici.

Laureatosi nel 1876 andò dopo poco all'estero, ed a Parigi la magica parola dello Charcot dischiuse al suo spirito, sempre avido di novità, una fonte di studio nella quale da allora in poi egli, con tutta la posanza del suo ingegno e con tutta la energia della sua volontà, attinse a piene mani fino a poche ore prima di morire.

A Londra, a Berlino, a Vienna completò il suo corredo scientifico per quanto riguardava la neuropatologia, la elettroterapia, la psichiatria.

Tornato in patria nel 1879, conquistò subito le simpatie e la stima dei colleghi e dei professori, e per primo in Roma iniziò una serie di ricerche scientifiche nel campo neuropatologico.

Si può ben dire che insieme al Brunelli di Roma ed al Vizioli di Napoli, i quali a preferenza si occupavano di elettrologia, Ezio Sciamanna fu tra i primi in Italia a divulgare lo studio della neuropatologia.

Libero docente nel 1882 e poi professore straordinario insegnò neuropatologia fino al 1896, epoca in cui fu chiamato a dirigere in Roma la cattedra di psichiatria e clinica psichiatrica, della quale presentemente era il titolare ordinario.

A lui si deve la fondazione dell'istituto psichiatrico di Roma.

Ezio Sciamanna fu uomo di lotta; l'ostacolo anzichè deprimerlo eccitava le sue forze, aguzzava il suo ingegno, moltiplicava la sua attività, ma in ogni lotta egli fu sempre di una lealtà ammirevole, di una generosità senza pari; intorno a lui non vi furono vittime ma beneficiati.

La sua religione fu il sentimento del dovere, pel quale tutto sacrificò fin sè stesso, e questo sentimento, al quale, egli diceva, ogni altro deve esser secondo, cercò far sempre rispettare, venerare a quanti lo circondavano. L'animo suo racchiudeva quanto vi ha di più elevato, di più nobile, di più dolce, di più finamente, squisitamente sentito; la sua vita familiare fu un idillio.

Della sua geniale intellettualità parlano le opere

sue, dalle quali traspira sempre qualche cosa di originale, per cui fu tenuto in così alta considerazione in Italia ed all'Estero.

Fu il primo insieme al Bartholow che sperimentò sulla *eccitabilità nella corteccia cerebrale nell'uomo*. Interessantissime riuscirono le sue *Ricerche sul polso cerebrale*. Un largo contributo portò allo studio dei *tumori cerebrali* e molte sono le sue memorie che trattano un così importante argomento.

Sostenitore convinto che le funzioni psichiche non sono il privilegio di una sola parte dell'encefalo ma di tutto l'encefalo, fece numerose esperienze per combattere la supremazia che molti autori vorrebbero dare ai lobi frontali sugli altri lobi, e questo argomento, di cui si occupava fin dal 1882 con la memoria *Gli avversarii delle localizzazioni cerebrali*, è stato da lui mirabilmente trattato nell'ultimo congresso internazionale di psicologia in Roma, col tema *Funzioni psichiche e corteccia cerebrale*.

Anche allo studio della psichiatria dedicò molto la sua attività, e contribuì allo studio dei *tic psichici*, della *confusione mentale*, della *paralisi progressiva* ecc.

In questi ultimi tempi veniva dettando per la *Clinica Moderna* delle lezioni sulle *Psicosi costituzionali*, di cui non restavano a pubblicarsi che le psicosi epilettiche, già però da lui scritte.

L'editore Niccolai, con gentile pensiero, volle riunire queste lezioni in un volumetto, che rimarrà prezioso ricordo dell'alta mente che le dettò.

La scienza ha perduto in Ezio Sciamanna lo studioso sperimentatore, la società una coscienza superiore e pura, la scuola il maestro adorato, la famiglia un cuor d'oro, che racchiudeva in sè quanto può es-

servi di più sacrosanto e caro, ma Ezio Sciamanna ha lasciato di sè memoria imperitura e benedetta, e dietro di sè una vasta eredità di affetti.

Dott. GIOVANNI FABRIZI.



Publicazioni del Prof. E. Sciamanna

1. — Trasporto di emazie attraverso un diaframma animale (mesentero) per mezzo di corrente elettrica continua (insieme al prof. A. Moriggia) 1874.
2. — Sopra un gastrocnemio di tre capi nell'uomo (Atenco, anno I, pag. 242, 1873).
3. — Ueber den durchtrutt den farblosen Blütkörperchen durch die Blutgefässwandungen die Contractilität der Gefässe und einige auf den kreislauf bezügliche Einzelheiten (insieme al professore Moriggia e dott. Legge) 1873.
4. — Sopra alcune correnti elettriche animali (ricerche sull'uomo vivente, 1876).
5. — Della metallosopia e metalloterapia (1878).
6. — Sopra un caso di emiplegia diretta (1881).
7. — Focolaio emorragico dei nuclei grigi cerebrali con lesione della parete posteriore della capsula interna diagnosticato in vita (1881).
8. — Sopra un caso di paralisi riflessa traumatica (1881).
9. — Sopra un caso di pachimeningite cervicale esterna primitiva (1881).
10. — Sopra un caso di rammollimenti cerebrali ischemici della corteccia. Contributo allo studio delle localizzazioni (1881).
11. — Un caso di emorragia cerebrale con emianestesia (1881).
12. — Contribuzione alla diagnosi dei tumori cerebrali (1881).
13. — Il movimento degli studi anatomici e fisiologici in rapporto colla patologia del sistema nervoso (1882).
14. — Un caso di atassia locomotrice sifilitica (1882).
15. — Isteria in seguito a trauma (1882).
16. — Contribuzione allo studio della tabe dorsale (1882).
17. — Fenomeni prodotti dall'applicazione della corrente galvanica sulla dura madre e modificazioni del polso cerebrale, 2 tavole (1882).
18. — Gli avversari delle localizzazioni cerebrali (1883).

19. — Sopra un caso di embolia nel territorio della lenticolo striata. (Bollettino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma, Anno III, Fasc. II, pag. 43, 1883).

20. — Un caso di emianestesia organica seguita da autopsia. (Bollettino della R. Accademia Medica di Roma, Anno IX, num. 3 pag. 97, 1883).

21. — Contribuzione allo studio delle lesioni del peduncolo cerebellare medio. (In collaborazione col prof. Ferraresi, 1883).

22. — Emiplegia isterica. (Arch. di Psichiatria e scienze penali, pag. 324, 1884).

23. — Guida nelle ricerche anatomiche e antropologiche sui cadaveri di condannati (1884).

24. — Diagnosi di sede delle emorragie cerebrali (1884).

25. — Comment doit on classer les actions humaines par rapport aux affections qui les déterminent? Comment l'éducation morale peut elle influer sur l'intensité des accès de passions et indirectement sur les actions criminelles? Thérapie préventive de la délinquance. (Actes du premier Congrès international d'Antropologie Criminelle, Biologie et Sociologie, 1885, pag. 185 e seguenti, 1884).

26. — Glioma cerebrale. Trapanazione (1885).

27. — Cloralismo (1885).

28. — L'eredità nella endoarterite cronica deformante (1886).

29. — Isteria guarita colla suggestione ipnotica (1887).

30. — Contribuzione allo studio delle malattie del cervello (1882).

31. — Caratteri anomali al di qua dei confini della pazzia (1888).

32. — Sopra un caso di demenza e paralisi (1888).

33. — Note cliniche sull'embolia cerebrale (1888).

34. — Ricerche oftalmologiche sull'ipnotismo in collaborazione col prof. Parisotti (1888).

35. — Suggestione terapeutica indipendente dall'ipnotismo (1888).

36. — Febbre isterica (1888).

37. — Nevrosi traumatica isteroide (1888).

38. — Sur l'opportunité d'établir des règles pour les recherches d'Antropometrie et de psychologie criminelles dans les Hôpitaux d'aliénés et dans les prisons. Actes du 2^me Congrès International d'Antropologie Criminelle, (Biologie et Sociologie, pag. 36 e seguenti, (1888).

39. — Un esperimento di eccitazione cerebrale nell'uomo (1889).

40. — Ricerche grafiche sull'ipnotismo, in collaborazione del dott. Torti (1889).

41. — Relazione sul Congresso medico Internazionale di Barcellona (1889).
42. — Una epidemia di convulsioni isteriche (1889).
43. — Simulazione dei fenomeni ipnotici (1889).
44. — Modificazioni del polso cerebrale nelle diverse posizioni del soggetto, in collaborazione col dott. Torti (1889).
45. — Sopra un caso di atrofia muscolare diffusa (III Congresso Medico Internazionale di Roma, pag. 313).
46. — Contributo allo studio del valore terapeutico dello stiramento del nervo faciale nel *tic* non doloroso della faccia (1890).
47. — Ipnotismo e spiritismo (1891).
48. — Patologia e terapia del simpatico (1891).
49. — Tumore endocranico, estirpazione, guarigione (insieme al prof. Postempski, 1891).
50. — Sarcoma endocranico (insieme prof. Mugnai, 1892).
51. — Sulla Catatonìa (1892).
52. — Un biennio di cure nella Villa S. Caterina in Castelfandolfo (Lazio). Relazione del medico Direttore (1892).
53. — La Nevropatologia ed il posto che occupa fra le scienze mediche (1894).
54. — Amnesia retrograda progressiva, anterograda continua (1894).
55. — Nevrosi emicranica (Atti dell'XI Congresso medico internazionale (1895).
56. — Ambulatorio malattie nervose e mentali in Roma, diretto dal Prof. E. Sciamanna. (Resoconto biennio 1893-94 per Dott. Gustavo Pacetti, aiuto alla cattedra di Nevropatologia, Roma 1895).
57. — Il misticismo nella scienza (1895).
58. — Il delirio (1895).
59. — L'Igiene della mente. (Conferenza tenuta alla Società Geografica, 1895).
60. — Ambulatorio per le malattie nervose e mentali, diretto dal Prof. E. Sciamanna, resoconto dell'anno 1895, per Dott. Giuseppe Montesano, assistente alla cattedra di Psichiatria (1896).
61. — Nevrosi emicranica (2^a pubblicazione) 1896.
62. — L'Eredità psicologica (1896).
63. — Casi atipici di paralisi progressiva (1897).
64. — Pachimeningite emorragica e demenza paralitica (Roma 1897).
65. — Degenerazione (1897).
66. — Sulla malattia dei *tic* (1897).
67. — Tic e paranoia (1897).
68. — Le funzioni della corteccia cerebrale (1897).

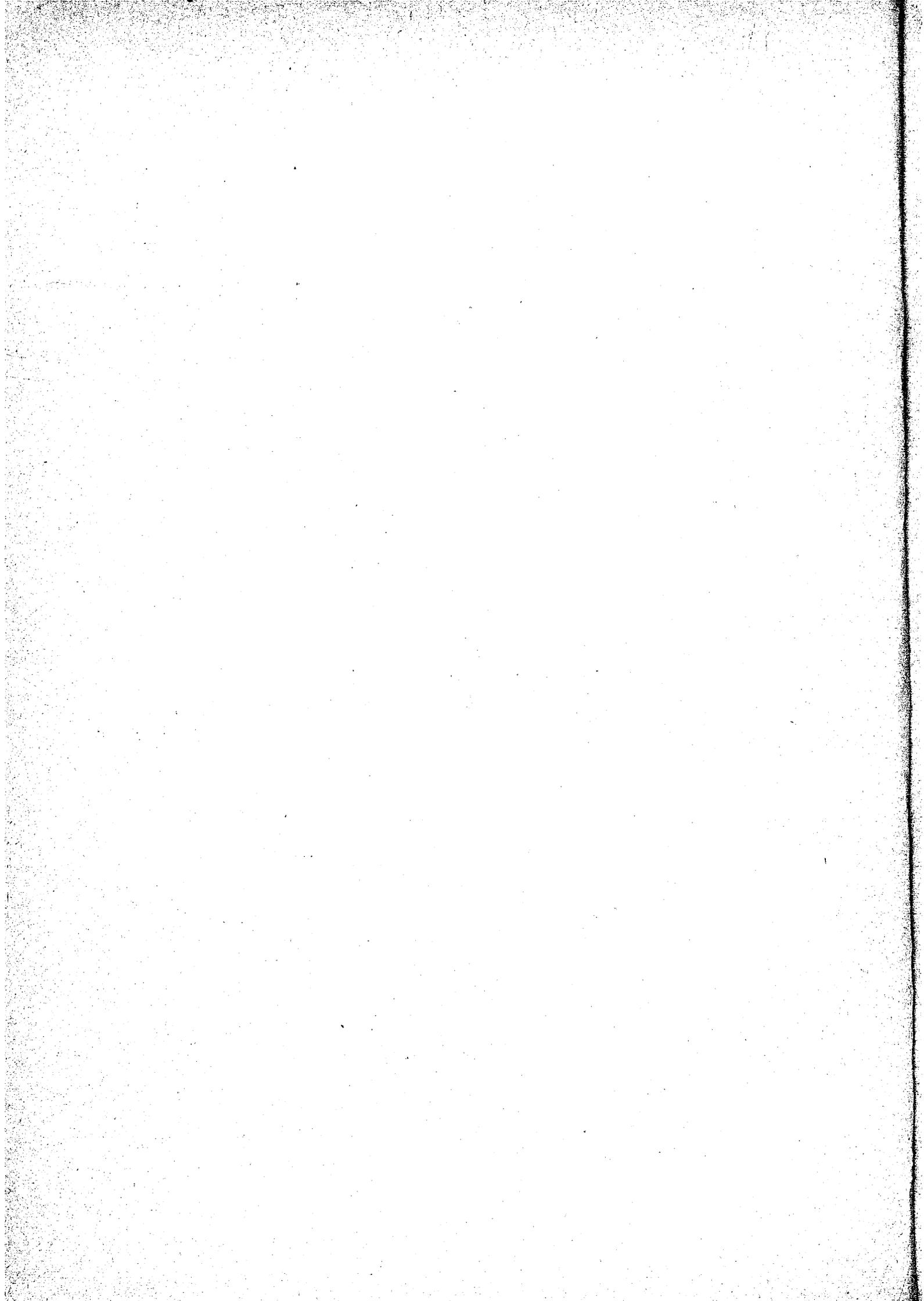
69. — Il meccanismo della vita psichica (1897).
70. — Psichiatria d' Annunziana (1897).
71. — Estirpazione bilaterale del ganglio cervicale superiore del simpatico nell'epilessia, in collaborazione col Prof. Postempski (1898).
72. — Ossessioni e idee fisse (1898).
73. — Rendiconto biennale anni 1896-97 dell'ambulatorio delle malattie nervose e mentali nella R. Clinica psichiatrica diretto dal Prof. E. Sciamanna (pel Dott. Sante De Sanctis aiuto di Clinica, 1898).
74. — La paranoia.
75. — Sopra due sorelle microcefale (1898).
76. — Il polso cerebrale nelle diverse posizioni del soggetto.
77. — La confusione mentale (1899).
78. — Educare individualmente (1899).
79. — Tumore cerebrale. Estirpazione. In collaborazione col Prof. Postempski (1900).
80. — Contribution au diagnostic des tumeurs cérébrales (1900).
81. — Sul fenomeno del Westphal (1900).
82. — De la constitution des ordres des medécons en Italie et de l'opportunité de constituer une association professionnelle internationale (1900).
83. — Sopra un tumore del lobo frontale (1901).
84. — Le psicosi costituzionali (1901).
85. — Le psicosi isteriche (1902).
86. — Le psicosi nevrasteniche (1902).
87. — Sopra alcuni tumori cerebrali (1902).
88. — Rendiconto del quinquennio 1895-900 dell'Ambulatorio privato del Prof. E. Sciamanna (per il Dott. Giovanni Fabrizi aiuto della Clinica Psichiatrica).
89. — Annali dell'Istituto Psichiatrico della R. Università di Roma, 1902.
90. — Sopra una contrazione parziale provocata dall'estensor comune delle dita come indice della eccitabilità riflessa dell'arto superiore (fenomeno del medio). Annali dell'Istituto Psichiatrico di Roma, 1903.
91. — Sindrome di Brown Séquard, di origine riflessa. Annali dell'Istituto Psichiatrico di Roma, 1903.
92. — Il progresso dello spirito umano e la Coscienza collettiva. Discorso inaugurale letto nella R. Università di Roma, il 4 Novembre 1903. (Annuario della R. Università).
93. — Annali dell'Istituto Psichiatrico della R. Università di Roma, 1° semestre 1903.
94. — Annali dell'Istituto Psichiatrico della R. Università di Roma, 2° semestre 1903.

95. — Annali dell' Istituto Psichiatrico della R. Università di Roma, 2° semestre 1904.
96. — Psicosi emicraniche (Clinica Moderna, 1904).
97. — Psicosi epilettiche (Clinica Moderna, 1905).
98. — Annali dell' Istituto Psichiatrico della R. Università di Roma, 1° semestre 1905.
99. — Funzioni psichiche e Corteccia cerebrale. (Comunicazione letta al Congresso di Psicologia, 1905, in Roma).



LEZIONE I.

LE PSICOSI COSTITUZIONALI



Gli antichi medici parlavano di *temperamento*, nome usato secondo i concetti che essi potevano avere dell'umano organismo, ad indicare la diversità nella qualità e nella quantità degli elementi costituenti i fluidi ed i solidi del corpo umano, nonchè i rapporti esistenti fra le parti tutte donde risulta il componimento armonico della vita organica.

Fu più tardi ancora usata questa parola non tenendo più conto del valore etimologico e designando con essa le qualità somatiche e psichiche rilevabili più o meno facilmente dalla conformazione del corpo e dalla varietà dell'aspetto.

I medici dell'epoca nostra parlano più volentieri di modalità morfologiche.

La morfologia esterna non può non riuscire, come ognuno vede, un prezioso argomento di presunzione per delle differenze importanti relative sia alle attitudini fisiche, che alle qualità intellettuali e morali del soggetto. Difatti essa esprime in qualche modo i rapporti di grandezza e di posizione di diversi visceri ed è indirettamente indice della capacità funzionale dei vari organi e della più o meno perfetta armonia delle rispettive loro funzioni. Le varietà morfologiche, sia complessivamente considerate, che singolarmente esaminate nelle caratteristiche di speciali conformazioni parziali, possono spesso farci indurre non solo il grado di perfezione nelle diverse funzioni della vita fisica e psichica

del soggetto, ma potranno all'uopo additarci il grado di vulnerabilità del soggetto stesso a cause diverse conosciute e l'indice della resistenza delle diverse sue parti.

Per ciò che si riferisce alla vita organica e quindi alla predisposizione per le diverse malattie viscerali ha importanza massima la morfologia del tronco, specialmente la conformazione ed i rapporti rispettivi della gabbia toracica e della cavità addominale, nonché la grandezza e posizione degli organi più importanti alla vita, i cui limiti possono facilmente constatarsi con un metodo clinico positivo. E certamente i pochi dati proposti dal De Giovanni (1) per rilevare le differenze di conformazione fra soggetti diversi insieme alla grandezza del cuore, di cui tien tanto conto, sono di una grande importanza pel medico, che nelle ricerche diagnostiche può avere una guida opportuna nella presunzione di una piuttosto che di un'altra malattia.

Perciò che si riferisce alla vita di relazione, la conformazione di tutto il corpo non può non avere una notevole influenza. Difatti le diverse condizioni del circolo e del respiro, che possono essere strettamente legate alla forma e capacità del torace valgono per loro stesse ad indurre rilevanti modificazioni funzionali del sistema nervoso centrale, ma per quanto si riferisce alle più complesse ed elevate funzioni del cervello hanno indubbiamente molto maggiore importanza i dati che si ottengono dall'ispezione e misura del cranio e della faccia. A tali condizioni morfologiche facilmente rilevabili si da comunemente non poca importanza nel giudizio di una personalità psichica più o meno elevata, nella presunzione di maggior o minor sentimento, di alcune tendenze piuttosto che di altre. Gli artisti di tutti i tempi hanno sentiti i rapporti fra la morfologia e le manifestazioni dell'anima. Lo studio delle varietà morfologiche in rapporto alle condizioni psichiche è stato

(1) A. DE GIOVANNI. — Prolegomeni clinici. Trattato italiano di patologia e terapia medica. Vol. I, parte 1^a, Milano, 1892.

oggetto di analisi minute da parte della gloriosa scuola antropologica italiana, dando occasione ad importanti discussioni relative ai caratteri somatici dei diversi tipi umani, dal punto di vista intellettuale e morale.

Ora, se al freddo esame sperimentale dello scienziato non è dato concludere per una assoluta dipendenza degli uni dagli altri dei due ordini di fatti, avendo occasione di esaminare molti soggetti e se ai dati morfologici si aggiunge ancora un rapido studio della mimica, delle modificazioni vaso-motrici, respiratorie, dell'articolazione della parola, della fonazione quali risultano a colpo d'occhio, accade assai sovente che, almeno in un modo grossolano, certi dati della personalità psichica siano giustamente intuiti.

Noi non intendiamo qui parlare di quelle differenze estreme che ci fanno distinguere immediatamente i soggetti più elevati da quelli che rappresentano gli ultimi gradini della scala umana, ma parliamo di differenze morfologiche riportandoci esclusivamente al paragone di soggetti, che dal punto di vista somatico e psichico possono considerarsi sempre come sensibilmente normali e non troppo lontani dai tipi, che hanno potenzialità psichica ed attitudini fisiche, quali si rinvencono nella media degli uomini. Nello studio delle varietà morfologiche che si osservano fra gli uomini sensibilmente normali noi dobbiamo ricercare dapprima se le modalità, che ci si presentano come una deviazione dal tipo medio umano, debbano considerarsi come l'espressione di una inferiorità nella morfologia dell'uomo ideale o piuttosto un passo nella perfettibilità della natura umana. Non dobbiamo occuparci qui di quelle modalità, qualunque esse siano, che danno al soggetto la prestanta corporea od il genio mentale, le quali anche se abbiano eventualmente caratteri teratologici, costituiscono complessivamente una superiorità personale. Quanto alle altre, che si collegano colle note di una personalità inferiore, dobbiamo indagare se vi ha e fin dove il carattere familiare delle deviazioni dal tipo ideale umano e ciò tanto nelle note psichiche che in quelle somatiche.

Anomalie psichiche e somatiche dal carattere fami-

liare sono spesso accompagnate nei diversi individui dai quadri di determinate nevrosi e specialmente l'epilessia, l'isteria, l'emicrania, la nevrastenia.

La nota comune a tutte queste nevrosi è quella di avere delle manifestazioni nettamente designate, ma non continue almeno nell'intensità loro (stati di male, accessi ricorrenti, recrudescenze e remissioni episodiche). I quadri morbosi, che rappresentano queste nevrosi, possono pertanto sussistere in individui, nei quali non sia d'altronde rilevabile una forma qualsiasi di labe familiare degenerativa. In questo caso se esse possono costituire l'inizio di una degenerazione futura non possono pertanto considerarsi di già come una manifestazione degenerativa. Possono guarire nell'individuo le singole manifestazioni morbose proprie di dette nevrosi, e la stessa nevrosi può scomparire nella famiglia e tuttavia gli individui, che ne sono affetti e che in un'epoca qualunque della loro vita ebbero tali manifestazioni, per questo solo sono predisposti a certi stati psicopatici, per i quali peraltro occorrono anche cause determinanti.

*
.

È importante, nella discussione che stiamo facendo, distinguere il concetto della degenerazione da quello della costituzione nevropatica: non già che sostanzialmente abbia una grande importanza il sapere d'onde provenga a un certo momento la predisposizione ad ammalare, ma perchè le più gravi e profonde alterazioni originarie somatiche e psichiche, che noi vediamo riprodotte in più membri della stessa famiglia in linea discendente e collaterale, ci danno così nettamente il concetto di una progressiva dissoluzione delle condizioni necessarie alla vita in una famiglia, che non è permesso paragonare questa condizione familiare di resistenza grandemente ridotta, all'altra condizione individuale sia pure originaria od anche ereditaria di cui abbiamo sopra parlato.

In questo ultimo caso, come si è detto, la diminuita

resistenza, per cui cause minime espongono il soggetto allo scoppio di determinati quadri morbosi, non è legata ad alterazioni somatiche e psichiche continue e costanti ed essa stessa più che l'espressione di un difetto d'adattamento all'ambiente, è invece l'indice di uno stato morboso della eccitabilità degli elementi nervosi più o meno in rapporto colle condizioni morfologiche del soggetto. È così che noi parleremo di costituzione nevropatica tutte le volte che siano rilevabili delle anomalie funzionali più o meno continue e ricorrenti, le quali siano riportabili ad una o ad altra determinata sindrome nervosa e più particolarmente, come abbiamo sopra indicato, all'epilessia, isteria, emicrania e nevrastenia. Tali nevrosi, come è noto, possono decorrere senza fatti mentali di alcun genere e solo per alcune di esse può dirsi che il carattere psichico ha delle note particolari. Accanto ad esse inoltre noi dobbiamo prendere in considerazione certe lievi aberrazioni dalla norma circa la reazione psichica agli stimoli ordinari, che episodicamente verificansi in alcuni soggetti, nei quali non si rinviene nessuno dei sintomi caratteristici delle nevrosi indicate.

La costituzione nevropatica come l'abbiamo indicata deve distinguersi dalla degenerazione vera e propria. Che se i contatti, che essa può eventualmente avere con questa son tali da fondersi in una unica aberrazione dalla norma; noi allora non parleremo più di costituzione nevropatica, ma di degenerazione (*a potiori fit denominatio*). Sia per questa, che per la costituzione nevropatica, esclusivamente considerata, suol dirsi che i soggetti che vi rientrano hanno come caratteristica una diminuita resistenza alle cause morbigene.

Noi crediamo opportuno di arrestarci un pochino su questa affermazione, che è generalmente accettata senza molta discussione.

Sono troppo varie le cause dei morbi perchè possa facilmente ammettersi che una qualsiasi modalità morfologica o funzionale dell'umano organismo debba avere un modo costante di rispondere alla loro così varia azione nociva. Nè il concetto che i nevropatici ed i de-

generati sono degli individui deboli basta a risolvere la questione in senso generale. Prima di tutto se è vera in certo senso questa debolezza, in quanto che è l'espressione di una imperfetta funzionalità del sistema nervoso, non può certamente dirsi che perciò solo debba essere debole l'organismo stesso preso nel suo complesso. Ed anche per ciò che riguarda il sistema nervoso quella stessa debolezza che si manifesta nell'incompleta attitudine all'esercizio delle sue funzioni biologiche, può alla sua volta costituire almeno in senso passivo una forza di resistenza alle cause nocive, che provengono dall'esterno.

Senza spingerci per ora ad interpretare il fatto, chi non sa come possano senza manifesto danno dell'attività motrice, della stessa abbondanza di adipe, della vascularizzazione della pelle, sopportare le isteriche una prolungata astensione dal cibo? od essere sottoposte ad un nutrimento per quantità e qualità inferiore a quello, che dai dati forniti dalla fisiologia risulterebbe necessario alla riparazione delle perdite quotidiane? E così se non è facile fornire argomenti perentori tratti da numerosi dati di fatto, chi ha occasione di seguire un gran numero di isteriche attraverso le loro spesso antigieniche abitudini, può senza dubbio constatare quanto esse siano sovente resistenti alle fatiche corporee, ed all'astensione del giornaliero riposo protratto per periodi abbastanza lunghi, dato che siano animate da un sentimento che le spinga ad agire ed a vegliare, dall'idea imperativa della necessità ad agire, da un affetto altruistico, dalla preoccupazione costante di raggiungere colla propria attività uno scopo qualsiasi. Quando la speranza ed il timore congiunti alla fede nella propria energia, spingono all'azione un'isterica, non si fiaccano i suoi deboli muscoli nella mancanza del riposo, nè esse sentono il bisogno di dormire, che anzi la stessa insonnia che ritrovano nei momenti in cui in forza di un elementare raziocinio cercano di addormentarsi non riesce loro così nociva ed esauriente, come si potrebbe pensare.

