



## Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

## Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

## Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



## Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

## Linee guide per l'utilizzo

Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

Inoltre ti chiediamo di:

- + *Non fare un uso commerciale di questi file* Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.
- + *Non inviare query automatizzate* Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.
- + *Conserva la filigrana* La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.
- + *Fanne un uso legale* Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertarti di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

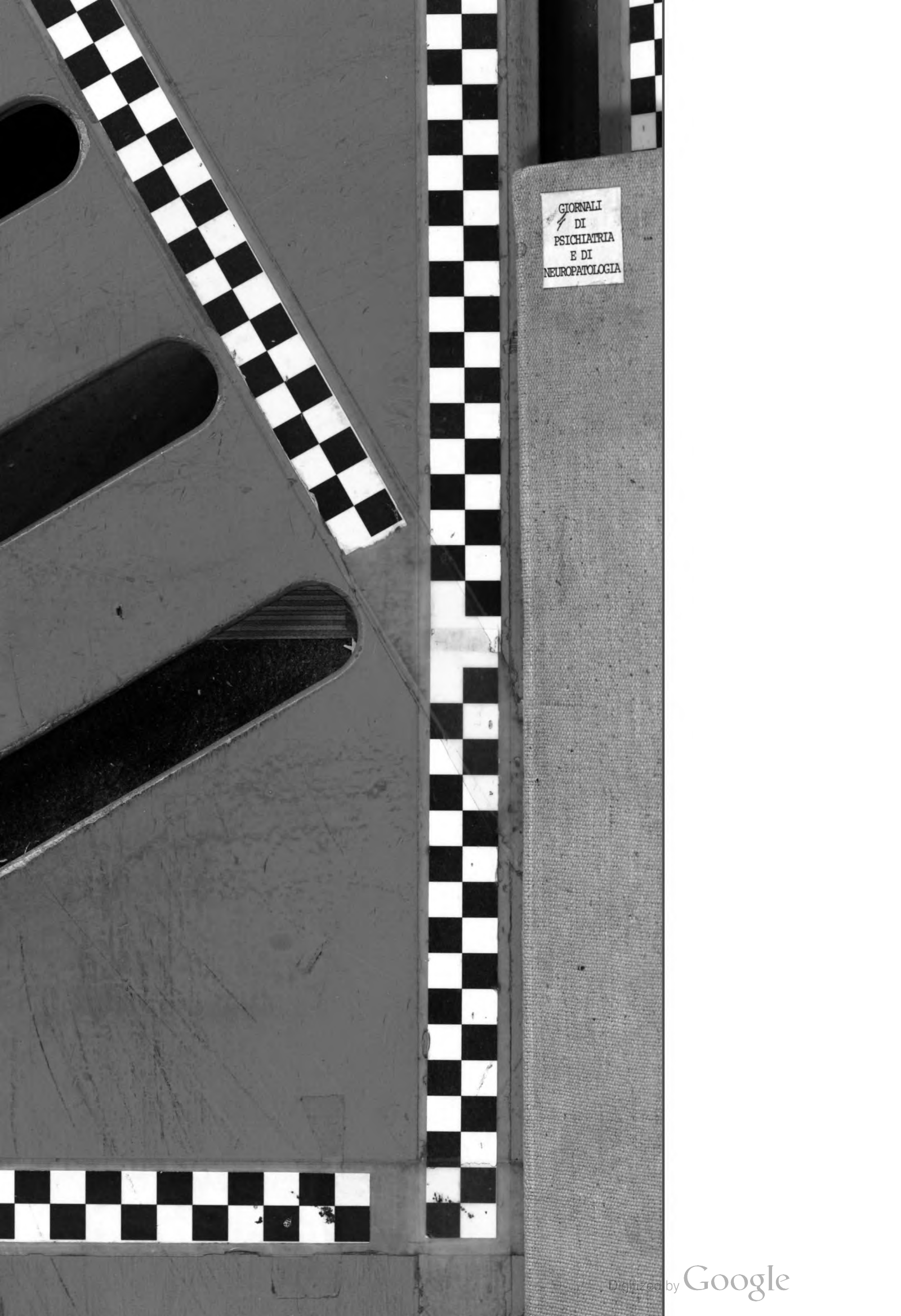
## Informazioni su Google Ricerca Libri

La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da <http://books.google.com>



GIORNALI  
DI  
PSICHIATRIA  
E DI  
NEUROLOGIA



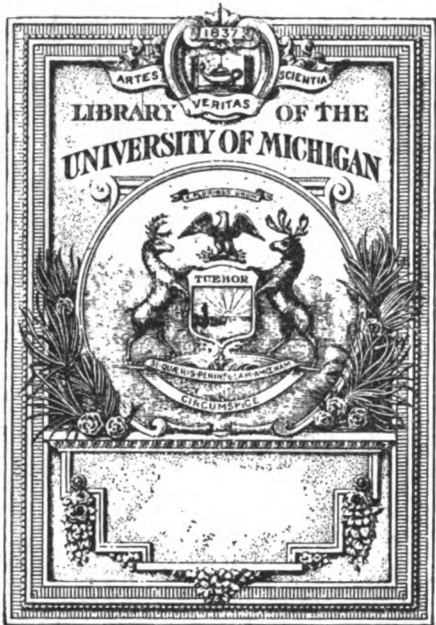
A black and white photograph of a book cover. The cover is a textured, greyish material. A prominent feature is a wide, diagonal border with a black and white checkerboard pattern. The border runs from the top-left corner towards the bottom-right. On the right side of the cover, there is a small, rectangular white label with black text. The text on the label reads: "GIORNALI DI PSICHIATRIA E DI NEUROLOGIA". The book is set against a plain white background.

GIORNALI  
DI  
PSICHIATRIA  
E DI  
NEUROLOGIA











610.5  
G497  
P977

Giornale di psichiatria clinica  
e tecnica manicomiale



med,





— Ferrara 8 Maggio 1895 —

## AI NOSTRI LETTORI

Dopo 20 e più anni di vita, il nostro *Bollettino* si presenta al Pubblico con veste sempre modesta, ma nuova e diversa, anche per forma, dalla passata. E ciò non fa per un semplice capriccio di moda, ma per una necessità impostagli dal progresso dei tempi, che vuole un pò mutato lo scopo dei giornalotti del genere.

Quando, qualche diecina d'anni fa, fu introdotta nei Manicomî l'usanza di pubblicare fogli periodici, il primo degli intenti, che essi si proponevano, era quello di fornire, per mezzo dei rispettivi Municipî, ai poveri contadini ed operai, che avessero avuto parenti nel Manicomio, brevi notizie sulla salute dei loro malati. Ora un tale scopo non ha più ragioni d' esistere o, per lo meno, soltanto in parte. In questi tempi, in cui la facilità delle comunicazioni, mercè la diffusione del telegrafo e il moltiplicarsi delle vie e dei messaggi postali, ha raggiunto un grado assai elevato, e le esigenze della civiltà e del sentimento fanno sì che fra la Direzione del Manicomio e le famiglie, anche dei malati poveri, si mantenga quasi sempre una viva corrispondenza, massime in casi di forme acute da questi

presentate, le notizie, date a questo riguardo nei *Bollettini* e nelle *Cronache*, riescono del tutto inutili, o per lo meno tardive. Tutto al più dunque può conservarsi in essi, ciò che faremo appunto nel *Bollettino* nostro, una piccola rubrica, per dare qualche cenno informativo su quei malati cronici, che non sogliono presentare mutamenti rilevanti in un breve spazio di tempo, e dei quali anche i parenti non sollecitano più informazioni e notizie.

In tal modo ci rimarrà spazio nel *Bollettino*, per dare più ampio sviluppo alla pubblicazione in sunto di quelle storie cliniche e di tutti quei fatti importanti, che saranno per cadere sotto la nostra osservazione e che altrimenti, per l'impossibilità di farne sempre lavori completi ed originali, rimarrebbero un materiale perduto.

Una tale innovazione però non farà perdere al nostro *Bollettino* il primitivo carattere, giacchè continueremo in esso a render noto il movimento dei nostri malati durante i diversi mesi dell'anno, a dare relazione dei lavori eseguiti da loro sotto la direzione degli infermieri operai, nonchè dei lavori di miglioramento fatti eseguire dalla Amministrazione, a render conto degli avvenimenti più interessanti, che hanno luogo nel Manicomio nostro e negli altri nazionali ed esteri, e a dettare precetti

di tecnica manicomiale e d'igiene popolare, particolarmente in relazione con la nostra specialità, e finalmente a registrare tutto ciò che potrà riguardare la cronaca e gl'interessi degli alienati e degli alienisti in genere.

Auguriamoci che la fortuna non ci faccia venir meno ai nostri propositi.

TAMBRONI

## SOCIETÀ DI PATRONATO

pei pazzi poveri dimessi dal Manicomio

DI FERRARA

Le leggi in Italia e nei paesi civili provvedono a che il pazzo povero possa ricevere, a spese del pubblico erario, cura e custodia, ma non si occupano più del medesimo, quando, venuto a guarigione o migliorato, tanto da poter essere senza pericolo dimesso dal Manicomio, venga restituito alla Società.

Se il poveretto però ha bisogno di cura e di custodia durante la sua malattia, non ha meno bisogno di aiuto e di sostegno, quando, dimesso dal Manicomio, deve nuovamente affrontare in seno alla Società la lotta per l'esistenza, alla quale torna con armi più deboli e colla necessità di vincere ostacoli nuovi e spesso insormontabili.

Per quanto possa essere completamente guarito della psicosi sofferta, il suo sistema nervoso non può aver più la primiera validità, e quindi tutte le forze dell'organismo, che possono dirsi di esso la estrinsecazione, debbono essere necessariamente più deboli e più fiacche. Ma questo è nulla, a confronto dei nuovi ostacoli che si parano di fronte al povero pazzo dimesso dal Manicomio. La memoria dei fatti, da lui commessi in preda all'alterazione mentale, raffredda l'affetto dei parenti e determina in tutto il suo ambiente diffidenze e sospetti, cose tutte che, unite agli stenti e alla miseria, inerenti alla sua posizione sociale, inducono tali condizioni materiali e morali, da farlo molto spesso ricadere nella malattia e ritornare al Manicomio più pazzo di prima.

Mossi da queste considerazioni, alcuni alienisti filantropi pensarono di costituire le così dette Società di patronato pei pazzi dimessi dal Manicomio.

Tali benemerite Società furono da tempo istituite specialmente in Francia, in Inghilterra e nella Svizzera. In Italia, come purtroppo e spesso avviene per molte cose che riguardano

i progressi civili ed umanitari, queste Società sono state fondate più tardi. Tuttavia già ne esistono parecchie, quali ad es. quelle di Bologna, di Reggio-Emilia, di Macerata, di Imola, di Alessandria, di Milano ecc., l'ultima delle quali, qualche anno fa, aveva già un capitale di più di 200000 lire.

Nella provincia di Ferrara, grazie alla munificenza del Duca Galeazzo Massari e al valido impulso di persone intelligenti e volenterose, esiste da tempo una Società di patronato pei pellagrosi; ma questa, non potendo, secondo le norme dello Statuto, sussidiare che i pellagrosi guariti, non provvede che ad una piccola parte dei dimessi dal Manicomio.

Volendo quindi io farmi iniziatore, per la nostra Provincia, di una Istituzione che valga a soccorrere una delle parti più infelici della umanità, Istituzione già da tempo caldamente propugnata anche dal mio illustre predecessore e maestro Prof. Bonfigli, pongo, come primo fondo di cassa, la mia modesta offerta di L. 100, nella speranza che tutte le persone generose e caritatevoli vorranno, in seguito, concorrere e coadiuvarmi in un'opera tanto provvida ed umanitaria.

TAMBRONI

## OSSERVAZIONI CLINICHE

In questa rubrica, come è stato detto nelle parole di programma, andremo narrando le osservazioni cliniche più interessanti, che ci passeranno sott'occhio nel numero grande di ammalati che attraversano il nostro manicomio.

La scienza positiva ha, innanzi tutto, bisogno di fatti per progredire, poichè solo da essi deduce le sue conclusioni e sopra di essi costruisce le ipotesi e le teorie.

È perciò lavoro utile, se non del tutto difficile e brillante, non lasciare che un qualunque materiale d'osservazione vada perduto e riferire, come ci proponiamo di fare, quei casi che possono confortare o contraddire idee già in voga in iscienza, oppure preparare il terreno a concezioni più late.

### MESCOLANZA DI FORME DEGENERATIVE NELLO STESSO INDIVIDUO - ERUTTAZIONI ISTERICHE

G. P. di anni 28, nato a Ferrara, discende da una famiglia fortemente neuropatica e degenerata. Alcuni suoi parenti (cugini e zii) sono pazzi



e criminali; il padre e la madre abbruttiti dall'alcool, di cui continuamente abusano; di 11 fratelli 7 sono morti piccoli, 4 sono vivi e sani, ma dediti al vino ed ai vizi, accattabrighe e maneschi, sicchè furono condannati ripetutamente per reati di sangue.

Il nostro malato, sia dal lato fisico che psichico, è degno discendente di tale prosapia. Ebbe nell'infanzia le malattie proprie a quell'età, crebbe in mezzo all'ambiente corrotto della sua famiglia, e divenne anch'egli facile all'ira, precocemente abituato ad ogni specie di vizi, e senza troppo raffinata educazione morale. All'età di diciott'anni ebbe una grave malattia, della cui natura poco si può raccogliere, perchè il G. P. ne fa un racconto molto fantastico. Fu quasi sempre, per ben cinque mesi, obbligato al letto; era divenuto pallido ed emaciato, e sembrava dovesse morire. Ma poi un bel giorno gli amici vollero condurlo ad una sagra fuori di città, ed egli li seguì alla meglio, non solo in campagna, ma nelle osterie e nella baldoria, sicchè tornò a casa la sera, dopo avere bevuto parecchio ed ingerito cibi grossolani ed indigesti.

Mentre stava per coricarsi, cadde in una convulsione, la prima ch'egli ha presentato in sua vita, ma di cui il malato non sa dare una esatta descrizione. Sta il fatto che, passato l'accesso, egli dormì tutta notte; al mattino si alzò che stava benissimo, e da quel giorno, nel vino e nelle gozzoviglie, affogò tutti i suoi mali, e presto ridivenne fisicamente forte. Dal favoloso racconto poco può dedursi intorno alla natura della malattia, se non forse questo giudizio molto generale: che in essa predominasse grandemente l'elemento nervoso. Neppure le convulsioni tornarono a ripetersi fino all'epoca in cui egli andò soldato (un anno e mezzo dopo). Sotto le armi gli si presentavano ogni tre o quattro mesi, alle volte di giorno, altre di notte, più spesso quando aveva provato una qualche forte emozione psichica.

Tornato a casa dall'esercito, seguì la sua vita viziata ed immorale. Avendo commercio di carni ovine, e trasportando spesso carni di contrabbando nell'interno della città, una notte fu sorpreso dalla guardia daziaria che, sequestrategli le carni, lo redarguì e gli chiese il nome. Il nostro uomo, senza perdersi in vane ciarle, estrasse un coltello e le inflisse un colpo al costato, dandosi poscia alla fuga. La giustizia umana non seppe provare la sua assoluta reità, e, quantunque fosse posto sotto processo, andò impunito per mancanze di prove; ma egli raccontava a me il fatto con tutta sincerità e tranquillità, quasi che ciò gli facesse onore e lo elevasse nella mia stima. E con altrettanta spudoratezza mi raccontava ancora, che un'altra volta fu condannato, perchè aveva tentato di assassinare suo padre. Questi una sera, mezzo ubbriaco, lo redarguiva, non so per quale piccola causa e se a torto o a ragione; ne nacque un alterco, e il G. P., preso un sasso da terra, si dette a martellarlo sul-

la testa del vecchio padre, producendogli larghe e gravi ferite.

Un'altra volta è stato condannato a un mese di carcere per rissa. In questi ultimi tempi venne da me un giorno tutto addolorato perchè suo padre era moribondo, chiedendomi con mille preghiere e suppliche di accorrere al letto del genitore. Lo trovai pieno di amorevoli cure per il vecchio, alla cui vita aveva altra volta attentato, mentre poi ingiuriò la madre con modi brutali e coi titoli di ubbriaca, di meschina e di ignorante.

Qualche tempo dopo, non avendo egli più richiesto dell'opera mia, gli domandai dell'andamento della malattia del padre, ed egli, con un'aria tutta contenta, mi cominciò a cantare le lodi di quel buon vecchio, che aveva fatto testamento e gli aveva lasciato un bel gruzzolo di danaro.

Completata così la sua storia morale, riprendiamo quella dei suoi mali fisici. Anche tornato da soldato gli si ripeterono le convulsioni ogni 5 o 6 mesi, quasi sempre cogli stessi caratteri.

A 24 anni prese moglie, una donnina gracile e rachitica e da cui ebbe tre figli; il maggiore di questi è morto, il secondo è pallido e di salute cagionevole, il terzo, ancora in fasce, sembra che già soffra di attacchi convulsivi. Nel G. P. le convulsioni sono precedute da un periodo di diversa durata (da poche ore a qualche giorno), nel quale il malato diviene triste e melanconico, cammina ed agisce come un trasognato, in preda a vaghe paure di dolori e di morte; è irritabilissimo, violento, sgarbato ed ingiusto, specialmente verso quelli di famiglia. Ha grave inappetenza, dolore all'epigastrio, frequenti flati e rutti, ed è sempre nell'ansiosa aspettativa che il male l'incolga.

L'accesso può colpirlo di giorno, ma più spesso lo attacca di notte. Al giorno il malato narra che nei primi momenti è convulso ed angosciato, si sente mancare il respiro, ha forti eruttazioni e singhiozzi, chiama aiuto e si pone per terra; sente poi una grande tensione ai muscoli, un bisogno impellente di flettere e contorcere le braccia in modi strani; non sa più parlare e perde infine la coscienza dell'ambiente e del proprio stato.

Durante la notte, alle volte si sveglia prima dell'accesso, alle volte no, ed allora alla mattina si sente abbattuto e stanco, ma non ricorda nulla.

La moglie racconta che, nei momenti prima dell'accesso, il G. P. ha, mentre dorme, lievi contrazioni muscolari rapide ed involontarie alle spalle ed ai bracci, e che la convulsione incomincia alle volte con grandi movimenti degli arti, ma più spesso coll'irrigidirsi delle gambe e col flettersi tetanicamente delle braccia e delle dita, sì da non riuscire a stenderglike neppure con grande forza. Gli occhi sono sbarrati, il globo oculare volto in alto, la bocca spasmodicamente serrata, qualche volta con spuma agli angoli, il naso affilato, il viso pallido come quello di un cadavere. Di tanto in

tanto stira la bocca a sinistra. Perde completamente la coscienza.

Questo stadio dura pochi istanti, ma poi il malato è invaso da un forte tremore, ed ogni suo muscolo cade in preda a brevi scosse cloniche.

Anche i muscoli dell'apparecchio della fonazione sono in preda a tali contrazioni, che il G. P. non può parlare, o, se articola parola, esse sono stentate, tremule e quasi incomprensibili. Riacquista per altro abbastanza rapidamente la coscienza e tenta spiegarsi con la mimica, piange, si lamenta, chiede da bere, si porta la mano allo stomaco, inspira ed inghiottisce l'aria con larghi movimenti del torace e tenta di fare rutti e flati. Se egli vi riesce, segue alle volte per lungo tempo ad emettere rumorosi boati, ed assicura di star subito meglio e di vincere il male.

Da due anni a questa parte si sono aggiunti nuovi fenomeni, e la malattia, pure divenendo più grave, si è circoscritta, nella sua sintomatologia più appariscente, all'apparecchio digerente ed in ispecial modo allo stomaco. Anche prima degli ultimi due anni il malato non poteva ingerire certi cibi, senza soffrirne delle noiose sensazioni soggettive (pienezza di stomaco, bruciori, rutti), ma tali idiosincrasie si limitavano a poche sostanze (minestra, liquori); mentre in questi ultimi tempi erano andate aumentando, tanto che doveva nutrirsi con solo latte ed ova. Accusava forti dolori all'epigastrio, specialmente alla pressione, sicchè spesso il semplice tocco delle vesti gli era insopportabile. Aveva bruciori e, al mattino, bocca cattiva e lingua impaniata e sporca.

Ma, innanzi tutto, due ordini di fenomeni si presentavano notevoli ed interessanti: *le alterazioni psichiche ed i rutti*. Si era fatto melanconico, ansioso, pauroso del dolore e della morte. Aveva accessi di agitazione della durata di due, tre ore, parecchie volte nel corso della giornata: tremava allora per tutto il corpo, piangeva ed aveva strane paure, la respirazione diveniva affannosa, il polso piccolo, la voce tremula e spesso indistinta; lo tormentava più acuto che mai il solito dolore all'epigastrio, ed emetteva rutti, singhiozzi e flati. Il mangiare cibi solidi e le contrarietà psichiche determinavano facilmente l'insorgere dell'attacco.

Le convulsioni vere e proprie si presentavano invero più spesso che per lo addietro, ma vi erano notti che egli si destava sotto l'impressione di dover essere incólto dal male, ed incominciava allora ad emettere rutti per ore intere, sino a che, ritornato calmo, gli sembrava di avere evitato il temuto attacco.

I rutti sono inodori, anche dopo il pasto, profondi, lunghi, rumorosi; si susseguono ad intervalli piuttosto brevi, qualche volta regolari; sono intramezzati da rutti di durata minore e di timbro meno profondo. Il malato anche fuori dell'accesso può provarli a suo piacimento ed emette boati colla massima facilità ed intensità.

Quando deve ruttare, china leggermente la testa, fa un movimento inspiratorio e di deglutizione, poi alza il capo, contrae i muscoli addominali e toracici ed emette il rutto. Per altro, quando compia l'eruttazione spontaneamente, può farla anche senza modificare di molto la meccanica respiratoria.

Il G. P., per il suo carattere irritabile, per i propositi truci, che a volte a volte volgeva in testa, e per i ripetuti accessi, fattisi troppo frequenti, fu condotto nel nostro manicomio il giorno 24 Gennaio 1895, colla diagnosi di istero-epilessia.

*L'esame obiettivo*, fatto il giorno dopo, ci dimostrò, ciò che si riscontra anche adesso, che gli organi respiratori, circolatori ed uropoietici sono normali, che lo stomaco è di estensione normale, ma che esiste un dolore, che si aumenta colla pressione, all'epigastrio, subito al disotto del processo ensiforme e lungo la linea mediana, fino quasi all'ombelico.

Gli intestini non meteorici, nè dolenti.