V'ha di più io ho raccolto nella mia pratica non pochi fatti, dai quali risulta che potenti cause reuma-

tizzanti contemporaneamente incontrate da più persone, mentre valsero a determinare affezioni più o meno gravi in uomini robusti ed anche abituati ad affrontare disagi ed intemperie, furono senza alcun effetto sopra soggetti isterici quantunque di debole costituzione fisica e non abituati ad esporsi a cause reumatizzanti. Qualche cosa di analogo avrei io osservato in alcune epidemie di influenza qui a Roma, durante le quali ho veduto risparmiati dei nevrastenici che convivevano in famiglie delle quali molti membri furono più o meno gravemente attaccati. Ricerche dirette a studiare la resistenza dei nevropatici alle cause morbigena dovrebbero esser fatte con studî statistici accurati, tenendo conto in primo luogo della diversa natura delle cause dei morbi.

Per ciò che si riferisce alle cause infettive, basterebbe che nelle statistiche epidemiologiche fosse considerato il fattore « costituzione nevropatica » o meglio ancora, ove fosse possibile, si tenesse conto delle eventuali nevrosi principali: isteria-epilessia-nevrastenia-emigrania, che potrebbe avere il soggetto attaccato da una epidemia.

Una statistica sui militari potrebbe essere assai proficua a mettere in rilievo la resistenza di quei nevropatici, che pur possono trovarsi fra le file dell'esercito, ai fattori morbigeni comuni e specialmente alle privazioni, cause meccaniche e fisiche.

Così anche è noto che per speciali condizioni morbose del sistema nervoso, può succedere che l'azione fisiologica di determinati veleni, non si verifichi che tardi e per dosi molto più elevate dell'ordinario; la prova irrefragabile di ciò si ha nel fatto perfettamente riconosciuto che a numerosi veleni può l'organismo umano, colla somministrazione progressiva, abituarsi, e che a coloro che trovansi in condizioni morbose, possono amministrarsi come farmaci dei veleni che in condizioni normali riuscirebbero grandemente nocivi, come si vede chiaramente nella somministrazione degli antidoti fisiologici (morfin-a-atropina).

Dopo ciò sembra giustificato il dubitare della verità dell'asserzione che carattere fondamentale della

costituzione nevropatica, come della degenerazione sia una diminuita resistenza alle cause morbigene. Questa affermazione pertanto, in un senso restrittivo, può essere ritenuta esatta e contiene allora veramente l'indice della eredità nervosa, sia che essa dia luogo alla degenerazione propriamente detta, sia che rappresenti la semplice costituzione nevropatica.

Abbiamo già sopra detto che gli individui che ne sono affetti sono per questo solo predisposti a certi stati psicopatici per i quali tuttavia occorrono cause determinanti. Ed è appunto dinanzi al possibile verificarsi di un determinato quadro nevro o psicopatico che questi soggetti trovansi in una evidente condizione d'inferiorità. Cause morbigene di poca intensità e che sogliono rimanere senza effetto sopra individui normali od almeno risparmiare il sistema nervoso, valgono spesso a determinare in essi lo scoppio di speciali sindromi nevro psico-patiche (paralisi faciale reumatica-poliomielite anteriore-herpes zoster — nevralgia del V. afonia, disfagia, mericismo, vomito, costipazione). Con una formula meno generale e più esatta anzichè parlare di diminuita resistenza alle cause morbigene, può dirsi che la degenerazione e la costituzione nevropatica trae seco la predisposizione alle diverse malattie del sistema nervoso, che sorgono sotto l'influenza di disparate cause efficienti. Ma dal punto di vista della predisposizione, noi scopriamo già dei criteri abbastanza importanti per distinguere la costituzione nevropatica, quale l'abbiamo definita dalle forme della degenerazione accompagnata o no da rilevanti alterazioni morfologiche.

È oramai universalmente ammesso che molte malattie organiche del sistema nervoso centrale, che sono alla dipendenza di cause efficienti ben determinate quali l'alcoolismo, la sifilide, la tubercolosi, i traumi, hanno bisogno per verificarsi, data la causa della predisposizione nervosa, che talora ci è rivelata da vere e proprie stimmate degenerative psichiche o somatiche, tal'altra ci apparisce solo dal fatto dell'influenza che quelle cause esercitano sul sistema nervoso di tutti i membri di una data famiglia. Ed esempi luminosi ne troviamo nello sviluppo

della poliomielite anteriore acuta delle encefaliti circoscritte dei bambini, nelle atrofie muscolari nella tabe nella paralisi progressiva.

Ma i nevropatici propriamente detti e quelli specialmente in cui verificansi facilmente degli stati di male dal tipo degli accessi proprii di una determinata nevrosi quali soprattutto l'isteria e l'epilessia, sembrano meglio predisposti alle affezioni morbigena parziali e transitorie del sistema nervoso, anzichè a delle malattie organiche con quadro sintomatico tipico e decorso caratteristico.

Così l'eccitabilità eccessiva del sistema nervoso delle isteriche ad es. come osserva *Legrand de Saulle* fa che le malattie intercorrenti dovute a cause diverse si accompagnino a fenomeni di reazione più numerose e molto più considerevoli che in altri malati (1). Così può osservarsi non di rado che disturbi di circolo da qualunque causa possano portare in un epilettrico allucinazioni e gravi fenomeni a carico della coscienza: stati confusionali, stupore, coma. Come anche in soggetti neurastenici è facile osservare nelle malattie febbrili di diversa natura ora una notevole tachicardia, ora bradicardia. Fenomeni vasomotori di diverso genere possono osservarsi anche negli emicranici per lievi ipertermie, ed in alcuni soggetti emicranici io ho osservato ripetutamente il verificarsi della *emiefidrosi* durante la defervescenza di febbri a decorso mite da cause comuni. In una famiglia di emicranici ho potuto constatare frequentemente in più membri di essa la facilità del vaniloquio anche in occasione di una febbre della durata di 24 ore.

La predisposizione alle affezioni del sistema nervoso di questi soggetti nevropatici non riguarda gran fatto lo sviluppo delle malattie organiche del sistema nervoso centrale. Non sono quegli originari, la cui costituzione nevropatica può riportarsi all'isteria larvata, od a forme epilettoidi, che più degli altri sono soggetti alla

(1) *LEGRAND DE SAULLE. Les hystériques. État physique. État mental. Paris 1883.*

paralisi progressiva, alla tabe, alle forme sclerotiche cerebro-spinali.

E se per la paralisi progressiva si è parlato giustamente di forme che si iniziano con ripetuti accessi emicranici o con prolungati stati neurastenici, si deve ritenere piuttosto che le congestioni ripetute, le quali sono il substrato anatomico di certi accessi emicranici e specialmente dell'emicrania oftalmoplegica, siano già esse una manifestazione di quelle condizioni del circolo, che possono costituire molto tempo prima una fase prodromica della stessa demenza paralitica, anzichè credere, come sembra aver ritenuto lo Charcot, che i ripetuti accessi emicranici e quelli specialmente, come gli oftalmoplegici, dovuti a congestioni circoscritte dell'encefalo, possono essere l'occasione dello svilupparsi dei fatti circolatori e nutritizi cerebrali che sono l'essenza della paralisi progressiva. Difatti non è già che i comuni emicranici, nei quali, come suole avvenire, gli accessi morbosi (almeno per la forma semplice ed oftalmica) si iniziano nelle prime epoche della vita, forniscano un grande contingente di paralitici, ma fra questi piuttosto si trovano non pochi emicranici tardivi e così per quanto si dia indubbiamente una forma di paralisi progressiva, la quale è preceduta da un lungo periodo prodromico con fenomeni nevrastenici, non è fra i nevrastenici originari, nè fra quelli in cui la nevrosi acquisita nell'epoca che essa predilige dura da molto tempo che si osserva un gran numero di paralitici. Le cause che agiscono modificando profondamente il sistema nervoso hanno certamente su tutti questi nevropatici un'influenza maggiore che nelle persone sane, ma la loro azione non si esercita facilmente alterando la nutrizione del sistema nervoso stesso in modo da dar luogo a forme organiche e generali croniche, ciò che costituisce soprattutto l'appannaggio di una speciale eredità nevropatica, che per noi fa parte della degenerazione, abbia o non abbia stimate caratteristiche.

Questo che abbiamo detto per le più gravi malattie del sistema nervoso a corso lento e progressivo, può valere eziandio per quanto riguarda la predisposizione a

certe psicopatie, delle quali non conosciamo ancora nè il substrato anatomico, nè la ragione fisiopatologica della loro essenza, ma che dal punto di vista clinico hanno di caratteristico di essere abbastanza stabili, di avere un quadro sintomatico più o meno determinato, una certa costanza di evoluzione e generalmente un esito infausto per l'integrità della vita mentale.

Tali sono in primo luogo il delirio cronico del Magnan o la paranoia tardiva tipica, la pazzia periodica, la follia circolare ecc., le quali forme quando non sorgono in soggetti, che abbiano durante la loro vita pregressa rivelati i caratteri della degenerazione psichica, sorgono però generalmente sopra un terreno ereditariamente predisposto, nel quale pertanto non figurano con qualche prevalenza i neuropatici di cui abbiamo parlato.

Ciò posto dobbiamo dire che le forme mentali, che facilmente si svolgono sulla costituzione nevropatica, non sono in genere le affezioni psicopatiche più gravi per la durata e per l'esito quali appunto quelle forme tipiche, cui abbiamo accennato che ci rappresentano invece il più alto grado della degenerazione psichica. Quindi è che mentre distinguiamo quelle malattie croniche della mente col nome di *psicopatie degenerative*, a ben altre riserbiamo il nome di psicopatie o meglio di *psicosi costituzionali*,

Continuando a prendere a base dei caratteri propri della costituzione nevropatica, i disturbi funzionali tipici di determinate nevrosi diremo che le psicosi costituzionali sono rappresentate in primo luogo da quelle sindromi mentali, che hanno qualche analogia con quanto abitualmente si osserva nello stato mentale degli isterici, degli epilettici, dei nevrastenici. Noi ricordiamo qui quanto abbiamo altrove (1) scritto del carattere isterico, epilettico, vesanico, e del nevrastenico che non è che una varietà di questo.



(1) E. SOIAMANNA. Caratteri anormali al di qua dei confini della pazzia. Bollettino della Società Lancisiana. Anno 8°, 1888.

*
**

Anomalie nelle diverse manifestazioni psichiche, tali però da non dover considerare i soggetti come malati di mente, si trovano ad ogni passo, tanto che il perfetto equilibrio psichico deve quasi considerarsi come un'astrazione. Ma un difetto di affettività in confronto di un'elevata intellettualità od il sentimento predominante sulla capacità intellettuale, se fanno degli uomini eminentemente affettivi od intellettuali, non costituiscono un vero e proprio disturbo dell'equilibrio psichico.

E lo stesso dicasi di un'intellettualità congiunta ad una debolezza di volontà, o l'energia volitiva esuberante in un soggetto di mediocre intelligenza. Non possono senz'altro considerarsi come degli squilibrati gli emotivi, i timidi, gl' indecisi, gli irascibili ecc., se non quando si ha una manifesta sproporzione fra lo stato affettivo e la causa che lo eccita. E così anche le diverse modalità dell'attenzione in alcuni soggetti poco facilmente distribuibile ed in altri incapace ad essere notevolmente circoscritta od una certa deficienza della riteniva, o la difficoltà di evocazione non costituiscono, finchè sono dentro certi limiti che delle varietà, le quali non debbono rientrare fra i caratteri di un vero equilibrio mentale.

Ma se si ha a fare con dei soggetti, che presentino nel sistema nervoso qualche anomalia di reazione costantemente rilevabile agli stimoli ordinari, quali sono coloro che hanno gusti diversi da quelli del maggior numero degli uomini, che non sentono alcuni dei desideri più comuni, o che hanno dei bisogni stessi da farli soffrire se essi non vengono appagati, noi ci troviamo dinnanzi ad un carattere psichico anomalo, che va verso quegli stati patologici, che sono già sui confini della pazzia: quali il mal del dubbio, delle speciali fobie, i tic psichici, nonchè alcune forme impulsive agli acquisti, al giuoco, ai pericoli, al bere ecc.

Se anche senza le note di questo carattere anomalo, che è quello che abbiamo altrove indicato col nome di

vesanico, si osservano fatti nervosi di altra natura quali disturbi vasomotori, iperestesia dolorifica, ipereccitabilità riflessa, se si ha da fare con dei soggetti, nei quali si verificano frequentemente crampi notturni delle estremità, che soffrono d'intormentimento degli arti per lievi pressioni sui punti di emergenza dei nervi, che hanno tendenza a forme nevralgiche, che ebbero corea, tic motorii ecc., noi dobbiamo parlare di costituzione nevropatica.

*
**

La costituzione nevropatica può talora rivestire certi caratteri determinati, che ci permettono di meglio definirla ed individualizzarla. E così talora noi vediamo che le diverse manifestazioni psichiche presentano delle aberrazioni da ricordare più o meno chiaramente lo stato mentale di una nevrosi costituzionale e possiamo avere le note proprie di quello che abbiamo chiamato altrove carattere isterico od epilettico. Talora, senza che siano culminanti le manifestazioni del relativo carattere psichico anomalo, si hanno disturbi della sensibilità o motilità permanenti o ricorrenti, che per la loro sede, forma, intensità, per il loro modo d'insorgere e scomparire, od anche per il loro avvicinarsi debbono riportarsi ai quadri più o meno incompleti della nevrosi isterica od epilettica. In entrambi questi casi è chiaro che può parlarsi più specialmente di costituzione isterica od epilettica.

Allo stesso modo se fra le note del carattere vesanico cui abbiamo alluso emerge una costante debolezza dell'energia volitiva, se è torpida l'affettività in genere, se si tratta di soggetti, che hanno un notevole sentimento egocentrico, che dimenticano facilmente gli altri per la preoccupazione del proprio *io*, specialmente per ciò che si riferisce alle più importanti funzioni organiche (digestione, circolo, respirazione, potere sessuale e ad alcuni fenomeni psichici, memoria soprattutto), se è in essi elevata la coscienza cenestesica, pronto il senso di stanchezza corporea, facile l'esauribilità tanto per ciò

che si riferisce ai movimenti volontari e riflessi che alla motilità viscerale (attività del tubo digerente, energia del cuore); noi abbiamo da un lato una varietà del carattere vesanico ben determinata, quale è il carattere nevrastenico, e dall'altro i sintomi di questa determinata diatesi nervosa ed in tal caso noi possiamo parlare di costituzione a base nevrastenica.

Noi crediamo inoltre che meritino una speciale considerazione, dal punto di vista delle possibili successioni psicopatiche, alcune altre forme speciali di costituzione nevropatica.

L'emicrania, ad esempio, presenta secondo noi delle caratteristiche di una vera e propria diatesi nervosa sia per l'ereditarietà simile, sia per la precocità colla quale sogliono iniziarsi i suoi attacchi e la costanza colla quale spesso sogliono ripetersi per un grave tratto della vita, sia anche per la molteplicità dei sintomi che presenta nelle sue numerose e complesse varietà e per la parentela che essa ha con altre nevrosi tipiche, e però che quantunque gli emicranici non presentino con una certa costanza delle anomalie specifiche del carattere psichico, noi crediamo che tanto gli emicranici conclamati, quanto quei soggetti, nei quali ricorrono frequentemente dei disturbi funzionali, nel sistema nervoso specialmente vasomotori o sensoriali (quali sogliono verificarsi abitualmente durante gli attacchi di una qualche forma tipica di emicrania) come anche quei soggetti, nei quali hanno avuto luogo anche poche volte nella vita degli attacchi di quella sindrome, cui noi abbiamo altrove attribuito il nome di nevrosi emicranica (1), debbono considerarsi come dei nevropatici originari e che la loro costituzione nevropatica meriti di essere designata coll'appellativo di costituzione emicranica ed è così che noi ammettiamo delle costituzioni nevropatiche

(1) E. SCIAMANNA. Nevrosi emicranica. Atti dell' XI Congresso medico internazionale del 1894, vol. IV, pag. 20.

Id. Nevrosi emicranica. Bollettino della Società Lanciana degli Ospedali di Roma, anno XVI, fasc. 2^o, 1896.

a base isterica, epilettica, nevrastenica, emicranica oltre ad una costituzione nevropatica generale indeterminata, nella quale rientrano tutti coloro che hanno le note patologiche del sistema nervoso sopra indicate.

Quest'ultima corrisponde in parte e fino ad un certo segno a quella che il Morselli distingue col nome di *costituzione nevropatica lieve* (1). Ma notiamo pertanto che la speciale predisposizione dovuta all'eredità non accompagnata da importanti disturbi funzionali della sfera psichica o somatica, che ci si rivela per la frequenza colla quale più membri di una stessa famiglia sono colti da malattie della mente per cause diverse, sta spesso ad indicare una condizione originaria ben più grave di quella rappresentata dalla semplice costituzione nevropatica. Alcuni soggetti, nei quali non solo non si rivelano importanti stimmate degenerative somatiche o psichiche, ma che per un considerevole periodo della loro vita non presentano nemmeno abituali e frequenti disturbi funzionali del sistema nervoso e che invece data una causa esterna, che avrebbe debole azione morbigena su individui sani o anche per cause interne, che emanano dai cambiamenti organico-funzionali proprii della stessa evoluzione dell'organismo (pubertà, menopausa, involuzione ecc.), cadono facilmente in una forma psicopatica, sono spesso dei tipi di una grave degenerazione latente. Ciò è quanto dire sono affetti da una ben più grave forma di ereditarietà psicopatica, che non gli isterici, gli epilettici, i nevrastenici, gli emicranici e quel che più monta essi assai più di questi sono atti a trasmettere nella loro discendenza l'eredità che hanno ricevuto dai loro padri ed anzi spesso in un modo progressivo per quanto riguarda l'intensità e l'estensione della predisposizione nevro-psicopatica, la gravità delle forme cui la progenie è votata.

Abbiamo già sopra indicato quali sono, secondo noi, i caratteri di questa costituzione nevropatica indetermi-

(1) E. MORSELLI. Semeiotica delle malattie mentali. Milano, 1885-95.

nata e come essa si distingue dalla degenerazione vera e propria, anche per la natura delle nevropatie e psicopatie cui predispone il soggetto. Le forme mentali che sono il retaggio di tali nevropatici, sono come abbiamo già detto di una gravità incontestabilmente minore sia per l'intensità del disturbo mentale sia per il decorso che per l'esito della forma, oltrechè le psicopatie che si basano sulla costituzione nevropatica risentono in genere dei fenomeni morbosi, che ci erano indizio della stessa labe nevropatica, talora per quanto si riferisce alle anomalie del carattere psichico del soggetto, talora per quanto si riferisce ai disturbi sensitivi e motorii che accompagnano la forma mentale, talora per la continuità colla quale la psicopatia succede ad un dato quadro nervoso.

Un esempio di quest'ultimo caso ci è offerto dalla pazzia coreica, cui il nome è devoluto esclusivamente al fatto che essa succede alla corea del Sydenham o corea pura o corea minor. È noto che la corea è una nevrosi, nella quale ha una grande importanza l'eredità nevropatica, quantunque possa ritenersi che elementi specifici di vario genere e soprattutto il reumatismo o cause determinanti e specialmente patemi deprimenti, traumi psichici sogliono efficacemente concorrere allo sviluppo del quadro morboso. Che anzi poichè queste cause efficienti o determinanti non si osservano in tutti i coreici ed il quadro della corea può verificarsi eziandio come semplice e transitoria manifestazione di una determinata diatesi nervosa quale è l'isterismo, si può ritenere che la corea vera sia essenzialmente una manifestazione transitoria o ricorrente di una costituzione nevropatica generale, ed è universalmente affermato, che essa è propria di quei bambini impressionabili, capricciosi, nervosi che noi dicemmo dal carattere vesanico.

*
**

Ora dobbiamo ricordare i fenomeni psichici, che transitoriamente si verificano nei soggetti gravemente affetti da dette nevrosi. Ciascuno dei tipi nevropatici suaccen-

nati va soggetto ad alcune piuttosto che ad altre sindromi mentali che possono in tali nevropatici determinarsi per cause comuni. Quando una sindrome mentale insorge in un nevropatico con caratteri, che ricordano lo stato mentale della nevrosi, ed è in rapporto con quelle varietà del detto stato mentale, che ha rivelato il soggetto nella evoluzione della sua nevrosi, e se tale sindrome mentale s'impone nel quadro nosologico in modo da divenire predominante ed offusca i sintomi che abitualmente presentava il soggetto ed in qualche modo si sostituisce ai disturbi funzionali preesistenti, se essa decorre in modo che la successione dei fenomeni psichici appaia indipendente dalle altre manifestazioni morbose della nevrosi stessa, merita il nome di psicosi costituzionale, che a seconda dei casi dovrà denominarsi « psicosi isterica — epilettica — nevrastenica — emicranica ».

Le psicosi di questa natura, come i disturbi della motilità, della sensibilità, della funzionalità viscerale, dovuti alle nevrosi suddette, hanno il carattere della transitorietà, ma per le esigenze scolastiche e per le necessità della classificazione, come abbiamo indicato, i disturbi mentali di questi nevropatici meritano il nome di psicosi solo se hanno una certa evoluzione, ciò che implica una certa durata.

E così noi non accordiamo questo nome nè alle allucinazioni degli emicranici, nè alle assenze ed agli impulsi degli epilettici, nè agli stati passeggeri affettivi o deliranti delle isteriche, nè ai dubbi ed alle fobie dei nevrastenici.

Quei quadri psicopatici del resto che hanno le caratteristiche di entità nosografiche a sè in quanto che possono in essi più o meno facilmente distinguersi una fase di aumento, una di stato ed una di decremento, che non sono transitori e ci rivelano nel decorso delle note che vediamo con qualche costanza riprodotte nei singoli casi, rappresentano per noi delle psicosi costituzionali, anche se i disturbi mentali che le costituiscono non siano in nessun modo riportabili a fenomeni psichici propri ad alcune determinate nevrosi, purchè possa ri-

conoscersi una preesistente costituzione nevropatica e l'invasione come il decorso della psicosi mostri in qualche modo la dipendenza di questa dai fatti della costituzione nevropatica.

La pazzia coreica ad es., cui abbiamo accennato è una psicosi costituzionale identica a quella che potrebbe verificarsi in ogni soggetto originariamente nevrotico e che prende il nome di coreica in quanto che rappresenta una complicazione ed una successione morbosa della corea stessa.

La stessa cosa potrebbe ripetersi per una psicosi Basedowiana e per le psicosi della paralisi agitante ammesse da alcuni. Per ciò che si riferisce ad una supposta psicosi ipocondriaca noi ricordiamo che il nome d'ipocondria viene usato a designare forme assai varie, così anche si parla d'ipocondria per indicare uno stato di depressione psichica congiunta ad una reale affezione viscerale e determinata dalla persistenza dell'idee o delle immagini più o meno vaghe e definite, che possono normalmente associarsi alla conoscenza della malattia ed ai giustificati timori che essa può dare. Da altra parte il nome di ipocondria viene poi usato a designare una vera e propria malattia cronica della mente la cui sindrome fondamentale è rappresentata da allucinazioni cenestetiche ed interpretazioni deliranti e dove la depressione del tono emotivo non apparisce proporzionata all'intensità del disturbo ideativo.

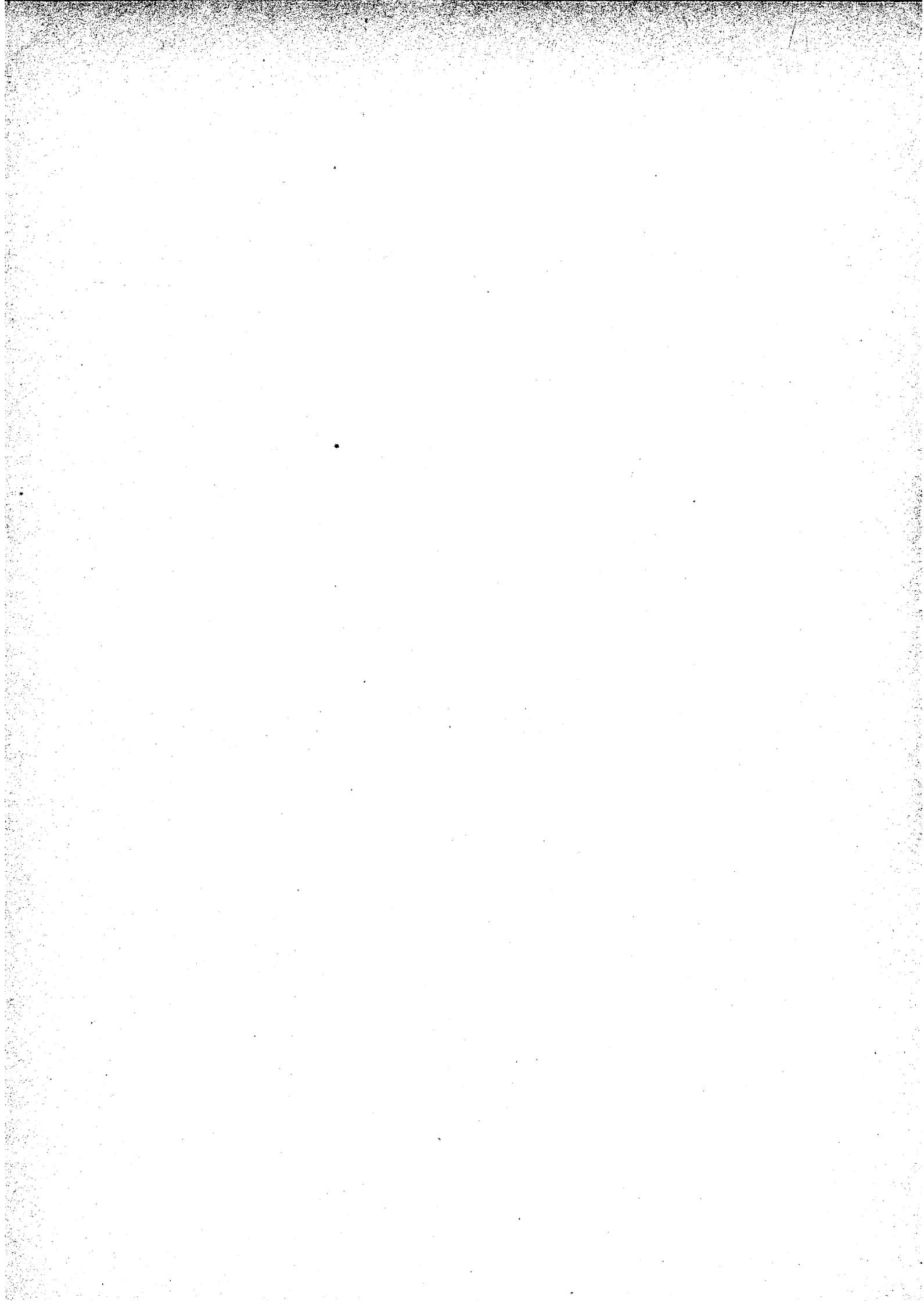
È però che la parola *ipocondria* non può essere usata ad indicare una nevrosi e molto meno crediamo possa parlarsi di una costituzione nevropatica a base ipocondriaca.

Quegli ipocondriaci che abbiamo sopra indicati, che sono considerati come tali sol perchè sono assediati dalle immagini fisse delle loro sofferenze, più o meno oggettivamente constatabili, e sono in preda ad una depressione psichica in rapporto all'apprensione sino ad un certo segno giustificata, che dipende dalla conoscenza o dall'idea della propria infermità e dal dubbio anche non fondato di riacquistar mai la perduta salute, sono dei nevrastenici ed una forma mentale che abbia per

base tali anomalie psichiche elementari rientra tra le psicosi nevrasteniche.

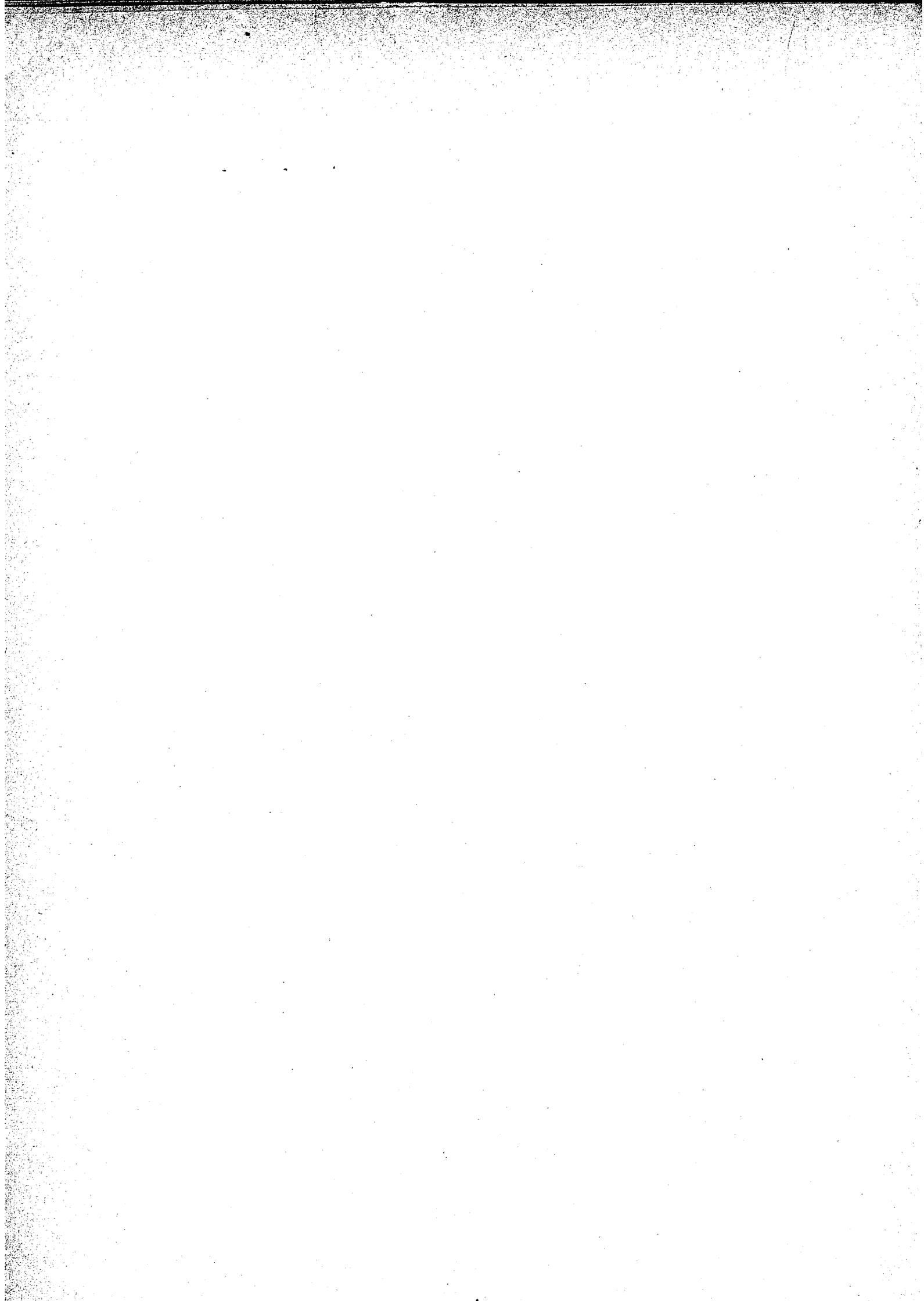
Le idee ipocondriache poi possono presentarsi come speciali manifestazioni di uno stato micromaniaco, come rappresentazioni associate all' autorimprovero ed essere un sintomo che completa la sindrome della malinconia psiconevrotica indipendentemente da ogni preesistente e dimostrata costituzione nevropatica.

Quindi non parleremo di psicosi ipocondriaca, ma faremo rientrare nelle psicosi nevrasteniche quei casi di ipocondria semplice di alcuni autori, che debbono essere essenzialmente distinti dai casi di malinconia a forma ipocondriaca ed a fortiori dalla paranoia ipocondriaca essenzialmente costituita dal vero delirio ipocondriaco che per noi, come le varie forme di delirio cronico, deve rientrare fra le psicopatie degenerative.



LEZIONE II.

LE PSICOSI ISTERICHE



Da quanto si è detto nella prima lezione è chiaro che a stabilire la diagnosi di psicosi isterica occorre che una tale diatesi sia dimostrata anteriormente ai fatti mentali e che nei fatti mentali stessi, si verifichino alcuni caratteri che sono propri del modo col quale il sistema nervoso in genere reagisce nelle isteriche alle diverse cause esterne; e se quest'ultima condizione intrinseca, diremo così, al quadro psicopatico fa difetto, anche data la più completa dimostrazione della preesistenza di una diatesi isterica può non essere giustificata la diagnosi di psicosi isterica; difatti in un'isterica anche in atto può sopravvenire una malattia mentale che non sia essenzialmente ed esclusivamente legata a quella costituzione nevropatica, ma che solo trovi nella preesistente nevrosi le condizioni opportune per il suo sviluppo.

Oltre a ciò abbiamo anche accennato come l'isteria possa in taluni casi trovarsi combinata alle manifestazioni di una vera e propria degenerazione intesa nel senso restrittivo che abbiamo altrove indicato, ed in questo caso la forma psicopatica che sorge doversi considerare come una vera e propria psicopatia degenerativa. Ma non basta ancora, fuori di questi limiti, disturbi psicopatici sia relativi allo stato del sentimento che alle condizioni delle percezioni, dell'ideazione, della coscienza ecc., che siano strettamente legati ad una diatesi isterica o che dalle modalità colle quali si presen-

tano e decorrono, rivelino nettamente una tale natura, non rappresentano sempre per noi quello che dicesi una psicosi isterica, ma possono non essere altro che fenomeni mentali transitori di uno stato di male isterico, manifestazioni eccessive episodiche del carattere isterico dovute a speciali cause esterne determinanti.

Tali disturbi psicopatici sono essenzialmente transitori ed hanno un riscontro in quegli stati morbosi che si ritrovano negli epilettici prima o dopo gli attacchi convulsivi, in sostituzione di questi od in quelle forme di distimie o disfrenie passeggerie che complicano o sostituiscono in alcuni casi i comuni accessi emicranici.

Per ciò che si riferisce al valore delle manifestazioni psicopatiche ricorrenti negli epilettici e negli emicranici parleremo a suo luogo, intanto per ciò che si riferisce ai disturbi psichici transitori nell'isteria dobbiamo osservare che essi possono avere una durata brevissima anche minore di un'ora e posson talora durare qualche giorno. Tali stati di male in alcuni casi si presentano ricorrentemente, non di rado durante il processo mestruale od all'epoca della mestruazione se questa è mancante. In tali circostanze i singoli attacchi che si verificano nello stesso soggetto sogliono rassomigliarsi fra loro: hanno d'ordinario dei fenomeni prodromici, parestesie dell'apparato sessuale, miodinie epigastriche, bolo ecc., oltre ad un'esagerazione dell'emotività, depressione dell'umore abituale, ansia ecc. Si presentano quindi ora degli accessi maniaci o dei ratti malinconici, talora idee deliranti di persecuzione, si verificano spesso allucinazioni terrificanti, specialmente di natura mistica od erotica, possono aver luogo degli stati di inibizione sensoriale, estasi, sonnambulismo ecc.

Nei soggetti isterici inoltre, stati psicopatici transitori si verificano frequentemente in seguito a delle impressioni psichiche o durante accessi nevralgici ed esacerbazioni di dolori abituali. Attacchi psicopatici si verificano qualche volta a forma epidemica, sono allora spesso accompagnati da spasmi tonici e clonici, mioclonie multiple, manifestazioni complesse di tic motorî, stati coreiformi (danza, tarantismo ecc.).

Il Kraft-Ebing (1) indica parecchie varietà cliniche di questi stati. Alcuni di essi che chiama *stati a forma di moria* precedono di parecchie ore l'accesso isterico convulsivo, rappresentato da canti, risa, danze, grida, collezionismo ecc. Altri stati crepuscolari hanno di caratteristico una tendenza alla riproduzione ossessiva, loquace di cose viste o lette relativa specialmente a fatti recenti, con uno stato sonnambolico della coscienza ed un ricordo molto sommario. Inoltre detto autore cita degli stati violenti di angoscia con coscienza obnubilata come analoghi agli attacchi di piccolo male epilettico, dei delirî istero-epilettici nei quali la coscienza è soppressa e manca il ricordo dopo gli accessi, e li considera analoghi al grande male epilettico, finalmente degli stati estatici e visionarî simili ai corrispondenti degli epilettici nei quali i malati si trovano in uno stato sognante con grande accentuazione della vita sentimentale sino all'estasi (delirio mistico, allucinazioni visive, celestiali ecc.).

Noi osserviamo che se nell'isteria come nell'epilessia possono verificarsi ad accessi dei quadri nosografici che risultano in parte degli stessi disturbi nervosi e psichici elementari, è assolutamente artificioso distinguere nell'isteria degli stati di male paragonabile alle forme diverse colle quali si manifesta l'epilessia (gran male, piccolo male; equivalenti psichici ecc.), e ciò sia che si considerino i diversi quadri nosografici della diatesi isterica nei rapporti fra di loro, sia che si studino le analogie che le varietà mentali transitorie degli isterici possono avere coi singoli stati di male epilettico ai quali dovrebbero corrispondere.

Nella forma così detta di *Hysteria minor* come nelle forme più solenni di *Hysteria major* ed *istero-epilessia* noi abbiamo manifestazioni somatiche psichiche, alcune delle quali sono più o meno continue e durature ed altre accessuali, dovute le prime alle condi-

(1) *Kraft-Ebing*. *Traité Clinique de Psychiatrie*, vol. II, pag. 586.

zioni permanenti di quella speciale diatesi nervosa, dipendenti le altre dal modo abnorme col quale il sistema nervoso di tali soggetti reagisce alle cause comuni interne ed esterne. L'intensità e la frequenza di certi fenomeni motori o psichici, che eventualmente si verificano accessualmente negli isterici, sono in rapporto più colla gravità della nevrosi che non con differenze dovute a supposte varietà dell'Hysteria, mentre, come vedremo, l'Epilessia può presentare l'una o l'altra delle diverse forme indicate, indipendentemente dalla gravità del disturbo nevropatico. Inoltre sarebbe impossibile stabilire per l'Isteria dei tipi che abbiano una qualche corrispondenza nosografica coi tipi della varietà epilettica.

Gli attacchi di angoscia isterica che il Kraft-Ebing considera come analoghi agli attacchi di piccolo male epilettico, non hanno di fatto con questi altri punti di contatto che l'essere accompagnati da uno stato di coscienza obnubilata, nè vi ha altra ragione oltre quella di una più o meno completa soppressione della coscienza con mancanza di ricordo successivo per considerare come analoghi al grande male epilettico i delirii istero-epilettici di cui parla lo stesso A.

Val molto meglio per noi limitarci ad affermare che l'hysteria nelle sue svariate manifestazioni presenta non di rado degli stati neuro e psico-patici assai analoghi ai disturbi nervosi e psichici che si verificano nelle diverse varietà dell'epilessia.

Crediamo sia prezzo dell'opera citare qui i seguenti importanti fenomeni osservati in pazienti affetti esclusivamente dalla diatesi isterica.

1.º Cambiamento di personalità che si rivela negli atti e nelle parole. Il Kraft-Ebing (1) cita il caso di una contadina, e per giunta quasi cieca per una progressiva malattia oculare, che nei suoi attacchi si trasfigurava e prendeva degli atteggiamenti corrispondenti alla natura delle scene alle quali assisteva colla sua immaginazione.

(1) *Kraft-Ebing*, ibid. pag. 587.

Era graziosa nei gesti e nelle movenze quando aveva l'allucinazione di Schiller che le recitava le sue poesie. Essa stessa improvvisava e recitava correntemente in versi delle cose che aveva in altri momenti letto o veduto o pensato.

Sono assai note inoltre le numerose osservazioni fatte durante la suggestione di personalità diverse negli esperimenti ipnotici.

2.° La riviviscenza di immagini che non risulta avessero soverchiamente impressionato il soggetto, quando si eccitarono la prima volta nell'attualità delle sensazioni.

Le immagini che non sembra siano state fissate nella coscienza in modo eccezionale durante una percezione, e che anzi per le manifestazioni della vita psichica ordinaria successiva del soggetto non sembrava fossero state conservate, possono in certi momenti rivivere luminose, ciò è spesso dovuto al fatto che in tali soggetti si alternano personalità diverse.

Perchè dal punto di vista dei ricordi possa dirsi che si alternano due diverse personalità non è necessario che gli stati di coscienza che si corrispondono si rassomiglino in tutte le manifestazioni psichiche normali e patologiche. Frequentemente avviene che in un cambiamento della personalità psichica, il soggetto rimanga eccezionalmente colpito da oggetti esterni, che non hanno alcuna influenza emotiva sul suo stato ordinario, e se la sua attenzione si eccita in un modo particolare, fissando potentemente delle immagini che riappariscono poi luminosamente in uno stato analogo successivo, senza che al momento delle percezioni attuali il soggetto abbia rivelato con manifestazioni esterne l'interno cambiamento della sua personalità.

E' così che speciali ripresentazioni e rappresentazioni che non si verificano nella abituale personalità del soggetto hanno luogo in questi stati eccezionali, ora senza altri fenomeni salienti, ora insieme ad idee fisse, stati allucinatorii, periodi di esaltazione o di depressione con tutti i caratteri di un attacco psicopatico congiunto o meno a fenomeni motorii.

3.° La riproduzione ossessiva di immagini che hanno potentemente colpito la fantasia del malato e verificatesi nelle sue normali condizioni psichiche.

Indipendentemente da un cambiamento di personalità in tali attacchi neuro-psicopatici, durante i quali la sfera sensoriale si eccita a dismisura, fatti anche centrali che a suo tempo colpiscono potentemente l'immaginazione del soggetto, rivivono in un modo solenne ed ossessivo.

Talora si tratta solo di una facile evocazione spontanea di cose udite, viste o lette e l'esaltazione della memoria può essere qualche volta così notevole da potere il soggetto, come in un caso citato dal Kraft-Ebing ripetere senza esitazione una poesia di due pagine che avea soltanto letto poco tempo prima.

4.° Incapacità da parte del soggetto di distinguere fra loro le immagini mnemoniche dalle fantastiche che in un dato momento trovansi nel campo della coscienza. In tali condizioni morbose sono frequenti le paramnesie, i falsi ricordi. Non di rado per i soggetti hanno un valore identico le immagini che furono eccitate da descrizioni, letture e simili a quelle che furono svegiate direttamente dalle sensazioni in atto e così succede che scene di romanzo vengono confuse con i veri ricordi.

5.° Allucinazioni di scene che hanno colpito il soggetto, sia che tali scene abbiano direttamente impressionato i suoi sensi, sia che la loro rappresentazione fosse dovuta la prima volta a letture, descrizioni ecc.

Queste riproduzioni allucinatorie assumono spesso il carattere ossessivo accompagnandosi a profonde modificazioni emozionali: quali paura, angoscia ecc. Così possiamo assistere in questi soggetti a riproduzione di scene di violenze patite, di tentativi di stupro con atteggiamento di disperata difesa, con svolgimento di stati passionali ecc.

6.° Manifestazioni di forza e di agilità che contrastano col carattere abituale. Così può osservarsi che in seguito a riproduzioni allucinatorie tali soggetti si dimostrino violenti, capaci di sforzi erculei, di prove straordinarie di agilità di cui non diedero mai prova

nella loro vita normale. Il Kraft-Ebing cita il caso di una donna che, nel combattere durante uno stato allucinatorio, spiegava una forza, un'agilità straordinaria saltando persino al disopra dei mobili.

In un caso di osservazione propria, il soggetto, un giovane muratore di 27 anni (1), in seguito allo strarimento incurto del nervo sciatico previa anestesia cloroformica, fu preso da accessi di delirio isterico durante i quali talvolta si credeva di essere un funambolo giapponese, ed in questa qualità dava prova di straordinaria agilità saltando al disopra dei tavoli e dei letti degli altri ammalati, malgrado che avesse una gamba fasciata, tal'altra credeva di essere un soldato, ovvero un pittore, ed in quest'ultima qualità fece anche dei brutti disegni di uomo e di donna. È da notarsi che le manifestazioni motorie nel caso di Kraft-Ebing si svolgevano in seguito ad uno stato emozionale: nel caso di osservazione propria in seguito ad un cambiamento di personalità.

7.° Egolesia nel sogno e nelle allucinazioni che sta spesso in rapporto col fatto che tali soggetti circoscrivono la loro attenzione sulla propria personalità con un senso di interna soddisfazione, riferendosi a certi dati atteggiamenti sovente riprodotti nell'immaginazione.

In un caso di osservazione propria, il soggetto che era una signorina, dalla finestra della sua abitazione in un luogo di campagna sulla via che percorreva in quel tempo la diligenza postale Roma-Napoli aveva avuto spesso occasione di veder passare degli equipaggi che conducevano ricchi viaggiatori e si era sovente volte soffermata all'idea che qualcuno di quei signori passando si innamorasse di lei e la portasse seco a nozze. Or bene essa ha più volte sognato di essere affacciata alla finestra e di vedere sè stessa passare in uno di tali equipaggi sposata ad un ricco signore per fare il suo viaggio di nozze.

(1) *E. Sciamanna*. Nevrosi traumatica isteroide. *Rivista generale italiana di Clinica medica*, n. 11, 1889.

In un caso citato dal Ferè il malato andava frequentemente soggetto ad allucinazioni in cui si vedeva dinanzi sè stesso in abito da moschettiere e sulla genesi di questo speciale atteggiamento il precitato autore fa notare che, avendo l'individuo letto i ben noti romanzi del Dumas i moschettieri esercitavano un fascino potente sul suo animo (1).

Noi possiamo pertanto distinguere le psicosi isteriche in quelle che sono costituite esclusivamente dalle sindromi più proprie delle psiconevrosi da quelle che sono costituite dalle sindromi che trovansi più spesso a rappresentare le psicopatie degenerative.

I due gruppi nei quali si possono dividere le varie forme di psicosi isteriche sono essenzialmente differenti tra di loro dalla diversa gravità che negli uni e negli altri casi ha la labe originaria qualunque essa sia e come abbiamo già accennato, per le forme del secondo gruppo è spesso assai difficile stabilire la natura esclusivamente nevrotica e non degenerativa della forma mentale.

Per quanto si riferisce alle forme del 1° gruppo noi possiamo distinguere quelle forme più miti di tutte, nelle quali una data sindrome a tipo psiconevrotico decorre sempre uguale a sè stessa (mania, malinconia ecc.) con decorso di durata variabile ma con esito costantemente felice, da quelle in cui le diverse sindromi psiconevrotiche si alternano fra di loro e con stati morbosi della mente differenti.

Non posso presentarvi dei casi di queste forme più semplici, che non sono frequenti e che restano poco negli asili. Come esempio della forma merita di essere ricordato un caso di malinconia isterica riportato dal Legrand du Saulle.

Malinconia isterica (Legrand du Saulle) (2). —

(1) *Ch. Ferè*. Hallucinations autoscopiques périodique *Journal médical de Bruxelles*, n. 9, 1898.

(2) *Legrand du Saulle*. Les hystériques, état physique, état mental, Paris 1883.

Miss. B... di anni 24 istitutrice. Di salute delicata ebbe le mestruazioni irregolari e sin dalla prima giovinezza accusò qualche volta sintomi isterici come sensazione di bolo, emianestesia destra.

Nulla d'importante dal lato ereditario.

Un anno prima dell'insorgenza dell'affezione mentale fu affetta di febbre tifoide a forma atassica e da allora in poi il suo carattere cambiò, divenne irritabile suscettibile. L'inizio della malattia per cui fu ricoverata nell'Asilo fu provocato da un forte spavento che l'inferma provò per essersi appiccato il fuoco alla sua stanza. Per evitare i rimproveri della madre, essa corse a gettare dell'acqua e riuscì a spegnere il fuoco.

Ma da quel giorno smarri del tutto la ragione, divenne depressa, a volte agitata.

Ricoverata nell'Asilo si accusa di essere la più miserabile delle donne, di avere desolato la madre, di essere il disonore della famiglia. Ha delle frequenti allucinazioni della vista e dell'udito con tendenza al suicidio.

Sta in uno stato di stupore, rifiuta gli alimenti e perciò è nutrita colla sonda.

Questo stato psicopatico durò cinque mesi, dopo di che l'inferma uscì dall'asilo completamente guarita.

La negatività di fatti ereditari e la mancanza di stimmate somatiche e psichiche nel soggetto di cui si dice solo che fosse un pò delicata, ci fanno escludere che le poche manifestazioni isteroidi precoci, potessero esser legate ad una labe degenerativa. Il fatto che la psicosi si presentò come conseguenza immediata di un forte patema di animo verificatosi mentre essa era indebolita da una pregressa infezione febbrile acuta (febbre tifoide) è un prezioso argomento per ritenere che la forma mentale sia stata esclusivamente l'effetto della diminuita resistenza di un sistema nervoso, che reagisce abitualmente in un modo anormale, cioè a dire sia stata una psicosi costituzionale.

La sintomatologia psichica della malattia mentale riproduce nel suo decorso così esattamente la sindrome melanconica che non è permesso considerarla in altra maniera, ma inoltre la varietà che presenta nel no-

stro soggetto questa sindrome è quella delineata da sintomi che sono caratteristici dello stato mentale degli isterici, fatti allucinatori e specialmente visivi.

Il decorso piuttosto breve e con esito felice d'una forma che ha presentato notevole gravità di sintomi, conferma la diagnosi di psicosi isterica a forma malinconica.

Come psicosi isterica a forma maniaca possono considerarsi quelle affezioni mentali protratte per qualche settimana od anche per qualche mese che insorgono in un'isterica all'occasione di una causa esterna emozionante e spesso all'epoca mestruale, nella convalescenza di malattie infettive, negli stati di oligoemia od in seguito ad esaurimento da qualunque causa, le quali sono caratterizzate da stati di esaltamento ora con eccessiva gaiezza, verbigerazione, con discorsi intempestivi spesso lascivi, facilità al motto ed al riso, sconvenienza di modi ecc., ora e più frequentemente con stato iroso con tendenza a gridare, imprecare, inveire contro gli astanti, lanciar contro oggetti, rompere e lacerare, con facili alternative di brevi stati, talvolta di depressione, mutismo, stupore, pianto, che precedono una calma più o meno lunga; tal'altra di una eccessiva affettività espansiva, con atti di tenerezza, domanda di perdono ecc. Questi fatti psichici si trovano spesso combinati con alterazioni più o meno permanenti della sensibilità generale e specifica, disturbi delle percezioni e specialmente illusioni della vista, presentano nel decorso loro una certa instabilità alternandosi con periodi durante i quali le malate riconoscono l'anormalità di quegli stati accessionali.

Ma relativamente a queste psicosi isteriche a forma maniaca notiamo subito che assai difficilmente esse si mantengono con un quadro così limitato allo stato di esaltazione senza altri fatti psicopatici, per lo meno si trovano forse sempre delle false interpretazioni specialmente di natura erotica o religiosa e spesso vi è un limitato circolo di idee deliranti che ricorre frequentemente e si coordina sia con delle parestesie varie, sia con delle illusioni dei vari sensi ed anche colle percezioni normali falsamente interpretate. E da tali forme che hanno già in parte i caratteri della paranoia acuta

allucinatória, si passa ad altre che non si possono facilmente distinguere se non pel grado del disturbo e che sono già degli stati di confusione mentale di origine isterica quali il seguente :

Confusione mentale isterica (Osservazione propria). — F. B... di anni 18 nubile. L'inferma mestrata a 17 anni ha goduto sempre buona salute, però è stata un poco anemica e molto debole.

Un mese avanti il nostro esame nel paese in cui essa si trovava, scoppiò un incendio, e sentendo suonare le campane uscì di casa per vedere di che cosa si trattasse, rientrò poco dopo tutta spaventata e si mise a cenare.

In quel mentre, pensando che quel giorno era appunto il 13 novembre 1899 (epoca della presunta fine del mondo) si impressionò moltissimo e per la coincidenza dell'incendio, credeva che tutta la gente dovesse andare a fuoco e svenne. In seguito a questo svenimento ebbe delle convulsioni che durarono poco. Rinvenuta volle uscire di casa e per istrada ebbe un secondo accesso. Messa a letto le convulsioni durarono tutta la notte, presentando tutte le note caratteristiche delle convulsioni isteriche e si prolungarono per tutta la settimana.

Venuta a Roma ha avuto pure qui vari accessi, quasi ogni tre giorni. In questo frattempo rimane in stato di stupidità quasi per intiere giornate, altre volte fa discorsi sconnessi, non risponde a tono alle domande. Per solito, tuttavia, racconta molto bene quello che le è accaduto durante il tempo in cui è stata fuori di Roma.

L'esame della sensibilità fa rilevare una emiposte-
sia a sinistra.

L'inferma ritornò a farsi visitare un mese dopo: lo stato confusionale si era del tutto dileguato; persistevano però i primitivi disturbi isterici.

*
*
*

Accanto alle psicosi isteriche a forma confusionale, che rientrano fra quelle forme della sindrome psicone-

vrotica, delle quali abbiamo detto che la prognosi è assai fausta e breve in genere il decorso. dobbiamo registrare le psicosi isteriche a forma paranoica, che alcuni hanno voluto addirittura indicare col nome di *paranoja isterica*. La sindrome paranoica che è in rapporto colla diatesi isterica ha di caratteristico:

a) Uno stadio prodromico che può essere talora rappresentato da una vera esagerazione del sentimento di sé stesso, o dall'idea vaga di essere poco apprezzati o considerati nel proprio ambiente, ma che più spesso è costituita da una semplice accentuazione del carattere isterico per quanto riguarda la coscienza dei propri diritti in confronto degli altrui, la fiducia del vincere nella lotta e la tendenza a soverchiare.

b) la circostanza che un fatto esterno è sempre il punto di partenza del delirio e che fatti successivi valgono ad aggravare o ad attenuare le manifestazioni deliranti le quali si presentano a sbalzi, con periodi successivi di miglioramento o di peggioramento, non che con qualche varietà nel contenuto stesso del delirio.

c) la frequenza di allucinazioni visive e specialmente zoopsiche, cromatopsiche ecc.

d) l'influenza emotiva che hanno le allucinazioni indipendentemente dal delirio allegorico.

e) il fatto che il delirio è precipuamente allegorico alle sensazioni isteriche dominanti nel soggetto e precipuamente a quelle della sfera sessuale.

f) il fatto che cause esterne apprezzate dal soggetto in base alle sue idee deliranti valgono facilmente a portare stati di depressione malinconica e di esaltazione maniaca specialmente irosa con relativa reazione osterna e con atti di furore.

g) la mancanza di una vera sistematizzazione del delirio.

La psicosi isterica a forma paranoica è guaribile, per quanto alcune volte possa indefinitamente protrarsi, dando luogo solo a miglioramenti che diversificano pertanto da quelli che verificansi nella paranoia originaria o tardiva, in quanto che la correzione del delirio è fatta in un modo più completo e con convinzione profonda e

l'aggravamento della forma è generalmente dovuto a cause esterne determinanti che inducono il soggetto a rifare in senso inverso il lavoro di critica che l'aveva condotto alla correzione delirio, il quale risorge ma spesso notevolmente modificato. Come esempio di psicosi isterica a forma paranoica riporto il caso seguente di osservazione propria.

Maria Mattei contadina di anni 23 trovatella. Nulla dal lato ereditario. È stata sempre bene sino all'età di 10 anni, epoca in cui trovandosi in campagna provò un forte spavento. Dopo pochi giorni cominciò ad avere attacchi convulsivi, che si ripetevano spessissimo per cui fu inviata all'Ospedale ove rimase quattro mesi. Migliorata nelle condizioni generali ed essendosi fatte rare le convulsioni ritornò a casa. In seguito avvenne che essa mentre amareggiava con un giovanotto, s'innamorò di un carabiniere ed abbandonò il primo per il secondo, per cui si ebbe una coltellata dal suo primo amante. Si ammalò con febbri, il medico del paese che la curò, pare, secondo il racconto dell'inferma, che dimostrasse dell'interessamento per lei e che avesse fatto delle proposte illecite, alle quali essa avrebbe risposto con un rifiuto.