Il sistema nervoso invece è ricco di fatti patologici, risiedenti tutti a sinistra. Emianalgnesia e diminuzione della sensibilità tattile a sinistra. Udito, gusto, olfatto e vista quasi aboliti a sinistra. Campo visivo ristretto d'ambo i lati, ma in grado maggiore a sinistra. Cromatopsia normale. La motilità, attiva e passiva, normale; i riflessi profondi e superficiali conservati, eccetto il faringeo completamente scomparso.

*L'esame antropologico* ci dette i seguenti risultati: diam. ant. post. 190, diam. bip. 160, ind. cef. 84.2 diam. bifr. mass. 125, circonf. m. 550, curva ant. 310, curv. post. 240, curv. baur. 210. alt. della faccia 125, diam. biz. 115, dist. dal mento al collo uditivo 135. Scafocefalia, plagiocefalia post. destra e protuberanza notevole dell'occip. sui parietali, fronte sfuggente, orecchie leggermente ad ansa. La faccia sinistra, lo sguardo torvo ed incerto, l'espressione della fisionomia subdola ed antipatica. Notevole asimmetria, sicchè la parte sinistra del viso appare meno sviluppata della destra, mandibola piuttosto prominente, denti brutti ed impiantati irregolarmente.

*All'esame psichico* risultò che nel racconto della sua vita è spesso inesatto e cade in strane amnesie ed in contraddizioni con sè stesso, ha una forza di attenzione molto debole, il contegno rispettoso coi superiori, ma subdolo, l'intelligenza mediocre, non ha senso d'onore e di pudore e narra i suoi delitti e le conlance colla massima impudenza e tranquillità; è fatuo e vanitoso. Ha sulla sua malattia una serie di idee deliranti, nelle quali si associano, in uno strano modo, fatti svariatisimi ad una bizzarra interpretazione dei suoi mali.

Per il suo mestiere, è costretto a gonfiare gli agnelli, quando sono uccisi, per levarne più facilmente la pelle, e crede che i peli gli siano entrati nello stomaco e siano causa d'ogni suo male; crede che i rutti gli giovino in quanto gli *sgrop-*



pano la sacca dello stomaco, e chiede con insistenza la lavatura gastrica, perchè ha visto guarire nella stessa maniera un suo cugino, ammalato, secondo lui, della stessa forma e per la stessa causa. Alla prima sondatura, fatta a digiuno, non un colpo di tosse, non vomito, non modificazioni di respiro. Nel liquido estratto nessuna traccia di catarro e, nelle volte successive, fatta la lavatura a diverse ore dal pasto, si trovano sempre i segni di una normale digestione. Il G. P., sino dal primo giorno di cura, non ebbe più accessi nè di agitazione, nè convulsivi; sta psichicamente meglio e mangia la minestra e il vitto comune degli altri malati.

Solo un giorno, perchè da qualche tempo non andava di corpo, neppure sotto l'azione di clisteri e di purganti, fu preso dalle solite paure, da tremore e da bisogno insistente di ruttare. Esce dal manicomio il 9 Febbraio migliorato, ma torna all'ambulatorio ogni due giorni, per la suggestiva lavatura di stomaco.

..

Ed ora poche considerazioni generali per precisare le deduzioni più importanti che sembrano risultare dai fatti. Esse sono di due ordini: alcune diagnostiche intorno alla natura anomala dell'individuo, le altre di semiogenesi intorno ad un sintoma che abbiamo visto prendere nel nostro malato importanza diversa, le eruttazioni.

Il G. P. non è un semplice malato di stomaco, nè un malato organico di sistema nervoso; la dimostrazione è troppo ovvia, e passo oltre.

Charcot, non preoccupandosi del lato psichico dell'individuo, lo avrebbe detto un istero-epilettico. Lombroso aggiungerebbe alla diagnosi quella di pazzo morale e di delinquente. Tonnini (1) vedrebbe nel G. P. una nuova prova dello stretto rapporto che lega le epilessie alla degenerazione. Il Dallemagne (2) studierebbe forse a quale gradino della scala degenerativa, dal semplice nevrastenico al paranoico, all'idiota, egli s'arresti.

Lo scoprire sempre nuovi fatti e il bisogno dello scienziato di classare i fatti scoperti hanno determinata la creazione di forme nosologiche molteplici con limiti netti, ma troppo convenzionali. Forse non è possibile includere il nostro malato in una sola

delle categorie segnate dagli studiosi, perchè ha caratteri distinti di alcune di esse ed ha inoltre tutti quei caratteri che ad esse sono comuni.

Egli ha del delinquente nato alcune note fisiche, la mancanza quasi assoluta di senso morale, l'azione delittuosa rapida, il nessun pentimento e la voluttà nel raccontarla.

Egli ha dell'isterico molti importantissimi caratteri della convulsione, le alterazioni della sensibilità, la mancanza del riflesso faringeo, il decorso della malattia di stomaco, le eruttazioni stesse, di cui più oltre studieremo le modalità e le origini.

Ed inoltre ha alcune caratteristiche dell'epilettico: l'asimmetria fisica, l'impulsività, gli accessi frequentissimi nella notte, senza che egli si desti, i caratteri del periodo epiletticoide, la perdita totale della coscienza, la bava alla bocca ecc.

D'altra parte ha di tutte queste malattie costituzionali le cause comuni, quali la grave eredità e le tristi influenze d'ambiente (educazione immorale, stravizi, abuso di alcool ecc.)

Si può affermare che nei fenomeni sensitivi e motori egli è più isterico che epilettico; ma la sua psiche è quella di un grave imbecille morale. La perifrasi, che si è costretti ad usare per dire tutto il vero, prova appunto quanto siano poco fissi e duraturi i limiti che gli studiosi han posto tra le diverse forme funzionali. Alcuni malati mostrano bensì distinte manifestazioni di una sola forma, ma altri ve ne sono che, rompendo ogni diga, dell'una e dell'altre mostrano le tracce. Su tutti poi impera e determina i suoi tristi effetti, prendendo direzioni e forme diverse, la degenerazione. Ed è appunto studiando il modo di agire di tale causa, tanto proteiforme negli effetti suoi, dannosi alla specie e all'individuo, che gli scienziati scoprirono l'intimo legame che unisce svariate forme di malattia, che vince e sorpassa ogni linea di divisione.

Già lo Charcot e la sua scuola avevano sentito la necessità della creazione di un tipo intermedio: l'istero-epilettico.

Il Tonnini andava più oltre ed affermava non essere l'isterismo che l'epilessia innestata nella femminilità (!?).

Il Lombroso (1) fondeva il pazzo morale

(1) Tonnini - Le epilessie in rapporto alla degenerazione. Torino - Ed. Bocca, 1891.

(2) Dallemagne - Dégénérés et déséquilibrés - Bruxelles, 1895.

(1) Lombroso - L'uomo delinquente. Torino - Ed. Bocca 1893.

col delinquente nato, e successivamente l'epilettico con tutti e due.

Il Ferè<sup>(1)</sup>, studiando le leggi dell'eredità, scriveva un libro sulla famiglia neuropatica; e il Dallemagne, in un bellissimo corso di lezioni a Bruxelles, tentava porre, come primi gradini della scala degenerativa, la neurastenia, l'isterismo e l'epilessia, trovando un forte legame, e tra di loro, e colle forme più gravi pazzesche, nella degenerazione.

Ora, a parte alcune affermazioni particolari di questo o quello autore, forse troppo esagerate o non abbastanza comprovate dai fatti, le storie cliniche, come quelle del G. P., nelle quali appare così evidente la mescolanza di molteplici forme degenerative, sembrano provare che la nuova strada, sulla quale si è messa la scienza neuro-psichiatrica, è forse la vera.



Abbiamo veduto come, fino dalle prime convulsioni, uno dei fenomeni iniziali e premuntori fosse appunto la necessità di ruttare, e come poscia i rutti divenissero anche il segno della fine; e fin qui nulla di strano, poichè è noto da lungo tempo che simili fenomeni di spasmi, specialmente nell'apparecchio digerente (bolo, borborigmi, flati, rutti ecc.) accompagnano spessissimo gli attacchi convulsivi.

Ma il sintoma incomincia a divenire degno di studio, quando tutta la malattia sembrò quasi impersonarsi in lui, quando assunse forme più svariate e fu per il malato indizio ad un tempo di malattia di stomaco e di sollievo del dolore all'epigastrio, un equivalente della convulsione, oppure il modo di prevenirla o di interromperla; sintoma insomma malefico e benefico, a seconda delle condizioni psichiche del malato.

Il Pitres<sup>(2)</sup>, in una dotta conferenza alla clinica di Bordeaux, narra due casi, nei quali, quasi unico indizio della malattia isterica, si presentavano crisi di eruttazioni, e ne indaga il modo di prodursi e le cause.

Lo studio da lui compiuto è assolutamente nuovo, ed egli stesso cita quelle poche ed incomplete nozioni, che intorno all'argomento si conoscono da Ippocrate in poi.

(1) Ferè - La Famille Neuropathique - Paris 1894.

(2) Pitres - Le eruttazioni isteriche - Conferenza - Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 22 gennaio 1895. N. 10.

Si tratta in genere di individui, su cui pesa una grave labe ereditaria, e che per una forte emozione psichica sono presi, quasi improvvisamente, dalla necessità di ruttare, senza che l'esame clinico rilevi in loro quelle gastropatie che sogliono produrre simile noioso disturbo. Rare volte le eruttazioni sono continue, e allora si interrompono solo durante il sonno, più spesso si presentano parecchie volte al giorno, sotto forma di accessi, che durano due o tre ore. Vi è anoressia, dolore all'epigastrio, idiosincrasia per molti cibi, i quali ingeriti aumentano le eruttazioni. Queste sono sempre inodore, anche dopo i pasti, e l'analisi praticatane dimostra che non contengono alcuno di quei prodotti che si sviluppano nelle fermentazioni patologiche dello stomaco, ma hanno quasi la composizione dell'aria espirata.

Il Pitres ritiene che tali attacchi di rutti siano una pura manifestazione isterica, e non vi ha chi non veda, anche dal breve riassunto da noi dato dei casi dell'illustre professore, l'identità loro con il nostro. Il G. P. è appunto un ereditario e, come dicevamo poc'anzi, in lui la degenerazione si è mostrata nei disturbi sensitivi e motori, principalmente sotto l'aspetto e la forma dell'isterismo.

Il Pitres, studiando il meccanismo di produzione delle eruttazioni, così le descrive: «... L'eruttazione è l'emissione sonora per la bocca dei gas provenienti dallo stomaco, dall'esofago o dalla faringe: il che viene a dire che esistono due varietà di eruttazioni: la gastrica e la faringea.

L'eruttazione faringea è relativamente semplice, e chiunque può produrla volontariamente; avviene in due tempi: nel primo una certa quantità di aria, uscendo dal polmone, vien arrestata in sull'inizio dell'espirazione nella cavità faringo-esofagea, i cui diversi orifizi, strettamente serrati dalla contrazione combinata dei muscoli del velo palatino, della glottide, della base della lingua, limitano una cavità chiusa abbastanza ampia. Nel secondo una contrazione dei muscoli costrittori della faringe sospinge per la bocca l'aria accumulata nella sacca faringo-esofagea, imprimendo a questa cavità delle vibrazioni sonore più o meno alte.

L'eruttazione gastrica è un poco più complessa. Abbiamo veduto che, nel secondo tempo dell'eruttazione faringea, l'aria accumulata nella sacca faringo-esofagea è cacciata per la

bocca mercè la contrazione dei muscoli costrittori della faringe. Ma, se nell'istante preciso, in cui codesti muscoli si contraggono, l'orificio boccale non si apre, l'aria compressa nella sacca, che l'avvolge da tutte le parti, può venir sospinta verso le parti inferiori dell'esofago, e poichè il cardias, sprovvisto di valvola e di sfintere, è facilmente dilatabile, così il gas passerà senza resistenze dall'esofago nello stomaco.

L'altra maniera di deglutizione dell'aria atmosferica è preceduta da uno sforzo di aspirazione toracica. Allorquando il torace si dilata, a glottide chiusa, il vuoto intratoracico rimane necessariamente esagerato, e tutti gli organi mediastinici si trovano immersi in un ambiente a pressione negativa; ora ognuno di essi reagisce a modo suo. E l'esofago tende ad aprirsi, per cui l'aria si precipita nella cavità sua; questo appunto costituisce il primo tempo della deglutizione aerea. Nel secondo, cessando l'aspirazione toracica, l'aria rinchiusa nella cavità esofagea viene sospinta nello stomaco attraverso l'orificio poco resistente del cardias e, quando vi è accumulata in quantità sufficiente, può venire espulsa dalla bocca sotto forma di eruttazione gassosa.

Ora io mi trovo d'accordo col Pitres nell'interpretare le eruttazioni più brevi e più superficiali come prodotte nella faringe, ma mi sembrano troppo teoricamente complesse le spiegazioni ch'egli dà del modo come l'aria penetra nello stomaco per poi risuscirne nel rutto gastrico.

Poichè il mio ammalato aveva tanta facilità nell'emettere rutti spontaneamente e nell'ingoiare le sonde, lo sottoposi a diversi esperimenti.

Introducevo nello stomaco o nell'esofago del G. P. una sonda, con legato ad una estremità un palloncino di gomma, che io gonfiavo d'aria, dopo averlo introdotto, e con l'altro estremo in comunicazione ad un tamburello del Marey. L'asticella dell'istrumento, colle sue elevazioni durante il rutto, mi indicava le contrazioni delle parti intorno al palloncino gonfiato. Parechie cause invero potevano turbare l'esperienza, ma, nelle tante volte che io l'ho ripetuta, sembrarono risultare evidenti questi tre fatti:

1. Quando il palloncino trovavasi nello stomaco, l'asticella, nel periodo del rutto, segnava la massima altezza, e la pellicola del tamburello si tendeva fino a rilassarsi.

2. Quando il palloncino si trovava nell'esofago, a diverse altezze, l'asticella, o non si muoveva, o si alzava di pochissimo, più che altro in rapporto al movimento espiratorio del torace. Non vi era alcun accenno di elevazione neppure nel momento prima dell'emissione rumorosa dell'aria dallo stomaco.

5. Se poi si gonfiava il palloncino in modo esagerato quando era nell'esofago, il malato provava maggiore difficoltà a compiere il rutto, non nel secondo periodo, quello dell'espulsione, ma bensì nel primo, quello della deglutizione. Egli stesso aveva la sensazione soggettiva di non potere introdurre nello stomaco l'aria necessaria all'emissione del rutto, e vi suppliva facendo più ampia e più lunga l'inspirazione a glottide chiusa, per dilatare l'esofago e lasciare che l'aria passasse, ad onta del palloncino che funzionava da tappo.

Gli stessi risultati si ebbero una mattina, nella quale il malato, venuto all'ambulatorio in un periodo prodromico, cadde in convulsione pochi momenti dopo che gli si era lavato lo stomaco, e successivamente in una crisi di rutti.

Da tutto ciò si può dedurre che l'esofago ha, nel meccanismo dell'eruttazione gastrica, una parte molto passiva. Non è necessario che, nell'inspirazione e dilatazione toracica, l'aria si conservi nell'esofago dilatato a sacca, per essere poi in un secondo momento spinta nello stomaco da una contrazione esofagea; ma che fino dal primo tempo, quando il malato inspira e deglutisce, l'aria penetra direttamente fin nello stomaco.

Il Pitres afferma inoltre che « se si ingiunge all'ammalato di trattenere per un istante la lingua fuori dalla bocca, o se si applica un manico di cucchiaino sulla base della lingua, le eruttazioni cessano, o, per essere più precisi, non si produce più nè rumore nè espulsione di gas per la bocca, ma lo spasmo continua ogni tre o quattro secondi. »

Ora nel G. P., anche se si abbassa la lingua, spingendo il cucchiaino fino in fondo alla retrobocca, l'eruttazione si compie ugualmente e rumorosissima. Nel primo periodo, quando il malato inspira e deglutisce, si vede una lieve contrazione dei muscoli del velo pendolo e della faringe, ma poi, subito dopo, il rutto è emesso, senza che nella retrobocca avvengano notevoli modificazioni. Tali fatti insieme a quelli risultanti dalle esperienze, ci



provano una volta di più che il rutto ha sicuramente origine nelle contrazioni antiperistaltiche dello stomaco sull'aria inspirata e deglutita, e che il rumore del rutto è prodotto dalla forza con cui l'aria è ricacciata attraverso al cardias ed all'esofago.

Tuttavia queste lunghe disquisizioni non hanno grande importanza per rispetto alla natura clinica del fenomeno, tanto più che nei diversi malati potrebbe prodursi con diverso meccanismo.

Certo, nell'un modo o nell'altro, importante è la conclusione a cui giunge il Pitres:

- Le eruttazioni sono essenzialmente costituite da fenomeni di ordine motore, da spasmi sistematizzati di alcuni muscoli della deglutizione, a quella guisa medesima che la tosse, il singhiozzo e l'abbaiare isterico sono prodotti da spasmi sistematizzati dei muscoli respiratori. »

Le eruttazioni isteriche, quali si sono presentate nel nostro malato, hanno dal lato genetico una maggiore importanza di quelle presentate dai malati del Pitres.

Chareot, studiando le paralisi isteriche, fu il primo ad ammettere una spiegazione psicologica dei fenomeni funzionali dell'isterismo. Avremo occasione nel prossimo numero, intorno ad un'altra osservazione clinica, di tornare sull'interessante argomento; per ora ricordiamo soltanto che, secondo lo Chareot, l'idea fissa deve essere posta a base di tutte le manifestazioni isteriche.

Nel nostro caso tale origine dei rutti non solo è facile a rintracciarsi, ma forse è l'unica che valga a dare del fenomeno una plausibile spiegazione.

Ricordiamoci che la prima convulsione ebbe forse una causa determinante in un disturbo di stomaco (indigestione quando il G. P. si trovava in istato di soverchia debolezza).

Ricordiamoci il parallelo tra l'aggravarsi delle manifestazioni psichiche, lo strano decorso della malattia di stomaco ed il diverso modo di manifestarsi delle eruttazioni; ricordiamoci il bizzarro delirio che il malato aveva costruito intorno alle cause, al decorso ed alla cura della propria malattia, e ricordiamoci com'egli guarisse quasi improvvisamente di molti dei suoi disturbi di stomaco fin o dalla prima applicazione della sonda,

non certo per effetto diretto della lavatura, ma per auto-suggestione.

Egli rimane sempre un anomalo, e direi quasi che le alterazioni del suo sistema nervoso si vanno estendendo ed aggravando; ma il sintoma, che in questo periodo di tempo ha impersonato in se tutta la malattia, è di molto migliorato.

Le eruttazioni isteriche, quale nuovo fenomeno clinico, nella teoria psicologica dell'isterismo trovano una giusta spiegazione; ma a sua volta l'ipotesi trova nel nuovo fatto una base più larga ed una maggiore apparenza di verità.

GIULIO OBICI

#### UN CASO DI EPILESSIA PSICHICA (*Brevi considerazioni medico-legali*)

— 0 —

Nel mese di Marzo u. s. veniva condotto nel nostro Manicomio Angelo S. perchè, a casa, sotto il dominio di idee persecutive, aveva presentato manifesti segni di pericolosità. Appena ammesso, addivenne quieto: fu tenuto per alquanto tempo in osservazione, fu sottoposto alle cure opportune e quindi collocato fra gli infermi tranquilli perchè assolutamente tranquillo.

È giovane, biondo, con occhi celestri dolcissimi, con un sorriso piacevole, con un aspetto docile e ingenuo; è buono, affettuoso, pieno di premure per gli altri infermi e di rispetto per i suoi medici e per i sorveglianti. Insomma a tutto quanto può ispirare confidenza e simpatia. Ha fatto il soldato e si è sempre durante la vita militare comportato bene: à prestato servizio presso parecchie famiglie e dappertutto ha mantenuto un contegno correttissimo. Fin dalla infanzia ha dimostrato carattere piuttosto cupo e melanconico: à amato sempre la solitudine e qualche volta, senza che si conoscesse il perchè e il luogo ove era diretto, si è partito dalla casa paterna, rimanendosene lontano anche per più giorni. Ha sofferto di qualche raro accesso di convulsioni epilettiche.

L'eredità familiare pesa su di lui in modo molto grave; il padre fu alcoolista ed ebbe accessi di delirio furioso, per cui fu rinchiuso nel Manicomio; la madre e la sorella di questa presentarono le forme più strane dell'isterismo; uno zio si suicidò; l'avo ed il bisavolo furono noti per le stranezze del carattere.

All'esame obiettivo mostra costituzione fisica sana e robusta, intelligenza mediocre, sentimenti e affetti normali: non si osservano in lui caratteri schiettamente degenerativi, all'infuori della balbuzie.

La mattina del 30 Marzo il S. era quieto e tranquillo: aveva parlato a lungo col sig. Direttore e, tranne qualche idea vaga a colorito persecutivo, nulla aveva addimosttrato che facesse prevedere quello che poche ore dopo succedette. Sul mezzogiorno passeggiava tranquillamente per la corte, discorrendo con un altro infermo in modo brioso e piacevole. A un tratto, senza dire il perchè, si stacca dall'amico, si slancia su un ippocastano vicino e in due minuti è sulla cima.

Quivi si pone solidamente a cavalcioni sovra un braccio dell' albero diviso a forchetta, tronca, sfronda un grosso ramo e lo impugna con gesto minaccioso contro gli infermi e gli infermieri, che dal basso stanno guardandolo mezzo sbalorditi dalla stranezza e dalla rapidità con cui si è svolto il fatto. Egli li guarda torvo, borbottando. Qualcuno tenta di salire sull'albero. Ma allora il S. incomincia a urlare bocciando con voce altissima che « vuole uscire, che vuole la libertà, che piuttosto vuole andare in carcere che rimanersi nel Manicomio ».

Accorrono i medici, accorrono i sorveglianti, tutti hanno una parola di calma, tutti lo invitano con insistenti preghiere a discendere. Egli risponde sempre no, recisamente no e ad ogni invito si esalta maggiormente, grida, minaccia di uccidere chi ardisca di salire per prenderlo, schianta i rami e morde ripetute volte l' albero con una ferocia che desta spavento. È pallido in viso, ansante, con truce aspetto. A tratti si calma, risponde con miglior garbo, ma poi torna ad agitarsi e ad urlare. Due infermieri, adattata una scala al tronco dell'albero, rapidamente salgono, nel mentre che il S., sudato e ansante, è intento a levarsi la giacca. Ma sono costretti ad arrestarsi, poichè il S. accortosene, sostenendosi all'albero con una gamba avviticchiata intorno ad un grosso ramo, si slancia e si protende velocemente in basso con tutta la persona menando colpi furiosi e schiantando, nella furia delle percosse, i rami minori sottostanti. Voglio la forza, egli grida, voglio i Carabinieri ed allora scenderò. Sopraggiungono i Carabinieri, chiamati a bella posta, ma egli, diffidente e sospettoso, dichiara anche ad essi che non vuol discendere.