Nella stessa casa dell'ammalata conviveva un'altra donna che presentava un'affezione chirurgica in una gamba, per la quale lo stesso medico aveva prescritto un medicinale antisettico velenoso. La madre della nostra inferma andando dal farmacista a prendere una medela per la figlia, scambiò la ricetta di questa con quella della soluzione antisettica per l'altra donna, per cui il farmacista le disse che se la figlia avesse ingerito questa sarebbe senza fallo morta. La donna spaventata raccontò questo fatto a casa e la figlia dalla sua stanza udì il racconto, ma non riuscendo a chiarire l'equivoco dello scambio delle ricette, pensò che il medico si fosse voluto vendicare delle sue ripulse tentando di avvelenarla ed allora decise di vendicarsi. Difatti al mattino quando la madre uscì di casa, essa si alzò dal letto e presa una accetta la nascose sotto il guancialetto. Presentatosi il medico per la consueta visita, nel mentre che questi era tutto intento ad esaminarla, la malata di botto

cavata l'accetta gli vibrò un colpo in direzione della testa e l'arma per fortuna avendo colpito di dorso e non di taglio, produsse una contusione all'orecchio destro.

Arrestata per questo fatto, fu condotta in caserma dove inveì violentemente contro i carabinieri, gridava, imprecava, accusava il medico di avere tentato di violentarla, e tentò di gettarsi dalla finestra. Perciò si fu costretti a metterle la camicia di forza e dopo 3 giorni fu inviata al Manicomio.

All'esame obiettivo si riscontrò: assenza di segni somatico-degenerativi, abolizione del riflesso faringeo, lieve esagerazione bilaterale dei rotulei; abolizione quasi completa ed estesa a tutta la superficie del corpo della sensibilità tattile termica e dolorifica.

L'ammalata presenta un contegno abbastanza tranquillo, risponde e con prontezza alle domande che le vengono rivolte. Presenta dei disturbi psico-sensoriali in genere dopo gli attacchi convulsivi, allucinazioni visivo-uditive e tattili. Essa vede il suo fidanzato che viene a visitarla la notte, crede di parlargli e racconta che egli spesso tenta di possederla.

La critica è deficiente, la memoria degli avvenimenti prossimi e remoti è bene conservata, non rammenta però l'insorgere ed il decorso degli attacchi convulsivi per cui se essa dopo l'attacco si trova legata sul letto (poichè nel periodo post-accessuale è agitatissima, grida, inveisce contro i presenti) crede che le infermiere lo abbiano fatto di loro iniziativa per il malanimo che le portano.

I sentimenti affettivi sono abbastanza vivaci, nutre però odio contro una zia perchè (racconta l'inferma) questa aveva tentato avvelenarla con una focaccia.

Deficienti sono i sentimenti morali, in quanto che l'inferma racconta tranquillamente di darsi ad un malato del Manicomio e di volere fuggire con lui. Nel narrare i rapporti sessuali che dice avere la notte col fidanzato è più riservata, ma interrogata con insistenza finisce col raccontare i dettagli. Il sentimento religioso è conservato, la volontà è pressochè normale, domanda di uscire dal Manicomio, ma senza molta insistenza.

L'analisi di questo caso ci mostra facilmente come il disturbo mentale principale che si presentò nel soggetto, data l'occasione opportuna, fosse appunto rappresentato dalla tendenza a considerarsi come oggetto di ostilità da parte di determinate persone. Essa ha facilmente accettato l'idea suggeritale da un incidente qualsiasi, che il medico potesse tramarle un'insidia mortale, più tardi ha ammesso facilmente che una zia volesse avvelenarla con una focaccia. In questo disturbo ideativo non apparisce mai un vero delirio di persecuzione col'idea di complotto e molto meno vi ha ombra di sistematizzazione nel considerarsi vittima dell'altrui malvagità. La persecuzione cui essa si crede esposta è occasionale e singolare, sia per la causa che l'ha determinata, sia pel modo come è sorta, sia per la persona che sarebbe il persecutore.

Essa certamente, a suo avviso, non merita la persecuzione ed anzi è fatta oggetto dell'odio altrui per ragioni che la onorano, ma non si può nemmeno dire che essa abbia un concetto patologicamente elevato della propria personalità.

La base fondamentale di queste idee deliranti deve ricercarsi:

a) nella imbecillità morale del soggetto.

b) nella deficiente sua critica.

Condizioni queste, che danno una speciale impronta al quadro mentale nel soggetto anche per quanto si riferisce alle idee persecutive. Le psicosi costituzionali che presentano dei sintomi psichici, quali abbiamo osservati nel nostro caso, differiscono essenzialmente dalla sindrome paranojca ed anche quando prevale l'idea di essere perseguitato o combattuto, questa non sembra essere accompagnata da una tanto profonda convinzione nel soggetto, per quanto apparisce invece avere notevole influenza nel determinarsi ad azioni egoistiche ed antisociali.

Non è infrequente, e molti autori mettono in rilievo questa circostanza, di vedere le manifestazioni della pazzia morale in soggetti isterici. Se si volessero

mettere in rapporto quelle condizioni morbose della mente, che sono il substrato della pazzia morale con le note del carattere isterico, si dovrebbe dire che la restrizione del campo della coscienza di tali soggetti, l'esagerazione degli stati affettivi, congiunta ad una collaterale anestesia psichica, la debole capacità inibitiva dinanzi ad uno stato passionale, possono condurre tali soggetti a delle azioni altamente egoistiche, eminentemente antisociali, ma da un lato, come abbiamo altrove indicato, sarebbe un errore ritenere che quelle condizioni del carattere isterico abbiano essenzialmente per risultato una condotta antisociale, perchè la stessa restrizione del tempo della coscienza può dar luogo alla prevalenza e persistenza di immagini che si associno più facilmente a desideri ed impulsi eminentemente benefici e sociali. L'esagerazione degli affetti riguarda così gli affetti egoistici come gli altruistici e la stessa debolezza inibitiva di tali soggetti ordinariamente è solo relativa all'intensità dell'impulso del momento ed in rapporto con la capacità a rappresentarsi le conseguenze di un'azione compiuta, cosicchè l'educazione, la suggestione continuata dell'ambiente, la cultura generale, le conoscenze speciali dovute alla pregressa esperienza, valgono a far dell'isterico così un pazzo morale come un esempio di abnegazione e di umana virtù.

Se fra l'isteriche si trovano non di rado dei delinquenti e dei soggetti nei quali esiste veramente un grado notevole di insensibilità psichica ed imbecillità morale, è perchè, come abbiamo accennato, possono non di rado coincidere diatesi isterica e degenerazione.

Il caso seguente è una prova di quanto affermiamo.

1^a Osservazione propria. — Santurro Agata di anni 27, nubile, campagnuola, analfabeta. Circa la sua anamnesi remota si riesce a sapere che l'inferma viveva in campagna coi genitori e con sette sorelle, delle quali una morì bruciata, un'altra fu uccisa dal padre perchè gravida, e le rimanenti si sparsero qua e là menando una vita poco esemplare. Il padre inoltre uccise anche la moglie e di poi si diede alla macchia convivendo con un'altra donna. Circa le cause del suo internamento al Ma-

nicomio, l'inferma racconta che al paese tutti la perseguitavano, tirandole sassi e rivolgendole invettive. Durante la sua permanenza nel Manicomio si mostrò agitata, impulsiva, tentò di aggredire una malata che credeva la ingiuriasse e tirò uno schiaffo ad un'altra. In queste condizioni venne trasferita alla Clinica.

All'esame obbiettivo non si riscontra la presenza di alcun segno somatico degenerativo, l'inferma è mestruada regolarmente. Nulla a carico della motilità; a carico della sensibilità si riscontra ipopselafasia in tutta la metà destra del corpo specie nel dorso della mano e nelle regioni estensorie degli arti, ipoalgesia dello stesso lato ed analgesia al dorso della mano e della regione deltoidea.

Il senso del gusto è ottuso, si ha ipoacusia destra, a destra il visus = 1/4 a sinistra = 1 il campo visivo è ristretto, non però regolarmente.

I riflessi rotulei sono esagerati, è abolito il riflesso faringeo.

La malata va di sovente soggetta ad accessi caratterizzati da un senso di stringimento al petto, non può più discorrere; talora vede doppio, le si offusca la vista, l'udito, la coscienza però sembra che rimanga integra.

Nei primi giorni di degenza in Clinica l'inferma si mostrò agitatissima, aveva frequenti allucinazioni visive ed uditive, spesso era trascinata a reagire con vie di fatto e nei momenti di calma relativa era disattenta, loquace e con i caratteri di una debolezza mentale. Man mano il quadro si venne cambiando le allucinazioni e le illusioni si fecero più rare sino a scomparire del tutto, l'inferma divenne più tranquilla, meno impulsiva e mostrò una sufficiente critica ed una certa intelligenza. Ordinariamente era di carattere allegro, parlava dei fatti atroci e dolorosi che la riguardavano ridendoci sopra, dimostrava molta vanità ed uno spiccato erotismo ed infine si rivelò coprolalica, simulatrice e sarcastica.

La memoria è ben conservata, l'affettività è sviluppata, la volontà è debole, vi è deficienza di sentimenti etici e religiosi; l'istinto sessuale, malgrado l'erotismo apparente, non è causa di atti illeciti a soddisfarlo.

Durante la sua permanenza in Clinica l'inferma è stata quasi sempre agitata, e l'agitazione fu in certi momenti tanto intensa da essere costretti ad applicarle le fasce. Di contegno ostile, gridava, bestemmiava, baciava la terra, rifiutava la carne perchè diceva che era carne di cristiani e chiamava pagani quelli che la mangiavano. Frequentissime sempre erano le allucinazioni di tutti i sensi, qualche volta a contenuto terrifico, per cui reagiva contro i presenti. Non mancavano però giorni di relativa calma in cui spesso raccontava con compiacenza e ridendoci sopra il fatto dell'uccisione della sorella.

Altre volte si mostrava coprolalica, faceva dei gesti osceni, si burlava di tutti, scambiava l'infermiera per V. Emanuele, poi per lo sposo e perciò se ne mostrava gelosa.

Dopo 5 mesi di degenza in Clinica fu ripetuto l'esame somatico-funzionale della inferma e furono riscontrate più marcate le stimmate isteriche sopra riferite. Dimessa dalla Clinica vi ritornò un anno dopo; era molto scaduta nella nutrizione generale, si mostrava tranquilla, discorreva poco e dal lato mentale sembrava indebolita.

2^a Osservazione propria. — Moretti Virginia, di anni 23. Dal lato gentilizio si rileva che l'inferma ha avuto in linea diretta e collaterale molti dei suoi congiunti affetti da malattie mentali e nervose.

Fino all'anno 1887 è stata sempre bene, in quest'epoca essendo rinchiusa in un monastero di Roma incominciò ad avere una sensazione come se costantemente le picchiassero il cervello, a vedere degli spiriti, delle suore che ballavano dinnanzi agli occhi suoi insieme ad una confusione di idee, od una smania intensa di fare dei dispetti, inoltre soffriva di insonnia, inappetenza. Per questi disturbi psichici e per un'affezione che la colpì agli organi toracici, fu mandata via dal monastero. I parenti la fecero allora entrare nell'ospedale di S. Giovanni dove fu giudicata tifica e solo dopo 9 mesi di degenza in letto potè ritornare a casa sua, però non completamente ristabilita.

A casa rimase circa un anno, ma poi continuando anzi accentuandosi in lei la smania d'infastidire e rovi-

nare tutto ciò che le capitava fra le mani, fu rinchiusa nel Manicomio di Roma donde uscì 4 anni dopo, per ritornarvi di lì a pochi mesi.

Dal 1894 o 1895 fino al gennaio 1898 l'ammalata è stata sempre depressa, taciturna; si reggeva male sulle gambe; si sentiva debole.

All'esame obbiettivo non si riscontra alcuna nota somatico-degenerativa. Integri gli organi toracici ed addominali, motilità ed eccitabilità riflessa normali, alquanto diminuita in genere la forza muscolare. All'esame della sensibilità si rilevano i seguenti fatti: Emianelgesia completa a destra, V a destra = $\frac{1}{4}$ a sinistra = 1, accusa spesso diplopia nella visione monoculare destra, da questo lato si ha ambliopia, agensia, anosmia e lieve ipoacusia.

L'inferma si presenta con contegno dimesso e risponde senza farsi pregare alle domande che le vengono rivolte. È capace di attenzione e percepisce bene le domande. Si notano pertanto allucinazioni visive, uditive a carattere imperativo e delle allucinazioni visive che si ripetono dopo ogni accesso convulsivo.

Si preoccupa di quello che si scrive sul conto suo. La sua memoria è buona e con relativa limpidezza ricorda anche i fatti remoti: del tempo, del luogo e della personalità propria ha precisa nozione. Il suo umore abituale è malinconico, perchè non può soddisfare le sue voglie, per il che spesso monta in furia, si agita e talora manca di rispetto anche ai medici a cui essa rivolge insulti e minacce. Compie a volta atti e dice parole che dimostrano di molto diminuito in lei il sentimento del pudore.

Riguardo alla famiglia, dice di volerle bene e difatti dà al suo discorso un'intonazione dolorosa allorchè parla di suo padre morto in età giovanile e della madre che essa non ha potuto conoscere. I sentimenti religiosi sono in essa assenti, anzi il nostro soggetto si fa beffe di due inferme che pregano sempre e dice che essa prega solo per avere la morfina. È talora coprolalica.

Mostra pochissima volontà di lavorare e si preoc-

cupa solo di chiedere la morfina, e se questa le viene negata, giunge a desiderare la morte. Crede di dover morire di etisia o di paralisi ed ogni tanto esprime il desiderio di bere l'acido fenico o l'acido bórico.

L'istinto della propria conservazione è affievolito; l'inferma ha tentato più volte di suicidarsi obbedendo a delle voci che glielo comandavano. L'istinto sessuale tace.

In tutto il tempo in cui l'inferma è rimasta in Clinica si è potuto rilevare:

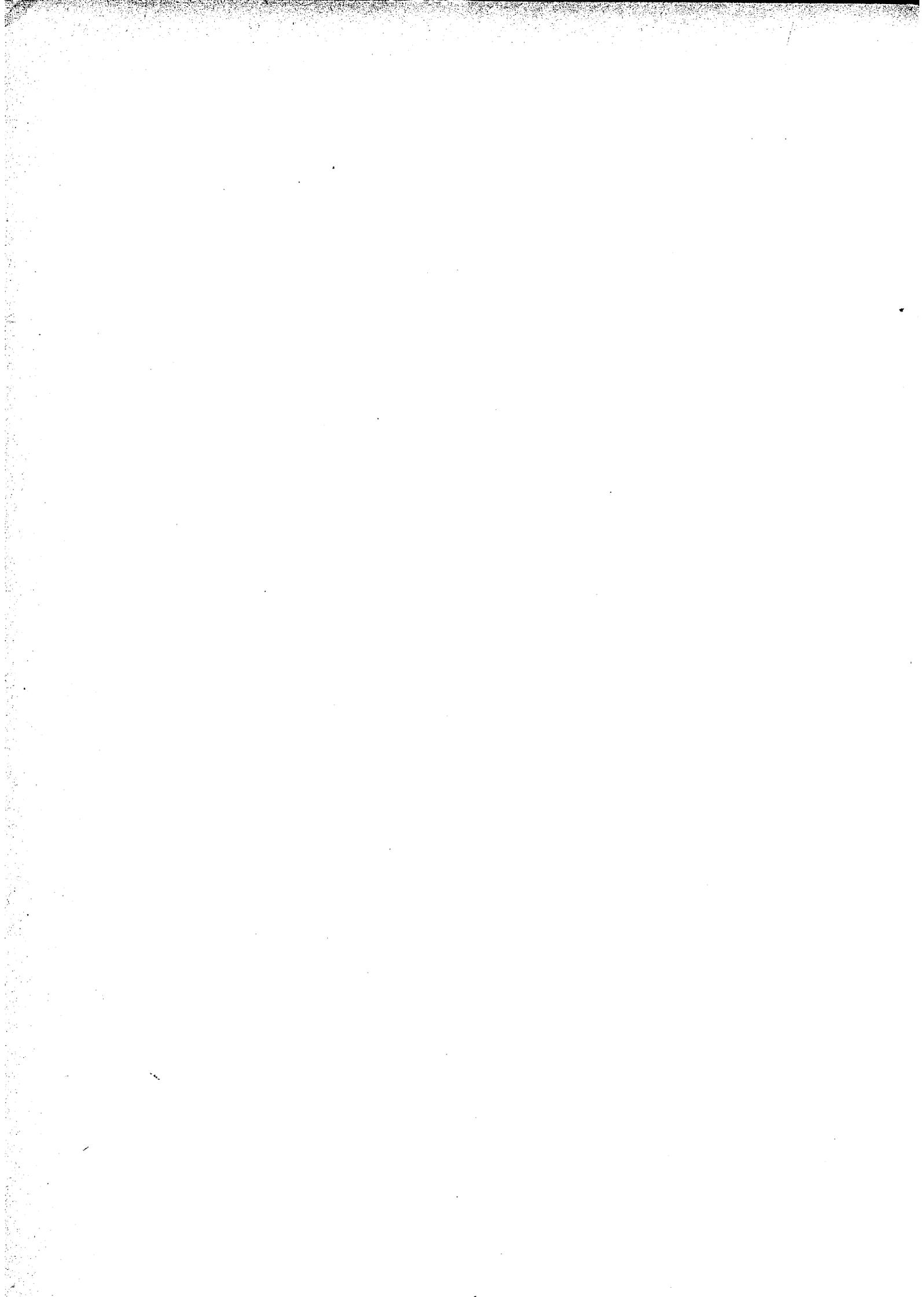
Contegno vario, umore generalmente depresso, qualche volta euforico; l'inferma ha avuto dei caratteristici accessi isterici della durata di 2 o 3 giorni. Inoltre ha avuto parecchie volte ematemesi e chiede con insistenza morfina e stricnina.

Casi tipici di pazzia morale, con tutte le solennità della forma, si verificano in quelle isteriche, nelle quali, indipendentemente dalla nevrosi, esistono note caratteristiche della degenerazione intesa nel senso più ristretto che abbiamo altrove indicato e si sa che l'isteria colle note del carattere proprie di questa nevrosi è una delle condizioni più opportune perchè la degenerazione prenda la forma della pazzia morale. Noi non crediamo come il Dagonet (1) che gli impulsi più o meno irresistibili che sogliono verificarsi nella follia isterica siano di tal natura da costituire essi stessi una specie di follia morale. E difatti lo stesso Dagonet riconosce giusta l'osservazione del Marcè, che cioè gl'impulsi delle isteriche non hanno il carattere violento e pericoloso degli impulsi degli epilettici, ma consistono piuttosto in tendenze ansiose ed istintive a commettere atti stravaganti e ridicoli. L'osservazione per noi esattissima del Marcè, che alle azioni morbose antisociali cui si abbandonano le isteriche, queste si sentono spinte malgrado la loro volontà, ma comprendendo quanto la loro condotta sia assurda e deplorabile, ci mostra un'importante differenza circa il modo come si determinano a manifestazioni patologiche

(1) *Dagonet. Traité des maladies mentales*, Paris 1894.

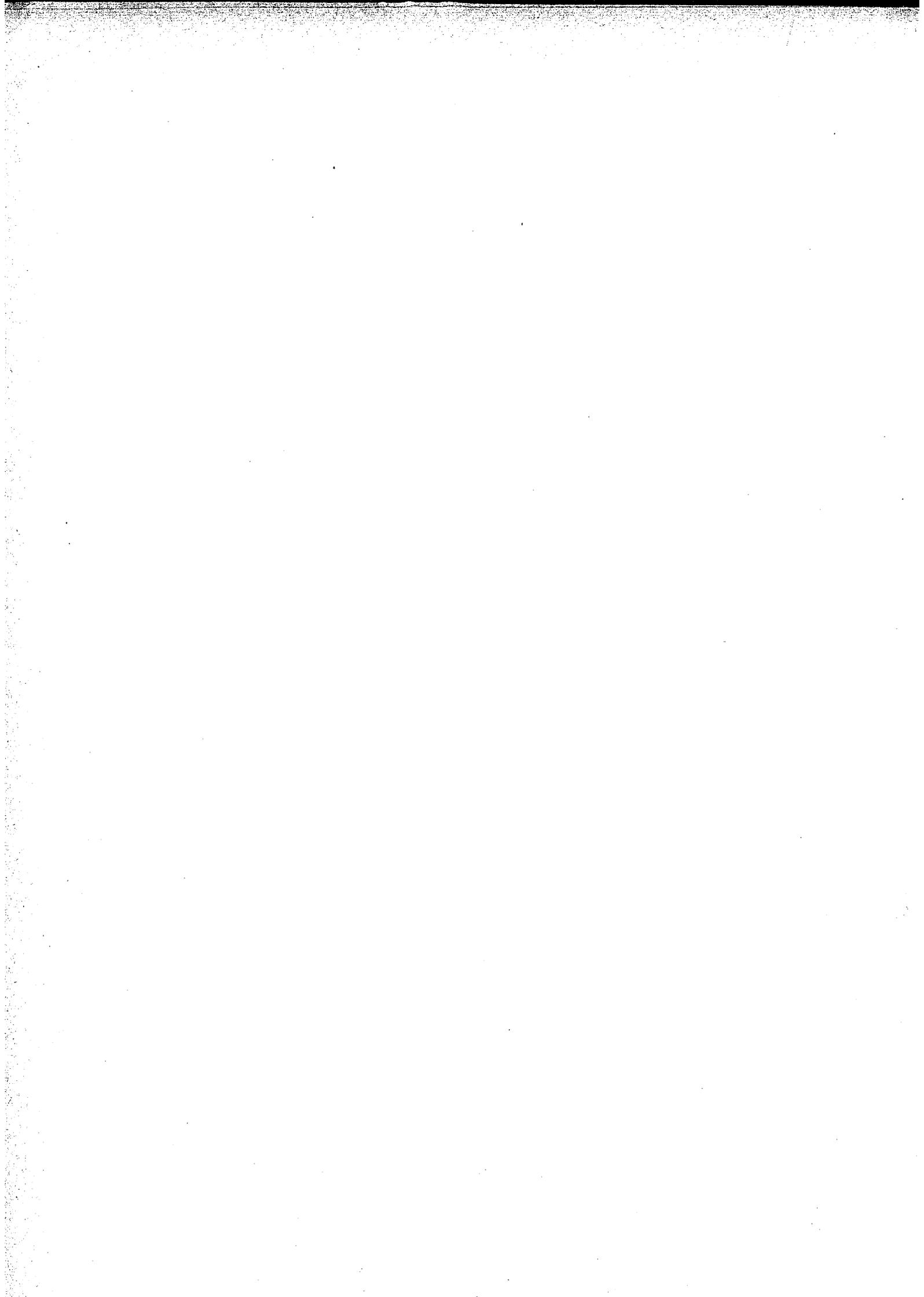
analoghe gli isterici ed i pazzi morali propriamente detti.

Del resto, quando la vera e propria pazzia morale si verifica su base isterica, essa è una delle forme più pericolose per le persone che stanno a contatto del soggetto ed i pericoli sono tanto più gravi per quanto è meno solenne il disturbo mentale, più il delirio è dissimulato e più difficile è ad essere compenetrato.



LEZIONE III.

LE PSICOSI NEVRASTENICHE



Nella prima lezione dando i caratteri generali delle psicosi costituzionali abbiamo detto ch'esse sono principalmente rappresentate da quelle sindromi mentali che insorgono nei nevropatici con caratteri che ricordano lo stato mentale di una nevrosi determinata, e così nella psicosi nevristenica dovremmo ritrovare soprattutto una sintomatologia psichica corrispondente alla esagerazione delle note del carattere psichico abituale dei nevristenici. Ora dal punto di vista psichico un nevristenico rappresenta, come abbiamo altrove indicato (v. Caratteri anomali al di qua dei confini della pazzia *Bull. della Soc. Lancisiana*, 1888) una varietà del carattere vesanico, le note principali della quale sono un egocentrismo speciale accompagnato dalla continua preoccupazione circa la poca propria resistenza alle comuni cause morbigena, la insufficienza delle diverse funzioni organiche, la incapacità al lavoro abituale, un consecutivo torpore degli affetti altruistici ed una costante debolezza dell'energia volitiva.

In quella stessa lezione abbiamo creduto di riportare al gruppo dei nevristenici quei casi di ipocondria nei quali tutto il disturbo mentale è rappresentato dalle immagini fisse delle loro sofferenze, e sono in preda ad una depressione psichica in rapporto alla conoscenza o all'idea della propria infermità, e al dubbio più o meno fondato di riacquistare mai la perduta salute.

Ma l'idea fissa nevristenica non è sempre rappresentata da una preoccupazione nosologica. Il contenuto

delle idee ossessive può essere invece molto vario, e la diversa personalità del soggetto fornisce argomento ad ossessioni diverse. Talora è l'idea religiosa che fornisce le apprensioni e i dubbi al nevrastenico, talora è l'idea della nettezza o dell'igiene che dà luogo a delle ansie speciali per sfuggire la polvere, i contagi, i bacilli, tale altra è il pensiero dei propri doveri che turba il nevrastenico, col dubbio che una determinata azione da esso compiuta possa essere riprovevole in se o procurargli speciali responsabilità per il danno materiale o morale del prossimo.

Ma è necessario, prima di inoltrarci nello studio delle aberrazioni psichiche a base nevrastenica, di intenderci sopra il concetto che noi abbiamo di questa nevrosi.

Non intendiamo fare la storia della nevrastenia, parola che usata la prima volta da Beard, ha avuto col volger del tempo significato ben diverso per i diversi autori. Sarebbe desiderabile che quel che è avvenuto dell'isteria per opera dello Charcot, il quale è riuscito ad estrarre da una grande, variata congerie di malati, fino ad allora designati come isterici, un'individualità patologica ben caratterizzata e distinta da tutte le altre forme nervose psicopatiche, restringendo così notevolmente il campo occupato da questa nevrosi, si verificasse per la nevrastenia che fino ad oggi non può dirsi un'entità morbosa unica e ben delineata.

Lo stesso Charcot ha tentato per la nevrastenia ciò che aveva così felicemente fatto per l'isteria, ma per quanto con le sue stimmate abbia contribuito non poco a facilitare il compito della distinzione di queste forme nervose, non si è certamente ancora giunti ad avere un concetto universale chiaro e preciso di essa. Ad ogni modo della grande famiglia dei nevrastenici, secondo le viste più comunemente accettate possono farsi due grandi categorie:

forme di nevrastenia originaria, forme di nevrastenia acquisita.

Nel concetto di Charcot, seguito dal maggior numero degli autori, vengono designati quelli appartenenti

alla prima categoria come nevrastenici ereditari o costituzionali, e quelli appartenenti alla seconda come nevrastenici occasionali o veri.

Pure essendo noi perfettamente d'accordo con Charcot nel concetto della nevrastenia acquisita e originaria non useremo la parola « *vera* » come sinonimo di *acquisita* in opposizione all'altra di *originaria*, che secondo noi non può considerarsi come una forma di falsa nevrastenia. L'essenza dello stato nevrastenico tanto nelle une che nelle altre forme è rappresentata da determinati disturbi funzionali del sistema nervoso, e se in alcuni casi l'affezione non ha avuto altra ragion d'essere che uno sviluppo abnorme del sistema nervoso e non riconosce altre cause all'infuori di quelle che possono essersi verificate nei genitori e negli antecedenti del soggetto o durante la vita intrauterina di questo, e se nell'altra forma, la caratteristica aberrazione funzionale del sistema nervoso è cominciata tardi nella vita individuale, dietro cause che hanno agito direttamente sul soggetto, ciò non ci rappresenta che una differente etiologia che in casi diversi può avere lo stesso quadro nosografico. In secondo luogo poichè nella distinzione da noi adottata nelle forme mentali, usiamo la parola *costituzionale* esclusivamente ad indicare degli stati morbosi congiunti ad una condizione nevropatica preesistente, sia o no ereditaria, sia originaria che acquisita e la distinguiamo essenzialmente dalle forme degenerative, (v. 1^a Lezione) non possiamo usare questa parola come sinonimo di *originario od ereditario*. Quindi useremo le espressioni di *originaria ed acquisita* e non quelle di ereditaria o costituzionale in opposizione a *vera*.

Secondo Gilles de la Tourette la nevrastenia, presa nel suo significato più generale, non è effettivamente una entità morbosa, è uno stato, o meglio un insieme di stati che bisogna differenziare gli uni dagli altri se si vogliono evitare degli errori circa il pronostico. Un diverso significato clinico hanno per questo autore le forme di nevrastenia acquisita, dalle forme di nevrastenia originaria. Se tutte possono essere facilmente con-

fuse in un'unica descrizione sintomatica, ciò dipende, egli dice, da che il cervello non ha a sua disposizione che un certo numero di maniere di reagire che son sempre le stesse.

La distinzione fra neurastenia originaria e acquisita è una distinzione essenzialmente etiologica, anzi essa è basata specialmente sulla diversa importanza che hanno nelle due forme i singoli fattori etiologici.

Lo stato nevrastenico, comunque sorga, sta sempre ad indicarci una speciale condizione individuale che anche nelle forme così dette acquisite deve preesistere alla causa determinante della nevrosi. Nelle forme più nettamente originarie od ereditarie, la sintomatologia nevrastenica può esordire ad un'epoca sufficientemente avanzata dello sviluppo individuale, e non di rado sembra iniziarsi dietro l'influenza di una causa estrinseca. Con ciò si vede chiaro come possa in alcuni casi riuscire abbastanza difficile stabilire durante il decorso se una data forma nevrastenica debba rientrare nell'una o nell'altra delle due distinzioni. Sarà abbastanza agevole tuttavia la differenziazione nel maggior numero dei casi, tenendo conto soprattutto della ereditarietà del soggetto, della presenza di stimmate psichiche degenerative, dell'epoca in cui ha esordito la forma, della natura e della intensità delle cause determinanti. Charcot dice che nella nevrastenia vera (acquisita) lo stato morboso è accidentale, in quanto che essa si verifica sotto l'influenza necessaria di cause estrinseche che accidentalmente colpiscono il soggetto, e queste sono soprattutto infezioni croniche, intossicamenti di vario genere, lavoro eccessivo protratto, intellettuale e materiale, grandi traumi fisici, traumi psichici molto intensi e prolungati. Ma non è col quadro della nevrastenia che tutti reagiscono alle cause susposte, che anzi in alcuni soggetti con un sistema nervoso equilibrato e resistente, può l'organismo riportare disturbi funzionali diversi, deperire e soccombere senza che si adombri mai il quadro della nevrastenia. E così la stanchezza fisica e intellettuale può giungere fino ad una transitoria impotenza per il lavoro eccessivo senza che l'esaurimento sia

mai accompagnato da quelle note di debolezza irritabile del sistema nervoso che fa parte del quadro della nevrasenia e senza che gli altri sintomi caratteristici di questa forma vengano in campo. Ma se allo svolgersi della sindrome nevrasenica è necessaria la predisposizione del soggetto, noi non possiamo dire per questo che tutti i nevrasenici debbano considerarsi come primitivamente votati a questa forma morbosa; molti di essi avrebbero certamente sfuggita per tutta la loro esistenza una tale jattura se non avessero avuto la disgrazia di incontrare accidentalmente quelle cause patologiche e fra questi non pochi non avrebbero mai avuto manifestazioni nevraseniche se le cause suddette non avessero raggiunto un elevato grado di intensità e durata. Coloro per contrario che più o meno presto nella vita si mostrano incapaci di sopportare, senza una pronta stanchezza il comune esercizio corporeo, e son sopraffatti da un facile esaurimento dinanzi al lavoro intellettuale medio della vita moderna, sono per noi essenzialmente dei nevrasenici originari. Può in essi con un apposito trattamento e soprattutto con una illuminata igiene fisica e psichica, attenuarsi il quadro della nevrosi; possono recedere alcuni sintomi, e quelli specialmente che sono insorti più recentemente, e che han fatto considerare il paziente ai propri occhi ed a quelli di chi lo circonda come un malato più che come un anormale od un eccentrico quale era considerato per lo innanzi; ma tali migliorie nelle sofferenze del nevrasenico originario saranno in ogni caso poco durature e dopo parecchie esacerbazioni diverrà persistente un quadro sintomatico più o meno penoso e che potrà talora aggravarsi e condurli come dice Gilles de la Tourette ad una forma vesanica particolarmente malinconica e a stato ansioso.

Ora diamo un rapido sguardo alle stimate nevraseniche che in genere sono comuni alle due forme.

La cefalea è una delle più frequenti: si trova 88 volte su 100. Comincia al mattino, e si calma, o cessa durante la notte; si accentua nel periodo della digestione. Spesso è bitemporale, serrando la testa come in una

morsa. Ma più spesso predomina nella regione occipitale prendendo la parte posteriore del cranio come l'elmo di Minerva, donde il nome di Galeati, che dava Charcot a questi malati. Spesso il dolore si estende come una cappa fin sulle spalle. Ai malati sembra alle volte di avere il cranio vuoto o che sia troppo piccolo per il contenuto, altri affermano di sentire il cervello bollire, fermentare.

Oltre alle sofferenze al capo sono anche frequenti la rachialgia, dolori negli arti e nel torace, ove trovasi spesso una forma d'iperestesia, specialmente nella regione cardiaca, paraestesia in tutto il corpo, molto frequenti alle estremità, sensazioni penose viscerali, ordinariamente accompagnate da un tono depresso ecc.

Tali disturbi della sensibilità possono trovarsi diversamente combinati in uno stesso soggetto, e prevalgono o gli uni o gli altri dando luogo così a differenze notevoli nel quadro morboso che han servito a stabilire forme diverse di nevrasenia. Le sensazioni abnormi vengono generalmente riferite dai malati con espressioni enfatiche, spesso traslate, in modo che sembra talora che i nevrasenici creino dei veri neologismi.

L'insonnia dei neurastenici è caratterizzata da ciò che è senza visioni, senza fantasmi.

La vertigine non è come nella malattia di Menière un vero disturbo dell'equilibrio che fa cadere a terra il malato, ma piuttosto una sensazione di vuoto cerebrale che si accompagna ad una debolezza degli arti inferiori che tendono a mancare sotto il peso del corpo. Un velo si stende avanti agli occhi, tutto è grigio; esistono delle macchie nere nel campo visivo, mosche volanti, gli oggetti lontani e vicini si confondono in uno stesso piano. Questi fenomeni sono in rapporto con un'astenopia accomodativa che favorisce lo stato vertiginoso. Pupille uguali, generalmente dilatate, pigre alla luce, il resto normale. Essa si differenzia dalla vertigine arterio-sclerotica perchè non è mai rappresentata da un vero capogiro. Non si verifica in letto o stando seduti, nemmeno in bruschi cambiamenti di posizione. Si verifica frequentemente all'aperto, camminando, e gli ammalati che ne

vanno soggetti hanno orrore dello spazio, desiderano di essere accompagnati, quando sono presi dalla vertigine non sentono il bisogno di appoggiarsi come gli arterio-sclerotici, ma provano più di questi un grande sgomento che talora li rende incapaci di procedere oltre, specialmente se non hanno qualcuno vicino a loro. La vertigine nevrastenica spesso insorge per una sensazione che ha ragion d'essere in una causa esterna. Il trovarsi sopra un ponte che oscilla, il guardare le connessure del selciato illuminato dal sole, ed anche l'udire d'un tratto un sibilo leggero e prolungato, sia esso d'origine interna, paracusia da disturbo auricolare o d'origine esterna, ha dato luogo ad una vertigine nevrastenica che ha poi durato per qualche tempo cessata la causa.

La vertigine appare specialmente di mattina, si calma con l'alimentazione per riapparire negli intervalli fra i pasti. Generalmente sparisce la sera e non esiste nel riposo o a letto.

Come abbiamo accennato in alcuni casi fanno difetto i sintomi cerebrali, e predominano invece i sintomi spinali, ciò che ha dato luogo alla distinzione dei nevrastenici in cerebroastenici e mieloastenici. Questi ultimi, nei quali trovasi spesso come sintomo culminante una dolorabilità lungo la rachide con lieve iperestesia alla pressione delle apofisi spinose, costituiscono quella forma che andava sotto la denominazione di irritazione spinale (*irritatio spinalis*, *spinal irritation*).

I casi di questo genere presentano talora una grande stabilità nel quadro nevrastenico per quanto possano essere mutabili alcuni dei sintomi. In essi si verificano non di rado vere anestesie, spessissimo si riscontra debolezza muscolare generale, rapida stanchezza, dolori muscolari parziali, crampi e punture lancinanti. Il dolore lungo la schiena sul principio è come un senso di debolezza, insorge dapprima dopo essere stati lungamente in piedi, curvati e dopo strapazzi corporèi: giacendo o sedendo comodamente, scompare.

A poco a poco si manifesta anche sedendo o giacendo in letto, e diviene quasi impossibile ogni fatica corporale; anche il sedere o il camminare diviene pe-

noso. L'infermo si desta nella notte, sente un dolore alla schiena, come se avesse dormito a lungo in posizione incomoda, ne incolpa il materasso mal costruito e si ingegna a modificarlo.

I pazienti che fanno vita sedentaria per il loro ufficio si costruiscono sedie speciali che sorreggano o premmano la schiena.

Fra le forme mielasteniche possono distinguersi le iperestesiche.

La forma iperestesica si distingue perchè le relative regioni sono sensibili in alto grado al più piccolo stimolo, meccanico elettrico o termico. Le apofisi trasverse e le spinose non sopportano la minima pressione, la pelle che le ricopre è così sensibile da non permettere di appoggiare il dorso, o la pressione del soprabito. In questi casi anche il decubito dorsale è quasi impossibile. Alcune volte i pazienti si lamentano di un senso di intormentimento o di un freddo che si tramuta rapidamente in caldo che trascorre lungo la schiena.

La forma depressiva corrisponde ai sintomi di debolezza e di stanchezza precedentemente accennati.

Nella sfera sessuale si hanno abbondanti polluzioni, eccitabilità erotica in sommo grado, erezioni frequenti e lunghe con perdita di muco vitreo e tenace. Qualche volta la potenza virile può essere indebolita, e nei tentativi di coito si ha precipitata eiaculazione con sgradevole sensazione. Non è rara l'impotenza con spermatorrea.

Tra i sintomi della neurastenia acquisita un posto importantissimo occupano i disturbi viscerali dell'economia.

Frequente è la lentezza e difficoltà della digestione. Secondo Gilles de la Tourette la dilatazione e le fermentazioni gastriche sono secondarie, esse possono d'altronde mancare, e se è innegabile che i disturbi digestivi esistono in un gran numero dei casi, non bisogna per questo porli fra i primi, ed attribuir loro l'importanza patologica che in realtà non posseggono. Nella neurastenia, meno il caso di associazioni morbose, non vi ha una malattia propriamente detta dello stomaco e dell'int-

stino, lo stomaco e l'intestino partecipano alla depressione, all'astenia generale di tutte le funzioni, e niente più. Non di rado alla coincidenza di tali disturbi gastrici si è data una soverchia importanza annettendo un nesso di dipendenza della vertigine dalla dispepsia, e certamente molti dei casi della *vertigo a stomacho laeso* non sono che casi semplici di nevrastenia con fatti cerebrali e viscerali. Frequente la costipazione talvolta ostinata, tal'altra alternantesi con diarrea.

A carico delle funzioni urinarie è notevole la poliuria, il tasso dell'urea debole, quasi costante la fosfaturia.

La pressione vasale debole si innalza esageratamente dopo il pasto, laonde si verificano vampate di calore al viso, pulsazione delle arterie cefaliche.

I disturbi dolorosi al cuore, dice Gilles de la Tourette, possono giungere fino all'imponenza dell'*angina pectoris*. L'*angina pectoris* dei neurastenici è delle più reali, e sebbene d'origine dinamica riveste sovente l'andamento dei disturbi cardiaci di origine organica. Angoscia precordiale, irradiazioni dolorose al braccio sinistro, il petto sembra serrato dentro una morsa. Ma al contrario di quello che succede nell'*angina pectoris* vera, il polso invece di essere debole, piccolo e intermittente è al contrario ampio, pieno, regolare. Le pulsazioni del cuore sono forti, violente, le palpitazioni in qualche modo regolari (Gilles de la Tourette).

A volte la pelle della regione precordiale è sede di una sensibilità squisita, il semplice contatto del vestito è mal tollerato. Noi però dobbiamo qui osservare che come possono essere assai variabili le condizioni di forza, frequenza e regolarità del polso anche nell'*angina pectoris* organica, i criteri notati dal Gilles de la Tourette non bastano a differenziare le due forme, e dobbiamo aggiungere che in molti casi, nei quali un quadro più o meno tipico di *angina pectoris* per la negatività dei fatti fisici e per la coesistenza di uno stato neurastenico fu per qualche tempo creduta di origine vasomotoria, l'ulteriore osservazione ha poi svelata la natura organica dell'affezione.

Talora si possono osservare nei nevrastenici degli attacchi pseudo anginosi che se non sono molto solenni per il sintomo dolore, hanno però, per le condizioni del polso, gli stessi caratteri o quasi delle angine organiche. Ciò si verifica specialmente in seguito all'abuso che fanno taluni nevrastenici di certi veleni, quali soprattutto l'alcool, il tabacco (fumo) che sembra loro, attenuino certe sofferenze. Tali forme pseudo anginose però più che false angine nevrasteniche o angine pectoris vasomotorie, sono delle angine tossiche che si verificano nei nevrastenici più che in altri soggetti per una speciale intolleranza.

Sintoma non raro è il tremore vibratorio a piccole oscillazioni, generalizzato quasi sempre, può prendere la lingua, le labbra, onde possono aversi leggeri disturbi dell'articolazione delle parole, ciò che deve essere tenuto in gran conto nella diagnosi differenziale con la paralisi generale.

Questi sommariamente i caratteri della sindrome nevrastenica per quanto riguarda i disturbi della sensibilità generale e specifica e della innervazione viscerale. Il complesso quadro che abbiamo indicato può presentare delle varietà notevoli, non solo per la prevalenza dei sintomi cerebrali o spinali, ma anche pel fatto che possono darsi dei casi in cui la sindrome sia assai incompleta e poco solenne nelle sue generalità, mentre si verificano gravi disturbi, del genere di quelli indicati, in limitate provincie del sistema nervoso. Tali forme vanno sotto il nome di neurastenie parziali. Ora occorre studiare accuratamente lo stato mentale dei neurastenici.

Per ciò che si riferisce allo stato mentale dei nevrastenici, tanto nelle forme di neurastenia originaria che acquisita, troviamo gli stessi disturbi psichici elementari. Attenzione poco distribuibile, ideazione piuttosto lenta, affetti torpidi, volontà debole. I dubbi le fobie, gli impulsi si trovano in entrambe le forme, ma queste manifestazioni morbose hanno caratteri alquanto diversi.

Nella neurastenia acquisita i dubbi le fobie gli impulsi sono essenzialmente singoli, hanno per solito un contenuto costante che non varia generalmente finchè

la forma non si modifica. L'oggetto del dubbio, dell'avversione, della tendenza impulsiva, non cambia che dentro una ristretta cerchia di cose analoghe e la sostituzione avviene per solito in un modo più o meno logico, dietro speciali occasioni. Per quanto spesso nei nevrastenici acquisiti risulti che tali sintomi in un modo transitorio si sono verificati all'epoca della fanciullezza e della adolescenza, pure essi appaiono d'un tratto con una certa solennità senza apparente preparazione e molto spesso insorgono dietro un fatto speciale che abbia richiamato l'attenzione dell'infermo destata in lui una più o meno viva emozione, colpita la fantasia, eccitata la sua aspettazione.

Nella nevrastenia originaria invece tali sintomi sono più generali; l'incertezza e l'indecisione riguardano presso che ogni convincimento, si riferiscono ad ogni determinazione, così sono molteplici e variati gli impulsi e le fobie che cambiano facilmente di contenuto; le avversioni, le tendenze morbose si succedono per cose diverse: dopo aver durato qualche tempo sopra un dato oggetto si attenuano e scompaiono per dar luogo a nuove fobie ed impulsi. Questa condizione speciale dell'animo accompagnata da uno stato emotivo più o meno penoso incomincia con le prime manifestazioni psichiche della vita, e perdura con poche variazioni per tutta l'esistenza.

Le ossessioni dei degenerati nevrastenici attaccano in una maniera durevole tutta la personalità psichica ed influenzano la vita intellettuale in ogni senso ostacolando tutti i processi associativi, in modo che nel soggetto verificansi continue e penose oscillazioni nella sfera sentimentale con periodi di scoraggiamento profondo fino a momenti di vera disperazione.

Fra i degenerati di questa specie noi troviamo gradi diversi. Vi sono forme semplici di psicastenia mite nelle quali tutta l'anomalia della mente è rappresentata dal dubbio positivo dal quale anche nelle più comuni circostanze della vita non esce facilmente il soggetto, e che nei casi più gravi non è dileguato neppure dalla prova dei sensi. Si hanno forme nelle quali il campo della coscienza del soggetto è invaso da idee fisse impul-

sive, delle quali esso si sente mancipio pur apprezzandole come elementi estranei alla propria personalità e che possono giungere fino ad assimilarsi in modo da costituire il centro di una cerebrazione abnorme, capace di guidare la condotta del malato, almeno in alcuni periodi, col sentimento interno di una libera determinazione. Alcuni di questi ultimi casi come abbiamo altrove affermato (Cfr. Tic e paranoia, *Riv. di psicologia, psichiatria, neuropatologia*, fasc. X. 1897) rivestono di tanto in tanto i caratteri di un vero delirio, e pel tempo che durano questi stati transitori ricorrenti, hanno non pochi punti di contatto con alcune forme di paranoia cronica.

Tali forme degenerative alcune rare volte presentano queste condizioni in un modo protratto a segno da sembrare quasi scomparsi i periodi durante i quali il soggetto sente l'estraneità delle idee fisse che lo dominano. In tali casi noi ritroviamo talora alcune note nosografiche proprie della paranoia originaria.

Il caso seguente ci pare un esempio di tali forme nosografiche, che fanno parte della grave degenerazione nevrastenica e non debbono rientrare nelle psicosi costituzionali come sono state da noi descritte.

Caso I. — Signora C. di anni 36 presentatasi al nostro ambulatorio il 9 maggio 1901, non ha notevoli eredità nevropatiche. Sembra che la madre fosse alquanto nervosa; sempre sana prima di maritarsi soffriva generalmente di una cefalea che non aveva caratteri di emicrania. Si è maritata a 21 anno. Ebbe un primo figlio un anno dopo il matrimonio, che morì nel nascere in seguito a grave operazione. A 24 anni ebbe un secondo figlio. Il parto fu laborioso, ma il bambino venne alla luce benissimo ed è tuttora vivente. Il marito dice che essa è stata sempre irrequieta ed irascibile e che dopo l'ultimo parto è diventata insopportabile. I contatti sessuali le sono riusciti sempre difficili, quasi sempre senza soddisfazione e spesso molestissimi. Ha avuto frequentemente perdite bianche. Per qualche tempo ha usato in modo da non aver figliuoli, in seguito anche avendo contatti frequenti e senza riguardi non è più rimasta incinta.

Da circa un anno si è mostrata più che per lo innanzi malcontenta di tutto. Aveva desideri frequenti che diventavano quasi ossessivi e che a modo dei tics la rendevano infelice prima che fossero soddisfatti, mentre rimaneva del tutto indifferente dopo che la sua aspirazione era stata appagata. Non risulta abbia mai precedentemente sofferto di scrupoli, anzi fino all'estate del 1900 aveva una certa indifferenza religiosa. In quell'epoca trovandosi a Viareggio osservò il marito che si era data alla preghiera. Sembra che avesse cominciato a temere l'influenza di streghe e simili, quindi ha rivelato di tanto in tanto il timore che persone diverse potessero farle del danno per mezzo di strani influssi. Era per solito una paura indeterminata che le sorgeva al vedere delle persone conosciute alla cui ostilità o malvagità aveva pensato per qualche insignificante dettaglio, ora al trovarsi con delle persone nuove il cui aspetto le sembrava poco rassicurante. Durante il viaggio per venire a Roma le è venuto in mente che due uomini che erano in treno con essa avrebbero potuto ucciderla al primo tunnel o all'arrivo del treno a Roma. Essa faceva comprendere dalla mimica i suoi timori, ed ha pronunciato più volte le parole: « *mi ammazzano* » in modo da essere udite, ciò che come dice il marito attraeva gli sguardi degli altri viaggiatori sopra di lei, e raddoppiava in essa il timore che la ipnotizzassero, secondo la sua espressione, per ucciderla. Secondo le affermazioni del marito nell'estate 1900 dopo aver letto libri di spiritismo o simili, mostrò la persuasione che l'occultismo sia una vera scienza ed ha avuto l'idea fissa di consultare degli scienziati per rendersi conto di tutto quello che le capita. Essa nel resto, dice il marito, ragiona sanamente. Interrogata la malata afferma che le fu insegnato a far dello spiritismo colle carte eppoi col tavolinetto mobile sopra l'alfabeto. Fece lungamente queste pratiche da sola. Evocava lo spirito di suo padre e dice che aveva dei responsi molto saggi e buoni consigli. Racconta inoltre che essa aveva al suo servizio una donna imparentata con una famiglia che aveva fama di poco onesta, i cui membri erano stati so-

spettati autori di un furto avvenuto poco tempo prima in casa sua. Dice che avendo accidentalmente informato questa donna delle proprie pratiche spiritiche fu molto meravigliata nel sentirsi rispondere che anch' essa sapeva evocare gli spiriti. Ritenne allora che quella donna, temendo che le pratiche dell'occultismo che essa signora C. faceva potessero riuscire a scoprire i veri autori del furto indicato, e per sventare il pericolo sovrastante ai suoi parenti, potesse cercare di farle del male. Un tale sospetto sorto in un modo logico divenne un po' alla volta un' idea fissa che era il punto di partenza di un continuo lavoro di auto-suggestione pel quale essa trovavasi ordinariamente in uno stato di aspettazione.

In tutti i momenti della sua vita l'attenzione di lei era rivolta a ricercare nessi causali fra le svariate percezioni giornaliere e le diverse rappresentazioni in rapporto coll' idea fissa delle rivelazioni soprannaturali. In mezzo pertanto a questo egocentricismo accompagnato da idee fisse emotive con dubbi e preoccupazioni speciali, sostenute da una continua autosuggestione, sorgono delle vere idee persecutive con l'abbozzo di un' idea di complotto ordito contro di lei. Un gruppo di persone, i parenti di quei supposti ladri cercano di farle del danno.

In realtà trattasi sempre piuttosto di uno stato dubbioso con un certo grado di delirio d'osservazione, nel quale pertanto a differenza delle comuni ossessioni, è meglio assimilata al proprio *io* l'idea fissa, e comincia ad essere apprezzata come una convinzione. Tuttavia un tale convincimento non è costante e ben radicato, e il dubbio stesso che l'assale a tratti è, nella conversazione col medico, per qualche momento, anche dileguato.

V' ha inoltre nella nostra malata anche un altro sintomo. Essa parla di allucinazioni visive, di figure o facce umane. Dalla descrizione che essa ne fa però appare chiaro come la supposta imagine allucinatoria non sia che una rappresentazione eccessivamente vivace e colorita, capace di essere proiettata all'esterno, ma esclusivamente in modo che l'ammalata non perda la coscienza dell'attività del suo lavoro interno. Nei momenti in cui essa è più turbata si delineano nella sua

fantasia i contorni di una testa. Ella si trattiene a guardarla nei suoi particolari rendendo più marcati specialmente quelli che sono più capaci di commuoverla. Girando gli occhi, guardando in un punto fisso, sul suolo specialmente, dice, le pare di veder quell'immagine, che in genere è una testa: se fosse abile potrebbe dipingerla. Ma essa non la confonde con la realtà sente che questa figura è un parto della sua fantasia, che è essa che la produce, che la modifica anche senza volerlo se cambia di posizione, se gira attorno lo sguardo, o meglio anche se ad occhi chiusi fissa la sua attenzione in punti diversi dello spazio.

Il caso presente, che come abbiamo visto non può esser confuso con una paranoia cronica, ci rappresenta essenzialmente quanto verificasi non di rado in certi stati psicopatici transitori dei nevrastenici. Il quadro morboso del nostro soggetto, con poche oscillazioni, e notevoli variazioni nell'intensità dei fenomeni persiste da oltre un anno. — In un suo scritto recente si rileva la costanza di certi fatti fondamentali. Dopo aver parlato di alcune sofferenze che si ripresentano a lei dopo molto tempo ch'era migliorata, mette in rilievo quello che essa chiama « *una causa degna di nota* » fa notare che la recrudescenza dei suoi disturbi coincide con la notizia che il prof. Lombroso deve venire nel suo paese. Attribuisce il suo peggioramento ai raddoppiati sforzi dei suoi nemici nel timore che essa vada a parlare delle *sue opinioni* a Lombroso ed abbia da questo lumi e consigli per scoprire e sventare le loro trame ed accennando agli articoli sullo spiritismo di Leo Pavoni pubblicati sulla Patria, dice: « Io non ero padrona di leggerlo (quel giornale) perchè riscontravo subito l'«
« cito nemico, ed i miei occhi dovevano vedere le loro
« facce, (ombre sul muro) che se avessi l'istantanea
« potrei riprodurre. Spero però che non andrà a lungo
« che la scienza si pronuncierà e si deciderà a credere
« che un uomo può avere influenza sull'altro e comu-
« nicazioni con esseri viventi e morti ».

Un caso di questo genere non è improbabile, special-

mente se un'adatta terapia psichica non interviene, che passi ad una forma più grave.

Dal nostro punto di vista trattando delle psicosi costituzionali noi dobbiamo chiaramente distinguere tali casi di degenerazione nevrastenica da quelle forme psicopatiche dovute alla neurastenia acquisita, che non possono rientrare fra le forme degenerative.

Dal punto di vista clinico la neurastenia acquisita si differenzia soprattutto pei dati anamnestici. Nelle forme acquisite mancano i fatti degenerativi e, o non vi è labe ereditaria, o questa è semplicemente costituita da una eredità nevropatica semplice, mite e spesso dissimilare.

I fatti psicopatici non seguono ad un lungo periodo di manifestazioni nevrasteniche di diversa natura che si siano andate accumulando coll'evoluzione del soggetto ma o sono l'effetto diretto di esaurimento, intossicazione ecc., o come abbiamo sopra indicato, anche indipendentemente da queste cause morbigene hanno avuto il loro inizio più o meno brusco in qualche fatto che ha colpito l'immaginazione del malato in un momento in cui questi trovavasi in condizioni di maggiore vulnerabilità psichica per eventuali condizioni che anche in soggetti normali sogliono aumentare l'eccitabilità psichica, diminuire la resistenza nervosa. In alcune forme speciali, che noi distinguiamo col nome di Nevrastenia autosuggestiva, un soggetto anche senza precedenti morbosi colpito da una di queste cause, di una certa intensità relativamente alla sua predisposizione, è inconsciamente portato a rivolgere la sua attenzione sul proprio *io* per l'ipotetica influenza che il fatto osservato potrebbe avere sulle sorti della propria persona. In tali casi, che talvolta sono esclusivamente rappresentati da sensazioni abnormi più o meno penose, ma accompagnate sempre da uno stato depressivo dell'animo, paura, angoscia, preoccupazione, è sempre il disturbo cerebrale che primeggia e crea le parastesie, e per la sopra eccitazione dei processi associativi in un ristretto circolo d'immagini relative ai fenomeni somatopsichici, dà luogo a stati emotivi penosi, ossessioni ipocondriache, idee fisse malinco-

niche. Un quadro psicopatico di questo genere si trova non di rado come parte della sindrome dell'istero-nevrastenia traumatica. Questa forma morbosa, che può decorrere senza notevoli fatti mentali, acquista una speciale gravità se trovasi combinata ad una forma confusionale stuporosa o malinconica. È questa soprattutto che suole avere a preferenza delle altre il carattere di una certa stabilità. Qui dobbiamo incidentalmente notare che l'istero traumatismo può presentare nei disturbi psichici dei caratteri tali da costituire una vera e propria forma di psicosi nevrastenica, ciò che verificasi più facilmente in quei casi che non hanno presentato nel loro decorso stimate isteriche solenni e caratteristiche.