Sarebbe troppo lungo il riferire tutto il dialogo che a diverse riprese si svolse fra il S., i Carabinieri, i Medici. Egli riconosceva perfettamente tutti. Al sig. Direttore disse parole gentili e così ai due Carabinieri: il suo ragionamento partiva da una premessa sbagliata — quella di essere perseguitato — e conduceva a un fine pure errato — quello che con l' opposizione violenta avrebbe recuperata la libertà —; ma nel suo svolgersi era abbastanza corretto: non scendeva perchè non voleva essere preso, non odiava alcuno di noi personalmente ma tutti, come Medici del Manicomio, perchè tutti, per tale ufficio, cooperavamo a ledere il suo diritto di libertà, favorendo in questa guisa i suoi persecutori;

sarebbe rimasto lì per sempre, sarebbe morto digiuno sull'albero piuttosto che discendere ed essere legato in letto: non avrebbe dato noia ad alcuno, ma avrebbe bensì accoppato chiunque, medico o infermiere, avesse osato dar la scalata all'albero per prenderlo. Alle risposte persuasive, a chi gli faceva osservare che la via da lui intrapresa non era certo la migliore per recuperare la libertà, rispondeva vaghe parole sogghignando con aria diffidente. Fra mezzo a codesta agitazione, al succedersi incessante di idee strane, di concezioni deliranti, di sospetti, di accuse una nota simpatica di tanto in tanto appariva: il ricordo della madre lontana. Ricordo che egli evocava con parole toccanti, pregando che lo si lasciasse andare da quella « poveretta di sua mamma » che aveva bisogno del suo soccorso, delle sue cure. Ed era invero commovente nella preghiera e ci si commoveva egli stesso fino al pianto. Ma codesto pietoso ricordo era un lampo che guizzava rapidamente attraverso la sua ottenebrata coscienza, sulla quale subito dopo riprendevano potere assoluto il delirio e l'agitazione.

Due ore rimase sull'albero, per due ore lo si pregò, lo si invitò a discendere con mille promesse, con mille affettuose parole, ma invano. No rispose a tutti, no risolutamente anche ai Carabinieri che egli stesso aveva desiderato che venissero. Finalmente si calmò, chiese al Direttore che non lo punisse e scese a terra. Era pallido, affaticato, ansioso. Il polso era frequente e valido, le pupille ristrette. Camminava a stento ed aveva l'aspetto di persona che si desti da profondo sonno per l'espressione imbambolata del viso, per lo stirarsi frequente e lo sbadigliare ripetuto. Dopo essersi passata replicatamente la mano sulla fronte, stirando con forza i capelli all'indietro, apparve più desto, più sereno. Si mise tranquillamente la giacca, riadattò con cura l'abbigliamento delle proprie vesti e si dispose a tornare fra i malati che da lunge lo osservavano curiosamente. Fu condotto a mangiare: mangiò tranquillamente, bevve con avidità dell'acqua e succhiò un limone: mangiando pensava, e di mano in mano la sua fisionomia diventava più disinvolta, il polso più quieto, la respirazione più facile. Le pupille, prima ristrette, divennero a poco a poco mi-driatiche. Col rasserenarsi della sua fisionomia si rasserenò pure la mente, e un'ora dopo, calmo e tranquillo, passeggiava per la corte ragionando con gli altri infermi, come se nulla fosse accaduto.

Ha serbato sempre memoria completa del fatto, del quale in sulle prime parlava con indifferenza, senza commuoversi e cercando di attenuarne la stranezza con l'invocare a scusa il suo forte desiderio della libertà. Anche oggi ne ha vivo ricordo, ma è compreso di tutta la gravità del fatto, di cui parla rattristato, malinconicamente.

Si tratta evidentemente di un equivalente psichico dell'epilessia. La rapidità dell'ini-

zio, la brutalità, la veemenza, la ferocia negli atti, la mancanza di ogni logica finalità nell'azione commessa, le convulsioni epilettiche, dall'inferno sofferte durante l'infanzia e l'adolescenza, la morbosa eredità, che su lui grava con le forme più acute della degenerazione, lo caratterizzano indubbiamente. Sono questi infatti i sintomi precipi dai quali il Samt<sup>1</sup>, il Lombroso<sup>2</sup>, il Krafft-Ebing<sup>3</sup>, il Kraepelin<sup>4</sup>, il Legrand du Saulle<sup>5</sup> ecc. consigliarono di trarre argomento nel formulare una diagnosi di epilessia psichica. Di equivalenti psichici ad ogni momento se ne osservano nei Manicomi: da semplici mutamenti nell'umore, nel carattere giungono insino agli accessi del più brutale furore. Ma di solito si presentano in maniera così strana, che ne apparisce evidente il carattere pazzesco anche ai meno esperti nelle dottrine psichiatriche ed agli stessi profani. Il caso del S. non è di questi: le sembianze di pazzia ad esso provengono dalle condizioni, dall'ambiente poco propizio in cui si è svolto. Fuori del Manicomio, nel comune ambiente sociale, ovunque il S. avesse potuto procurarsi un'arma, il fatto avrebbe assunto l'aspetto del delitto volgare e pensato, e pochi di certo sarebbero giunti a tutta prima a riconoscerne la morbosità. Anzi la brutalità, la mancanza di una giusta causa avrebbero contribuito, come accade il più di sovente, a irritare il pubblico ed in particolar modo quella parte della stampa che tutto e nulla sa, la quale, ogni volta che succede uno di codesti strani fatti, si accende di focoso sdegno contro i responsi dei medici alienisti e contro le nuove teorie della scuola positiva. In una caserma, fra soldati e con un fucile alle mani, il S. avrebbe rinnovato le gesta di Misdea, di Torres, di Magri e avrebbe subito anch'egli la loro sorte e non sarebbe mancato anche per esso qualche misoneista dispregiatore delle moderne teorie antropologiche-criminali, che lo avrebbe con ragionamenti, a carattere

1. *Samt*. Epileptische Irrenseinformen (Arch für Psych. und Nerven. Vol. V e VI).
2. *Lombroso*. L'uomo delinquente. Torino 1891. Ed. Bocca.
3. *Krafft-Ebing*. Trattato di malattie mentali. Trad. Tonnini-Amadei. Torino. Bocca 1896.
4. *Kraepelin*. Compendio di Psichiatria. Trad. Brugia. Napoli. Vallardi. 1885.
5. *Legrand du Saulle*. Etude médico-legale sur les épileptiques. Paris. 1877.

atavico, dichiarato intieramente responsabile. È quindi sommamente vantaggioso insistere con l'esame di nuovi casi nello studio della epilessia, la cui influenza sul determinarsi della criminalità è oltremodo considerevole e frequente.

Riporto, a questo proposito, dal recentissimo libro del Roncoroni<sup>6</sup> sull'epilessia alcuni dati statistici di notevolissima importanza. Considerando oltre la forma convulsiva anche la vertiginosa, quella cui più di sovente si collega l'equivalente psichico, si sa che l'epilessia è nei criminali 112 a 560 volte più frequente che non negli onesti. Il Rossi nella sua centuria di criminali trovò, su 40, 16 volte l'epilessia; il Knecht trovò fra i criminali il 5% di epilettici e fra i normali il 5%. Il Tonnini su 55 epilettici ne rinvenne 20 delinquenti ossia il 55%. Secondo Lombroso l'epilessia si manifesta fra i criminali nel 60%. Brancaloneo Ribaudò su 559 soldati delinquenti trovò che nel 10, 4% i genitori erano epilettici. E notisi che queste cifre sono per certo inferiori alla media vera, poichè non tutti i delinquenti epilettici cadono sotto l'osservazione di chi li può giudicare come tali o perchè l'ammalato, come scrive il Roncoroni, ignora d'essere epilettico (epilessia vertiginosa, larvata) o lo nega per l'orrore che desta la malattia.

Sarebbe utile un raffronto tra il nostro S. e alcuni dei più noti epilettici criminali che dettero argomento di viva discussione ai penalisti delle diverse scuole. Ma si andrebbe troppo per le lunghe. Fra i tanti ne sceglieremo due: Misdea e Torres; due delinquenti epilettici che commossero profondamente la pubblica opinione. Ricordo brevemente i fatti.

*Misdea* fu un degenerato, un epilettico. Numerose note degenerative somatiche e psichiche lo caratterizzarono per tale. Ebbe due zii paterni imbecilli, un altro bizzarro e irascibile, un altro ancora irascibile ed omicida; un zio materno fu brigante, un altro ladro; il padre bizzarro, alcoolista, la madre isterica; due cugini furono imbecilli, uno pazzo, un altro idiota; ebbe poi un fratello epilettico ed uno beone. Tenne sempre condotta strana, scorretta, che gli fruttò qualche condanna, e presentò due o tre accessi di convulsioni epilettiche. Un giorno, mentre era militare, entra in una camerata e senta, a causa di un diverbio avvenuto, riprendere un

6. *Roncoroni*. Trattato clinico dell'epilessia. Milano. Vallardi. 1895.



calabrese; monta in ira dicendo che egli e tutti gli altri calabresi erano perseguitati, corre ad armarsi di un fucile e, barricatosi dietro alcuni letti, incomincia a sparare colpi su colpi. I compagni fuggono, ma egli li insegue sparando contro essi, e quando tutti i cameroni addivennero vuoti, si affacciò alla finestra per tirare altri colpi sui soldati che trovavansi nella corte. Tutto ciò si svolse in brevissimo tempo. Durante l'accesso era furibondo ed agiva senza alcun discernimento poichè mentre gridava che avrebbe risparmiato i calabresi e che voleva uccidere solamente coloro che li perseguitavano, sparò, ferendolo, contro un tal Feriati che era calabrese esso pure e per di più suo amico. Fu solo dopo molto rischio e fatica assalito e preso; egli, dopo avere opposto viva, feroce resistenza, cadde in uno stato di marcata depressione. Ha sempre ricordato il delitto.

Torres, un anomalo, un epilettico anche lui, con note degenerative somatiche e psichiche, con balbuzie, con scarso intelletto, con deficienza assoluta nella lotta per la vita. Ebbe eredità patologica oollaterale. La stranezza del suo carattere si rivelò fin dalla infanzia in mille modi da farlo ritenere dai suoi concittadini per un pazzo. Durante la vita militare ebbe una volta convulsioni e commise tante mancanze da essere sottoposto in 2 anni a 161 giorni di consegna, dei quali 91 di rigore. Mentre era soldato concepì un amore violento, che dette l'ultimo crollo al suo instabile equilibrio psichico. Essendo stato punito, all'annuncio della punizione, che lo avrebbe per alquanti giorni privato della vista dell'amante, cadde in ismanie rompendo e schiantando ogni cosa che aveva d'intorno: poi rapidamente fuggì in una camerata e quivi, armatosi di fucile e di due pacchi di cartucce, cominciò a sparare ripetuti colpi contro tutti quelli che erano lì per caso o che tentavano di avvicinarsi e di calmarlo. Non cedette nè alle preghiere, nè alle minacce. Finalmente addivenne più quieto e si arrese allora all'intimazione d'un Capitano raccomandandosi che non lo si uccidesse. Tradotto in carcere si mantenne calmo. Anch'egli à sempre ricordato perfettamente l'accaduto, che difendeva con la freddezza del pazzo morale e il deficiente senso critico del degenerato.

Ponendo a confronto il caso di Misdea, di Torres con quello del nostro S. si osservano numerose somiglianze. Esaminiamone alcune. L'accesso in tutti tre scoppia subitaneamente, imperioso, violento senza alcun sintoma precursore, immediato, palese o chiaro. La causa è futile e per certo sproporzionata all'azione commessa; in Misdea e nel S. è una strana idea persecutiva, in Torres è il dolore di dover rimanere privo per alquanti giorni della vista della amante.

È naturale che un uomo, per quanto malvagio esso sia, giunga sino al delitto per ragioni così poco importanti e che lo commetta con tanta feroce brutalità? È naturale che un individuo, perchè per un certo tempo è privato della libertà e del diletto di vedere colei che ama, si scagli furiosamente contro persone che non sono per nulla responsabili della sua punizione e che tenti di ucciderle?

È naturale che un individuo perchè fu rimproverato un suo concittadino si indigni e si iriti a tal grado da armarsi di fucile e sparare all'impazzata contro i suoi pretesi persecutori e contro i suoi stessi amici e compaesani? Era naturale che il nostro S. per recuperare la libertà, che avrebbe in breve riacquistata con un contegno corretto, montasse sovra un albero urlando, sbraitando e minacciando di uccidere a bastonate chi avesse tentato di obbligarlo a discendere? Era questa la via più logica, più sicura, più breve per uscirsene dal Manicomio?

In tutti tre i casi l'azione si svolge furiosa e senza ordine vero. Misdea apparve anche ordinato: ma fu un ordine del tutto apparente; egli gridò infatti che avrebbe risparmiato i calabresi e mentre gridava questo sparò contro il Feriati, calabrese e suo amico. Il S. fra mezzo alle grida, alle minacce ricordò la madre; ma questo ricordo non valse a rendere presente al suo cervello la dannosa, inutile, brutale stranezza del suo agire e se rischiarò per breve momento il campo oscurato della sua coscienza non lo illuminò in modo definitivo. Codesta sua indeterminatezza nello scopo è la caratteristica degli epilettici che agiscono all'impazzata, feriscono, uccidono con eguale misura amici e nemici smarrendo, come disse il Bianchi<sup>1</sup>, il concetto determinante in un bisogno invincibile di distruzione. Così come è sommamente caratteristico lo sviluppo brusco, imperioso dell'accesso psichico, questa specie di convulsione mentale, come scrisse il Legrand du Saulle, che domina, affascina, sopprime la volontà, arma il braccio ed immola. L'accesso rapidamente svanisce: Torres cede all'intimazione del suo Capitano e si raccomanda che non lo si uccida: il S. a un tratto si calma, discende dall'albero e prega

1. *Il Mondo Criminale Italiano*. Edit. Omodei-Zorini. Milano. 1893.

che non lo si punisca: Misdea, assalito mentre l'accesso era ancora in azione, si dibatte furiosamente e poi cade in uno stato di profondo sopore. Alla ferocia succede un periodo di depressione e di semi-sbalordimento. Ed anche questo terminarsi rapido dell'azione delittuosa, che corrisponde al periodo acuto dell'equivalente psichico, depono, quale sintoma caratteristico, per la natura epilettica dell'accesso.

Un altro fatto importantissimo da rilevare si è il ricordo perfetto che tutti tre hanno serbato dell'azione commessa. Ho detto importantissimo in quanto che per molto tempo si è creduto che l'amnesia accompagnasse costantemente l'accesso di epilessia psichica. Si credeva cioè che per l'epilessia psichica avvenisse quello che costantemente si verifica nella epilessia volgare convulsiva. Però con gli studi di Lombroso<sup>1</sup>, Bonfigli<sup>2</sup>, Tamburini<sup>3</sup>, Janet<sup>4</sup>, Samt<sup>5</sup>, Krafft-Ebing<sup>6</sup>, Tonini<sup>7</sup> ecc. il concetto sull'amnesia post-epilettica si è di molto modificato. Codesta amnesia è tutt'altro che un fatto costante: il ricordo a volte è incerto, a volte lacunare, ma non di rado è completo. Così che sarebbe erroneo il prendere a base di giudizio per l'esistenza o meno di un equivalente psichico dell'epilessia l'assenza o la presenza del ricordo dell'accaduto. Come l'amnesia dell'azione compiuta non può essere considerata quale un sintoma patognomonico, caratteristico dell'epilessia psichica, così la persistenza del ricordo non può in alcun modo infirmare una diagnosi di equivalente psichico epilettico. È a notare ancora che non di rado il ricordo dopo un certo periodo di tempo dall'accesso scompare, come osservarono primamente il Samt ed il Bonfigli; questo accade allorché l'azione si svolge in una completa trasformazione della personalità psichica dell'individuo; finché dura codesta personalità il ricordo esiste, quando cessa, e l'individuo torna a pensare e ad agire col

1. Loc. cit.

2. *Bonfigli*. Perizia Medico-legale su E. Melloni. Rivista di Freniatria ecc. Reggio-Emilia. 1876.

3. *Tamburini*. L'amnesia non è carattere costante dell'epilessia larvata. Riv. di Freniatria ecc. Reggio-Emilia. 1878.

4. *Janet*. L'automatisme psychologique. Paris. 1889.

5. Loc. cit.

6. Loc. cit.

7. *Tonini* Le Epilessie. Torino. Ed. Bocca. 1890.

suo cervello e con la sua coscienza normali, il ricordo scompare. Tal caso è fatto sì che alcuni epilettici abbiano dato risposte diverse in diversi interrogatori, succedutisi a notevoli distanze di tempo, offrendo agio ed elemento a chi non sa per sospettare ed anche ammettere la simulazione.

Giova dunque ripetere che se il ricordo a volte manca, molte altre volte esiste e in modo da permettere all'epilettico la narrazione esatta, minuziosa di tutto l'accaduto. Narrazione che il più di sovente, come in Misdea, in Torres e nel nostro S., è fatta con freddezza, con calma, con cinismo come suol dirsi comunemente; il quale cinismo molto spesso è l'indice della depravazione, della anestesia morale comune a quasi tutti i degenerati, gli epilettici, i delinquenti, ma non di rado trae ragione dal fatto che il racconto si compie durante il periodo di tempo in cui l'equivalente epilettico, non essendo del tutto scomparso, l'individuo giudica e pensa con la lucidità relativa dello stato crepuscolare.

Su tutti e tre grava morbosa eredità e a questo proposito faccio rilevare che, secondo il Dallemagne<sup>1</sup>, la forma psichica appartiene di preferenza all'epilessia dell'ereditario: Misdea è figlio, cugino, nepote, fratello di alcoolisti, di pazzi, di omicidi; Torres ha parenti bizzarri ed una zia imbecille; S. ha fratelli, padre, madre alcoolisti, pazzi, isterici. È importante notare che il padre di S., come quello di Misdea, fu alcoolista, giacché è dimostrato che l'alcolismo esercita una influenza notevolissima nella genesi della epilessia in generale e di quella psichica in specie.

Tutti e tre presentarono precedenti epilettici sotto forma di convulsioni rade e ricorrenti a considerevoli distanze di tempo; dalla loro istoria risultano eziandio alcune notizie le quali fanno ritenere che essi abbiano sofferto di accessi di piccolo male, di vertigine e di assenze. La qual cosa ha considerevole valore giacché da molti è ammesso, che la epilessia psichica si manifesti di preferenza in quegli individui che patiscono di codeste minori manifestazioni epilettiche. Le irregolarità funzionali del carattere, le disarmonie, i perversamenti nelle manifestazioni psichiche dominarono fortemente in Mi-

1. *Dallemagne*. Dégénérés et Déséquilibrés. Alcan. Paris. 1895.

sdea e in Torres, il quale ultimo fu dai suoi compaesani soprannominato « il pazzarello ». In ambedue si osservarono forti e molteplici note degenerative somatiche: asimmetria della faccia, impianto irregolare delle orecchie, strabismo, balbuzie ecc. Nel nostro S. mancano le vere manifestazioni degenerative epilettiche del carattere: egli infatti condusse sempre vita ordinata e allorquando fu soldato si addimòstrò ossequente alla disciplina e buono: non ha note degenerative somatiche: del degenerato non presenta che la balbuzie.

Questa assenza di caratteri degenerativi somatici e psichici ha molto valore, poichè dimostra come anche in un epilettico possa l'equilibrio psichico mantenersi per lungo periodo della vita normale, e come possa esistere l'epilessia anche senza quelle note degenerative, che sono l'appannaggio ordinario dell'epilettico, del delinquente e in una parola del degenerato. Così che qualche volta è inutile affannarsi nella disamina della vita precedente e la diagnosi di un equivalente psichico epilettico può farsi anche solo in base allo studio dell'azione compiuta, la quale di solito, come più sopra abbiamo detto, è feroce, irreflessiva, violenta, non proporzionata alla causa che la determina. Nel nostro caso il giudizio scendeva egualmente facile giacchè potevamo considerare come elementi di non dubbia diagnosi le convulsioni e quelle scappate inconsulte dalla casa paterna, veri accessi di automatismo ambulatorio. Le idee persecutive, la confusione mentale presentate prima della sua ammissione nel Manicomio, costituiscono un attenuato equivalente epilettico o meglio ancora l'aura psichica dell'accesso, che poco tempo dopo si è svolto feroce e completo sotto la nostra osservazione.

Dallo esame del nostro caso possono dedursi due illazioni importanti: 1. che l'epilessia convulsiva e psichica possono manifestarsi anche in assenza dei veri caratteri degenerativi somatici e psichici propri all'epilettico: 2. che l'anestesia morale, sotto forma di tendenza a distruggere, a uccidere, può rivelarsi come fenomeno accessionale, senza un precedente substrato di perversimento del senso morale.

Come v'ha dunque un epilettico delinquente nato che agisce perversamente anche nei periodi in cui non è sotto il dominio

dell'accesso psichico, che ingigantisce la sua tendenza a compiere atti eticamente anormali, così vi può essere l'epilettico, moralmente sano, che diventa delinquente, malvagio, privo di senso morale solo durante un equivalente psichico. Ricordiamo a questo proposito l'epilettico di Esquirol<sup>1</sup> il quale allorquando presentiva l'avvicinarsi dell'accesso psichico, che in lui si manifestava con una infrenabile tendenza a uccidere, pregava che lo si legasse, gridando alla madre che adorava: fuggi, fuggi, mamma, o ti soffoco. E bisognava legarlo poichè nella lotta contro l'accesso psichico, contro l'anestesia morale invadenti, le sue idee generose, il suo amore per i parenti soccombevano. Quando poi, terminato l'accesso psichico, la sua coscienza si rasserenava ed il suo senso morale tornava perfetto, egli si compiaceva che nulla fosse accaduto e non si stancava di ringraziare coloro i quali, legandolo, avevano impedito che commettesse un omicidio.