I sintomi isteroidi emiipoestesie, restrizione del campo visivo con o senza fenomeni discromatopsici, abolizione del riflesso faringeo, insorgono talora dopo un trauma, in soggetti che non ebbero veri e propri precedenti isterici e costituiscono una parte della sindrome nella quale predominano i fatti nevrastenici e soprattutto i disturbi psichici propri di questa nevrosi. Tali casi per quanto riguarda la prognosi debbono considerarsi come più gravi di quelli nei quali predominano i fatti isterici, e specialmente gli accessionali.

I disturbi mentali pertinenti alle forme di nevrastenia acquisita sono in genere poco stabili (stati psicopatici transitori dei nevrastenici). Talora pertanto, piuttosto raramente, si incontrano stati morbosi di questo genere che si protraggono per settimane e mesi e che talora possono dar luogo anche a delle successioni morbose per natura loro più persistenti od anche addirittura a forme terminali, e possono presentarsi come forme malinconiche confusionali, ticchiose o deliranti. Il caso seguente nel quale potrebbe sembrare a prima vista trattarsi di un'isterica, e che ha certamente di molti punti di contatto coll'istero traumatismo è un esempio di tali forme costituzionali che noi facciamo rientrare fra le psicosi nevrasteniche.

CASO II. — A. C. di Grotta S. Stefano, anni 50, tessitrice, maritata, con prole. Il padre restò ucciso in una lite, la madre è vivente e sana. Ha 2 fratelli e 2 sorelle

in buona salute. L'inferma fu mestruta a 16 anni, si maritò a 21; ebbe 6 figli dei quali uno morì per eclampsia infantile, altri morirono per malattie comuni o per accidenti; uno è vivente e gode buona salute. L'inferma asserisce di essere stata bene fino a 45 anni, quando cominciarono le sue sofferenze in seguito a questo fatto che essa narra. Una sua vicina rubò degli agli ed essa fu incolpata di complicità e condannata a 10 giorni di carcere. Mentre scontava la pena le fu bruscamente annunciata la morte del suo unico figlio di 13 anni. Fu messa in libertà una giornata freddissima mentre nevicava, ed essa a piedi si recò da Viterbo al proprio paese percorrendo 14 chilometri. Giunta a casa affranta dalla stanchezza, e sofferente di dolori vaghi nella persona fu colta da febbre e rimase a letto 20 giorni. Alzatasi cominciò a soffrire di un dolore urente che dall'epigastrio si irradiava alle regioni lombari d'ambo i lati, che dapprima moderato si rese poi acerbissimo e la obbligò nuovamente a letto ove rimase per circa 9 mesi. Tutto questo tempo si lamentava di un senso di stiramento al ventre e all'epigastrio, aveva un dolore fisso allo sterno che si irradiava al collo producendo un senso di soffocazione. Soffriva anche di una continua e lieve cefalea, essa era divenuta irritabile, ostile, e minacciosa contro chi la curava. Soleva gridare che le togliessero il diavolo dal corpo.

Relativamente a questa esclamazione che impressionava gli astanti ed il medico, essa assicura ora che si esprimeva così per indicare l'intensità dei dolori che la torturavano, ma non ebbe mai la convinzione di essere invasata, nè fu assediata da altre analoghe false idee. Rifiutava il cibo, andava in escandescenze se si insisteva con lei, e giunse fino a gettare dei piatti che aveva dinanzi. Minacciata dal medico che l'avrebbe fatta rinchiodere in un manicomio ne fu grandemente turbata, e tentò, in modo peraltro poco efficace, di appiccarsi ad una corda. Dopo questo tentativo fu rinchiusa nel manicomio di Roma il 12 febbraio 1901.

Nel 1° semestre di degenza ebbe alternative di calma e di agitazione, talora con ansia; durante alcuni di que-

sti periodi ripeteva spesso la sua frase che le si togliesse il diavolo dal corpo; diceva talora che le era stata fatta una fattura e che non si sarebbe riusciti a guarirla. Si lamentava continuamente di cefalea e di paraestesia al torace e all'addome.

Durante il 2° semestre si lamenta di debolezza generale, accusa sempre dolori all'epigastro ed alla gola; la cefalea si fa più intensa ed è accompagnata da indebolimento della vista. L'inferma peraltro è più tranquilla. Entra in clinica il 12 dicembre 1901. Accusa un senso di pressione alle tempie ed un dolore gravativo su tutta la testa. Si lamenta di formicolio che comincia dagli arti inferiori, invade il tronco, passa per gli arti superiori e finisce alla testa con delle vampate. Sono notevoli alcune sue frasi per indicare delle sofferenze inesprimibili. Si sente prendere in un pugno tutti i suoi nervi, si sente sollevare da terra. Ha un dolore fisso nella regione epigastrica (*morso di cane allo stomaco*). Questa sensazione dolorosa talora le avvolge il tronco a cintura o le sale in alto fino alla gola producendole un senso di soffocamento. Si sente strozzare.

Esame obiettivo del 4 gennaio 1902.

Nulla di notevole dal punto di vista antropologico, nulla a carico degli organi toracici e addominali, salvo che lo stomaco leggermente disteso offre una certa resistenza alla palpazione ed è dolente. Toni del cuore deboli, polso frequente. La respirazione è superficiale, di tanto in tanto emette dei sospiri.

All'esame della motilità nulla di notevole a carico del facciale; oculomozione normale, leggero fremito delle palpebre ad occhi chiusi. Lingua tremula *in sito*, protrusa presenta inoltre delle oscillazioni *in toto*. Tremore degli arti superiori protesi, prevalentemente alle estremità delle dita. Si compiono bene tutti i movimenti passivi. I movimenti attivi degli arti superiori si compiono lentamente e come da persona molto stanca.

Deambulazione a passi piccoli e lenti; sembra sofferente nell'incesso.

Normali i movimenti del tronco. Si regge abbastanza bene sopra una gamba sola. Le pupille reagi-

scono alla luce ed all'accomodazione un po' torpidamente.

Riflessi superficiali. Vivaci il toracico e l'addominale che furono esaminati, diminuito il congiuntivale specialmente a sinistra, abolito il faringeo.

Dei riflessi profondi, i rotulei sensibilmente normali; si può ottenere il riflesso del medio abbastanza isolato. A carico della sensibilità si rileva una notevole ipoestesia tattile dolorifica e termica di tutta la metà destra del corpo.

Anche per l'udito, l'olfatto il gusto sembrano alquanto diminuiti a destra. Visus a destra 1, a sinistra $\frac{2}{3}$. Non vi è discromatopsia. Campo visivo concentricamente ristretto d'ambo i lati.

All'esame psichico, nel riparto sta seduta per lo più appartata, poggia le mani sull'epigastro, come per lenire un dolore ivi localizzato, spesso si lamenta con voce flebile quasi impercettibile. Chiamata obbedisce prontamente e viene da sè con incesso grave e lento, tutta raccolta in sè stessa, alquanto ricurva a testa bassa, e chiede subito di mettersi a sedere non potendosi reggere in piedi. Ha l'aspetto depresso e sofferente. Se interrogata risponde con voce debole stanca, ma nel linguaggio non rivela disturbo alcuno. Ha una condotta eccellente. Non parla di sua iniziativa. E' tranquilla, rispettosa ed obbediente.

Comprende bene le domande semplici e complesse. La sua attenzione è abbastanza pronta, sia nelle cose che direttamente le si chiedono sia in quanto concerne ciò che la riguarda quando si leggono i fatti della sua vita. E' in grado di far correzioni che sono risultate giuste nei dati di fatto. Ricorda minutamente i fatti antichi e recenti della sua vita. Conserva cognizioni esatte di tempo, di luogo e di persone. Ricorda che il male la faceva essere stravagante con i suoi e con tutti, ma dice che erano talmente grandi le sue sofferenze fisiche in terne che non solo non poteva dominarsi, ma talora le davano una tal confusione da non poter capire più quello che si facesse.

Non vi sono disturbi dell'ideazione e dal modo come

interpreta i fatti che le sono occorsi, pare che non vi siano mai state vere idee deliranti.

L'affettività familiare è mantenuta e si rattrista parlandole del figliolo morto e dei parenti che non vede, tuttavia essa discorre più facilmente delle sue sofferenze che dei suoi dolori morali, più scoraggiata per la sua malattia che preoccupata per la sua famiglia. Parlandole della sua imputazione rivela un senso morale abbastanza sviluppato. Non mostra sentimenti di odio per coloro che, a detta sua, le hanno ingiustamente procurato i danni morali e materiali della prigionia, origine di tutta la sua disgrazia. Desidera di tornare in famiglia, ma non ha fiducia di guarire. L'energia di volontà si rivela assai debole nei suoi desideri e nelle sue azioni. Oltre i disturbi della cenestesi di cui sopra, non ha illusioni o allucinazioni propriamente dette.

I due casi che abbiamo studiati non sono certamente i più comuni del genere. L'ultimo dei due osservati ad un certo momento della sua evoluzione presenta le note culminanti di una malinconia con idee ipocondriache. Se ne distingue pertanto perchè lo stato di depressione non è in rapporto con un notevole ostacolo dei processi psichici, con un rallentamento di tutte le funzioni organiche. La tristezza non è legata ad una idea fissa di piccolezza non è accompagnata da autorimprovero. Essa è l'indice della preoccupazione nella quale trovasi la malata per l'importanza che hanno ai suoi occhi le sue sofferenze organiche, è l'effetto della sua sfiducia nella guarigione.

Quanto all'altro caso voi oramai sapete come la degenerazione nevristenica rivesta ordinariamente delle forme assai più semplici di quella sopra descritta e soprattutto come fra i disturbi mentali dei nevristenici degenerati, non solo non si trovino veri e propri disturbi sostanziali dell'ideazione, ma non meno degli impulsi e delle fobie, anche le idee fisse emotive sieno generalmente apprezzate dal malato come elementi estranei al proprio io, e non sieno che eccezionalmente assimilati in modo da dare, come nel caso nostro, periodi più o meno duraturi di un pseudo convincimento, o meglio di

un insistente sospetto logicamente sostenuto. E' assai istruttivo questo caso complesso di degenerazione psichica che rappresenta ancora la sindrome psicastenica, ma trovasi sul confine fra questa e la sindrome paranoica.

E' avendo presente un esemplare di questo genere che vi sarà facile ravvisare i limiti entro i quali deve essere ristretto il concetto della degenerazione nevra-
stenica e differenziare da questa le forme costituzionali di psicosi nevra-
stenica.

LEZIONE IV.

LE PSICOSI EMICRANICHE

Finora come tipi di psicosi costituzionali abbiamo trattato delle psicosi isteriche e nevrasteniche cercando di definire tali forme in base a dei quadri psicopatici che per il loro corso e la durata meritassero il nome di psicosi e che fossero in stretto rapporto, sia per la natura dei fatti mentali che per i fenomeni nervosi che li accompagnano, con le rispettive nevrosi: l'isteria e la nevra-
stenia.

Nello studio che abbiamo fin qui fatto delle psicosi costituzionali noi ci siamo adunque trovati costantemente dinanzi a pazienti nei quali era dimostrabile la preesistenza di una nevrosi costituzionale più o meno nettamente delineata, e come tale universalmente riconosciuta.

Parlando ora delle psicosi emicraniche noi non possiamo accontentarci di descrivere delle forme morbose mentali accompagnate da una fenomenologia nervosa che abbia stretti rapporti colla sintomatologia dell'emigrania; ma ad interpretare convenientemente dei quadri morbosi di un tal genere e perchè possa essere da parte nostra giustificato il concetto che tali stati psicopatici siano essenzialmente d'origine costituzionale c'incombe l'obbligo di porre il quesito se l'emigrania debba considerarsi semplicemente come una sindrome nervosa di oscura genesi, dovuta ad alterazioni sia organiche che funzionali di determinati territori nervosi, ovvero sia il quadro sintomatologico più o meno costante di una determinata diatesi nervosa, che come l'isteria, la nevra-

stenia, l'epilessia abbia la sua ragion d'essere in una abnorme reattività nervosa, congenita o acquisita.

Coloro che hanno per i primi studiato l'emigrania hanno confuso certe forme nevralgiche nel campo del trigemello con il quadro caratteristico dell'emigrania, quale è stato più tardi definito.

Fra gli antichi che hanno trattato di questa forma morbosa tutti più o meno hanno preso a studiare gli accessi considerandoli ciascuno come la malattia stessa, e confondendo con la causa determinante dell'attacco, la etiologia di essa, che era perciò stabilita da alcuni nel calore, nelle fatiche eccessive, nel sonno perduto o nell'alterazione funzionale dello stomaco, e così via via. Non è mancato chi pur considerando l'emigrania come essenzialmente rappresentata dal dolore di testa, ha saputo vedere in questo sintomo dei caratteri differenziali dalla nevralgia del 5° paio, e Romberg l'ha definita: *nevralgia cerebralis*; lo Schoeulein ha visto nella emigrania dei punti di contatto con le manifestazioni isteriche, per cui l'ha chiamata *hysteria cephalica*, attribuendo la malattia, secondo i concetti ch'egli aveva dell'isteria, a malattia degli organi sessuali.

Fra i recenti trattatisti i primi che si sono occupati con un indirizzo positivo della fisiopatologia di questa forma, hanno avuto piuttosto in mente di trovare un'adatta spiegazione fisiologica dei fenomeni morbosi che la rappresentano, anzichè ricercarne la natura. E così il Dubois Reymond crede che molti casi almeno di emigrania siano dovuti ad un tetano dei vasi innervati dal simpatico cervicale, forme di emigrania che egli chiamò simpatico tonica, e considera questa malattia come una nevrosi vasomotrice, o malattia del simpatico.

Il Mollendorf ha parlato di forme di emigrania, determinate invece da paralisi vasomotrici, e Eulemburg ha constatato forme di emigrania simpatico-toniche e simpatico-paralitiche, dovute le prime ad uno spasmo vasale di una metà del cervello, e le seconde ad una paralisi dei medesimi vasi.

Ora, come osserva il Kowalewsky lo studio clinico

dell'emigrania è stato assai fertile di risultati, non solo per le differenti forme della malattia che ha messo in rilievo, ma, e per noi ciò è ben più importante anche per i rapporti che questa malattia ha con altre forme nervose, per le condizioni generali dell'organismo, durante un accesso e negli intervalli che li separano l'uno dall'altro. Fin d'ora notiamo come la clinica abbia constatato l'esistenza indubbia di veri e propri equivalenti emigranici, la stretta parentela che esiste fra l'emigrania e l'epilessia, ed i rapporti che esistono fra l'emigrania e le malattie mentali. L'emigrania se non quasi sempre, come pensa il Kowalewsky, è non raramente, connessa con la degenerazione. Noi cercheremo di dimostrare che questa malattia se non trattasi di forme fruste, di diversa patogenesi, come le così dette Emigranie isteriche, deve considerarsi come l'espressione di una vera e propria diatesi nervosa *sui generis*. Ma prima di tutto dobbiamo indicare la sintomatologia di questa malattia.

Il sintomo culminante dell'emigrania è un dolore di capo parossistico al quale si aggiungono, ordinariamente altri disturbi sensitivi e sensoriali. In alcuni casi può avvenire che il dolore di testa manchi e che l'attacco sia rappresentato o da fenomeni sensoriali di vario genere o da sintomi motori, vasomotori o anche da fatti psichici. Negli intervalli fra gli attacchi, gli ammalati si trovano ordinariamente in condizioni normali. Non è raro pertanto che si abbia un lieve dolore di testa con caratteri diversi dal parossistico nei periodi intervalari.

Senza accennare alle cause determinanti l'accesso delle quali ve n' ha di quelle che per alcuni soggetti hanno assolutamente un effetto immancabile, come il sole, il digiuno e che non hanno alcun effetto nocivo sopra altri emigranici che alla lor' volta designano altre cause occasionali, d'azione più o meno costante, e ricordoci che in un gran numero di questi malati l'accesso si verifica a periodi più o meno regolari, senza che intervenga alcuna causa occasionale, vogliamo ora esporre brevemente la sintomatologia di un attacco.

Nelle forme più comuni l'invasione non di rado sfugge all'osservazione del medico e del malato in quanto che questi si desta al mattino in preda ad un attacco completo, più spesso invece l'attacco è preceduto da prodromi, malessere generale, pesantezza e paraestesia alla testa, brividi, ambascia precordiale, bolo esofageo, alcune volte paraopsie, vertigini, sbadigli, starnuti ecc., fenomeni che sono accompagnati talora da fatti obbiettivi apprezzabili, cioè aspetto stanco, palpebre gonfie o abbassate, tratti stirati, colorito terreo della pelle ecc. Alcuni autori han dato il nome di aura ai sintomi precursori dell'attacco e specialmente a quelle diverse paraestesia che trovansi di frequente all'inizio di attacchi epilettici, e per analogia appunto al quadro dell'epilessia, il concetto ed il nome di aura è stato esteso a certi disturbi più complessi che sogliono in alcuni casi precedere l'attacco emicranico, quali sono appunto delle forme transitorie di afasia, lacune mnemoniche ecc.

Compare quindi il sintomo fondamentale, la cefalea che spesso invade una metà della testa e va aumentando a poco a poco per dar luogo a delle brevi remittenze con esacerbazioni successive. E' solo in pochi casi eccezionali che la cefalea emicranica, conserva il suo carattere unilaterale, essa può apparire al vertice alla nuca alla fronte, o cominciando dalla tempia, dalla regione orbitaria di un lato, oltrepassare la linea mediana, invadere tutta la testa; talora si estende alla gota, al mento, al collo alla spalla. In alcuni casi ai sintomi precursori non succede il dolor di testa e l'attacco abortisce.

Oltre alle differenze d'intensità e di sede che può presentare il dolore di testa, è degna di nota l'osservazione del Moebius che ha osservato il dolore d'una metà della testa seguire spesso in modo crociato ad un'aura unilaterale. Ordinariamente vi sono altri sintomi a completare il quadro dell'emicrania tipica, primo fra tutti è un'eccessiva eccitabilità di tutti gli organi dei sensi che, secondo Kowalewsky, più che come una troppo squisita impressionabilità, deve considerarsi quale una troppo energica ed abnorme reazione agli stimoli esterni.

Sintomi frequentissimi poi ad accompagnare il mal di testa sono la vertigine, la nausea ed il vomito. In altre forme, in cui il dolore di capo non rappresenta che una parte secondaria del quadro, possono invadere dei sintomi sensoriali, nel pieno benessere del soggetto. Più comuni di tutti sono i disturbi visivi che offrono una notevole varietà.

Difatti alcuni sono di natura irritativa, altri sono di deficienza funzionale cioè le ambliopie unilaterali e restringimenti concentrici, le limitazioni parziali del campo visivo spesso bilaterali fino a raggiungere l'emianopsia completa, lo scotoma centrale o laterale più o meno completo e rappresentato esclusivamente da una chiazza d'offuscamento di grado diverso, talora monoculare, spesso bioculare.

Fra i sintomi irritativi meritano speciale menzione gli scotomi scintillanti, col qual nome si intendono degli anelli luminosi che appaiono intorno alla macchia scura dello scotoma, nei quali si ha la sensazione di particelle lucenti che oscillano e vibrano rapidamente ovvero scotomi luminosi nel centro con visione colorata o poliedri a zig zag con angoli luminosi e scintillanti, i quali furono detti spettri di fortificazioni.

I casi di emicrania nei quali appaiono i notati sintomi visivi, come parte culminante del quadro morboso, e nei quali lo stesso dolor di testa, se v'ha, non ci rappresenta che un epifenomeno, furono distinti dai casi ordinari, e raggruppati in una forma speciale che va sotto il nome di emicrania oftalmica.

In tali forme i disturbi visivi suddetti possono accompagnarsi a nevralgia dell'occhio con iperestesia alla pressione, spesso lagrimazione, fotofobia. Il Galezowsky ha osservato ambliopia con nevralgia crociata.

Nei casi tipici di emicrania oftalmica, il quadro sensoriale precede la cefalea che spesso si accompagna ad una sensazione di vertigine ed è seguita da nausea e vomiti coi quali si chiude generalmente l'accesso. Tale sindrome è talora incompleta, e ai disturbi oculari non segue come abbiamo indicato il dolore di testa, o ha luogo solo una leggera cefalea alla quale non succede

la nausea ovvero è culminante il quadro tipico dell'emicrania volgare, cefalalgia con nausea e vomiti, e i fenomeni visivi non sono rappresentati che da una lieve e passeggera obnubilazione della vista. In alcuni casi si alternano in accessi diversi i sintomi oftalmici, ed il quadro dell'emicrania volgare, (emicranie oftalmiche dissociate).

È così che l'emicrania oftalmica non diversifica dalla emicrania volgare se non per essere una forma dalla sintomatologia più complessa, di modo che sarebbe giusto distinguere l'emicrania in volgare e complessa, e considerare l'oftalmica, come un caso speciale di quest'ultima classe.

Fra le emicranie più o meno complesse rientrano tutte quelle nelle quali verificansi disturbi a carico di altri sensi specifici, specialmente paracusie e paraosmie; così si hanno paraestemie a carico della faccia, della lingua delle fauci, formicolio degli arti che è frequente specialmente ai superiori, e spesso si continua con sensazioni analoghe delle labbra o della lingua, con impedimento a parlare. Nelle emicranie complesse si danno eziandio, quantunque raramente, disturbi motori, quali tremori, contratture toniche, dei muscoli della faccia, restringimento dell'apertura palpebrale, tanto da dare in certi momenti un aspetto asimmetrico alla faccia del malato. Meno rari sono i fenomeni d'ipocinesia che possono giungere fino a costituire una vera emiplegia. Si hanno inoltre i disturbi della parola, specialmente parafasia, e la forma di afasia motoria e sensoria. Tali sintomi specialmente i sensoriali che sono parte integrante delle emicranie complesse, coi quali anche si iniziano alcuni dei volgari attacchi emicranici, sono seguiti a distanza di pochi minuti a mezz'ora dal dolore di testa che può essere di intensità assai varia e che nei soggetti diversi ha per solito un decorso che si ripete con una certa costanza per il modo col quale va aumentando, la sede che attacca successivamente, l'intensità a cui giunge ed il modo di recedere.

Al principio dell'invasione il dolore di testa è accompagnato talora da un lieve senso di vertigine: nel-

l'acme, si ha ordinariamente la nausea che può durare parecchie ore, e che può portare al vomito. Questo per quanto riguarda le forme sempre abbastanza tipiche di emicrania più o meno complessa. È a notare peraltro che i disturbi della parola i fatti sensitivi e motori di un lato della faccia e degli arti possono anch'essi presentarsi in queste forme complesse in modo dissociato, in parossismi cioè che si alternano con accessi di emicrania oftalmica pura, e in tali soggetti come possono darsi degli attacchi di afasia transitoria senza emicrania, possono darsi eziandio degli accessi epilettiformi specialmente di epilessia parziale.

Ma fra queste, secondo la scuola francese, deve essere presa in speciale considerazione un'altra forma, nella quale v'ha di caratteristico la presenza di fatti paralitici a carico dell'oculomotore comune. Charcot che ha descritta tale forma l'ha chiamata emicrania oftalmoplegica. Il quadro sintomatologico di questa malattia, se è tale da giustificare il concetto della scuola francese che ne fa una sottospecie dell'emicrania, ha però in sé tale fenomenologia da distinguersi da tutte le altre forme di emicrania complessa. I tedeschi ne fanno un'entità morbosa assolutamente indipendente, che va col nome di paralisi recidivante dell'oculo motore comune. La comunanza di natura fra la paralisi dell'oculomotore e l'emicrania nella malattia descritta da Charcot è, secondo noi, abbastanza ben stabilita dai differenti periodi che in una forma tipica sogliono verificarsi: il primo dei quali può dirsi appartenere all'emicrania volgare. Il dolore di testa preceduto da quel caratteristico malessere di cui abbiamo sopra parlato, è accompagnato o seguito dalla nausea e dal vomito, suol essere unilaterale e mantenersi tale per tutta la durata dell'accesso, durata che può variare dentro i limiti di tempo abbastanza estesi, cioè a dire dai 4 o 5 giorni ai 20 o più. Durante questo tempo un tale dolore di testa ha delle esacerbazioni mattutine e vespertine con nausea e frequenti vomiti, finchè esso cessa, in genere bruscamente per dar luogo alla paralisi dell'oculomotore, la quale persiste e continua per un tempo più o meno

lungo, corrispondente in qualche modo alla durata più o meno lunga del primo periodo dell'accesso. Gli accessi più lunghi poi corrispondono a periodi intervallari più lunghi, di maniera tale che si hanno degli attacchi di emicrania oftalmoplegica che durano parecchie settimane nei soggetti che hanno periodi intervallari di oltre un anno. Nei casi nei quali gli attacchi sono più lunghi e più rari si osservano fenomeni di una speciale gravità. Di questi alcuni sono riportabili agli stessi disturbi di innervazione oculare che presentano una speciale tenacia e persistono anche dopo cessato il quadro solenne dell'attacco stesso, fatto che non di rado si combina coll'altro che durante i lunghi periodi intervallari riappare di tanto in tanto una forma abortiva di dolore di testa.

Altri appartengono alla complicazione con fatti sensitivi d'altra natura, motori e psichici di diverso genere.

La natura pertanto di quei quadri psicopatici che vengono descritti da alcuni autori come facenti parte della fenomenologia dell'emicrania complessa è ben più discussa di quel che non lo siano stati i rapporti di dipendenza fra l'emicrania e le oftalmoplegie recidivanti.

Abbiamo sopra accennato come a nostro avviso si diano indubbiamente delle forme di oftalmoplegia alla dipendenza di accessi emicranici, senza affermare per altro che tutte le forme di oftalmoplegia recidivante debbano considerarsi come accessi emicranici.

Per ciò che si riferisce agli attacchi psicopatici è fuori dubbio che le forme dolorose da causa diversa e nevralgie di diversa sede anche estractefaliche sieno capaci di dar luogo a fenomeni psichici di diverso genere intensità e durata. Ma sarebbe un errore, appurata l'esistenza di queste forme, di voler riportare costantemente all'elemento dolore e rispettivamente alla cefalea, i disturbi psicopatici che vengono eventualmente osservati in soggetti emicranici. Se noi poniamo mente alle distimie (Griesinger) o disfrenie (Schüler) nevralgiche, nelle quali la forma psicopatica transitoria insorge essenzialmente nell'acme di un dolore intenso qualunque

ne sia la sede, e le paragoniamo a quelle altre forme mentali, non meno transitorie e sia pure abortive, nelle quali i disturbi psichici più o meno elementari o complessi che verificansi in un soggetto emicranico spesso succedono o precedono la stessa cefalea, o almeno insorgono quando questa è meno intensa e ci si rivelano come esplicazione di sintomi sensoriali che fanno parte del comune corredo dell'emicrania oftalmica ovvero fanno seguito alla sintomatologia propria dell'emicrania oftalmoplegica, il dubbio sulla genesi di tali forme non può essere più ammesso. Fin dal 1894 ho io richiamato l'attenzione su degli attacchi atipici di emicrania con fenomeni sensoriali e psichici, invadenti d'ordinario in modo graduale — di lunga durata, con remittenze ed intermittenze in soggetti che non hanno mai o quasi mai avuto attacchi solenni di emicrania tipica e che io chiamai col nome di nevrosi emicraniche. In alcuni dei casi descritti da me, non solo non si ebbe coincidenza dei fenomeni sensoriali, allucinazioni coscienti e terrificanti che costituiscono la parte essenziale dell'attacco psicopatico abortivo con una qualsiasi esacerbazione del dolore di testa, ma anzi non esisteva cefalea durante questi attacchi transitori. Ciò basta, a mio avviso, per considerare siffatte sindromi come speciali esplicazioni sintomatiche di quello stato morboso del quale, manifestazioni ricorrenti sono i comuni accessi emicranici o di emicrania oftalmica, e non già come conseguenza esclusiva di un unico sintomo più o meno costante degli attacchi emicranici: la cefalea.