La storia del nostro S. ci sembrò importante in quanto che in essa trovansi addensati molti dei caratteristici segni dell'accesso psichico epilettico; perciò l'abbiamo riferita. Il portare un contributo alla conoscenza della epilessia psichica è utile, è anzi doveroso. Troppi pregiudizi dominano nel pubblico profano, troppo misoneismo regna ancora in una parte del mondo medico. Il concetto della epilessia psichica, della fusione della pazzia morale con l'epilessia ha fatto, specialmente in merito agli studi geniali di Bonfigli, di Lombroso, grandi passi nella scienza e nella società, ma ha da percorrere ancora un lungo cammino prima di giungere a tal grado di perfezione nella coscienza umana da evitare dolorosi errori giudiziari. I delitti degli epilettici sono in generale feroci, danno luogo a morti brutali di persone innocenti, e perciò nulla posseggono che risvegli la pietà di colui che giudica e che ravvisa solo il suo diritto offeso, la sua esistenza minacciata, e non pensa e non vuole ammettere, nemmeno come ipotesi, che chi l'ha offeso, chi l'ha minacciato sia un epilettico, un irresponsabile. E il concetto della irresponsabilità si smarrisce definitivamente nella diffidenza, allorquando l'equivalente psichico epilettico si manifesta sotto forma di furto, di truffa ben preparata ed eseguita, o quando il crimine è

1. *Esquirol. Memoire sur la monomanie homicide.*



commesso da un delinquente nato che agisce con calma e con evidente premeditazione. Così che non di rado le perizie degli psichiatri, anche dei più insigni, sembrano a molti vaneggiamenti di ingegni esaltati e ai meno buoni appaiono conseguenze naturali del desiderio di guadagno. E a queste opinioni erronee dà alimento la comune e falsa distinzione di periti di difesa e d'accusa, come se la scienza medica, di fronte ad una stessa verità, fosse così elastica da prestarsi nel tempo medesimo per la difesa e per l'accusa.

Ma, per buona ventura, la lotta per le nuove idee è impegnata in modo che la vittoria coronerà per certo i nuovi insegnamenti, nei quali combattono scienziati forti e geniali con studi, la cui positività è l'arra più sicura della definitiva vittoria. E in un avvenire non troppo lontano si comprenderà che nell'epilettico il delitto, così come la convulsione e la vertigine, è molto spesso una pura espressione morbosa della sua malattia, della quale non può naturalmente ritenersi responsabile; e il pubblico giudicherà il delitto in questi casi quale il prodotto, non della malvagità, ma della sventura e si contenterà di salvaguardarsi dall'individuo pericoloso col rinchiuderlo in un Manicomio, sacrificandone così la libertà, ma non immolandone, come in un carcere, il nome e l'onore.

CAPPELLETTI

## RIVISTE BIBLIOGRAFICHE

**L. Cappelletti.** *Idiosincrasia in un'isterica per l'antipirina, l'antifebrina, il salicilato di sodio* (*Rif. Medica*. Dicembre 1894).

La idiosincrasia per i due primi medicamenti si manifesta con forte tumefazione e dolori nelle labbra, nella gola, nella vulva e con prurito diffuso a tutta la superficie del corpo; a produrre questa sindrome fenomenica bastavano per l'antipirina 25 centig. e per l'antifebrina 30 centig. Per l'ingestione di salicilato di sodio la inferma ha sudorazione profusa, dolori allo stomaco, pirosi, vomito e intensa e penosa smania; tali fenomeni si rendono già manifesti alla dose di 20 centig. e raggiungono il massimo d'intensità col mezzo grammo. Alla storia del caso l'A. fa seguire alcune considerazioni originali sulla genesi di codesti disturbi idiosincrasici.

L'A., mosso dall'interesse del caso, ha ripetuto recentemente le osservazioni, confermando quanto ebbe a scrivere nel soprannotato lavoro e rinvenendo nuovi fatti, dei quali farà tema per un'altra pubblicazione.

**Giulio Obici e Roberto Del Vecchio.** *Intorno ad una nuova anomalia dei condili occipitali, studiata in 214 crani di pazzi* (*Rivista sperimentale di Freniatria*. Vol. XXI. fasc. 1. Reggio Emilia, 1895).

Gli A. A., studiando la forma dei condili occipitali dal punto di vista della loro convessità, in 214 crani di pazzi, hanno veduto che: « I condili occipitali nell'uomo, normalmente convessi, oscillano tra due estremi anomali, i condili piatti ed i condili ad angolo o diedrici ». Hanno poi dimostrato che i condili piatti si riscontrano nella proporzione del 9, 8 0/10, e risultano di origine ora embriologica, nell'1, 6 0/10, ora patologica, nell'7, 9 0/10.

I condili diedrici sono costituiti da due facce, l'una posta avanti all'altra e congiunte ad angolo per mezzo di una costa trasversale, si riscontrano nella proporzione del 3, 2 0/10 e furono minutamente studiati dagli A. A. sotto il punto di vista filogenetico ed embriologico, con opportuni raffronti colle forme di condili ad angolo, normali in parecchie specie, e alla genesi embrionale dei condili umani.

Gli A. A. hanno dimostrato che l'incastro dell'articolazione occipito-atloidea e la prominente ad angolo dei condili va diminuendo contemporaneamente al modificarsi della direzione del forame occipitale, nella serie, fino all'uomo, ove sono tanto meno necessari e per la posizione diversa della testa e per la sua maggiore mobilità. Quando dunque esistono tali forme nell'uomo, la loro inutilità è segno del loro valore degenerativo; e, poichè nell'embrione i condili sono sempre piatti e vanno divenendo convessi nei primi anni della vita extra-uterina, le forme ad angolo non possono essere considerate quale un puro arresto di sviluppo, ma bensì quale esagerazione anomala del fatto fisiologico. Per spiegare la quale gli A. A. scrivono: « Volendo tener conto della teoria embrionale, bisogna dunque ammettere che i germi embrionali, che provvedono alla formazione dei condili umani di forma anomala, trattengano in sè atavicamente la stessa forza di sviluppo che avevano negli antichi animali, e diano così una forma in eccesso, non necessaria, all'economia umana ».

Nello studio della genesi embriologica della forma angolare, gli A. A. concludono: « Dei condili ad angolo, la faccia anteriore è dovuta a quella porzione del nucleo basioccipitale, che provvede alla formazione della parte anteriore dei condili; la faccia posteriore al germe embrionale degli exoccipitali.

TAMBRONI

## CRONACA

Avendo il cav. **Elio Melli** presentato le dimissioni da Deputato Provinciale, veniva a mancare il Soprintendente all'Amministrazione del nostro Manicomio, ufficio da

lui tenuto per circa tre anni con plauso concorde di tutta la cittadinanza e con la massima soddisfazione dell'intero nostro personale.

La Deputazione Provinciale però, in omaggio ai tanti meriti che il cav. Melli si è procurato coll'opera sua altamente intelligente a prò del nostro Manicomio, con deliberazione speciale, lo ha pregato di volere, quale Consigliere Provinciale, continuare nell'alta sorveglianza dello Stabilimento.

Il cav. Melli, cui stanno tanto a cuore le sorti del Manicomio, ha cortesemente aderito, e noi, mentre ci congratuliamo per la opportuna e saggia deliberazione della Onorevole Deputazione Provinciale, porgiamo al cav. Melli le più sincere azioni di grazia per questa ulteriore prova di affetto, che ha dato al nostro Istituto e a noi.

**Premiazione** — Il giorno 15 Aprile u. s. ebbe luogo la solita annuale premiazione e distribuzione delle mancie agli infermieri e inservienti dello Stabilimento.

La somma distribuita superò le L. 1400.

Quantunque alla festa non fosse data la solennità degli anni decorsi, pure tutto il personale era compreso dell'importanza della medesima, grazie alla presenza del Cav. **E. Melli** Deputato Provinciale delegato all'Amministrazione del Manicomio.

L'Egregio Delegato, anzi, pronunciò per la circostanza un discorso elevato ed improntato alla massima benevolenza verso noi tutti, al quale rispose brevemente e con parole di riconoscenza e di affetto il Direttore.

Ottennero il premio:

*Nel Comparto Uomini*

Cardi Paolo - Infermiere scelto - Capo Sezione  
Pamini Pietro - Infermiere scelto - Capo Sezione  
Eginati Luigi - Infermiere scelto  
Tamarozzi Giorgio - Infermiere semplice

*Nel Comparto Donne*

Baccilieri Elvira - Inserviente scelta - Capocuoca  
Vecchi Adele - Infermiera scelta - Capo Sezione  
Veronesi Lucia - Infermiera scelta - Capo Sez.  
Ferranti Elvira - Infermiera semplice

**Rara avis** — Un benefattore sconosciuto ha fatto pervenire a questo Ufficio la cospicua somma di L. 100, lasciando piena libertà al Direttore di erogarla nel modo migliore a vantaggio dei malati poveri.

Ringraziamo sentitamente il nostro benefattore e segnaliamo al pubblico l'atto generoso e caritatevole.

## NOTIZIE DEI MALATI

### Uomini

*Argenta*. A. S. nel mese scorso ebbe un equivalente psichico epilettico, ma ora sta molto meglio. *Codigoro*. G. S. sta meglio; lavora in refettorio tranquilli. — *Consandolo*. P. P. ha degli accessi epilettici fortissimi, ma ora si son fatti più rari. — *Fossanova S. Biagio (Ferrara)* S. T. ha avuto un delirio acuto, che lo ha tenuto per parecchi giorni in fine di vita; ora fisicamente sta bene, psichicamente è ancora molto fatuo e confuso. — *Penzale (Cento)* C. C. è da lunghi mesi in preda ad un eccitamento maniaco; è costretto al letto. — *Porotto (Ferrara)* S. M. sta immensamente meglio e si spera di poterlo fare uscire presto. — *Vigarano Mainarda (Ferrara)* P. O. la sua mente va sempre più indebolendosi. P. P. tormentato sempre dalle sue idee deliranti, sta chiuso nella cella, della quale ha in modo bizzarro dipinte le pareti.

### Donne

*Ambrogio (Copparo)* C. P. in Q. molto migliorata. — *Gambulaga (Portomaggiore)* E. N. in R. buone condizioni fisiche. — *Monestirolo (Ferrara)* M. L. in F. solito stato. — *Penzale (Cento)* C. F. in B. un pò eccitata, ma laboriosa. — *Renazzo (Cento)* E. B. buone condizioni fisiche. — *Galliera (Bologna)* A. G. sempre quieta e fisicamente sana. — *Dosolo (Montova)* C. R. molto deperita. — *Milano* C. F. ha sempre idee persecutive. — *Bolbano (Trento)* R. M. è in un periodo di eccitamento.

## NOMINE

Il Prof. **Augusto Tamburini** è stato chiamato all'ufficio di Professore ordinario di Clinica psichiatrica nel R. Istituto di studi superiori di Firenze e Soprintendente di quel Manicomio. In seguito a sua rinuncia, è stato nominato a succedergli il Prof. **Eugenio Tanzi**.

Il Dott. **Ernesto Belmondo** è stato contemporaneamente nominato aiuto alla Cattedra di Clinica psichiatrica nell'Istituto di Studi Superiori di Firenze e Professore incaricato di Clinica psichiatrica nella R. Università di Cagliari. Avendo egli optato per il primo ufficio, è stato nominato al secondo posto il Dott. **Silvio Tonini**: questi incominciò la sua carriera Manicomio di Ferrara.

Il Dott. **Rosolino Colella** è stato nominato Professore incaricato di Clinica psichiatrica nella R. Università di Messina.

**Direttore** — TAMBRONI.

**Redattori** — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - P. BAUSL.

Ferrara Tip. Eridano

### EPILOGO del movimento dei malati nell'anno 1894

	Esistenti al 31 Dic. 1893	Ammessi nel 1894	TOTALE	USCITI			MORTI			Totale usciti e morti nel 1894	Rimasti al 31 Dic. 1894	Giornate di presenza dal 1894
				degli esistenti	degli ammessi	TOTALE	degli esistenti	degli ammessi	TOTALE			
Uomini . . . . .	167	84	251	27	35	62	17	14	31	66	158	58242
Donne . . . . .	159	97	256	18	45	63	18	21	39	102	154	59912
	326	181	507	45	80	125	35	35	70	168	312	118154

Proporzione degli usciti sugli ammessi 69 0/10  
 dei morti sul totale 13.806 »

### MOVIMENTO dei malati nel mese di Dicembre 1894

	Esistenti		Entrati		USCITE						Morti		Rimasti			
	U	D	U	D	guariti		miglior.	non mi- giorati		per trasf.	per non ver. pazz.	U	D	U	D	
					U	D		U	D							U
Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	130	144	4	—	2	3	1	1					—	2	132	137
	26	17	1	1	1	1									26	17
	156	161	5	1	3	4	1	1					—	2	158	154

### MOVIMENTO nel mese di Gennaio 1895

Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	132	137	5	4	1	1		1					3	3	132	137
	26	17	1	—					3	10			—	—	24	7
	158	154	6	4	1	1		1	3	10			3	3	156	144

### MOVIMENTO nel mese di Febbraio 1895

Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	132	137	6	4	1	1	3						4	1	130	139
	24	7	1	1	—	—							—	—	25	8
	156	144	7	5	1	1	3						4	1	155	147

### MOVIMENTO nel mese di Marzo 1895

Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	130	149	19	14	2	3			1				6	—	141	159
	25	8	1	1	—	—				1			1	—	24	9
	155	147	20	15	2	3			1		1		7	—	165	168

### MOVIMENTO nel mese di Aprile 1895

Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	141	149	16	11	7				1				3	2	147	157
	24	9	2	—	1	1							—	—	25	8
	165	158	18	11	8	1			1				3	2	172	165



— Ferrara 2 Settembre 1895 —

**PERIZIA SULLO STATO DI MENTE DI A. V.  
IMPUTATO DI OMICIDIO**  
EQUIVALENTE ISTERICO - DISNOIA ISTERICA

**Motivo della perizia**

Alle ore 19 del giorno 12 febbraio 1895 A. V. uccideva V. M., gittandolo nel fiume Reno dal ponte in ferro che divide il Centese dal Pievese.

L'omicida fu tratto in arresto il 21 febbraio e il giorno di poi confessò il misfatto. Rimase per alquanto tempo in carcere quieto, tranquillo e senza dare (secondo quanto depongono coloro, che in quel periodo ebbero campo di osservarlo) alcun segno di alterazione nelle funzioni psichiche. Il 29 febbraio cadde a un tratto in un accesso di confusione mentale e di agitazione così grave, da rendere urgentemente necessario il suo invio al manicomio di Ferrara.

In seguito a ciò il Sig. Giudice Istruttore del Tribunale di Ferrara dava a me nel giorno 10 aprile incarico di redigere una perizia medica sullo stato mentale di A. V., stabilendomi i seguenti quesiti:

- 1.º) Di qual natura è la malattia mentale improvvisamente manifestatasi nel V.?
- 2.º) Uno stato di alterazione mentale

esisteva pure in lui nella sera in cui commise il delitto?

3.º) Quale rapporto può avere l'attuale stato di mente col fatto commesso nella sera del 12 febbraio?

4.º) È un alienazione simulata?

Dallo studio degli atti processuali, dalla storia del V. (accuratamente raccolta da informazioni ufficiali e dalla bocca di persone rispettabili e degne di fede), dall'esame obiettivo dell'imputato, nonché dall'osservazione lunga e minuta, praticata su di lui, discendono i risultati che verrò ora esponendo:

**Anamnesi**

A. V. celibe, di anni 20, è nato al Poggetto nel Comune di S. Pietro in Casale e risiede a Pieve di Cento.

Grave eredità psicopatica pesa su di lui. Il padre, per il suo carattere strambo ed originale, era chiamato volgarmente il *matto*. Uno zio del padre, idiota congenito, passava intere giornate nascosto in un fienile della casa; un giorno ne fu rinvenuto il cadavere sepolto in un campo, e ne fu sospettato autore (e conseguentemente processato) il fratello, nonno del V., anche esso noto a tutti per le sue stravaganze. Una zia paterna è morta nel Manicomio di Bologna. Un fratello è stato recentemente per otto mesi rinchiuso in questo stesso Manicomio; ora si è sposato alla donna, per la quale



sembra che impazzisse, e si mostra di carattere assai taciturno e geloso. Cinque fratelli dell'infermo morirono in tenera età.

Il V. fu sempre di carattere irritabile e volubilissimo. Della sua volubilità fanno fede il cambiare continuo di mestiere (da contadino si tramutò in muratore, da muratore in suonatore d'organetto, ecc. ecc.), la facilità colla quale passava dall'allegria alla tristezza e finalmente il fatto che, mentre alle volte spiegava nelle cose un'attività singolare ed esagerata, qualche volta invece si lasciava andare a momenti di straordinaria inerzia.

Il V. è stato malato di tifo. È andato soggetto spesso a forti dolori di capo. Mostrava paura alla vista del sangue, che talvolta gli usciva dal naso. Provava ripugnanza e perfino orrore nel salire in alto.

Riferiamo qui parecchi episodi che valgono a caratterizzare stupendamente la personalità psichica del V.

A 12 anni circa egli una volta si allontanò dalla famiglia, senza lasciare alcuna notizia di sé, e, dopo alcuni giorni di assenza, ritornò a casa suonando un organetto, che aveva comprato a Bologna. Senza curarsi affatto dei rimproveri della famiglia, e mostrandosi eminentemente allegro, raccontava le avventure del suo viaggio, delle quali si gloriava e faceva pompa.

Anche altre volte si allontanò da casa senza avvertirne la famiglia.

In una di queste gite (e precisamente a Bologna) si presentò una sera, *inaspettato ospite*, presso una rispettabile famiglia di sua conoscenza. Introdotto che fu nel salotto, mentre rispondeva alle molte domande rivoltegli, in presenza dei padroni e della Signora, si tolse gli stivali e incominciò a grattarsi i piedi addolorati per il lungo cammino.

Quando il fratello recentemente impazzì, egli lo accompagnò al Manicomio di Bologna, e, stando a cassetta della vettura, mentre il malato si dibatteva ed urlava, cantava brani di musica, addimstrandolo il più vivo entusiasmo.

La passione di suonare l'organetto raggiungeva in lui spesso gradi di vera frenesia. Nelle feste di ballo, cui egli prendeva parte in qualità di suonatore a pagamento, ovvero in riunioni private, talvolta, anche se invitato a cessare dal suonare, non ubbidiva, mentre in altre circostanze era capace di smettere prima del tempo stabilito, rifiutandosi in modo assoluto di riprender il suo ufficio.

Invaghitosi una volta perduto di una signorina del paese, tentò ogni mezzo per manifestarle la sua passione. Una sera, in compagnia d'un amico, suonatore di chitarra, si portò presso la casa della Signorina per eseguire alcuni pezzi di musica col suo organetto; e perchè, naturalmente, la ragazza non si mostrava, cessò di suonare e, in un impeto d'ira, strappata di mano all'amico la chitarra, la ridusse in frantumi.

Quando una volta faceva il garzone muratore, il capo mastro un giorno gli ordinò di recarsi a riempire un barile di vino. Egli infatti andò e ben presto ritornò sul lavoro; quando però gli operai andarono per bere, trovarono il recipiente vuoto. Richiesto allora dal capo-mastro dell'accaduto, il V. sorridendo, raccontò che, sebbene accortosi lungo la strada dell'uscita del vino dal barile, egli non aveva voluto prendersi la briga di fermarsi o provvedere.

Pochi giorni prima del delitto gli amici poterono accorgersi che la ordinaria irritabilità del V. erasi molto accresciuta. Essi riferiscono inoltre che in una delle sere, che precedettero il grave avvenimento, il V., mentre trovavasi in una osteria, voleva ad ogni costo comprare un orologio. Fece un primo contratto, ma poi lo sciolse perchè non era soddisfatto della merce. Subito appresso iniziò il contratto di altro orologio, appartenente ad altro individuo presente, e s'impegnò al pagamento di un litro di vino, se non avesse dimostrato serietà di trattative. Fissato il prezzo, quando fu invitato a pagare, cominciò a burlarsi del contratto e del contraente, dichiarando poi che non possedeva neppure il denaro per il pagamento del vino bevuto, che toccava a lui di soddisfare.

Per tutti questi fatti e per molte altre stranezze, di cui il V. dava spesso pubblico spettacolo, era, come suo padre, chiamato comunemente « *il mitto* ».

### Il Fatto

Poco dopo il tocco del giorno 12 Febbraio u. s., A. V. si recò in casa del contadino M. G., dimorante a Penzale, per dare al nipote di lui Vito le solite lezioni d'organetto. Dopo circa un'ora uscirono insieme, il V. ed il giovanetto M., e si portarono da un tal B. G., dove rimasero per circa due ore. Quindi sorse questione fra loro due in causa di un organetto che il V. aveva venduto e del quale con viva insistenza il M. reclamava il frutto della vendita, perchè di sua proprietà. Partitisi poi dal B., andarono a Cento e si recarono presso A. G., dal quale il V. prese un organetto allo scopo di venderlo. A Cento il V. s'imbattè con un tal R. T., col quale prese accordo per ritrovarsi la sera. Da Cento il V., sempre accompagnato da M. V., fece ritorno a casa sua, dove si pose a cena insieme alla mamma ed al fratello. Il M. non volle mangiar nulla e rimase sempre in un canto imbronciato ed indispettito, perchè non aveva potuto ottenere i denari della vendita del suo organetto. Poscia i due amici, discutendo animatamente, si avviarono verso il ponte sul Reno, che divide il Centese dal Pievese, attraverso il qual ponte era d'uopo passare, per condursi nella casa di T. M., dove il V. si recava per vedere la sua amante N. Ernesta e per vendere l'organetto, consegnatogli nel pomeriggio di quel giorno dall'A. G. di Cento. Giunti sul ponte alle

ore 7, la disputa fra loro si fece più vivace e più aspra, specialmente in causa del ragazzo M., il quale, piangendo e imprecaando, esigeva ad ogni costo i denari dal V.

Più volte questi lo pregò perchè tacesse e, da ultimo, impazientito e stanco per le lunghe querimonie, gli impose il silenzio. Ma invano; chè anzi, narra l'imputato, il M. rincarò la dose dei rimproveri, terminando col minacciarlo di riferire alla sua amante N. di una tresca, che, secondo alcuni, egli avrebbe avuto con altra donna. A tale minaccia il V., che già molti dispiaceri aveva patito in causa di questa falsa notizia che da qualche tempo si andava buccinando sul conto suo, montò su tutte le furie e, dato di piglio al giovanetto M., lo gittò repentinamente nel fiume.

Appena commesso il delitto, si recò, camminando frettolosamente, presso T. R., in compagnia del quale si portò dallo zio di questi T. M. Quivi discorse a lungo con la sua Ernesta, suonò, vendette al T. l'organetto per L. 5.90 e alle ore 11, insieme agli altri, se ne uscì. Accompagnò per breve tratto di strada la sua amante e poscia, tornato sui suoi passi, cantando e zuffolando allegramente, fece ritorno a casa sua, ripassando pel ponte, dove poche ore prima aveva compiuto il delitto. Giunse a casa verso la mezzanotte e vi trovò la madre ancora desta, alla quale, convulso e agitato, narrò che ogni questione era sopita col M. V., avendogli pagato l'importo della vendita dell'organetto.

Nel mattino del giorno appresso si recò dall' A. G., al quale dette L. 4, ricavate dalla vendita del suo organetto, e narrò che aveva pagato al M. i denari che gli doveva. Il 14 tornò con il T. R. nella casa di T. M. e quivi ballò, cantò, ridendo e motteggiando, quasi fosse un pò alterato dal vino.

Il giorno 15, passando inanzi all'abitazione di M. G., domandò alla moglie di questi se veruna notizia le fosse giunta del nipote V.; al che la donna rispose che nulla ancora si era saputo, ed egli proseguì per la sua strada.

Nella sera del 17 il V. si recò a Cento da un tal G. S. per assistere ad una festa di ballo. In sulle prime ballò allegramente, ma poi si ridusse in un canto mesto e pensoso. Al T., che gli domandò la cagione di tale sua improvvisa mestizia e gli chiese se fosse a causa del M. V. che addimostravasi addolorato, rispose vagamente dicendo che invero la scomparsa strana dell'amico lo preoccupava. Poi, invitato il T. a ricordarsi dell'ora in cui la sera del 12 erasi recato a casa sua e visto che ben la ricordava, tornò in mezzo alle danze e ballò infino al termine della festa.

Nel giorno 21, essendosi addensati molti sospetti sul V., in rapporto alla scomparsa del M., fu sottoposto ad un interrogatorio e mantenuto in arresto, quantunque si protestasse innocente d'ogni accusa che gli si muoveva.

### Contegno nel Carcere

Appena in carcere, il V. addivenne mesto e molto pensoso, ma rimase quieto, rispettoso e tranquillo. La mattina del 22 fu sottoposto a minuto interrogatorio: rispose chiaramente e replicate volte affermò che era innocente. Verso le due dello stesso giorno ricevette visita dell'Ispettore delle Carceri G. P., che con saggi modi lo indusse a dire la verità. Ed egli confessò tutto piangendo e affermando che lo faceva per dare un pò di quiete all'animo suo, oppresso, fino dalla infausta sera del 12, da una penosa e continua agitazione che gli toglieva la pace ed il sonno. Nei seguenti interrogatori confermò sempre la sua confessione, narrando il delitto con freddezza e dicendo che ad esso era stato spinto dal M., le cui insistenze e reiterate ingiurie lo avevano fatto uscire di senno.

Nel giorno 11 del mese di Marzo fu condotto sul ponte del Reno e quivi nuovamente interrogato e invitato a segnar con precisione il punto donde aveva gittato il ragazzo; il che fece con calma e con pazienza. Nel pomeriggio dello stesso giorno in un nuovo interrogatorio confermò quanto al mattino aveva affermato.

Verso il mezzogiorno del 29 Marzo il V. uscì ad un tratto in grida, in strani e sconnessi gesti, in escandescenze furiose, rompendo tutto quanto aveva d'intorno, onde fu d'uopo assicurarlo in letto con la camicia di forza.

Lo stato del V. è così descritto dal medico che lo vide al momento in cui scoppiò l'accesso di alienazione mentale: « Mandando urla continue, si è dato a smanie ed a rompere vetri, stoviglie e quanto gli si è fatto avanti. Ora corre per la camera, ora a passo concitato cammina e d'improvviso si ferma; ha la faccia sconvolta, le muscolature contratte; ha gli occhi rivolti in alto, tanto da nascondere le pupille, lasciando scorgere la sola albuginea. Non inveisce contro i detenuti, non guarda alcuno. Il suo atteggiamento è quello di persona che cerca altra persona; e, quasi in agguato, pare la trovi e la vegga ora in alto, ora sotto il letto, ora contro una parete. Trovata la persona cercata, le indirizza urli, la caccia e, come se fosse persona femminile, impreca di averlo tradito con un prete; grida d'aver veduto, grida di saperlo sicuramente, ed il furore diventa estremo »

Essendosi mantenuta viva l'agitazione del V. ed avendo egli rifiutato ostinatamente il cibo, fu nel giorno 2 Aprile condotto in questo Manicomio Provinciale di Ferrara.

### Contegno nel Manicomio

#### Esame obbiettivo

Il 2 Aprile, quando fu condotto dalle Guardie Carcerarie e dai Carabinieri nel Manicomio di Ferrara, il V. aveva il viso pallido, scarso e con-

tratto, gli occhi sbarrati, i bulbi volti in alto, le pupille dilatate, la testa piegata un poco in addietro per una spasmodica contrazione dei muscoli della nuca.

Anche in tutti gli altri muscoli delle braccia e delle gambe si osservava un aumento di tonicità, ed in alcuni una vera e propria rigidità.

In letto se ne stava immobile anche alle chiamate, alle punture e agli stimoli d'ogni sorta.

Si procedette ad un esame obbiettivo sommario, per quel tanto che le condizioni psichiche del malato lo permettevano, e si notò: Analgnesia e anestesia in tutto il corpo, alterazione (forse abolizione) della funzione dei sensi specifici, esagerazione dei riflessi tendinei, abolizione del riflesso faringeo e di quello congiuntivale.

Si poteva impunemente toccare colle dita la congiuntiva, senza che il V. battesse palpebra, e solo reagiva quando, oltrepassando la periferia della cornea, si toccava verso il centro.

Aveva mobile il bulbo in tutte le direzioni, ma più spesso lo aveva volto in alto; anche la palpebra superiore era costantemente elevata per spasmo del muscolo elevatore, sicchè difficilmente si riusciva ad abbassarla del tutto con manovre passive anche energiche. I masseteri erano contratti alla guisa dei muscoli della nuca e degli arti.

Il V. non aveva alcuna coscienza dell'ambiente, non vedeva, non udiva alcun che di tutto ciò che lo circondava ed era completamente assorbito dalle allucinazioni che aveva vivissime e che determinavano in lui un delirio bizzarro, costante nella forma e nel contenuto.

Il più spesso i fenomeni si svolgevano così. I muscoli del viso si contraevano all'ira ed all'odio; sembrava che egli vedesse nel soffitto una scena spiacevole od una persona odiata, faceva sforzi vivissimi per parlare, apriva la bocca, contraeva le labbra, emetteva suoni inarticolati ed urli e finalmente riesciva a gridare: *boia d'un prit*. Poco dopo volgeva il capo da altra parte e a un tratto, come fosse stato chiamato, e la scena mimica del suo viso cambiava del tutto. Le rughe della fronte si spianavano, le labbra si atteggiavano al sorriso, e la sua fisionomia assumeva tutta l'espressione di un estatico davanti ad un quadro delizioso. Dipoi passava all'azione: tentava d'alzare la testa e di ergere il corpo, quasi per avvicinarsi all'oggetto che determinava in lui tanto piacere, e scoccava un bacio. In seguito ricadeva col capo sul cuscino, le sue idee mutavano di nuovo tenore, e la sua mimica era quella di un uomo spaventato; emetteva urla incomposte, e, con grande sforzo, riusciva a gridare: *scappa, scappa, j'en in quitter*. Poi tornava alle prime frasi: *boia d'un prit*, e aggiungeva: *ti si sta te, en me vol piò in cà, la scioppa, m'poxxa e fiè*.

Non si riusciva a farlo tornare in sè e a fargli mutare ordine di idee neppure ricordandogli le particolarità dell'atto commesso.

Si potè procedere, senza alcuna difficoltà da parte del malato, alla alimentazione artificiale.

Nei giorni successivi il V. andò alquanto sollevandosi da quel grave stato: cominciò a mangiare mediante l'aiuto degli infermieri, a dormire gran parte della notte, a mostrarsi meno agitato durante il giorno, ad acquistare un colorito ed un aspetto presso che normale ecc. ecc. In questi primi giorni per altro rimase sempre in tali condizioni psichiche, da non comprendere affatto l'ambiente, e il suo delirio seguì a presentarsi sempre sotto l'identica forma. Soltanto gli era più facile la parola, e riusciva a dar forma ad un numero maggiore di quelle sensazioni allucinatorie ed idee deliranti che gli attraversavano la mente.

Di giorno in giorno acquistava la potenza di esprimere un numero maggiore di parole, e a poco a poco tornava a rivivere nell'ambiente.

Rispondeva se chiamato, scambiava uno dei medici per un signore di sua conoscenza, e, quando fu alzato, mangiava correttamente da sè, rifaceva il proprio letto, parlava cogli altri malati, ma senza molto capire i loro discorsi, ed invece seguendo il corso delle proprie idee deliranti. Chiedeva con insistenza di scrivere, ed anche nelle lettere, che ogni giorno a scopo di studio gli si facevano vergare, si hanno le tracce della uniformità del suo delirio. Sono sempre espressioni di odio contro i preti che l'hanno ammonito, contro i parenti della sua Ernesta che non lo vogliono più in casa; sono parole d'amore per l'Ernesta, alla quale sono dirette tutte le lettere; sono smentite di avere egli avuto una relazione con altra donna, che chiamava sempre coll'appellativo di *vaccuza*. Egli non parla e non scrive mai del M., il delitto commesso non entra che in minima parte nelle sue idee, e solo si riesce ad ottenerne il racconto con molta insistenza.

In una lettera in data del 9 Maggio, diretta ad uno dei medici del Manicomio, si trova l'esposizione di tutte le cause psicologiche preparatorie del fatto, ma si nota la circostanza importante che il V. si arresta al racconto del delitto.

Parlando con lui e circondandolo di domande, egli narra di aver gettato il M. nell'acqua, perchè questi voleva andare dalla madre dell'Ernesta a raccontarle della supposta relazione che egli aveva coll'altra. Non accenna mai spontaneamente al diverbio per i denari, e la sua mente non sa abbandonare quelle cause che hanno in lui agito come potenti cause di delitto: l'amore, la gelosia, la paura di essere contrastato e l'odio contro quelli che si opponevano all'attuazione de'suoi sentimenti.

Nelle narrazioni, che egli fa del passato, vi sono per altro molte lacune; è incoordinato, dimentica facilmente l'ordine dei fatti, confonde le date, si perde in particolari insignificanti, per non sapere poi precisare caratteri della maggiore importanza, sicchè il suo racconto appare fantastico, sconclusionato, una mescolanza strana di vero e di allucinatorio, di realtà e di delirio.

Il V. narra che una sera, non sa dire quale, tornò a casa istizzito contro due preti, e non li nomina; voleva prendere la schioppa per andare ad uccidere, e non sa bene chi: i preti, i genitori dell'Ernesta o quelli che gli volevano male; racconta che non la trovò al solito posto perchè suo fratello l'aveva nascosta, e ciò lo irritò maggiormente. Per questo contrattempo cambiò mantello e, preso un fiasco di vino, voleva andare dalla parte di Cento ad amazzare. Passarono persone che bussarono alla sua porta, ed egli voleva ucciderle, ma, visto che dovevano essere buona gente e pensato che sarebbe stato inutile far loro del male, diede ad esse del pane e le mandò con Dio. Quindi uscì per andare a trovar l'Ernesta.

Ho voluto raccontare questa esposizione col legame di idee sconclusionate con cui egli la ripeteva, perchè per la perizia è di massima importanza.

Un altro documento, che merita di essere notato, è la lettera in data 4 Maggio che il V. dirigeva all'Avv. M.

Era nei giorni in cui cominciava a destarsi dal lungo sogno, pieno di allucinazioni e di deliri, si destava in un posto da lui non mai visto, senza sapere perchè ci si trovasse, da dove fosse venuto, senza conoscere alcuno.

Gli era parso di vedere uno del suo paese, ma poi si era avveduto che si trattava di uno che gli assomigliava. Tutto ciò che egli vedeva gli sembrava strano perchè non aveva abbastanza giudizio discriminativo per giudicare delle sue sensazioni, e il fatto più ovvio, che un bambino avrebbe saputo spiegare, per lui assumeva la strana apparenza di un miracolo.

Così era delle nuvole, che credeva toccassero terra, delle punte degli alberi che vedeva sopra il tetto, mentre erano al di là nel giardino, ecc. ecc.

Pare che il V., sebbene lentamente, si avvii progressivamente verso la guarigione, o, per meglio dire, verso la cessazione dell'accesso, poichè va risentendo sempre più nettamente le impressioni dell'ambiente e correggendo il suo delirio in quelle parti in cui è maggiormente in contraddizione colla realtà. Tuttavia però si notano sempre in lui alternative di ritorni, di meraviglie e qualche volta di dolore o di pianto apparentemente immotivato.

Il giorno 15 maggio si procedette ad un esame obiettivo del V., esame che le migliorate condizioni dell'imputato permisero più completo del primo.

Gli organi *respiratori, circolatori, digerenti ed uropoietici* appaiono normali.

L'esame delle urine nulla rileva di anormale; manca la nota *inversione dei fosfati*.

Tutti i fatti patologici che si riscontrano nel V. riguardano il sistema nervoso.

**Esame antropologico** - Statura m. 1.62. Grande apertura delle braccia m. 1.65.

Il cranio è voluminoso. La faccia è asimmetrica, essendo la parte destra meno sviluppata della sinistra. La mandibola è molto sviluppata. Esiste prognatismo. Gli orecchi sono piccoli ed hanno il lobulo aderente. La volta del palato è alquanto profonda e asimmetrica. Nulla di particolare negli organi genitali.

**Cranimetria** - Diam. ant. post. 190. Diam. bip. 160. Diam. bifr. 115. Altezza della fronte 55. Circonf. mass. 570. Curva biaur. 300. Semic. ant. 300. Semic. post. 270. Alt. della faccia 118. Diam. bizig. 115. Dist. dal cond. ud. est. al mento 140. Angolo facciale dello *Jacquet* 84.°

**Motilità** - Tutti i movimenti attivi o passivi della faccia e degli arti si compiono normalmente.

**Riflessi** - I riflessi tendinei sono normali; i superficiali sono in generale assai deboli; sono aboliti il riflesso congiuntivale e il faringeo. Le pupille reagiscono alla luce ed alla accomodazione, ma non al dolore.

**Sensibilità generale e specifica** - Le sensibilità *tattile, termica, barica, dolorifica igriva ed elettrica*, saggiate coi metodi ordinari, risultano enormemente ottuse in tutta la superficie cutanea e simmetricamente.

L'*olfatto, l'udito* e il *gusto* presentano un manifesto indebolimento. Lo stesso dicasi della *vista*. A quest'ultimo riguardo poi si constata un restringimento del campo visivo e una inesatta percezione delle differenze nei colori (*discromatopsia*).

Tutte queste alterazioni della sensibilità hanno un riflesso sulla sua mente ed apportano in essa forti turbamenti, specialmente di appercezione delle cose.

**Esame psichico** - L'*attenzione* del V. è molto labile.

L'*ideazione* è lenta e presso che limitata a quelle poche idee che s'aggirano intorno al suo delirio.

Il *giudizio* delle cose è quasi sempre errato ed incompleto.

La *memoria* è assai compromessa, tanto per ciò che riguarda le cose passate, quanto per le recenti.

Abbiamo già detto come il V. possedga disordinati, per le relazioni di tempo e di spazio, i ricordi dei fatti passati. Per ciò che si riferisce agli avvenimenti, basti notare che, sebbene gli si sia fatto comprendere mille volte che egli è al Manicomio di Ferrara, pure, pochi minuti dopo averglielo detto, ha sempre mostrato di averlo dimenticato. Gli abbiamo insegnato tanto spesso i nomi dei medici e di quegli inservienti e malati che più di frequente lo avvicinano, ed egli non è capace di ricordarne uno.

Gli *affetti* sono molto vivaci e specialmente quello d'amore verso l'Ernesta, quello d'odio verso coloro che ostacolano il suo amore e quello d'a-



micizia verso alcuni signori, presso i quali ha passato parte della sua vita e che ricorda spesso.

Il V. è quasi sempre sorridente, e solo di tanto in tanto è serio e addolorato e piange; tutti gli stati dell'animo suo del resto sono sempre labili e fuggevoli. Il suo contegno è corretto; egli è buono, mite, tranquillo, mangia con appetito e non si lamenta mai della sua clausura.

Un fatto che merita menzione speciale è la forte *suggestibilità* del V., per la quale è a noi riuscito, per es., di fargli nel momento credere che il dinamometro, da lui in antecedenza visto e adoperato, fosse prima un organetto (ad occhi chiusi) e poi un orologio (ad occhi aperti.)

### Giudizio peritale

Prima di metter mano alla disamina del fatto compiuto dal V. nella sera del 12 febbraio 1895 è d'uopo ricostruire, con gli elementi che ne forniscono la storia e l'esame obiettivo, la sua personalità fisica e psichica e considerare a quale forma mentale debbansi ascrivere i disturbi che resero necessaria la sua urgente ammissione nel Manicomio.

Innanzitutto esaminiamo da quali parenti il V. proviene.

Il padre, per il suo carattere strambo ed originale, veniva chiamato il *matto*. Il nonno fu stravagante e delinquente d'occasione. Il fratello del nonno era idiota. Una zia paterna morì nel manicomio di Bologna. Un fratello del V. è stato recentemente rinchiuso per 8 mesi nello stesso manicomio. Come si vede, vi sono elementi numerosi per affermare che la labe ereditaria grava su di lui in maniera molto notevole.

La grande influenza che la eredità patologica dispiega nella produzione di degenerati, di pazzi e di neuropatici in genere è stata ormai dimostrata dai più illustri scienziati in modo così chiaro e categorico, che noi non reputiamo opportuno insistervi con un lungo ragionare.

Nè con questo solo indizio ci piace dichiarare senz'altro che il V. è un degenerato e un pazzo. Per ora ci limitiamo a dire che egli potrebbe essere un degenerato, e che il terreno da cui proviene è precisamente quello da cui germogliano di solito i pazzi, i delinquenti, gli epilettici, gli isterici, ecc.

Considerando ora l'esame obiettivo, da esso risulta che nel V. esistono numerose note morbose, riferentisi alla sensibilità ge-

nerale e specifica, alla psiche ecc. ecc. Dal lato psichico notasi in lui povertà d'ideazione, lenta e malferma associazione delle idee, memoria labile, attenzione scarsa e facilmente esauribile, volontà molto debole, idee deliranti a colorito persecutivo, vivacissimo il sentimento erotico, che in lui si appalesa con un amore intenso per la sua Ernesta, emotività facile ecc. ecc. Dal lato somatico si osservano caratteri antropologici degenerativi (cranio cefalone, occipite assai sviluppato, asimmetria della faccia, sviluppo notevole della mandibola, prognatismo, ecc. ecc.) e disturbi considerevoli delle funzioni di senso (ottusità di tutte le forme di sensibilità e specialmente anestesia congiuntivale e faringea, discromatopsia, restringimento del campo visivo ecc.) nonché disordini motori di natura spasmodica.

Questi sintomi conducono senza esitazione a formulare la diagnosi di *isterismo*. Se ciascuno di essi può isolatamente rinvenirsi anche nel quadro fenomenico di altre malattie nervose o mentali, tutti, così riuniti, non si riscontrano che nei soggetti isterici. All'isterismo appartengono quelle anomalie della psiche che noi abbiamo rilevato in V. e che, secondo il celebre alienista tedesco *Krafft-Ebing*, consistono appunto in una spiccata labilità dell'equilibrio psichico, in disturbi nell'ideazione e nella associazione delle idee, in concezioni deliranti a colorito persecutorio o erotico, in debolezza della volontà, in facile emotività ecc. ecc.

Così pure all'isterismo appartengono i molteplici e gravi disturbi della sensibilità generale e specifica che abbiamo notato nell'esame obiettivo.

I lavori a questo proposito dell'illustre *Charcot*, di *Pitres*, di *Duchenne*, di *Bourneville*, di *Regnard* e di tanti valorosi allievi della Scuola della Salpêtrière parlano in modo eloquente e non dubbio in favore della nostra diagnosi.

Benchè intenzionati di non scendere a particolare e minuto esame di ogni singolo sintomo, poichè sarebbe opera lunga e non necessaria, non possiamo non rilevare le alterazioni visive (discromatopsia) e del campo visivo (restringimento), che tanto insistentemente additò lo *Charcot* per la diagnosi dell'isterismo, e l'anestesia faringea che, contrastata da alcuni, fu dallo *Chairon* ele-

vata a carattere patognomonico della sopradetta forma morbosa.

E notiamo eziandio le stigmate degenerative antropogiche (cranio cefalone, asimmetria della faccia, prognatismo ecc.), che, se si appalesano pure in altre forme morbose, sono però frequentissime anche nell'isterismo, del quale stabiliscono, quando esistono, la natura strettamente degenerativa.

Il V. dunque sarebbe per noi un degenerato, un *isterico*. E il suo carattere isterico fu già notato dai parenti e dagli amici, che lo definiscono *buono*, ma irascibile, molto erotico, leggiere, variabile d'umore e talmente bizzarro, da essere dai suoi concittadini soprannominato *A. il matto*; e solo in esso trovano spiegazione tutti gli episodî strani della vita del V. riferiti nella anamnesi.

Amnesso questo, è d'uopo dimostrare quale e di qual natura sia stata la forma psichica morbosa, che rese necessario l'internamento del V. nel nostro Manicomio.

Riassumendo in breve dall'esame obiettivo i caratteri essenziali di codesta forma, si ha che dessa si manifestò improvvisamente, con profondo turbamento della coscienza, con delirio erotico e persecutorio, con allucinazioni, acustiche e visive e molteplici e prevalenti in paragone degli altri sintomi, con disordine motorio, con rifiuto del cibo ecc. ecc.

Questo quadro fenomenico non appartiene ad alcuna delle psicosi acute classiche, quali la mania, la malinconia ecc.; esso è uno stato confusionale protratto, che corrisponde a quei deliri isterici, a cui il *Krafft-Ebing* dà il nome di *delirio sensoriale* e che, con denominazione più giusta, il *Korsakoff* ed il *Morselli* appellerebbero *disnoia*. L'impronta isterica è in tale caso precisamente stabilita dalle molteplici allucinazioni uditive e visive, che, secondo il *Krafft-Ebing* e il *Richer*, dominano sovrane in queste specie di deliri.

Rimane dunque inteso che il V. è un degenerato, un isterico e che l'accesso di pazzia, da lui presentato negli ultimi giorni di sua dimora in carcere e nel nostro Manicomio, è una psicosi, certamente non simulata, di natura isterica e con i caratteristici segni della confusione mentale allucinatoria.

Ed ora esaminiamo il delitto commesso la sera del 12 Febbraio.

È egli un delitto compiuto con piena coscienza e con premeditazione? Il V. aveva la piena libertà dei propri atti quando commise il reato? L'atrocità del fatto ha ragione in una provocazione grave ed è in relazione coi precedenti dell'imputato?