Alla stregua del concetto di Griesinger e di Schüle, Mingazzini nel 1893 aveva così considerati tali stati psicopatici transitori, da lui osservati in soggetti emicranici, in rapporto con accessi di emicrania specialmente oftalmica. Nei casi descritti dal Mingazzini nella sua prima memoria, gli stati psicopatici sembrarono realmente insorti quando gli accessi emicranici furono più lunghi e violenti ed il dolore più acuto, e quindi poté essere giustificata l'idea di classificarli fra le disfrenie nevralgiche, considerando la cefalalgia emicranica e non l'emicrania stessa quale causa del disturbo mentale. Non

è qui il caso di parlare degli attacchi psicopatici transitori che sono alla dipendenza di forme nevralgiche, nemmeno quando la nevralgia che determina la psicosi sia sintomo di un attacco emicranico.

Ma se noi potremo dimostrare che quadri analoghi a quelli descritti dal Mingazzini si verificano in soggetti emicranici, non solo in un modo indipendente da ogni singolo sintomo di questa malattia, ma anche al di fuori delle comuni manifestazioni accessionali dell'emicrania, allora è forza di logica ammettere che, o essi sono del tutto indipendenti dall'emicrania stessa, o dipendono anzichè dallo stato in cui trovasi il soggetto durante l'accesso emicranico da quelle stesse condizioni per le quali si verificano in lui ricorrentemente gli attacchi di emicrania.

Come per l'epilessia è dimostrato che si danno dei quadri morbosi psichici sensoriali od anche viscerali che possono bensì complicare o sostituire i comuni attacchi eclampatici, ma che talora rappresentano da soli tutta la fenomenologia accessionale della nevrosi, così è a ritenere che anche l'emicrania sia talora esclusivamente rappresentata da sindromi nevro o psicopatiche essenzialmente distinte da quei ben noti quadri morbosi che costituiscono i diversi accessi di emicrania semplice o complessa.

Del resto fra l'emicrania e l'epilessia non esistono soltanto tali rapporti di analogia, ma fra le due nevrosi esistono rapporti più intimi che il Ferè, come abbiamo sopra indicato, ha meglio d'ogni altro messo in rilievo considerandole entrambe come manifestazioni di analoghi disturbi funzionali del cervello. Egli cita l'osservazione del Lieving, di una serie di intermediari che possono stabilire la transizione fra le due nevrosi, e l'osservazione di Gray di emicranie periodiche sostituite da accessi epilettici che si riproducono ad intervalli presso che identici.

A proposito dei rapporti fra l'emicrania e l'epilessia, ricorda il Ferè l'osservazione che i movimenti riflessi, i quali si producono in ragione di eccitazione sensoriale (dolorosa o no) si producono dapprima in una

maniera predominante in quei muscoli i cui nervi sono in rapporto funzionale o anatomico col nervo eccitato. Tale osservazione fisiologica è importante per l'interpretazione delle epilessie d'origine sensoriale e di questa natura sono probabilmente i rapporti che esistono fra l'emigrania oftalmica e l'epilessia parziale. Le emigranie sensoriali dice il Ferè, possono anche far parte del complesso sintomatico della cosiddetta epilessia generale *d'embliée*. Vi sono delle emigranie che cessano così bruscamente come dei parossismi epilettici.

Ciò a nostro avviso mentre ci prova gli stretti rapporti di parentela che esistono fra l'epilessia e l'emigrania, ci prova ancora una volta come l'emigrania debba veramente considerarsi quale una nevrosi costituzionale del genere dell'epilessia e dell'isteria.

Descriviamo qui brevemente alcuni casi dei più semplici e tipici di nevrosi emigraniche, rappresentate soprattutto da fatti sensoriali specialmente visivi.

I. Un uomo di 44 anni ha sofferto da lunga pezza di attacchi ricorrenti di dolore di testa, che dall'occipite si estende anteriormente fino agli occhi; ha avuto per qualche tempo delle vertigini di breve durata che si ripetevano ogni sera. Gli è avvenuto più volte di perder d'un tratto la visione delle parti laterali del campo visivo come se due tende oscure fossero calate lateralmente dinanzi ai suoi occhi. Due anni avanti l'osservazione ha avuto, dice, un attacco di congestione cerebrale che mal definisce. In seguito è andato soggetto ad allucinazioni visive con perfetta integrità della coscienza che si son ripetute di giorno e di notte.

Racconta che stando al suo tavolo di lavoro ha veduto d'un tratto nella sua camera un enorme cavallo bianco, altra volta essendo in letto vide un bandito armato che si curvava su di lui.

Siffatti fantasmi erano tali da poter essere perfettamente scambiati per oggetti reali ma egli riconosceva di essere in preda a percezioni allucinatorie perchè fin dalle prime volte aveva compreso l'inverosimiglianza di trovarsi d'un tratto innanzi a tale apparizione, e d'altronde egli muovendosi ha veduto che i fantasmi talora

cambiavano di posto insieme a lui, e tal'altra invece ha potuto avvicinarli e penetrarli. Egli afferma che pur avendo completa coscienza che trattasi di un passeggero disturbo nervoso, è preso da un panico speciale.

II. Un professore di 25 anni, figlio di madre emicranica, alquanto impressionabile, racconta che all'età di 20 anni circa, mentre trovavasi in paese diverso da quello in cui risiedevano i suoi genitori, gli accadde di vedersi comparire all'improvviso prima il padre, poi la madre, come se sorgessero davanti al suo tavolo. Tali immagini erano un po' velate, in modo però ch'egli le riconosceva perfettamente. Erano del tutto immobili e mute e scomparvero dopo un istante. Fu dapprima meravigliato e un po' terrorizzato, ma comprese quasi subito che trattavasi di un disturbo nervoso. Nella notte udì la voce della sua padrona di casa che pareva lo chiamasse a nome da una finestra vicino alla sua. Aprendo la finestra poté constatare, come ne era già sicuro, che nessuno lo aveva chiamato. Nel periodo di 4 o 5 anni, attacchi simili a quello descritto si sono verificati nel soggetto per altre sette od otto volte, sempre di notte ed allo stesso modo. Da circa 7 od 8 mesi non ha avuto più le apparizioni notturne suddette, ma ha sofferto di un forte dolore di testa che lo tormenta tutti i giorni dallo svegliarsi fino alla sera. Ha potuto interrompere questo periodo doloroso dormendo di giorno ed applicando di notte.

III. M. di anni 25 ha un fratello emicranico; da bimbo ha sofferto di paure notturne; a 13 anni ha sofferto di dolori di testa con speciali limitazioni del campo visivo. A 17 anni nuovi attacchi di cefalea con disturbi visivi (emianopsia). A 22 anni un giorno mentre era applicato al suo tavolo fu preso da un senso d'orgasmo, gli si annebbiò la vista, cadde a terra privo di sensi. Ritornò in sé dopo qualche minuto, e da quell'epoca ha avuto spesso vertigini, vampate alla faccia, tremolio alle estremità. Da circa un anno ha, di tanto in tanto dei disturbi visivi, visioni di un globo nero in mezzo al cielo, scotomi colorati ecc.

I casi descritti come abbiamo detto rientrano nel

quadro delle nevrosi emicraniche inquantochè essi sono rappresentati da attacchi sensoriali e motori, od anche psichici, del genere di quelli che si verificano nelle forme di emicrania complessa, e che nei casi nostri hanno luogo in soggetti in cui la diatesi emicranica che può indursi dai precedenti ereditarii, o dall'anamnesi remota del soggetto, non ha dato mai, o quasi mai, luogo a veri e propri attacchi tipici di emicrania completa, sia dessa semplice o complessa.

Dopo quanto si è detto sopra dell'affinità fra l'emicrania e l'epilessia è chiaro che possiamo trovarci talora dinanzi a delle manifestazioni accessionali, le quali sia assai difficile stabilire se debbano considerarsi come attacchi atipici di emicrania complessa o di epilessia sensoriale. Per i casi pertanto che abbiamo sopra esposto non crediamo si possa ragionevolmente supporre la natura epilettica, sia perchè in nessuno dei soggetti eransi mai verificati attacchi tipici di « gran male » o esisteva eredità coiniziale, sia anche per le caratteristiche nosografiche dei loro stati di mali. Invero pei due primi casi è indubbio che conservarono sempre, anche durante l'attacco, perfettamente lucida la coscienza, normali i poteri di associazione e forte la critica. Tanto da poter correggere l'allucinazione all'atto stesso. Per quanto si riferisce all'ultimo caso nel quale in mezzo ad una fenomenologia non infrequente in tali stati emicranici, si verificò una caduta con un breve momento di incoscienza, diciamo che non ci sembra neppur esso un caso di dubbia natura anche per i caratteri che ebbe quella breve perdita di sensi che fu preceduta da una sensazione speciale, non accompagnata da fatti motori, e che appena cessata lasciò il soggetto nelle migliori condizioni di coscienza, e col pieno ricordo di quanto gli era accaduto. In tutti poi l'invasione dell'attacco a differenza degli attacchi epilettici anche sensoriali o psichici fu sempre graduale, e graduale il modo di recedere.

Aggiungiamo poi che in tutti e tre i nostri soggetti mancavano note degenerative, somatico-psichiche che trovansi assai più frequentemente negli epilettici che

negli emicranici, e nessuno presentava il carattere dell'impulsività, oltrechè in essi o eransi verificate forme abortive di emicrania oftalmica, o l'emicrania esisteva nella famiglia.

Quadri analoghi ai precedenti, ma in soggetti nei quali si ha un'emicrania in corso, con accessi più o meno regolarmente ricorrenti, si verificano non di rado, e stanno a costituire o dei casi incompleti ed atipici della forma emicranica abituale, o dei così detti equivalenti emicranici, fra i quali si trovano talora degli accessi più semplici dei precedenti, costituiti quasi esclusivamente da fatti motori o psichici, e che non solo sono disgiunti dalla cefalea emicranica, ma non sono nemmeno accompagnati da quei fatti sensoriali e particolarmente oftalmici che possono considerarsi quasi specifici degli attacchi emicranici. Fra gli equivalenti di questo genere, quelli che sono esclusivamente o quasi rappresentati da fatti morbosi psichici, deliri, stati di depressione malinconica o di esaltazione con confusione mentale o meno, nonchè fatti allucinatori con convincimento nell'errore (specialmente se per il momento in cui invadono e per la durata non sembrano sostituire uno degli attacchi abituali del soggetto) possono esser meglio indicati col nome di *stati psicopatici transitori dell'emicrania*. Un caso di questo genere abbiamo nel seguente esempio.

B. P. di anni 36; da giovinetto soffrì di giramenti di capo. Pel passato di tanto in tanto vedeva doppio, soffriva di ambliopie e qualche volta momenti di amaurosi, spesso vedeva gli oggetti confusi con contorni poco nitidi, frastagliati ecc. Cinque o sei giorni avanti l'osservazione presente, aveva avuto un forte giramento di testa. La moglie notò in lui un contegno strano, disse che voleva gettarsi nel Lago (di Bracciano) poi uscì di casa; ritornato si mostrò in uno stato di profonda malinconia. Diceva che tutto era finito per lui che non gli restava che morire. Si gettò per terra, vi rimase qualche tempo steso senza muoversi. Non rispondeva: ora però dice l'infermo che sentiva tutto quello che avveniva intorno a lui, che udiva le domande, ma non aveva nè forza nè voglia di rispondere. Ad un tratto mise le

mani al collo come per strangolarsi. Fu trattenuto, allora fuggì di casa e si gettò nel Lago di Bracciano.

Immantinente fu ripreso: dice di ricordarsi di tutto quanto e che fece ciò perchè si sentiva disperato, non sapeva che fare ecc.

In casi simili al precedente noi vediamo talora che manca il carattere della transitorietà, ed il disturbo mentale, che esordisce quasi sempre con fatti allucinatori, è rappresentato da stati di depressione malinconica o esaltazione maniaca, da stati confusionali, idee deliranti, fatti impulsivi più o meno coscienti; tutto il quadro morboso con esacerbazioni e remittenze dei vari disturbi summentovati, accompagnati o intercalati ora dal caratteristico dolore di testa emicranico, ora da fatti sensoriali propri di queste nevrosi e particolarmente da fenomeni oftalmici, dura da varie settimane a qualche mese. Tali sono i quadri cui noi riserbiamo il nome di psicosi emicraniche, sia che essi si verifichino come gli equivalenti emicranici propriamente detti in soggetti nei quali esiste una forma di emicrania in corso ed essi stieno a rappresentarci più che altro un prolungatissimo attacco, od una serie di attacchi, sia che, come la nostra nevrosi emicranica, essi non rappresentino che l'espressione di uno stato di male dovuto alla diatesi emicranica latente.

Le psicosi emicraniche pertinenti a quest'ultima categoria non debbono considerarsi che come casi speciali della nevrosi emicranica nei quali non v'ha di caratteristico che il fatto della prevalenza o gravità dei fenomeni psicopatici più o meno continui e duraturi.

Può considerarsi quale psicosi emicranica nel nostro senso il caso seguente da me illustrato in una memoria sulle nevrosi emicraniche.

V. Silvia di anni 26, eredità nervosa negativa — a 14 o 15 anni mestruazione — all'avvicinarsi di ogni ricorrenza attacchi di cefalea localizzati alla regione temporale, ora da un lato ora dall'altro, con diminuzione dell'apertura palpebrale e pallore della faccia. Durante l'attacco che durava 24 ore non poteva prender cibo, aveva nausea e talora vomito. Si addormentava facil-

mente e si destava ad attacco terminato. Si maritò a 25 anni -- fu subito incinta e durante la gestazione cesarono gli attacchi di cefalea. Il 27 settembre partorì felicemente. La sera del 18 ottobre fu presa da uno dei suoi antichi attacchi di dolor di testa e la sera del 19 ne ebbe un altro. Il 20 ottobre, dopo aver mangiato moderatamente, verso le 10 1/2 ant. cominciò a gridare *aiuto*, avvertì delle tirature all'arto superiore sinistro, cadde per terra priva di conoscenza ed ebbe un primo attacco convulsivo caratterizzato, secondo la narrazione degli astanti, prima da movimenti dell'arto superiore sinistro indi dell'arto superiore destro, degli arti inferiori e di tutto il corpo, da movimenti dei globi oculari, da stiramento della bocca verso il lato destro, da schiuma alla bocca e da cianosi alla faccia. Questo attacco durò circa 15 minuti.

L'inferma dopo di esso delirava. Diceva che il bambino era cieco era morto che vedeva delle lampade accese, che le scarpe le andavano strette che aveva le corna in testa. Nelle ore pomeridiane ebbe un altro attacco simile, e la sera un altro. Il giorno seguente dalle due ant. fino alla sera ebbe moltissimi attacchi uno vicino all'altro.

Nei giorni seguenti non ebbe più attacchi, ma fu obbligata a rimanere a letto trovandosi in uno stato di abbattimento; aveva l'occhio sinistro gonfio e arrossato la bocca leggermente deviata dal lato destro, l'arto superiore sinistro più debole; presentava sempre lo stesso delirio sopra descritto.

Il 25 ottobre ebbe altri due attacchi nella mattinata; e nei giorni seguenti, sempre nelle ore pomeridiane, presentò qualche sintomo degli attacchi, precedenti ora il movimento degli occhi ora il movimento dell'arto superiore sinistro. In quei giorni cominciò a migliorare poco a poco il suo stato mentale.

Il 2 novembre verso le 5 pom. ebbe ancora un attacco fortissimo, continuò poi per parecchi giorni ad avere debolezza all'arto superiore sinistro, era in uno stato di abbattimento ed aveva un dolore fisso alla regione occipitale del lato sinistro. Verso la metà di no-

vembre era perfettamente ristabilita dal lato psichico. Ai primi di dicembre avvertì di nuovo pesantezza e dolore all'arto superiore sinistro, ma migliorò dopo pochi giorni.

All'esame obbiettivo praticato il 21 dicembre si notava ancora leggera ipocinesia del facciale inferiore di sinistra leggera deviazione a sinistra della punta della lingua protrusa, riflessi rotulei un po' vivaci. Negativo il resto dell'esame del sistema nervoso.

E della stessa natura del precedente è per noi il caso seguente che abbiamo avuto occasione di osservare quest'anno.

F. F. anni 56 cocchiere; si presenta all'ambulatorio della Clinica il 3 giugno 1902. Da ragazzo ha sofferto dolori di testa e durante il dolore aveva conati di vomito. In seguito è stato bene. Nell'aprile cominciò a soffrire dolori alla regione temporale sinistra, contemporaneamente la palpebra dello stesso lato era abbassata ed edematosa. A quell'epoca ha avuto allucinazioni. Dalla vettura che guidava vedeva cavalli fuggire, e carrozze che si rovesciavano. Racconta che di notte ha veduto nella sua camera uccelli, cani, cavalli. Comprendeva che non potevano tali cose stare in casa sua, ma ne aveva la percezione come di oggetti reali. Durante l'accesso era agitato e confuso, e dice: *Mi sembrava di esser diventato un cavallo un tavolino*, e andava esclamando « *Come è che son diventato così?* »

Da 18 giorni il dolore di testa è continuo. Ha veduto spesso fosfeni, luci, fiamme di candela, ha avuto a volte chiusura palpebrale. Dal giorno innanzi a quello della osservazione il dolore alla testa si è fatto più intenso. Crede di aver avuta la febbre, è dolente tutta la regione frontale destra e la sopra orbitale fino all'emergenza della branca oftalmica del V. Non si lamenta di dolore nè alla regione temporale, nè alla radice del naso.

L'apertura palpebrale di sinistra più stretta di quella di destra. Avendo per conformazione gli occhi molto infossati, si nota una differenza fra i due lati, pel fatto che a sinistra la palpebra superiore non si infossa nell'orbita al di sopra del bulbo, ma è spinta innanzi come da qualche cosa che occupi quello spazio, ed

infossando ivi il dito si sente una resistenza molle elastica di un tessuto che riempie in quel punto il cavo orbitario e spinge innanzi e rovescia in parte la palpebra superiore. In quel punto la pressione desta dolore. Pupille uguali e mobili; nulla nell'oculomozione. Nella regione parietale inferiore sinistra si nota una tumefazione con una base larga come un soldo che nel centro si solleva di circa 1 centimetro, quasi fluttuante nel mezzo e di consistenza pastosa alla periferia. Un'altra tumefazione come questa, meno limitata all'intorno e di consistenza più eguale in tutto il suo ambito si mostra a destra in vicinanza della linea mediana nella porzione più elevata della regione occipitale. Egli afferma che durante l'accesso compariscono altre tumefazioni simili alle precedenti che non sono peraltro stabili come la prima descritta che dura da parecchio tempo.

Il riflesso faringeo è mantenuto; alle mani protese tremori manifesti, specialmente alle dita. Dinamometro a destra 32 a sinistra 27. Rotulei piuttosto deboli.

La punta del cuore batte al V spazio, un po' in dentro della papilla mammaria. Il margine sporge un dito trasverso a destra dello sterno. Velato e prolungato il primo tono alla punta. Doppio rumore all'aorta. Polso scoccante, circa 100 pulsazioni al minuto, diastole celerate. Risponde adeguatamente alle domande, dice che potrebbero avergli fatta una fattura, dubita che la moglie possa avergli dato cibi avvelenati. Mostra comprendere i ragionamenti che gli si fanno per infirmare questi suoi sospetti, però in ultimo non si mostra molto convinto.

In questo caso v'è a notare che il soggetto ebbe da ragazzo degli attacchi miti di emicrania semplice, e quando dopo una lunga serie di anni riapparve una cefalea ricorrente, se questa non si presentò con i caratteri più comuni di un'emicrania tipica, era però legata a tali fatti vasomotori, a carico specialmente della testa e dell'occhio, che la natura emicranica della forma avrebbe potuto facilmente supporre anche senza i fatti sensoriali che costantemente accompagnarono gli accessi. Oltre all'edema palpebrale che si presentava in modo

ricorrente cogli accessi di dolore, sono a notare quelle chiazze di edema sottocutaneo circoscritte, alcuna delle quali come ci avverte il malato, assai fugaci, altre più persistenti, e delle quali abbiamo potuto constatarne alcune anche quando non rimanevano del quadro morboso che pochi e poco solenni fatti psicopatici.

Disturbi vasomotori unilaterali del capo, spesso connessi ad altre alterazioni dell'innervazione simpatica dello stesso lato, non sono infrequenti negli accessi di emicrania, ed anche nell'emicrania volgare si osservano, oltre a variazioni sensibili del colorito e turgore della pelle, edema delle palpebre, modificazioni dell'apertura palpebrale e alterazioni dell'innervazione iridea. Non è frequente pertanto osservare degli edemi circoscritti a forma di tumoretti più o meno molli ed elastici come quelli che abbiamo descritto nel caso nostro. Noi li abbiamo osservati in un altro caso di emicrania tipica che si verificavano in punti diversi del cuoio capelluto dal lato dolente. Si presentavano durante l'attacco e scomparivano con esso. Essi sono evidentemente della stessa natura delle tumefazioni proprie dell'edema angio nevrotico e solo rappresentano un disturbo funzionale limitato ad una più ristretta zona di innervazione del simpatico.

I fatti allucinatori che insorgevano durante certi stati di male, ma mentre il malato non era in preda ad un conclamato attacco emicranico, la coscienza che in quei momenti il soggetto conservava dell'errore dei suoi sensi, il fatto che tali allucinazioni plastiche e complesse si alternavano con delle fotopsie e paraopsie diverse ci autorizza a riportare tutto quel quadro morboso alla sintomatologia delle emicranie complesse. Anzi poichè nel soggetto dopo gli attacchi di cefalea emicranica della sua prima giovinezza non si ebbero fino alla affezione presente, altre manifestazioni tipiche della diatesi emicranica, questa ha la caratteristica essenziale di quelle forme cui noi abbiamo dato il nome di nevrosi emicraniche, dalle quali, come dicemmo vanno tolti i casi che come questo presentano quali fenomeni culminanti, disturbi psicopatici solenni e duraturi.

Il caso presente adunque è come il precedente una di quelle forme di psicosi emicranica nelle quali l'attacco psicopatico non si verifica quale complicazione, o in sostituzione di un abituale accesso di emicrania. I casi del genere di questo possono presentar talora gravi difficoltà per la diagnosi; è importante non vengano confusi con attacchi psicopatici dovuti all'isteria, all'epilessia, ad intossicazioni acute specialmente per alcool nonchè alla degenerazione. L'alternarsi degli stati di depressione e di esaltazione, il succedersi di stati confusionali con idee deliranti, piuttosto scialbe ma poco correggibili, quantunque nonsostenute da una dialettica forte ci ricorda le note fondamentali delle psicosi isteriche; ma nel nostro malato non vi sono stimate isteriche come non v'ha nulla che faccia pensare ad uno stato epilettico.

Non vi furono mai nel nostro soggetto attacchi convulsivi od assenze; sembra sempre conservato il ricordo delle sue sofferenze accessionali, ed egli riesce anche ad evocare abbastanza bene il suo modo di sentirsi durante gli stati confusionali. In esso è facile, come abbiamo sopra veduto, ammettere una diatesi emicranica latente, e d'altronde il decorso di tutta la forma è stato abbastanza lungo nella sua variabile fenomenologia per costituire il quadro di una psicosi costituzionale.

Molti dei casi che noi inquadreremmo fra le psicosi emicraniche potranno esser da altri designati fra le psicosi nevralgiche di cui abbiamo sopra parlato, ma qui facciamo notare appunto come anche nel caso presente i fenomeni psicopatici più gravi non coincidevano colla maggiore intensità del dolore di testa che d'altronde nel nostro caso fu sempre abbastanza tollerabile.

Il voler riportare costantemente al sintomo dolore i gravi disturbi sensoriali e psichici che accompagnano le cefalee emicraniche, è, secondo noi, come voler attribuire all'altezza della temperatura i fatti atassici e dinamici di una grave infezione tifosa.

LEZIONE V.

PSICOSI EPILETTICHE

L'isteria, la nevrastenia, l'emigrania sono essenzialmente nevrosi costituzionali nel senso da noi indicato nella prima lezione, e se talora troviamo il quadro di queste nevrosi in soggetti che hanno inoltre i caratteri della degenerazione somatica, e psichica, abbiamo veduto che si tratta allora di una complicazione non abituale. Ciascuna delle suddette nevrosi può sorgere in un soggetto immune da ogni labe ereditaria, senza notevoli anomalie somatiche, e la predisposizione che nella maggior parte dei casi si può rilevare nei precedenti del soggetto, è rappresentata spesso solo da manifestazioni di debolezza generale o nervosa del soggetto stesso, o dei suoi genitori. Quindi è un errore considerare queste nevrosi come forme degenerative alla pari della pazzia morale, della paranoia ecc., ma dobbiamo considerarle solo come il punto di partenza di una futura degenerazione familiare. Invece per quanto si riferisce alla epilessia dobbiamo fino da ora osservare che essa ordinariamente va congiunta a gravi stigmati somatiche e psichiche di degenerazione, e una grande parte dei casi di grande e piccolo male non può essere considerato altrimenti che come l'espressione di fatti degenerativi. Ciò almeno si può dire per il maggior numero delle cosiddette epilessie essenziali, alle quali vanno connessi principalmente i disturbi mentali dei quali dobbiamo qui trattare.

Quando si parla di epilessia in senso lato, non si parla di una unica entità morbosa, ma di un quadro

fenomenologico rappresentato da stati morbosi decorrenti intercalati con periodi di relativo benessere. Secondo gli antichi medici erano appunto le caratteristiche degli attacchi che costituivano i segni fondamentali della malattia. Nel modo di invasione, nella durata, nello svolgimento, nella modalità delle contrazioni tonico-cloniche, nel modo di cessare, nelle condizioni della coscienza durante lo stato convulsivo e dopo, si compendia tutta la sintomatologia della forma, e gli attacchi rappresentavano essi soli tutta la malattia.

Da Ippocrate fino ai nostri tempi la nozione clinica della epilessia si è profondamente modificata, soprattutto ampliando il concetto dell'attacco epilettico. Secondo i moderni osservatori l'epilessia non deve più essere ristretta ad un quadro di convulsioni con spasmi tonico-clonici generali e con perdita di coscienza, ma può anche essere rappresentata da fatti motori, sensitivi, sensoriali e psichici che a primo aspetto non hanno nulla di comune con l'attacco epilettico classico. In secondo luogo pur conservando il nome di epilessia a diverse sindromi delle quali impareremo a conoscere i caratteri comuni, si è visto che esse possono appartenere ad entità morbose essenzialmente diverse fra loro.

L'attacco epilettico con tutte le solennità della forma classica ci può apparire per differenti cause organiche e inorganiche, spesso nei casi singoli apprezzabili e riconoscibili. Così anomalie di sviluppo, tumori cerebrali, disturbi circolatorii, malattie viscerali, possono dar luogo a fenomeni convulsivi ricorrenti, con tutte le caratteristiche di un volgare accesso epilettico; oppure gli attacchi possono, per le suddette cause, presentarsi con qualche modificazione.

Quindi in questa malattia si deve distinguere una causa efficiente per la quale il soggetto in determinate circostanze e ricorrentemente è colpito da stati di male che costituiscono l'attacco epilettico, e la causa determinante dei singoli attacchi.

Non è improbabile che nella svariata patogenesi dell'epilessia le ragioni determinanti dei singoli attacchi siano sufficientemente costanti o almeno apparten-

gano generalmente alla stessa natura. Il concetto oramai assai diffuso che gli attacchi epilettici qualunque sia la loro forma possano essere l'espressione di una auto-intossicazione, e che i fenomeni convulsivi ad esempio si determinino nell'epilettico con quello stesso meccanismo col quale essi hanno luogo quando in un organismo animale s'introduce dall'esterno gradualmente un veleno convulsivante, non implica in nessun modo la natura del morbo. Un disturbo nutritivo che abbia per effetto una auto-intossicazione può verificarsi benissimo per le diverse anormali condizioni che abbiamo antecedentemente ricordate. Per chi ritiene che il quadro morboso accessionale sia dovuto ad un disturbo di nutrizione per il quale si formino, non vengano eliminate o in qualsiasi maniera si accumulino nell'organismo sostanze tossiche, l'interpettazione più ovvia dell'attacco epilettico consiste nel supporre che ad un certo momento l'organismo sia saturo di tali elementi nocivi che eserciterebbero la loro azione irritante sopra i centri motori. Ammettendo questa ipotesi la scarica epilettica stessa o favorirebbe la eliminazione dall'organismo di una certa quantità di prodotti tossici in modo da rendere la loro concentrazione insufficiente ad irritare i centri cerebrali motori, ovvero favorirebbe la formazione di sostanze con effetti contrari alle prime, in modo da far cessare con un meccanismo diverso l'efficace intossicazione dell'organismo.