Alle prime due questioni risponderemo più innanzi. Alla terza si deve opporre decisamente un *no*.

La provocazione non fu grave: fu una minaccia che, per quanto potesse colpire l'animo del V., non era tale, di per sé sola, da condurlo al delitto; non è il fatto in relazione coi precedenti del Vignoli, che ci viene definito come leggero e irascibile, ma *di animo buono*.

Così che il delitto ha una apparenza strana, che impressiona per la sua atrocità e che lo fa ritenere come l'opera o di un grande malvagio o di un pazzo.

La prima ipotesi si elimina facilmente: il V. non è un gran malvagio, non è, per dirla con linguaggio scientifico, un delinquente nato; le sue caratteristiche psichiche contraddicono assolutamente a questa supposizione, e più che altro contraddice la presenza nel V. del senso morale, che invece manca nel delinquente nato e che, con la sua mancanza, spinge questo ai più atroci e pensati misfatti. Egli è dunque l'opera di un pazzo.

Ma, quale sarà la forma di pazzia che permette all'individuo di agire con sì spiccata avvedutezza e di nascondere per lungo tempo con tanta abilità il proprio delitto e i propri rimorsi?

Non si può ritenere un accesso di mania, che in questo caso l'azione è più violenta e accompagnata da tali segni, che ai profani si appalesa chiaramente quale una manifestazione funzionale di un cervello malato.

Non è certo l'esplosione di un melanconico, poichè giammai si osservò nel V. alcun sintomo da farlo ritenere come tale.

Non è nemmeno l'accesso impulsivo di un disnoico, poichè l'accusato non ebbe, prima del delitto, a manifestare alcun segno di confusione psichica, di disordine delle idee.

Non è nemmeno l'opera di un paranoico, giacchè il V. non ha mai presen-

tato un vero delirio di persecuzione. Le idee a colorito persecutivo, manifestate prima del delitto e durante il delirio nel manicomio, non si sono mai coordinate in un nesso logico, come suole avvenire nella sopradetta forma morbosa: sono le idee persecutive che facilmente germogliano in tutte le menti deboli, degenerate e che, come vedremo in appresso, hanno dispiegata una certa influenza nel delitto del V.

Per finire, non ci rimane a spiegare codesto delitto se non come un equivalente psichico dell'epilessia o dell'isterismo.

Per questa ultima ipotesi depone innanzi tutto la diagnosi non dubbia che noi abbiamo fatto del V., qualificandolo per un isterico. Depone poi contro l'epilessia anche l'osservazione che, se il delitto del V. è stato feroce, non ha raggiunto però la brutalità, la veemenza e la incoordinatazza che nell'epilettico suole raggiungere; vi depone poi contro la perfetta, lucidissima memoria dell'accaduto, che negli epilettici suole non di rado mancare od apparire imperfetta; vi depone contro l'anamnesi dell'imputato, nella quale non si rinviene un fatto che menomamente possa far supporre la esistenza dell'epilessia.

È dunque un equivalente isterico, una manifestazione di quella diatesi isterica, che si rivela nel V. in ogni suo fenomeno organico e che si è rivelata in tutte le sue manifestazioni psichiche (nella infanzia, nella adolescenza, prima e dopo il delitto, in Carcere e nel Manicomio) col delirio presentato.

L'esistenza di codesti equivalenti isterici è nota, ed il *Kraepelin* dice che molto spesso sono simili a quelli che insorgono nella epilessia, con questa sola differenza, come pure afferma il *Marcé*, che non raggiungono mai quella immensa intensità d'affetti e quella scompigliata brutalità delle azioni, che caratterizzano le forme epilettiche. Parimenti il *Richer* afferma che esiste una forma speciale di isteria, vera *isteria morale, non convulsiva*, consistente in disturbi intellettuali di tal natura, che riproducono, esagerandoli e ingigantendoli, tutti i caratteri dello stato mentale degli isterici.

Durante questi accessi di *isteria morale* l'isterico, come non sa resistere alle suggestioni estranee, così non sa frenare le im-

pulsioni che germogliano nel suo spirito e che travolgono completamente l'animo suo e fanno sì che, come dice nel suo bellissimo libro sull'isteria il *Richer*, i sentimenti più elevati, i pensieri più puri lasciano posto tutto ad un tratto agli istinti più bassi, alle tendenze più ributtanti. Per tale ragione accade che non di rado individui, noti per la loro bontà e per la loro mitezza, commettono delitti, che solamente una innata, profonda malvagità d'animo potrebbe spiegare, se non si giungesse a stabilire che codesti individui sono psichicamente inferiori. Tale impulsione morbosa, irresistibile, è comune a tutti i degenerati, a tutti quelli cioè che posseggono deboli o male esercitati quei centri superiori psichici che valgono a moderare ed a coordinare le nostre azioni e i nostri atti, a criticare ed impedire quelli che non sono nella sfera dell'onestà e della saggezza.

È poi codesta impulsione, dovuta in principal modo a disordine nella sistemazione e coordinazione delle operazioni dello spirito, frequentissima negli isterici, in cui la ideazione è male ordinata, variabile, a contenuto spesso morboso e in cui i sopradetti centri inibitori son poco robusti, e la volontà è debole e facilmente esauribile. Codesta impulsività degli isterici si rivela anche negli atti i meno importanti della loro vita. Essi sono schiavi d'ogni idea che sorga nella loro coscienza; il loro cervello raramente è capace di criticarla convenientemente e di frenare la reazione motoria cui potesse dar luogo. Onde risulta la inconsideratezza abituale del loro agire, l'estrema variabilità dei loro propositi, le contraddizioni in cui inceppano ad ogni piè sospinto. Ad ogni sentimento, che sorga nell'animo loro, sia esso giusto o falso, saggio o perverso, gli isterici hanno bisogno di dar libero sfogo, spesso coscienti delle conseguenze e nel tempo stesso incapaci di arrestarsi e di frenarsi. Questa impulsività non ha limiti: dall'atto il più innocuo, con lo stesso meccanismo, per gli stessi principî, giunge insino al delitto.

In circostanze ordinarie, quando l'animo è libero da passioni e da dolori, quando l'ambiente in cui vive è facile e propizio, l'isterico può anche regolarsi con una certa equilibratezza, può saggiamente ritornare sulle decisioni, impulsivamente prese, e cor-

reggerle, o per lo meno può frenare, moderare gli impulsi antisociali e disonesti, che potessero sorgere per un qualsivoglia stimolo nell'animo suo. Ma quando per emozioni ripetute, per dispiaceri gravi e penosi, per l'insorgere di idee persecutive in causa di avversità sofferte, l'ultimo baluardo della volontà cede, l'isterico viene a trovarsi in uno stato di diversa personalità psichica, in cui ogni sua azione si svolge libera dal suo arbitrio, non corretta, non moderata dal senso morale, dalla critica, o solo in modo molto debole ed insufficiente.

In questo stato trovavasi appunto il V. la sera del 12 Febbraio, per i dolori sofferti nei giorni innanzi in causa dell'amore contrastato con la N., e che in lui avevano portato un perturbamento profondo dell'animo, un senso di sospetto per tutti, un odio per chiunque credeva potesse ostacolarli di raggiungere il suo ideale erotico. Le minacce dei parenti della sposa, i rimbrotti e l'indifferenza dell'amante, l'accusa caluniosa di una relazione con altra donna sono gli elementi veri che condussero il V. al delitto, perturbandone la mente, agitando il suo animo e portandolo a quello stato di ipersensibilità, a quella tensione, cui basta il più piccolo stimolo perchè scoppi in modo brutale e inconsulto. I lamenti, il lungo, insistente, noioso rimproverare del M., per quasi tutto il giorno 12 Febbraio, ecc. ecc. dettero l'ultimo alimento alla sua irritabilità, che esplose violentemente e ferocemente, quando comparve la minaccia di riferire alla N. che egli era l'amante dell'altra donna, quella per la quale lo si angustiava, lo si minacciava ingiustamente. Fu questa minaccia che, rievocando ad un tratto nella coscienza del V. i dolori patiti nei giorni innanzi e il timore di nuovi dispiaceri, dette l'ultimo crollo al suo equilibrio psichico, già scosso profondamente, ponendolo in quello stato diverso di personalità, in cui l'individuo agisce senza volontà, senza sapere cosa si faccia.

Nè a questo concetto si può opporre il fatto che il V. ha serbato ricordo dell'accaduto ed ha cercato con arte di occultare, di nascondere il delitto.

Il ricordo di ciò che si compie in un equivalente isterico esiste, e se a volte è incompleto, molte altre volte, come il Richer

ed altri osservano, è perfettamente esatto. Così pure non rechi meraviglia se l'imputato ha cercato di occultare il delitto commesso, simulando allegrezza e indifferenza. All'oscurarsi della coscienza, all'agitarsi violento dei sentimenti, all'impulsione feroce omicida succede non di rado nell'isterico una calma, una serenità di spirito, che gli permette di agire con correttezza logica e persino con astuzia. Ma questo agire logico e assennato presto si cangia, quando le passioni tornano a prendere il sopravvento sull'anima.

Così è avvenuto nel V., che ha simulato, ha negato, ha sorriso per parecchi giorni, finchè poi, colpito dal dolore dell'arresto, dall'addensarsi dei sospetti, ha confessato, prorompendo in un diretto pianto. E ha confessato ingenuamente, senza sottintesi, senza inventare una provocazione grave che giustificasse il delitto, come invece fa il delinquente comune, il malfattore astuto. Egli ha ripetuto sempre le stesse frasi, docile, sottomesso, afflitto, finchè la piena del rimorso, i lunghi, ripetuti, svariati interrogatori, il penoso accesso sul luogo del delitto hanno turbato in modo la sua mente e l'animo suo, da renderlo definitivamente pazzo.

Ponendo fine alla nostra perizia, noi concludiamo:

1.° che la malattia mentale, improvvisamente manifestatasi nel V., è una psicosi di natura isterica, con i caratteristici segni della confusione mentale allucinatoria.

2.° che nella sera del 12 Febbraio, nel momento del delitto, il V. trovavasi in uno stato di perturbata personalità, in un *equivalente isterico*, che gli toglieva la libertà de' propri atti.

3.° che tanto l'attuale stato di mente quanto il disequilibrio psichico, in cui si trovava il V. quando commise il delitto la sera del 12 Febbraio, sono diverse manifestazioni di una stessa entità morbosa (l'isterismo).

4.° che si tratta di una vera e propria alienazione mentale, indubbiamente non simulata.

## APPENDICE

Se l'Eccmo Tribunale di Ferrara, accogliendo le conclusioni della mia perizia, riterrà il V. irresponsabile e dichiarerà non farsi luogo a procedere contro di lui, è bene sappia come io ritenga essere le con-



dizioni psichiche del V. non suscettibili di tale miglioramento, da dare affidamento per l'avvenire a riguardo del pericolo per la società.

Il V. sarà sempre un individuo pericoloso e, dandosi l'opportuna circostanza, potrebbe, per il motivo più futile, rinnovare atti criminosi. Necessita quindi, per la sicurezza sociale, che egli sia permanentemente tenuto in luogo di custodia (che potrebbe essere anche un manicomio comune), onde evitare atti gravissimi, di cui dovrebbe essere ritenuto sempre irresponsabile.

TAMBRONI

## ANCORA SULLA SENSIBILITÀ IGRICA

### RISPOSTA AD UNA CRITICA

Il dott. GIOVANNI MINGAZZINI ha di recente pubblicato negli *Annali di Neurologia* (Anno XIII, fasc. I e II, 1895) un lavoro intitolato: *Contributo allo studio dei disturbi della sensibilità igrica* (TAMBRONI).

Il MINGAZZINI, premesso che BAILLARGER (1) aveva tempo fa richiamato l'attenzione degli alienisti su alcuni speciali disturbi del senso del tatto, costituiti da una sensazione di bagnato sulla superficie della pelle, e riassunti i due casi di RAMADIER (2) e quello mio (3) riferentisi a disturbi del genere, passa a descrivere un caso analogo di sua osservazione.

Trattasi di un demente paralitico di anni 50, con pupille asimmetriche e quasi senza reazione alla luce, con tremore nei muscoli della faccia, nella lingua e nelle mani, con disartria ecc. L'infermo avvertiva e localizzava abbastanza bene i corpi al semplice tocco, come pure gli stimoli termici e dolorifici. Percezione dei colori conservata. Nessun disturbo dell'olfatto, del gusto e dell'udito.

Il fatto che richiamò l'attenzione del MINGAZZINI, fino dai primi giorni di degenza dell'infermo nel Manicomio di Roma, fu un senso di bagnato, del quale si lamentava continuamente. Egli diceva che le lenzuola, le camicie, i panni di tela o di lana, che portava indosso, erano tutti bagnati. Spesso si levava la camicia ed allontanava le lenzuola dal letto perchè le avvertiva bagnate. Per tutto il tem-

(1) BAILLARGER — *Recherches sur les maladies mentales*. - Tomo I. pag. 345. Paris, 1890.

(2) RAMADIER — *Trouble spécial de la sensibilité cutanée (sensation de moillure) observé chez deux aliénées*. - *Annal. méd. psychol.* Serie 7. Tomo 8. Anno 46. 1888. pag. 30.

(3) TAMBRONI — *Contributo allo studio di una nuova modalità della sensibilità cutanea (sensibilità igrica)*. (Riv. sper. di Freniatr. ecc. Vol. XIX. fasc. IV.)

po che visse nel Manicomio, si lamentava continuamente di essere bagnato; andava a sedersi all'aperto e sempre al sole per asciugarsi, diceva lui; si toglieva i pedalini e li stendeva al sole.

Perchè nel malato si producesse la sensazione di bagnato era sempre necessario lo stimolo di un corpo esteriore. Qualunque oggetto (asciutto o bagnato) fosse stato messo a contatto della pelle, era sempre avvertito come bagnato.

Morto l'infermo per un accesso apoplettiforme, il reperto necroscopico presentò: pia madre opacata, svolgentesi un po' difficilmente dalle circonvoluzioni cerebrali, la superficie delle quali, compresa quella della parte anteriore del lobo temporale, appariva alquanto zigrinata, di un colorito piuttosto bruno e in alcuni rari punti decorticata. Ventricoli cerebrali dilatati. Sostanza grigia corticale alquanto diminuita di spessore, sostanza bianca ricca di sangue. Nella porzione inferiore del segmento dorsale del midollo spinale la sostanza era percorsa da una cavità, che raggiungeva la sua massima estensione a livello della estremità più distale del segmento dorsale. L'esame microscopico del midollo spinale, fatto in corrispondenza dei metameri, nei quali si osservavano le sopradescritte formazioni cavitarie, dette risultati, che noi ci dispensiamo dal riferire, tanto più che il MINGAZZINI reputa doversi interpretare come *puri prodotti artificiali*.

Senza dubbio il caso del MINGAZZINI è stato incompletamente studiato, tanto sotto il punto di vista clinico quanto sotto quello anatomico, e non porta alcuna nuova luce sull'argomento della autonomia fisiologica e della localizzazione del senso igrico. Ho detto incompletamente studiato, perchè il MINGAZZINI, che doveva conoscere l'importanza dei casi del genere già pubblicati e che è tanto valente nella scienza istologica, avrebbe dovuto fare del malato relativo un esame obiettivo molto più accurato, di quello che suole farsi nei Manicomii (sia pure bene ordinati) per tutti i malati comuni, e darci uno studio microscopico non già di un solo segmento del midollo spinale, ma di tutto il sistema nervoso centrale, e specialmente di quella parte, dove da me era stato localizzato il senso igrico.

In ogni modo, analizzando l'esame clinico e il reperto anatomo-patologico del caso, quali ci sono stati esposti, noi troviamo da un lato un fenomeno che soprattutto colpisce e richiama specialmente l'attenzione dell'osservatore, vale a dire un disturbo del senso igrico, e dall'altro la sola lesione della corteccia cerebrale (compresavi indubbiamente quella della parte anteriore del lobo temporale, che dal MINGAZZINI è palesemente specificata).

Ora, stando così le cose, si sarebbe logicamente dovuto pensare che il MINGAZZINI avesse reso di pubblica ragione il suo caso in appoggio alla localizzazione del senso igrico da me messa innanzi; ma invece egli ne ha preso occasione per fare a tutto il lavoro mio sull'argomento delle critiche

minute e severe e per trarre delle conclusioni re-  
cise e del tutto opposte alle mie, tanto da far pen-  
sare che il caso sia stato esumato dagli archivi del  
Manicomio di Roma all'unico scopo di far l'onore  
di una critica al mio lavoro.

Mi si permetta quindi di rispondere alle criti-  
che del MINGAZZINI e di esaminare le sue conclu-  
sioni.

Il MINGAZZINI dice che nel caso mio il distur-  
bo igrico, neppure quando si verificava in quelle  
parti (faccia, mani, mucose esterne ecc.), in cui  
appariva mancante un qualsiasi stimolo esterno,  
poteva ritenersi un fenomeno allucinatorio, come  
io aveva creduto di poter concludere, perchè la per-  
vertita sensazione subbiettiva non giungeva ad es-  
sere ritenuta quale oggetto reale, ma soltanto qua-  
le attributo determinato. Se il malato, egli dice,  
avvertiva in quelle parti scoperte un senso di bagna-  
to, si può supporre che l'aria circumambiente  
e i liquidi che bagnano le mucose esterne fossero  
sufficienti ad agire come corpo estraneo. Vere al-  
lucinazioni invece sarebbero, secondo il MINGAZZINI,  
quelle alle quali allude il BAILLARGER (ad es. il cre-  
dere di essere immerso nell'acqua del fiume). Per  
il caso mio egli mi concede tutto al più che po-  
tesse trattarsi di un *esempio di passaggio fra una  
forma di illusione ed una di allucinazione*.

L'allucinazione, secondo la de'nizione che ne  
danno gli autori (p. es. il TANZI (1)) è *una perce-  
zione subbiettiva, indipendente da eccitamenti centri-  
peti, ma vivace e non diversa da quelle che si pro-  
ducono per mezzo dei sensi, e che perciò corrispon-  
dono a fenomeni reali, presenti ed operanti sui no-  
stri apparecchi nervosi*. Mi sembra quindi che non  
sia necessario, come vuole il Mingazzini, che la sen-  
sazione subbiettiva, per essere considerata una al-  
lucinazione, debba essere ritenuta dall'allucinato  
provocata da un oggetto reale *definito*; qualunque  
*fenomeno* non reale, percepito come reale, costituisce  
un fenomeno *allucinatorio*; ed ecco perchè, secondo  
gli autori moderni, l'illusione ricade pienamente  
nel dominio delle allucinazioni, nè v'è motivo al-  
cuno di separarnela.

Nel caso mio poi si può supporre che il ma-  
lato, quando diceva di essere bagnato, ritenesse che  
sulla sua pelle esistesse un liquido (molto proba-  
bilmente acqua, il liquido più comune), perchè l'es-  
sere bagnato presuppone naturalmente un liquido  
bagnante.

Mi pare poi del tutto erronea l'asserzione del  
MINGAZZINI che una vera allucinazione igrica fosse  
quella del malato di BAILLARGER, che credeva di es-  
sere immerso nell'acqua del fiume. Io reputo che  
in questo caso si trattasse piuttosto di una *idea de-  
lirante*, o per lo meno di una *allucinazione com-*

*plessa*, in cui prendesse parte anche il senso della  
vista, tanto più che il malato affermava che egli  
tentava di prendere i pesci, dai quali si *redeva* cir-  
condato, e si sa che era affetto da *delirium tremens*,  
forma nella quale prevalgono le allucinazioni visive.  
Dal momento del resto che quel malato credeva di  
essere immerso nell'acqua del fiume, bisogna dire  
che egli per lo meno, oltre alla percezione di bagna-  
to, avesse anche la percezione *visiva* del fiume,  
ovvero *interpretasse* erroneamente la detta perce-  
zione. Egli avrà potuto percepire il bagnato, un li-  
quido, ma non *l'acqua del fiume*, la quale, pei suoi  
caratteri fisici e chimici, può essere uguale a quel-  
la di un torrente, di un estuario, di un lago, ecc.

In ogni caso, se il MINGAZZINI ammette che  
nel malato mio l'aria circumambiente e i liquidi  
che bagnavano le mucose esterne potevano essere  
sufficienti ad agire come corpo estraneo, domando  
io perchè nel malato di BAILLARGER non poteva ri-  
petersi lo stesso fatto di una falsa interpretazione  
di stimoli esterni? Non so se il malato di BAILLARGER  
andasse nudo, ma certo avrà avuto per lo meno  
dell'aria a contatto con la sua superficie cutanea!

Convengo pienamente col MINGAZZINI che le  
vere allucinazioni, e specialmente quelle del senso  
del tatto, siano non sempre facilmente distingui-  
bili dalle illusioni (e dalle idee deliranti e talvolta  
dalle semplici vive immagini mnemoniche, aggiungo  
io), ma non potrò mai convenire con lui che si do-  
vesse trattare di *allucinazioni igriche* piuttosto nel  
caso di BAILLARGER, di quello che nel caso mio.

A rendere poi più probabile che nel mio caso  
si trattasse di veri fenomeni allucinatori e di na-  
tura organica sta il fatto, che il malato accusava la  
strana percezione in modo semplice e netto e pre-  
sentava altre alterazioni evidenti della sensibilità  
igrica.

Ringrazio il MINGAZZINI della concessione che  
mi fa che tutto al più nel caso mio si potesse trat-  
tare di un *esempio di passaggio fra una forma di  
illusione ed una di allucinazione*, ma sono assai  
dolente di non potere accettare tanta generosità,  
giacchè, o egli conviene in ciò che, come abbiamo  
detto di sopra, ammettono i moderni, vale a dire  
che non vi sia alcuna distinzione essenziale fra il-  
lusione ed allucinazione, ed allora non valeva pro-  
prio la pena che si fermasse tanto a discutere sul-  
l'argomento; o è necessario che si spieghi un po'  
meglio su che cosa intende per una *forma di pas-  
saggio*, poichè confesso la mia ignoranza, io non  
sono in grado di comprenderla.

Io, nel mio lavoro, accennai di sfuggita alla  
questione di cui abbiamo ora trattato e non detti  
alla cosa altro valore che quello di un apprezza-  
mento puro e semplice di un fatto osservato, e ten-  
ni ad asserire soltanto che: *indipendentemente da  
qualsiasi altro disturbo della sensibilità cutanea, può  
aversi un disordine di quella sensazione speciale  
che ci permette di apprezzare i differenti gradi di  
umidità degli oggetti messi in contatto colla pelle*.

(1) TANZI — *Gli allucinati*. (Rivista di Filosofia  
scientifica. Vol. 8. pag. 247. 1889).

Ma anche a questa asserzione, che a me sembra addirittura inattaccabile, perchè fondata sui fatti, il MINGAZZINI ha voluto muovere obiezione, facendo osservare che i risultati dell'esame dei circoli tattili, praticato con il compasso di WEBER sul mio malato, discendono troppo grossolanamente sotto la media ordinaria, e che perciò non si può ritenere che nel mio malato medesimo fossero integre tutte le altre modalità della sensibilità cutanea.

Io, come è detto nel mio lavoro, constatai ripetutamente che il malato, non solo sapeva in modo perfetto indicare i diversi punti del corpo, sui quali era portato lo stimolo tattile, ma distingueva benissimo la forma e le proprietà esterne (levigatura, scabrosità ecc.) dei medesimi, per cui (allo stesso modo che potè concludere il MINGAZZINI per il suo malato, sperimentando con un sistema assai più spiccio e sbrigativo) ne trassi la conclusione che la sensibilità tattile era ovunque normale, non tenendo molto a calcolo (e non già esponendo per provare il contrario, come dice MINGAZZINI) l'esame dei circoli tattili, nel risultato dei quali, come è noto, trattandosi non già di una semplice percezione, ma di un giudizio discriminativo e quindi di un processo mentale più complesso, entra quale fattore importantissimo modificatore specialmente l'elemento puramente psichico.

Se anche il MINGAZZINI non avesse voluto darmi la soddisfazione di mostrare di conoscere un lavoruccio (1) sull'estesiometria tattile negli alienati, che, in collaborazione col mio amico ALGERI, io feci qualche anno fa nell'Istituto Psichiatrico di Reggio diretto dal Prof. TAMBURINI e dal quale scaturì manifestamente l'influenza alteratrice specialmente del tono depressivo sui risultati dell'estesiometria, avrebbe dovuto bene tenere a calcolo ciò che, a riguardo della estesiometria tattile, dice p. es. il MORSELLI (2), che cioè le cifre medie rappresentanti i circoli di WEBER non debbono accettarsi che come criterio approssimativo, perchè non hanno alcun valore concreto, perchè variano fra due osservatori ugualmente degni di fede (fra le cifre di WEBER e di VIERORDT si notano perfino differenze di mm 17), perchè nello stesso soggetto, per quanto intelligente, si ottengono *errori personali* (perfino di 15, 8 in certe regioni e perchè dappiù le cifre variano secondo il sesso, l'età, le condizioni sociali, la delicatezza della pelle, il mestiere, lo spessore dell'epidermide, l'anemia o l'iperemia dei tegumenti, l'esercizio, l'abitudine, la stanchezza, l'attenzione, la temperatura dell'ambiente e quella del corpo.

Ora, per quanto abbiamo detto di sopra e trattandosi nel caso mio di un *facchino*, piuttosto vec-

chio, con pelle certamente poco delicata, anemico, non sottoposto mai in passato a esperimenti del genere e per dappiù dominato da un tono psichico depressivo, l'obiezione del MINGAZZINI perde ogni valore, e la mia asserzione che tutte le forme di sensibilità cutanea, all'infuori della sensibilità igrica, erano normali, rimane inespugnata.

Ma l'obiezione più grave, alla quale, secondo il MINGAZZINI, io mi sarei esposto nel mio lavoro, insorgerebbe dall'aver io cercato di localizzare la sensibilità igrica nella parte inferiore-anteriore del lobo temporale senza che, *dice lui*, me ne desse diritto il logico apprezzamento delle lesioni encefaliche da me riscontrate.

Prima di tutto egli mi chiede perchè, avendo io trovato due rammollimenti simmetrici nella parte anteriore-inferiore dei lobi temporo-sfenoidali e due altri negli emisferi cerebellari, io abbia preferito addebitare i disturbi igrici solo al lobo temporo-sfenoidale e non abbia preso in considerazione anche le lesioni del cervelletto.

A questa domanda io avrei preferito fargli rispondere a viva voce dal Prof. LUCIANI, che gli è collega d'insegnamento nella Università di Roma, ma, siccome io, per quanto abbia in circostanze passate avuto prove non dubbie di benevolenza dall'illustre fisiologo, non posso pretendere che egli per me si affatichi anche nelle vacanze, risponderò direttamente, come a tutte le altre, anche a questa obiezione del MINGAZZINI.

Il LUCIANI e il SEPPILLI hanno, come non può essere ignorato dal MINGAZZINI, scritto un classico libro (1), il quale, in base a numerosi esperimenti fisiologici e a casi clinici con relativo reperto anatomo-patologico, insegna dove e come sono localizzate le diverse specie di sensibilità.

Ora, secondo quanto ci dicono i suddetti egregi autori, nè la fisiologia nè la clinica fanno alla localizzazione delle varie forme di sensibilità oltrepassare i limiti della superficie cerebrale, ed anzi di certe parti di questa. Non si comprenderebbe quindi perchè, fra due lesioni riscontrate nell'encefalo del mio malato, io avessi dovuto attribuire i disturbi igrici, osservati in vita, a quella che era fuori dell'orbita stabilita dalla fisiologia e dalla clinica alla sensibilità, a meno che non si volesse ritenere madre natura talmente capricciosa, da aver voluto collocare in un altro organo la sensibilità igrica e allontanare così essa sola da tutte le altre sorelle.

È vero che un tempo, e principalmente dal LUSSANA, fu nel cervelletto localizzato il senso muscolare, ma un altro classico libro (2) del fisiologo di Roma ha recentemente messo fuori di questione

(1) TAMBURINI e ALGERI — *Il tempo del processo psichico nell'estesiometria tattile negli alienati*. (Rivista sper. di Freniatr. Anno XI. pag. 369. 1885).

(2) MORSELLI — *Manuale di semeiotica nelle malattie mentali*. Milano, 1885.

(1) LUCIANI e SEPPILLI — *Le localizzazioni funzionali del cervello*. Napoli, 1885.

(2) LUCIANI — *Il cervelletto ecc.* (Pubblicazione del R. Istituto di Studi Sup. in Firenze). Firenze, 1891.

una tale ipotesi e dimostrato luminosamente che il cervelletto non ha una funzione sensoriale, ma soltanto un'azione neuro-muscolare stenica, tonica, statica e trofica.

Un'altra obiezione, che mi fa il MINGAZZINI, consiste nell'osservare che, se le lesioni, da me trovate all'autopsia nel mio caso, fossero state costituite da una compressione o da un'altra lesione del cervello, la quale avesse soltanto irritato l'ipotetico centro corticale della sensibilità igrica, alle mie conclusioni non si potrebbe negare un indiscutibile valore, ma siccome il rammollimento era esteso, profondo e bilaterale, se davvero il centro della sensibilità igrica esistesse nella località da me indicata, questa speciale sensibilità avrebbe dovuto, negli ultimi mesi almeno, completamente fare difetto.

Mi dispiace assai, ma anche per questa obiezione nè i fatti nè le leggi della fisiologia e della patologia possono mettersi a disposizione del MINGAZZINI per la sua critica.

Anzi tutto debbo fare osservare che, se la lesione da me riscontrata era bilaterale, non era affatto simmetrica nè per estensione nè per profondità, poichè nell'emisfero sinistro detta lesione era *più limitata e molto superficiale* e, per buona parte, consisteva in una *semplice diminuzione di consistenza*.

Ora, quando si consideri che dagli studi del LUCIANI e del SEPPILLI (l. c.) è risultato che i centri sensoriali hanno una estensione vastissima, non farà meraviglia che qualche parte (la parte centrale di un qualche neurone, direbbero WALDEYER e RAMON Y CAJAL) del centro igrico abbia potuto sfuggire all'azione distruttrice del rammollimento e, irritata dalla vicinanza di questo, dare luogo a fenomeni allucinatori.

In questa lesione bilaterale e asimmetricamente estesa e profonda anzi, a mio vedere, trovano adeguata spiegazione le molteplici e svariate forme di alterata funzionalità del centro igrico, osservate nel mio caso.

Il MINGAZZINI inoltre dice che a me si può eziandio fare carico di avere dimenticato l'esame del midollo spinale, alle lesioni del quale, nella demenza paralitica, dobbiamo ascrivere la colpa di presso che tutti i disturbi molteplici della sensibilità cutanea.

In questo periodo il MINGAZZINI, per esporre un'altra obiezione (il di cui concetto è, almeno per il caso mio, poco razionale) contro la mia idea di localizzazione della sensibilità igrica, ha asserito due cose, delle quali una è non vera e l'altra del tutto gratuita.

L'asserzione *non vera* è che io abbia dimenticato l'esame del midollo spinale, mentre, come è detto in una nota del mio lavoro, io mandai tutto il sistema nervoso centrale (e quindi anche il midollo spinale) ad un egregio Professore d'Universi-

tà perchè indagasse istologicamente se qualche altra lesione fosse sfuggita all'esame che ne avevo già fatto.

L'asserzione *gratuita* (che non so perchè sia stata fatta dal MINGAZZINI nel criticare me, dal momento che il mio malato non era un paralitico) è che la colpa di presso che tutti i disturbi molteplici della sensibilità cutanea nei dementi paralitici debba ascrivarsi alle lesioni del midollo spinale.

Io comprendo bene come il MINGAZZINI, che si è dedicato un po' tardi allo studio della Psichiatria e della Neuropatologia, non possa conoscere tutta la letteratura classica che ad esse si riferisce, ma, dal momento che vuole erigersi a giudice dei lavori altrui, e tanto più poi essendo in procinto di coprire una cattedra ufficiale della materia nella prima Università del Regno, non dovrebbe dare prove di ignorare i fondamenti della patologia del sistema nervoso e le pubblicazioni più importanti relative.

Che la scienza moderna ammetta che nella demenza paralitica le lesioni organiche siano diffuse anche al midollo spinale e (probabilmente) perfino ai nervi periferici è cosa da tutti risaputa, ma è cosa anche nota che, mentre il midollo spinale e i nervi periferici non animalano così regolarmente e tanto profondamente (HIRT) (e difatti nel caso di MINGAZZINI pare che mancasse qualsiasi alterazione di queste parti), le costanti e principali lesioni, sia che si voglia ammettere col TUCZEK l'*atrofia primaria delle fibre nervose midollari*, sia che si voglia ammettere col MENDEL l'*encefalite interstiziale*, riscontransi sempre nella corteccia cerebrale.

Ora, essendo così le cose, come si può venir fuori a dire che presso che tutti i disturbi molteplici della sensibilità cutanea nei paralitici debbono ascrivere alle lesioni del midollo spinale?

Il TAMBURINI, alla cui autorità il MINGAZZINI giustamente fa appello, ha emesso fino dal 1890 (1) sulle allucinazioni una teoria (ormai universalmente accettata) che le fa consistere essenzialmente in *uno stato irritativo dei centri sensori della corteccia*. Oh! come farebbe il MINGAZZINI ad escludere questa teoria corticale nella spiegazione delle tanto frequenti allucinazioni della demenza paralitica?

Ma v'ha di più; il TAMBURINI stesso, in collaborazione col RIVA, presentò al Congresso Psichiatrico di Voghera nel 1883 un certo lavoro (2), che, guardate mò combinazione, si occupa appunto dell'anatomia patologica della paralisi progressiva a contributo delle localizzazioni cerebrali. Ora da questo lavoro risulta che, di 25 casi di paralisi, nei quali si notò bene spiccata l'alterazione della sensibilità generale, o dolorifica, o tattile, in 22 la le-

(1) TAMBURINI — *Sulla genesi delle allucinazioni* (Rivista Sper. di Freniatria ecc.).

(2) *Atti del IV Congresso della Società Freniatrica* pag. 105.



sione corticale prendeva la regione fronto-parietale, e, tra questi, in 10 casi, in cui l'anestesia o l'analgesia erano monolaterali, la lesione corticale trovavasi appunto nella zona suddetta dell'emisfero cerebrale opposto e che le ricerche, fatte su parecchi di questi casi di paralisi progressiva, in cui, mentre vi era lesione della sensibilità bilaterale o monolaterale, non si riscontrava macroscopicamente nel midollo spinale alcuna lesione, neppure all'accurato esame istologico fu trovata alcuna lesione in quest'organo.

Questi son fatti. Ne vuole dunque di più il MINGAZZINI per dimostrare che la sua asserzione è del tutto gratuita, per non dire anche errata?

Ma continuiamo ancora.

Il MINGAZZINI, che forse non credeva di tirarsi addosso tutta questa controcritica, quando mi rimproverava ingiustamente di avere dimenticato l'esame del midollo spinale, fece questo per provare ulteriormente la poca attendibilità della mia localizzazione cerebrale del senso igrico. I disturbi igrici da me osservati sarebbero, secondo lui, potuti dipendere da lesioni del midollo spinale.

E, per verità, le forme più classiche di dissociazione delle diverse sensibilità è noto che sogliono verificarsi nelle lesioni spinali (specialmente di natura siringomielitica), per cui, come dissi nel mio lavoro, è da deplorarsi che io non abbia potuto avere anche il risultato dell'esame istologico del midollo.

Però a chi bene consideri gli svariati e diffusissimi disturbi di sensibilità igrica, indipendenti da ogni disturbo di sensibilità cutanea, osservati nel mio malato, salta manifestamente all'occhio la poca razionalità che i detti disturbi potessero dipendere da una lesione del midollo spinale.

Intanto i fenomeni allucinatori, quando non si voglia sconfinare dalle teorie ormai universalmente accettate (per usare una frase del MINGAZZINI), accennano indubbiamente alle regioni della corteccia cerebrale.

Ma anche gli altri disturbi sensitivi (pervertimenti, inversioni, ecc.), tanto diffusi (a tutto l'ambito cutaneo e alle mucose), come potrebbero trovare una spiegazione se non in una alterazione del centro cerebrale, vale a dire là dove tutte le fila di questa funzione si riuniscono? Nelle forme siringomielitiche si verificano, è vero, come abbiamo detto, dissociazioni della sensibilità cutanea, ma l'alterazione di questa non si presenta mai o quasi mai (1) diffusa a tutto il corpo, e solo invece in qualche regione limitata di questo.

Ma il più bello è che il MINGAZZINI, mentre a pag. 13 del suo lavoro dice che alle *lesioni del midollo spinale*, nella *demenza paralitica*, devesi ascri-

vere la colpa di presso che tutti i disturbi molteplici della sensibilità cutanea, nella pagina immediatamente susseguente invece dice che tutto conduce a supporre, almeno nei casi finora osservati (fra i quali si hanno due *dementi paralitici*), che i disturbi della sensibilità igrica siano da riferirsi ad *alterazioni periferiche dei nervi sensitivi* ecc. ecc.

Lasciamo da parte la palese contraddizione nella quale il MINGAZZINI è caduto, per la voglia di criticare, e che dimostra come egli, solo in balia della sua immaginazione e non già sulla base dei fatti conquistati dalla scienza, tragga le sue conclusioni. Ma su che cosa, per amor del cielo, se non sulla sua fantasia, egli adesso si fonda per concludere che i disturbi della sensibilità igrica nei casi finora osservati siano da riferirsi ad alterazioni periferiche dei nervi sensitivi?

Di 3 casi di disturbi igrici, l'esame anatomicopatologico (più o meno bene e più o meno completamente fatto, non importa) del sistema nervoso ha riscontrato: nel 1° (RAMADIER) esclusivamente lesioni diffuse a carico delle pie meningi e della corteccia cerebrale, nel 2° (TAMBRONI) lesioni più gravi nella corteccia delle punte dei lobi temporo-sfenoidali e lesioni meno gravi nel cervelletto, nel 3° (MINGAZZINI) lesioni esclusivamente delle pie meningi e della corteccia (giacchè le lesioni di una parte del midollo spinale trovate furono da lui stesso ritenute come *puri prodotti artificiali*) compresa (si riflotta bene, perchè ciò è importante e molto significativo in appoggio alla mia localizzazione) la parte anteriore del lobo temporale, dove si notavano, come di consueto, rare e superficiali decorticazioni (condizioni favorevoli ai fenomeni allucinatori.)

Ora, se tre casi soli di disturbi igrici, nei quali *costantemente* e quasi esclusivamente è stata trovata una lesione corticale, non sono sufficienti ad autorizzare l'ammissione di un centro igrico nella corteccia, è certamente cosa poco razionale, per non dire addirittura cervelotica, il pensare ad una lesione dei nervi periferici, che nessuno mai in casi del genere ha fino ad ora riscontrato malati, per spiegare i suddetti disturbi.

Ma io andrei troppo per le lunghe se dovessi ribattere diffusamente ciascuna delle obiezioni mossemi dal MINGAZZINI, le quali, per le sole ragioni addotte, mi sembrano del tutto innocue.

Io nel mio lavoro constatai alcuni fatti riferentisi alla sensibilità igrica e misi innanzi (colle debite riserve, naturalmente) un dato di localizzazione della medesima. La pubblicazione del MINGAZZINI non ha certo diminuito menomamente la solidità di essi e, siccome, come abbiamo detto di sopra, non porta alcuna nuova luce sull'argomento, passa nella letteratura fra le pubblicazioni inutili.

(1) Io conosco soltanto il caso di SCHUEPPEL (Arch. f. Heilk. 1874, XV, pag. 44), in cui si aveva una anestesia diffusa.

## NOTIZIE

**Cassa di Soccorso per gli alienisti poveri** —

Il giorno 16 Giugno p. p. si radunò in Milano la Società Freniatria, per l'approvazione dello Statuto di questa benefica istituzione. Il progetto, con qualche opportuna modificazione, venne approvato e sarà presentato al Ministero, non tosto esaurite le solite formalità imposte dalla legge. Istituitasi così la nuova Società con atto notarile, venne riconfermata, fino ad approvazione dello Statuto da parte del Governo, la Commissione, già stata precedentemente eletta, cui sarà poi, a suo tempo, sostituita, secondo il disposto dello Statuto, una Commissione Amministrativa, all'uopo da nominarsi.

A quell'Adunanza, presero parte, oltre al Presidente onorario Prof. Senatore Andrea Verga ed ai membri della Commissione: Tamburini, Gonzales, Algeri, De Vincenti e Raggi, parecchi altri membri della Società Freniatria.

Perchè l'istituzione possa tornare utile a coloro pei quali è stata fondata, si prega chi non ha ancora contribuito ad aumentare il fondo patrimoniale della medesima, di farlo al più presto, non potendo i soccorsi eventuali venire distribuiti, se non quando il capitale abbia raggiunto la somma di L. 15000.

Le offerte si ricevono dal Segretario della Società Freniatria Italiana: Dott. Algeri (Monza Villa Dosso).

**Il Congresso Freniatico rimandato** — Nell'adunanza straordinaria, tenutasi in Milano il 16 Giugno p. p., si deliberò di rimandare il Congresso Freniatico, che dovevasi tenere in Firenze in questo mese, all'anno venturo; e ciò in considerazione del tempo troppo breve trascorso dall'ultimo Congresso della Società e dal Congresso Internazionale Medico di Roma, nel quale figurò pure una sezione di Psichiatria.

## NOTIZIE DEI MALATI

**Uomini**

*Ferrara.* F. V. ha assai migliorato; la diagnosi di neurosi funzionale era giusta. — *Argenta.* A. S. gli accessi di disordine mentale vanno facendosi sempre più frequenti. — *Berra.* P. C. trovasi in condizioni fisiche e psichiche molto buone. — *Cassana.* V. B. di mente alessa sta bene; presto sarà dimesso. — *Coccanile.* A. F. il suo sistema nervoso è alquanto esaurito, e v'ha a temere che qualsiasi sforzo terapeutico rimanga frustraneo. — *Copparo.* C. P. la malattia mentale, dalla quale è affetto, è resa assai grave dalla sua età avanzata. — *Denore.* C. A. pellagroso in gravissime condizioni. — *Fuocomorto.* G. B. paralitico in uno stadio anche inoltrato. — *Guardia Pieve.* G. G. idiota disordinato e sudicio. — *Portomaggiore.* M. B. sempre allucinato e delirante, in questi giorni anche irrequieto. — *Renazzo.* P. B. debole di mente, ma buono ed in-

nocuo. — *S. Agostino.* P. M. risorto di recente da una pneumonite piuttosto grave, ora si sente debole e depresso. — *S. Giorgio.* A. P. melanconico; spesso rifiuta il cibo. — *Serravalle.* T. B. confuso e smarrito, però si nutrisce bene e spontaneamente. — *Tamara.* A. F. presenta in modo alternato episodi di relativo benessere, di confusione e di malinconia. — *Voghiera.* L. A. manifesta anche nel Manicomio le sue solite tendenze cleptomaniache e la sua solita indisciplina. — *Bologna.* A. M. confuso e smemorato. — *Murtignone (Bologna).* E. P. manifesta una spiccatissima tendenza al suicidio. — *Reno F. nese.* A. V. presenta molti dei caratteri psichici della demenza paralitica.

**Donne**

*Ferrara.* C. B. imbecille, leggermente eccitata. — *T. R.* in M. demente in uno stadio molto avanzato. — *Argenta.* R. S. in B. malata assai grave e deperita. — *M. B.* indisciplinata anche più del solito. — *Comacchio.* P. C. in C. incomincia ad entrare in uno stato di relativa calma. — *E. C.* da qualche giorno si è incominciata a sviluppare nella malata una tendenza all'autoviolenza. — *Francolino.* M. B. in gravissime condizioni; presto dovrà soccombere. — *Masenzatica.* A. C. in B. risorta di recente da uno dei soliti accessi di mania periodica, ha grande desiderio di tornare in famiglia. — *Monestirolo.* M. L. F. ha sofferto nei giorni scorsi di grave catarro intestinale; ora è molto confusa e disordinata di mente. — *Ospitale di Bondeno.* R. G. ha alquanto migliorato. — *Pescara.* P. B. v. Z. vecchia demente innocua. — *Portomaggiore.* N. F. ha migliorato anche nella nutrizione. — *E. L.* viene colta di frequente dagli accessi istero-epilettici. — *R. A. D.* in C. demente conclamata. — *S. Agostino.* P. V. si è di nuovo acclimatata benissimo al soggiorno dello Stabilimento. — *Scortichino.* M. G. in T. ogni tanto ricade nei soliti accessi di confusione mentale. — *Sette Polesini.* M. R. F. pare che questa volta si avvii decisamente alla guarigione. — *Voghenza.* M. A. ha di molto migliorato tanto nel fisico che nella mente. — *Crevalcore (Bologna).* M. M. v. R. va a poco a poco spegnendosi per marasma. — *Dosolo (Mantova).* C. R. scomposta e sudicia in grado superlativo. — *Occhiobello (Rovigo).* M. G. v. S. buona, ma irrequieta e in preda a concezioni deliranti fisse. — *L. O.* manifesta la solita tendenza al suicidio.