Qualunque possa essere la sorte che le molteplici esperienze e specialmente le ricerche chimiche sulle sostanze eliminate da questi malati per varie vie e nei diversi momenti, in rapporto con gli stati di male, riserbino a questa teoria, essa è certamente contenuta in un concetto meno determinato del meccanismo di produzione che è generalmente ritenuto giusto per ogni fenomeno accessionale.

In soggetti predisposti per ragioni originarie o acquisite, per cause morfologiche o funzionali dei centri nervosi o dell'organismo in generale, (siano esse persistenti o transitorie), cause occasionali inerenti alle condizioni più o meno abituali della vita del soggetto, pro-

ducono un cangiamento nell'intima compagine dei tessuti che danno luogo alla scarica nervosa, quindi a una restituzione che dipende direttamente dalla scarica o si connette essenzialmente con essa.

Non è nostro compito affrontare qui la questione delle cause determinanti l'attacco; dobbiamo invece trattenerci alquanto sulle sue caratteristiche e sulle varietà sintomatologiche che esso può presentare. Il carattere fondamentale di un attacco che, anche prescindendo da ogni concetto etimologico, meriti il nome di epilettiforme, è, come abbiamo accennato la perdita di conoscenza e lo spasmo muscolare; fenomeni questi che possono essere fra loro diversamente combinati ma in dipendenza l'uno dall'altro.

Nella forma classica la perdita di conoscenza più o meno prolungata e lo spasmo tonico alternantesi con violente contrazioni cloniche si verificano in modo repentino e quasi contemporaneo. Nei casi meno tipici lo spasmo muscolare può essere per intensità ed estensione assai limitato e assai breve la perdita di conoscenza; talora esiste una sensibile distanza fra l'inizio dei due fenomeni tanto che se la contrazione muscolare inizia il quadro, il soggetto può aver chiara conoscenza dell'invasione dell'attacco. Talora lo spasmo muscolare può succedere alla perdita di conoscenza o accompagnarla, ma può essere così breve e limitato esclusivamente ai muscoli della vita vegetativa, da non produrre alcun convellimento o solo qualche leggero sussulto; spesso in quei casi, cosiddetti di piccolo male, non può rilevarsi alcuna contrazione muscolare involontaria. In questi casi nei quali tutto il quadro è rappresentato da una breve sospensione della coscienza, il soggetto o rimane immobile nella posizione in cui si trovava, oppure eseguisce movimenti con tutte le caratteristiche della volontarietà, senza per altro che siano diretti ad uno scopo del quale in quel momento il malato abbia coscienza.

Tra questi si possono rimettere quei casi che appartengono alla così detta epilessia procursiva. Gli infermi perdono ad un tratto la coscienza, si alzano repentinamente, si mettono a correre guardando fissi avanti

a loro, e l'attacco può in tal modo terminare in brevissimo tempo, oppure esser seguito dall'attacco epilettico classico.

Il caso seguente è un bellissimo esempio di epilessia procursiva.

« S. A. di anni 12, analfabeta. I genitori sono viventi e godono buona salute, il padre ha sofferto forti dolori di testa. Ha quattro fratelli che godono ottima salute. Non esiste eredità neuro o psicopatica nè in linea ascendente nè collaterale. L'inizio della presente infermità risale all'età di 4 anni, e comparve in seguito ad una forte paura, avendogli un falegname detto di volergli trapanare il ventre. La prima volta l'infermo ebbe un attacco convulsivo così violento e forte da rimanere a lungo come morto. Trascorse quasi tutta la sua infanzia in compagnia dei nonni e gli attacchi erano sempre tanto violenti che cadendo repentinamente a terra trascinava spesso con sè la nonna, batteva fortemente il capo a terra, come attestano le numerose cicatrici del capo. Fu condotto per la prima volta al Manicomio nel 1901 e tornò a casa dopo un breve periodo di tempo, durante il quale non aveva più presentato attacchi convulsivi. In seguito peggiorò e fu ricondotto al Manicomio nell'ottobre del 1902.

« Durante la degenza nel Manicomio e in Clinica gli accessi si presentarono 2 o 3 volte al giorno occasionati da un rumore di qualunque genere, purchè relativamente forte, oppure in seguito a vivace emozione. L'attacco è preceduto da un'aura consistente in dolore alla gamba sinistra, poi l'infermo dà un forte grido, getta a terra il berretto, afferra con forza le natiche con le mani, guarda fisso in terra e fa di corsa 6 o 7 passi finchè si ferma aggrappandosi a qualche mobile nella stanza. Altre volte l'attacco è più grave, l'inizio è lo stesso, ma la corsa dell'infermo è più lunga, poi agitando le braccia traballa fino a che cade a terra ove rimane in contrazione tonica; in questo tempo l'infermo diviene cianotico, la respirazione è stertorosa, ruota gli occhi, fa bava dalla bocca, perde le orine. L'attacco dura in genere circa 10 minuti e va cessando gradatamente. L'infermo rimane abbattuto, pallido, con gli occhi sbarrati, ha leggera

dispnea, si guarda smarrito, finchè a poco a poco riprende la piena coscienza.

All'esame antropologico si nota una lieve plagiocefalia antero-posteriore sinistra, fronte bassa, lieve strabismo convergente e lieve prognatismo alveolare superiore.

All'esame neurologico, lieve ipotonia del facciale inferiore di sinistra, null'altro a carico dell'innervazione dei nervi cranici. Nessun disturbo della sensibilità.

L'infermo è di carattere tranquillo; è docile, ubbidiente. La percezione è notevolmente ritardata e si riesce con fatica ad ottenere da lui una risposta adeguata. Non è capace di compiere operazioni aritmetiche semplicissime. Non ha nozione esatta del tempo, è invece bene orientato rispetto al luogo. L'affettività è molto diminuita.

Accanto a questi casi si debbono ricordare quelle forme nella quali l'intero attacco è appena accennato; un lieve stralunamento degli occhi, piccoli movimenti caratteristici, esclamazioni incomprensibili, risa convulsive con fugace offuscamento della coscienza rappresentano tutto l'attacco.

La mancanza di qualsiasi ricordo dei movimenti eseguiti, anche in relazione con eventuali sensazioni durante questo periodo, fa sì che noi dobbiamo riavvicinare la natura di questi attacchi di piccolo male a quelli della fenomenologia della epilessia classica. Indipendentemente dalla solennità della forma esistono attacchi che non raramente sono preceduti da speciali sensazioni le quali, come nei casi in cui uno spasmo iniziale precede la perdita di conoscenza, avvertono l'infermo che si avvicina il suo male. Queste sensazioni di avvertimento vanno sotto il nome di « aure ». Esse possono essere più o meno parziali, diffuse o limitate all'innervazione muscolare, o proprie della sensibilità generale o dei sensi specifici, oppure possono essere vaghe sensazioni interne, cambiamenti del tono emotivo, disturbi ideativi che si chiamano rispettivamente: *aure motorie, sensitive, sensoriali e psichiche*. I fenomeni morbosi che si trovano a costituire l'aura possono presentarsi anche durante un attacco alternandosi con gli spasmi muscolari, e possono rappre-

sentare essi stessi il quadro morboso accessionale in sostituzione della forma convulsiva, sicchè secondo la prevalenza dei sintomi di diversa natura costituenti un attacco, possiamo distinguere diverse sindromi epilettiche; cioè a dire: la sindrome motoria, sensoriale, viscerale, psichica. Alcune di queste forme; specialmente le sensoriali e le viscerali non lasciano facilmente riconoscere nei singoli attacchi la loro natura, e questa appare solo per la ricorrenza di tali sindromi e perchè si alternano con disturbi più o meno manifesti e solenni riportabili al quadro classico dell'attacco epilettico.

Poichè noi dobbiamo qui trattare in modo speciale delle psicosi epilettiche, non ci intratterremo delle innumerevoli varietà nosografiche della epilessia, ma ci limiteremo a parlare dei disturbi psichici che in modo permanente o transitorio possono collegarsi a questa nevrosi.

Non tutti gli epilettici sono malati di mente; è certo però che una grande quantità di soggetti che sono colpiti da accessi convulsivi classici, dopo un periodo più o meno lungo presentano un particolare stato psichico con deviazione della sfera intellettuale, affettiva e della attività.

Essi hanno infine un carattere ben definito: il carattere dell'epilettico che presenta accessi convulsivi, e che in altro modo può chiamarsi degenerazione psico-epilettica. Esistono altri casi nei quali gli attacchi convulsivi non si manifestano, e nei quali si presentano anche deviazioni specialmente della sfera affettiva e della attività, tanto che si è indotti da questo carattere a pensare che tali soggetti siano potenzialmente degli epilettici. In questi casi il carattere psichico permanente è rappresentato da grande irrequietezza e volubilità dell'umore e delle idee, i soggetti non possono rimanere a lungo nel medesimo posto, lasciano il loro impiego senza una causa determinata, vanno girando il mondo, passano ad un tratto da uno stato di depressione ad uno di gaiezza senza motivo; inoltre sono impulsivi e eccessivi. I soggetti hanno attacchi d'ira

sproporzionati alle cause determinanti e passano repentinamente ad atti esterni aggressivi. L'azione segue rapidamente senza che vi sia una cerebrazione completa, e spesso gli infermi comprendono bene ciò che hanno fatto solo in seguito. In questi casi non esiste in verità una vera e propria deviazione psichica, invece appare manifesta nella degenerazione psico epilettica nella quale è chiaro sopra tutto il torpore percettivo, l'infermo non afferra immediatamente le impressioni che gli giungono, ma solo dopo un certo tempo è capace di rispondere, in genere adeguatamente, allo stimolo. In tale fatto è però da tener presente come siano anche più lunghi i tempi dell'ideazione. Il soggetto elabora con difficoltà le impressioni ricevute, sicchè si comprende di leggieri come il torpore percettivo da una parte, e dall'altra la lunghezza maggiore dei tempi ideativi rendano manifesta la lunghezza dei tempi di reazione. L'infermo non si distrae facilmente, ma è incapace di seguire rapidi mutamenti di discorsi o di esservare contemporaneamente più cose. Egli non elabora più, nè impiega nuove osservazioni, ritorna sempre alle vie ideative usuali.

Anche la memoria si presenta indebolita. L'infermo non ricorda le cose più importanti: quanti anni ha, che cosa è a lui avvenuto antecedentemente, e racconta a volte anche fatti del tutto inventati. Il tesoro ideativo va sempre più assottigliandosi, sicchè l'infermo dispone solo di un esiguo patrimonio. Si comprende bene che in tal modo il senso di identità personale dell'infermo viene disturbato profondamente; egli crede aumentato il proprio valore, la coscienza sta per interrompere la sua continuità.

Accanto a questi fatti si manifesta un aumento della religiosità; gli infermi si danno con grande foga alle pratiche religiose, pregano a lungo, si muniscono di molti libri di preghiera e di immagini di santi, si confessano e comunicano spessissimo. Questo aumento del sentimento religioso può essere in rapporto con il continuo pensiero per la propria salute, gli infermi sperano di liberarsi con l'aiuto di potenze soprannaturali dalla loro malattia, talvolta strane sensazioni che vanno unite

agli attacchi fanno loro facilmente pensare ad influenze divine. Certo è però che la maggiore religiosità degli epilettici riguarda più le pratiche esterne che non i sentimenti intimi religiosi, giacchè spesso si vedono questi infermi commettere azioni riprovevoli o malvage, benchè si diano alle pratiche religiose più calde.

Nel campo emotivo riscontriamo anche forti deviazioni. Gli infermi sono irritabili, prepotenti, per occasioni futilissime manifestano violentissimi scoppii d'ira. Il loro grave egoismo fa risentire vivacemente agli infermi ogni violenza contro i proprii diritti, ma non si commuovono per le altrui sofferenze.

Accanto alle modificazioni del carattere si possono presentare altri e più importanti disturbi psichici legati all'attacco epilettico: precedenti o susseguenti questo, o rappresentanti l'intero quadro morboso. Un caso tipico di disturbi psichici pre e post-accessuali è il seguente:

E. I. di anni 20. Il padre alcoolista è vivente. La madre è morta quando l'inferma aveva tre anni. Un fratello più grande di lei è morto all'età di 18 anni; attualmente ha viventi e sani tre sorelle e un fratello. L'inferma ha goduto fino ai 12 anni buona salute, in quell'epoca, mentre giuocava con alcune compagne cadde a terra priva di sensi; le narrarono dopo che durante questo disturbo emetteva bava dalla bocca, non ebbe però perdita di urine o di feci. Dopo pochi giorni l'attacco si ripresentò mentre l'inferma era in letto; cadde a terra e si ferì al sopraciglio di sinistra. Gli accessi erano preceduti da lieve cefalea, erano frequentissimi (2-3 al giorno), e negli ultimi tempi prima di essere rinchiusa nel Manicomio dopo l'attacco rimaneva spossata, sbalordita, irritabilissima e commetteva atti inconsulti, rompeva oggetti, si scopriva, senza poi ricordarsi affatto di quel che aveva fatto. Un giorno ad un tratto, senza alcuna causa afferrò per il collo la sorella e tentò strangolarla, poi cadde a terra in preda a convulsioni tonico-cloniche.

Condotta al Manicomio gli attacchi si sono fatti un po' più rari, ma spesso accompagnati da stati di eccitamento pre o post-accessuali.

Esame obbiettivo. Cranio di forma ovalare, asimmetrico; bozza frontale sinistra sfuggente, e tutta la metà sinistra del cranio appare meno sviluppata. Naso lievemente deviato, diastemi notevoli. Nulla di notevole all' esame neurologico.

L' aspetto dell' inferma è indifferente, un po' assonnato, parla poco, sta per lo più seduta; fa però volentieri quanto le viene comandato. Percepisce con una certa lentezza e la percezione diviene sempre più difficile man mano che le domande divengono più complicate, però risponde sempre correttamente e sostiene una conversazione elementare, specialmente se si ha la pazienza di ripetere più volte le domande. L' attenzione è buona. Ha perfetta nozione di luogo e di tempo e si può raccogliere dalla sua bocca la sua storia corredata da date precise.

È molto proclive a fare osservazioni alle altre inferme ma non ne tollera, si irrita subito per la più piccola cosa, provoca alterchi e verrebbe prontamente a vie di fatto se non si intervenisse.

Attribuisce l' insorgere della malattia ad una paura. Racconta che prima dell' accesso *le si levava il lume dagli occhi*, cadeva in terra, rimaneva per 8-10 minuti in preda a convulsioni, poi si rialzava, correva, gittava a terra tutto quel che le capitava fra mano, cercava con bastoni, sassi di colpire ogni persona. Nella degenza nel Manicomio e in Clinica non ha mai presentato illusioni nè allucinazioni.

Oltre all' aura, della quale già abbiamo parlato, nei giorni o nelle ore precedenti l' attacco possiamo riscontrare facile irritabilità, irrequietudine, folle gaiezza, o entusiasmo e grandissimo ottimismo. Dopo l' attacco si osserva di regola uno stato di ebetismo o di torpore psichico passeggero. L' infermo sembra come risvegliato da un profondo sonno, risponde appena alle parole rivoltegli, non ha coscienza di ciò che è avvenuto. L' amnesia riguarda in generale solo l' accesso, talvolta, come avviene nell' amnesia retrograda, si estende ad un periodo antecedente all' attacco. L' obnubilamento dell' intelligenza può essere di corta durata o durare anche molto tempo. A volte si hanno, però più eccezionalmente,

stati di leggera eccitazione oppure di estasi. Questi fenomeni hanno una durata piuttosto breve, ma possono continuare perfino una giornata.

Fin qui abbiamo parlato dei fenomeni psichici legati intimamente con gli attacchi convulsivi e che precedono o seguono questi, ma esistono anche disturbi psichici i quali si manifestano senza che insorga l'attacco epilettico, rimpiazzando questo, e sono stati chiamati appunto: « *equivalenti psichici degli attacchi epilettici.* » Il primo che ammise l'esistenza di un'epilessia larvata psichica fu Morel e in seguito numerosi altri lavori vennero a precisare e completare il quadro clinico di questa forma morbosa. Però non tutti gli autori sono concordi nel ritenere che gli equivalenti psichici degli attacchi epilettici prendano completamente il posto degli attacchi stessi, molti osservatori credono che sempre, a distanza più o meno breve dall'insorgere dei disturbi psichici si abbiano veri attacchi epilettici i quali sarebbero così in diretta relazione con i fenomeni psichici, tanto più che secondo alcuni basterebbe l'esistenza di fenomeni convulsivi incompleti, notturni, o la presenza di un attacco di vertigine non osservato. Tra questi autori si deve annoverare Legrand du Saulle.

I disturbi psichici che vanno sotto il nome di « *equivalenti psichici degli attacchi epilettici* » possono riscontrarsi in soggetti che presentano molte varietà di attacchi convulsivi e hanno in generale caratteri speciali che ricordano in un certo modo gli attacchi convulsivi. Infatti hanno un inizio brusco, e dopo aver durato qualche minuto, qualche ora o qualche giorno, bruscamente terminano. Si manifestano con periodica regolarità e negli stessi soggetti in forma invariabile, tanto che ciascun attacco psichico è la riproduzione esatta dell'attacco precedente. Sono accompagnati sempre da alterazioni della coscienza e della memoria e lasciano un indebolimento del sistema nervoso come avviene in seguito agli attacchi convulsivi classici. In generale si alternano con gli attacchi, e si mostrano prima, o immediatamente dopo un attacco convulsivo completo

o incompleto, cioè come un fenomeno psichico pre o post-parossistico.

Per riguardo al tono sentimentale si possono avere sintomi di eccitazione o di depressione o tutti e due questi stati succedentisi l'un l'altro. Più frequentemente si hanno fenomeni di eccitazione i quali differiscono per lo stato più o meno grave, (*epilessia mite, stato crepuscolare o furore epilettico*). Tale stato è caratterizzato da agitazione motoria in senso lato e da rappresentazioni deliranti. L'infermo bruscamente comincia a muoversi senza uno scopo, muove tutti gli oggetti che gli capitano tra mano, comincia a parlare a lungo senza essere interrogato, ripete le medesime frasi e le medesime parole, canta, grida. Interrogato risponde brevemente, ma in modo corretto alle domande, e quindi ritorna rapidamente a ciò di cui si occupava, al contrario dello stato maniacale semplice nel quale esiste una maggiore deviabilità dell'attenzione. Di solito esistono anche allucinazioni le quali sono in generale visive, terrifiche (sangue, fuoco, persone minaccianti).

La storia che qui riferiamo è un buon esempio di questi equivalenti psichici:

« P. O. di anni 21, scalpellino, di coltura inferiore. Il padre e la madre sono viventi, la madre è epilettica. Nella primissima età l'infermo è stato sempre bene, ha sofferto solo i comuni esantemi dell'infanzia. All'età di 12-13 anni ebbe per la prima volta un accesso di cefalea frontale; in seguito gli accessi si ripeterono spesso alla distanza di 1 o 2 mesi; si iniziavano bruscamente, salivano rapidamente all'acme ed erano accompagnati da vomito e visione di ombre. Circa a 17 anni all'improvviso si iniziarono gli attacchi convulsivi; mentre l'infermo stava lavorando, senza avvertire alcuna sensazione speciale cadde a terra, cominciò a fare movimenti tonicoclonici e riacquistò i sensi circa mezz'ora dopo. In seguito gli accessi si sono ripresentati ad intervalli variabili. Poco tempo prima di essere ricoverato in Clinica l'infermo andava soggetto ad accessi frequentissimi; durante l'attacco l'infermo perde l'orina, la bocca si riempie di bava, si morde la lingua. A dire dell'infermo

esisterebbe un rapporto tra disturbi intestinali (stipsi ostinata) e l'accesso convulsivo. A volte ha avuto anche accessi di vertigine rapidamente transitorii. Fu ricoverato prima al Manicomio e poi in Clinica, perchè in seguito agli attacchi seguiva un periodo di grave agitazione.

« Dall'ottobre 1897 fino al 1899 l'infermo presentò attacchi epilettici che comparivano ogni 8-15 giorni, preceduti da sensazioni penose, indefinibili, e che presentavano tutti i caratteri dell'accesso epilettico (aura, grido, convulsioni tonico-cloniche e periodo soporoso). In questo tempo, salvo un lieve ritardo nei processi psichici, un leggero grado di incertezza della memoria, non si riscontrò altro dal lato mentale: bene conservata l'affettività, normali i sentimenti etici; esagerata la religiosità.

« Nel 1899 si manifestarono accentuatissimi fatti psicopatici, l'infermo presentava, specialmente durante la notte, allucinazioni visive, uditive e cenestesiche, vedeva uomini armati che gli passavano vicino e lo minacciavano, che gli facevano proposte oscene, che lo toccavano ecc., talvolta durante la notte era tranquillo, e le allucinazioni insorgevano durante il giorno.

« Ai periodi morbosi succedevano periodi di calma, durante i quali ultimi non potevansi notare che i lievi disturbi psichici dei quali si è detto.

« Nel 1900 si manifestarono più frequenti i periodi di eccitamento con rilevantissimi disturbi psico-sensoriali, accompagnati da energiche reazioni motorie. Talvolta si manifestarono lunghi periodi confusionali durante i quali non si riusciva ad ottenere alcuna risposta dall'infermo. Questi presentava frequenti allucinazioni visive a carattere persecutorio, visioni che eccitavano il malato e lo rendevano pericoloso per i suoi compagni.

« Nel 1901 l'infermo si presenta depresso, tranquillo, siede in disparte, non parla mai, sembra quasi continuamente in uno stato di assopimento e di torpore: risponde con lentezza e lentamente si muove.

« Per farlo rispondere è d'uopo stimolarlo a lungo,

racconta allora le persecuzioni subite in passato con tranquillità e rassegnazione. Ha perfetta la nozione del tempo e del luogo; la memoria è un pò incerta: in tutto il lavoro cerebrale appare quel certo grado di lentezza e di torpore che si manifesta anche nelle funzioni della vita di relazione. Rimane a lungo seduto senza occuparsi di nulla, non chiede dei suoi genitori, nè quando questi vengono a visitarlo, si mostra molto contento della visita, ma rimane in genere muto, e solo a domande reiterate risponde al padre o alla madre.

« Durante la sua ultima degenza in Clinica (1901), l'infermo una sola volta, in seguito a diversi attacchi epilettici ha presentato uno stato di agitazione grave, durato 8 giorni.

« In questo periodo si manifestarono di nuovo allucinazioni visive, uditive e tattili, vedeva uomini che volevano compiere su lui atti contro natura, sentiva toccarsi, e udiva parole oscene ».

In genere tutti i fenomeni di eccitazione sono relativamente miti, ma accanto a questa forma può esservi, benchè vi siano tutti i gradualissimi passaggi, anche la forma furiosa, la quale o può insorgere bruscamente senza che esistano sintomi precedenti, oppure possono precedere disturbi disepatici, cefalea, ansia, finchè scoppia l'attacco. L'infermo diviene tutto ad un tratto irritabile, loquace, è preso da collera furiosa, spezza qualunque oggetto gli capita tra mano, ingiuria chi è a lui vicino, anche le persone più care. Specialmente se si ostacolano i suoi movimenti l'infermo acquista una forza e una violenza grandissima, e mentre sembra estraneo allo ambiente, può rispondere ordinatamente alle domande; i suoi movimenti violenti sono però coordinati e a volte hanno una precisione terribile. A volte giunge a colpire sicuramente e uccide o si uccide. Dopo alcun tempo si presentano i fenomeni di stanchezza, finchè l'attacco scompare bruscamente o gradualmente, lasciando completa amnesia. Durante questo stato la temperatura può salire fino a 40, 41 grado e poi succede un periodo di torpore e di sonnolenza che in alcuni casi conduce al coma e alla morte. Accanto a questi quadri clinici

complessi ne esistono altri caratterizzati dalla loro rapidità e dalla indipendenza delle condizioni esterne. Questi possono essere preceduti da qualche fenomeno o da qualche sensazione speciale che costituisce un vago avvertimento (ansia, dolore precordiale, sapori o odori sgradevoli). L'infermo ad un tratto entra in uno stato sognante, durante il quale perde il controllo degli atti che compie; non è una vera perdita di coscienza, ma un oscuramento della coscienza dopo il quale a volte l'infermo può conservare un vago ricordo dall'atto compiuto. Tale stato è chiamato da Krafft-Ebing stato *ipnagogico* e da Ottolenghi *stato crepuscolare*.

Durante questi stati gli infermi si uccidono, uccidono, rubano, danno fuoco ecc. e tutto ciò avviene in modo rapido, senza alcun movente, senza premeditazione. Spesso l'infermo cade, subito dopo commesso il fatto, in un sonno profondo, tanto che giunge fino ad addormentarsi, vicino alla sua vittima se ha commesso un omicidio. Per Féré non si tratta che di un automatica esecuzione di una idea antecedentemente fissata nella coscienza. Accanto a questa impulsione di carattere criminoso possono osservarsi anche fenomeni impulsivi o automatici diversissimi come è ad esempio la dipsomania e la bulimia.

Alcuni epilettici, a volte ad intervalli varii, vanno soggetti a fughe incoscienti di durata talora considerevole. Tale forma è stata descritta per il primo da Charcot. L'attacco si inizia bruscamente, l'infermo lascia ad un tratto le sue occupazioni ed erra senza scopo per ore e giorni. Si sono descritti casi nei quali il soggetto aveva percorso enormi distanze comportandosi come un uomo normale prendendo biglietti ferroviarii, mangiando, pagando ecc. In genere però l'epilettico affetto da automatismo ambulatorio presenta un contegno stupido o strano, non risponde alle domande rivolte, supera qualunque ostacolo si presenti e viene riconosciuto agevolmente come infermo.

Oltre a questi fenomeni psichici in rapporto mediato o immediato con gli attacchi convulsivi epilettici dobbiamo ricordare brevemente lo stato che di solito termina

la vita psichica degli epilettici stessi. È la demenza il termine quasi fatale al quale giungono le diverse forme della epilessia. La grave stanchezza che segue ciascun attacco convulsivo ha certo una grande importanza per la genesi della demenza epilettica; infatti dopo ciascun attacco noi vediamo una rapida e sensibile diminuzione della intelligenza e dei sentimenti; la depressione psichica va accentuandosi sempre più a misura della ripetizione e del riavvicinamento degli attacchi convulsivi, mentre lo stato mentale migliora quando gli attacchi sono meno frequenti. In tal modo appunto si spiega perchè la demenza epilettica abbia un decorso quasi sempre remittente. È il cervello colpito a quando a quando da fenomeni di natura diversa che perde nei periodi accessuali le capacità intellettive per il tempo che dura lo stimolo che agisce sull'organo centrale stesso; in seguito la facoltà di riparare i danni prodotti è meno rapida, finchè ripetendosi frequentemente gli attacchi convulsivi, la riparazione avviene sempre più incompletamente, di modo che la stanchezza dell'organo psichico si fa permanente e la demenza si afferma con tutto il suo impressionante corteggio. In alcuni casi non esiste una remissione, ma la demenza si afferma in modo progressivo continuo. In tali casi non si può parlare più di stanchezza funzionale dei centri nervosi, ma essa è il risultato di alterazioni anatomiche, sclerosi cerebrali primitive e secondarie, ed ha caratteri di stabilità e di indelebilità come appunto le lesioni cerebrali stesse. Ciò si riconosce anche meglio quando l'epilessia ha origine nelle prime età della vita, sicchè interviene un arresto nello sviluppo delle facoltà intellettive e una perdita di tutto quello che il soggetto aveva potuto in qualsiasi modo acquistare.



5200

INDICE

Prefazione	<i>Pag.</i>	v
Pubblicazioni del Prof. E. Sciamanna	»	IX
Lezione I. — Le psicosi costituzionali.	»	1
Lezione II. — Le psicosi isteriche	»	23
Lezione III. — Le psicosi nevrastroniche	»	47
Lezione IV. — Le psicosi emicraniche.	»	71
Lezione V. -- Psicosi epilettiche.	»	93