## NOMINA

Il Dott. Ugo Mascabruni è stato confermato nel posto di Direttore del nuovo manicomio di Genova a Quarto al mare. All'egregio collega le nostre congratulazioni.

**Direttore** — R. TAMBRONI.

**Redattori** — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - P. BAUSI.

*Ferrara Tip. Eridano*





— Ferrara 25 Gennaio 1896 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio

Somma precedente	L. 100. —
Interessi dell'anno 1895	» 2. 13
Nuova somma versata	» 20. —
Offerta N. N. per la liberazione del presidio di Macallè	» 5. —

Totale L. 127. 13

### PICCOLE ANIME

(Conferenza detta il 15 Settembre 1895 nel Teatro Comunale di Argenta dell'Esposizione Didattica)

*Signore e Signori,*

Ringrazio le Autorità comunali e scolastiche, che mi vollero a questo posto, dal quale, in occasioni simili, parlarono altre volte oratori tanto valenti e tanto noti; ringrazio te, o amico Brunelli (1), ma non so essere in questo momento nè troppo modesto nè troppo sincero. Non so rinunciare spontaneamente a quell'aureola buona, che mi viene dall'essere stato chiamato a tanto onore; non so distogliere in precedenza la disposizione benevola, che certo ha determinato nell'animo vostro il di-

(1) L'avv. Ignazio Brunelli, delegato scolastico, mi presentò al pubblico con lusinghiere parole, delle quali pubblicamente lo ringrazio.

scorso del mio presentatore, poichè voi siete avvezzi ad aver fede nella sua parola.

Anche troppo presto verrà il fatto, colla sua cruda realtà, a dare alle cose il loro giusto valore; e poichè in questi momenti mi sembra di aver voluto, coll'audacia di Icaro, andar troppo in alto, le parole buone dell'amico, la vostra gentile benevolenza mi appaiano quali punti di sostegno, quali paracadute.

*Signore e Signori,*

Se tuttavia non faccio della modestia, è una frase audace dell'avv. Brunelli quella che mi permette di entrare in materia. Egli vi diceva che io sono un cultore della scienza positiva, riunendo in una sola frase due estremi così lontani e così opposti, la mia nulla personalità legata alla manifestazione più alta del pensiero umano.

Legata a quella scienza positiva, che, nata in Italia specialmente per l'opera di Galileo Galilei, elevava a dignità suprema di metodo l'osservazione, il fatto, lo sperimento, quando ancora, sotto il dominio della teocrazia medioevale, le menti dei popoli erano oppresse dai dogmi, dagli apriorismi e dall'*ipse dixit*.

Legata a quella scienza positiva, che affranca ogni giorno più il pensiero umano dalle pastoie dell'ignoranza e del pregiudizio, per elevarlo su, su, in campi sempre più liberi, facendolo, ad un tempo, profeta e generatore di libertà.

Il pensiero scientifico precorre il popolo nelle sue azioni, ed il popolo, pur quanto lentamente si voglia, segue la strada, che la scienza gli ha tracciato.



Un solo esempio io vi ricordo, tolto alla storia; e il sentimento, che in questo giorno me lo suggerisce, voi ben lo comprenderete, anche se appare ch'ei mi trascini fuori del tema.

La scienza, come libero pensiero, si affrancava, già da secoli in Italia, dal dominio della teocrazia; poscia dalla madre patria era fuggita, perchè la patria aveva ai polsi i segni delle catene ma alla patria è ritornata or sono 25 anni. Il popolo italiano, come a coronamento di un'epopea grandiosa, che passerà ai posteri quale leggendario racconto di opere di eroi, volle troncarsi nel sangue sì, ma nel sangue vindice di libertà, l'antico dissidio, ingaggiato dalla scienza, tra popolo e chiesa, e affrancava sè stesso, checchè ne pensino gli avversari della nuova Italia, per sempre, colla breccia di Porta Pia.

Ma in così vasto, in così luminoso quadro, come meschina, come nulla appare la personalità dell'apostolo!

Ed altre ombre vi sono nel quadro.

La scienza positiva è dubbiosa, è materialista, nulla rispetta, in ogni luogo, contro ogni cosa lancia le sue frecce indagatrici, foggiate a mò di punto interrogativo. È la eterna nemica delle grandi, consolatrici menzogne, e, prima di convertirsi nel fatto, prima di incarnarsi nell'azione, deve distruggere, e nella distruzione sparge dolori, odi e lagrime.

Ed invero semplice e breve è la storia delle illusioni umane.

Impellente e necessario per l'uomo è il bisogno di felicità; la felicità sta nella completa conoscenza del vero, e il vero troppo tarda a scoprirsi; ma l'uomo non ha tempo da perdere, poichè la morte gli è sopra, e, colla fantasia, completa ciò che egli non sa, e colla fede crea le grandi illusioni.

Più breve ancora è il racconto della loro caduta.

Viene poscia la scienza, e sfata le leggende che la fantasiosa ignoranza aveva costrutte, per credere solamente, serenamente nel vero.

L'uomo, ad esempio, con bambinesca vanità si era adagiato nel centro dell'Universo, e con una sola parola, *creazione*, aveva appagato ogni sua curiosità, felice che tutte le cose all'intorno, la terra, le acque, l'aria, il cielo, gli astri fossero per lui creati, per lui, l'orgoglioso re dell'Universo.

Venne la scienza, e con un'altra misteriosa parola, *evoluzione*, tracciò un'altra misteriosa genesi delle cose: salì nell'alto dei cieli, per affermarli leggenda, scese nel putridume delle cose infime e morte, per trarne di là la scintilla della vita, e l'uomo divenne null'altro, che un anello dell'interminabile catena, che un altro necessario incidente delle continue, trasmutantisi combinazioni di forza e materia.

E l'anima, strappata anch'essa agli impalpabili ed eterni regni degli spiriti, divenne realtà, di-

venne fremito carnale di cellule e di fibre, calda irrorazione di sangue, sprazzo di forze nervose.

Nè la culla del bimbo fu rispettata, nè tutta quell'angelica poesia, colla quale il popolo volle circondare l'inizio della vita. Il sarcastico poeta toscano, che altra poesia non ha che intinta nell'umorismo dell'ironia, ammorbida le sardoniche linee del viso e chiede alla musa note dolci, quando ei ripensa alla culla, ove

Esulta, alla materna ombra fidato,

Bellissimo innocente.

Ma Darwin, la figura più bella di scienziato moderno, mentre accarezza la testa del proprio figlio e gli sorride, studia con occhio indagatore, e nei piccoli moti, nell'appena abbozzata mimica del viso, nei gridi incomposti, paragonati ai moti, alla mimica, ai gridi degli animali, trova splendide e ferme alla sua teoria evoluzionista, nuovi invincibili legami della vita umana alla vita animale.

Ed io, tracciandovi oggi la storia delle « *piccole anime* » (una gentile scrittrice italiana mi suggeriva, col titolo di un suo libro, un tanto dolce pretesto alla mia cicalata filosofica), tracciandone, dicevo, la storia, seguo i dettami di una scienza tanto rigorosa e tanto crudele.

Ne chieggo per altro perdono alle madri, al giusto orgoglio delle madri, e più ancora a quelle sfortunatissime, che sul corpo di un bimbo morto asciugarono le lagrime, perchè le consolava una luminosa, una lusinghiera visione di paradiso, popolato di angeli biondi.

La psicologia infantile è ancora bambina, come il soggetto che studia, muove i suoi primi passi, orgogliosa forse di sè, ma incerta, come il fanciullo, che per la prima volta abbandona, paventando e sorridendo, le braccia della madre, per cadere di lì a poco in quelle del padre, tese all'invito.

La psicologia del bambino incominciava, or sono pochi anni, ad arricchirsi col Darwin, col Preyer, col Perez, colla Lombroso e con molti altri, di osservazioni proprie, di fatti, di esperimenti; ma non può ancora assurgere che a ben poche conclusioni generali e, specialmente per ciò che riguarda la pedagogia, deve poggiare su leggi, che trovano la loro conferma in altre scienze e che sorgono da mille, minuziosi fatti, raccolti da naturalisti d'ogni specie.

È necessario che io parta da questi principi; ma, poichè l'ora è cosa sacra al conferenziere, dovrò limitarmi alla semplice enunciazione apodittica. Accetto insomma l'aprioristico metodo dei metafisici, di cui dicevo male poc' anzi, e, come ogni buon predicatore che si rispetti, affermerò senza troppo dimostrare; ma in compenso parlerò qualche volta latino, e ciò varrà a dimostrare due cose: la prima che *nihil sub sole novi* e che io oggi non vi racconto grandi novità, l'altra che, se certi concetti non erano fusi in un completo sistema scien-

tifico, erano per altro giudicati veri anche dai nostri vecchi.

*Natura non facit saltus*: tutto evolve nel mondo, la legge della evoluzione impera sovrana sull'andare di ogni cosa dell' Universo e domina anche su ogni parte del bimbo, sia sul corpo, come sulla psiche.

Afferrate, o Signore, o Signori, tutta l'importanza di questa legge, la sua immensa larghezza che tutto abbraccia, la sua acuta profondità che tutto penetra, poichè sovra di essa si basa ogni concetto della scienza positiva.

La prima deduzione è questa:

Se appare che la vita umana incominci colla nascita e termini colla morte, non ha per altro, in questi due estremi, limiti precisi, e si allarga e si confonde con quella della specie. Possiamo avere un concetto determinato della nostra individualità, possiamo avere coscienza di molti dei caratteri specifici, che ci differenziano dagli altri; ma non possiamo immaginarci soli nell'universo.

La storia individuale di ciascuno di noi incomincia dalla vitale scintilla, scoccata fra i baci, zampillanti nell'amore di due esseri cari, ma da lungi, da lungi incomincia, e per secoli e per secoli continua la storia che ci lega alla specie. — La nascita ci avvince, come l'effetto alla causa, alle generazioni passate; i mille e mille lati comuni, le stesse tendenze, le stesse necessità dell'ambiente, i diversi affetti, gli odi e gli amori ci legano agli esseri che nell'ora presente vivono con noi la vita; nè la morte tronca la nostra istoria, poichè colle interminabili vicende di piacere e di dolore, come la causa nell'effetto, segue e dilaga nelle generazioni novelle.

Duplici insomma è sempre la monotona favola della vita, e il contributo portatovi dalla specie e dal passato è diverso per ogni individuo, è la spinta iniziale di ogni anima, è spesso la fatidica strada tracciata in modo determinato e fisso davanti al piccolo nato.

Il popolo aveva afferrato questo concetto prima ancora che la scienza lo avesse chiarito e precisato; il popolo lo aveva compreso, poichè invano aveva lottato contro certe tendenze innate nei figli, e, colla paurosa fantasia, aveva creato tutto un mondo di fate e di streghe, le quali, a seconda che un potere sovrumano aveva lor dato un maligno o benigno influsso sulla vita, cantavano, presso alla culla, i lor tristi o i lor lieti pronostici.

Oggi solo nel mondo delle favole le fate e le streghe ballano ancora le loro danze macabre, e il bimbo, addormentandosi, non ode altra cantilena che quella dolcissima della madre; ma l'eredità pesa sovra di lui con non meno misteriosa, con non meno sicura influenza di quella degli spiriti.

Eredità or benefica, or malefica, sempre elemento primo nella formazione delle piccole anime, poichè unico elemento costitutivo di quel terreno,

su cui agiranno poi le influenze del mondo e della vita.

Ed invero immenso campo di studi e di osservazioni è codesto, e per esso volentieri la mente vorrebbe divagare; ma lunga è la strada, e avanti ancora a larghi tratti, a rapidi abbozzi.

La storia dell'individuo, sia nell'evoluzione che i suoi organi compiono nell'utero materno, sia nell'evoluzione che compie il cervello nei primi anni di vita, è una fedele ripetizione, un compendio della storia della specie. Nella sua fanciullezza ogni uomo percorre le fasi del carattere che ha percorsa la barbara civiltà da cui discende (Spencer), e la lunga storia dei secoli sembra tutta raccogliersi, in uno scorcio fedele, nei brevi anni della vita umana.

Paola Lombroso, in un suo libro (1), pubblicato or son pochi mesi, dimostrava il costante parallelismo tra i sentimenti, gli affetti, e le idee delle diverse età del bimbo, e i sentimenti, gli affetti e le idee nelle diverse epoche sociali, e concludeva: « Certo con le nostre deboli forze noi intravediamo solo i frammenti della parabola che percorre ogni fatto; ma ritrovare così la stessa compagine nelle cose più grandi e nelle minime, l'eco d'una legge nell'altra, basta per far sentire l'euritmia pulsante che regge tutte le cose. »

E il padre della scrittrice, Cesare Lombroso, così scriveva nella lettera alla figlia, che sta a prefazione del libro:

« Dinnanzi a quelle care testoline si dimentica la durezza della rievocata era primitiva e si ha l'impressione, più che di una foresta selvaggia, di un giardino di fiori primitivi, che ridono e piacciono anche quando pure ti pungono e ti inceppano il passo ».

Eredità adunque. Eredità benefica, quando il fanciullo appare un forte discendente di una stirpe di forti, e quando validamente si prepara ad essere vincitore nella lotta per l'esistenza e per la vita.

Eredità benefica, quando, nell'alba luminosa di una intensa precocità di pensiero o di azione, si rivela nel fanciullo il futuro uomo di genio; eredità benefica per la specie e per la civiltà; ma dolorosa forse per l'individuo, poichè la natura umana impunemente non sale a tanta meravigliosa altezza, senza che, o la morte livellatrice non colpisca innanzi tempo il fiero ribelle alla legge dell'aurea mediocrità, o il dolore non sia inseparabile compagno della eccessiva sensibilità del genio.

Un solo, tristissimo esempio: nel principio del secolo, un poeta italiano riassume in sè, nel misero corpo, nel tormentato spirito, nella disperata poesia tutto il dolore, che la vita umana può sopportare.

Eredità malefica invece, quando nelle intime trame dell'embrione si asconde il germe della de-

(1) Paola Lombroso. *Saggi di Psicologia del bambino*. Roma 1894.

bolezza e della malattia. Intorno alla gestante, in attesa del piccolo nato, una festa di desideri, di gioie, di speranze; ma poscia dall'affetto stesso, sotto nell'aspettativa, accresciuto forse per la debolezza del piccolo essere malato, una sorgente inesauribile di dolori, di disillusioni, di lagrime.

Eredità malefica, quando nelle contorte membra, nel viso scimmiesco, nell'occhio spento, negli istinti brutali, nel nessun lume della ragione, si rivela la impotenza alla completa evoluzione, e nel povero idiota rivive l'antico selvaggio.

Eredità malefica ancora, e ben più grave, quando nell'indomabile fanciullo si rivela il delinquente nato. Davanti a lui è tracciata una strada con linee di sangue, ed egli la percorrerà intera, per quanto malvagia. Non varranno a deviarlo le preganti lagrime della madre, le leggi della morale, i freni della società. Chiamato al male, raccapriccianti sono i precoci segni del fatale destino.

Salvatore, brigante di Catania, a 5 anni rubava in casa, a 9 nelle osterie e strappava un orecchio a un suo compagno, a 14 feriva di coltello, a 19 aveva già ucciso un uomo.

Una bimba, divenuta poi pazza, fino dall'età di cinque anni voleva uccidere la madre. (Vi leggo gli aneddoti nella bellissima prefazione che il Lombroso ha scritto ad un libro del Perez). (1)

« La madre dal dolore essendosi ammalata, essa la bambina) le confessò che la sua morte non le dispiacerebbe. — Così potrò avere le tue robe. — E, quando quelle vesti saranno sdruscite, come farai? — Col vostro danaro ne comprerò delle altre. — E dopo? — Andrò con gli uomini. — Tu non sai cosa sia la morte! Se avessi a morire questa sera, risusciterò domani. Il Signore non è morto, e non è risuscitato? — Ma tu non sei il Signore.

E un'altra ragazza di 12 anni, incolpata di aver derubata e quindi uccisa una bimba, Margherita, così rispondeva al Presidente del Tribunale: « Pres. Per qual motivo sei stata imprigionata? Acc. Perchè ho precipitata dalla finestra la bambina, per avere i suoi orecchini. — Avevi già pensato agli orecchini? — Da alcuni giorni. — Cosa hai detto alla bambina? — Che venisse con me. — Che cosa hai tu fatto per ciò? — Io mi feci dare la chiave del cesso dalla madre, e questa mi diede ancora una moneta, perchè io andassi a prendere qualche cosa. Feci aspettare la bimba in giardino, al ritorno la feci salire due scale, perchè avevo osservato che la finestra del ripiano era aperta. — A qual fine avevi notato ciò? — Perchè io volevo gettarne giù la bambina. — Per qual motivo? — Perchè non dicesse che io le avessi preso gli orecchini. — Avuti gli orecchini, cos'hai tu fatto? — Li nascosi in scarsella, poi le diedi una spinta e la

(1) Perez. *Psicologia dell'Infanzia dai 3 ai 7 anni*. Trad. it. con prefazione di Cesare Lombroso. Milano. 1887.

fecì precipitare. — Hai tu inteso il rumore della caduta? — Sì. — Tu sapevi dunque che la bambina doveva morire? — Certamente. — Dove sei tu rimasta? — Io portai alla madre ciò che mi aveva incaricato di andare a prendere. »

E più oltre nell'interrogatorio. « Come si chiama chi uccide un altro? — Si chiama assassino. — Cosa si fa agli assassini? — Essi sono giustiziati. — Tu hai dunque ucciso volontariamente Margherita. — Che cosa sei? — Un'assassina. — Che cosa pensi dunque che ti si farà? — Che sarò giustiziata. »

Sono questi i tipi, nei quali i sentimenti morali sono rimasti allo stato selvaggio, e che fanno rivivere, nelle nostre epoche civili, le efferate barbarie delle prime età.

Sono questi i tipi i quali fanno pensare, che, se tanti secoli di progresso e di civiltà non hanno valso a soffocare in tutti gli uomini gli istinti brutali del delitto e del sangue, a ben tristi destini sia chiamato il genere umano.

Ma l'eredità non è il solo elemento di formazione delle *piccole anime*: l'ambiente attende il fanciullo e lo assale, appena nato, col freddo dell'aria, col dolore dei rudi contatti, colla fatica della necessaria respirazione. E il bimbo piange, poichè le prime esperienze sono ben dolorose per lui, avvezzo alla calma e al tepore dell'alvo materno, e la vita presto gli insegna con qual metodo crudele vorrà ammaestrarlo.

Nell'epoca della nascita le sue membra, come gli organi dell'addome e del torace, hanno già percorse quasi tutte le fasi antecedenti dell'evoluzione dell'organismo umano, mentre il cervello rimane incompleto, piccolo nel suo volume, semplice nelle sue circonvoluzioni e nell'intima struttura, inerte nelle sue più alte funzioni. Dall'organismo, che vive e si nutre, il cervello sottrae gli elementi per accrescersi e svilupparsi, da tutto l'ambiente sottrae gli stimoli, che lo faranno vibrare nelle mille svariate modulazioni, che l'intelligenza umana sa dare.

Il bimbo ha, negli organi dei sensi, molteplici porte aperte nell'infinito che lo circonda; attraverso ad esse tutto l'ambiente si proietta in lui.

La pelle, delicatamente provvista di organi tattili, insegna al bimbo le infinite varietà dei contatti, la solidità, la forma, il volume, la scabrezza dei corpi ecc.

L'occhio gli apre la mente al concetto dello spazio e delle misure, gli educa più forti i sentimenti dell'ammirazione alla natura e dell'estetica.

L'udito gli rivela tutti i suoni, che compongono la magica sinfonia dell'universo, gli insegna la parola e con essa tutto lo scibile umano.

E questi sensi, e gli altri ancora, lo fanno, colle ripetute esperienze dell'errore, vigile e guardingo contro tutti i pericoli della vita.

*Nihil in intellectu, quod prius non fuerit in sensu*, dicevano alcuni filosofi dei tempi andati, e,

per quanto arditi e prossimi al vero, erano ancora inesatti, perchè incompleti. Nulla nell'intelletto, di ciò che prima non è stato nei sensi, ma la sensazione è fenomeno nervoso, e l'intelletto è funzione di cellula.

In ogni organo di senso, in ogni parte della superficie del corpo si internano le ultime propagini del sistema nervoso, le quali si fondono a mano, a mano in lunghi cordoni, i nervi, che alla loro volta conducono alle cellule del midollo spinale e del cervello le sensazioni d'ambiente.

La sensazione è il primo elemento della psiche, si accompagna al piacere e al dolore e si eleva, trasformandosi in emozioni, in sentimenti, in istinti, in idee, in concetti morali. Parallelamente a tutto questo lusso di fenomeni psichici, si complica e si accresce l'intima struttura del cervello del bimbo. E la frase « *piccole anime* » diviene null'altro che una gentile metafora, e la storia loro non è più il prodotto della fantasia e del sentimento, ma è la storia dei « *piccoli cervelli* »: è un capitolo dell'ardita scienza che studia l'uomo, un capitolo irto di misure, di cifre, di fatti, scritto in un arido stile, ma rigoroso, come una forma geometrica. Dovrei questo capitolo ripeterlo intero, ed allora avrei veramente sciolta quella promessa, che il titolo racchiude; ma implacabile è il tempo, ed io presi le cose troppo da lontano. La mia cicalata rimarrà lo schizzo di una testa senza busto, una brutta prefazione, col solo vantaggio di non essere seguita dal libro.

Eredità ed ambiente, sono questi i due grandi fattori della psiche, i due grandi argini in mezzo ai quali si svolge la vita nervosa, or placida, come il ricordo di un dolcissimo affetto, ora impetuosa, come la gelosia, a volte limpida, come una nota d'amore, a volte torbida e scura, come la premeditata vendetta di un assassino.

L'ambiente ha, come l'eredità, molteplici e diversissime influenze, ora malefiche, ora benefiche, ora maligne, ora benigne; e l'uomo ha così tracciato il suo destino nel mondo, a seconda che l'influsso del passato e del presente gli avrà dato un corpo ed un cervello bene o male costituiti.

L'ambiente ha per altro un vantaggio sulla eredità: che in molti suoi fattori può essere variato, e per mezzo di essi possono essere favorite le buone tendenze, soffocate moltissime delle cattive.

E tale deve essere lo scopo della scuola, la quale, nelle nostre società civili, è appunto un ambiente artificiale, costituito intorno ai nostri bimbi, perchè metodicamente, secondo leggi determinate, sieno sviluppati ed istruiti.

E qui sta appunto quel solido legame, a cui accennava l'avv. Brunelli, tra la pedagogia e la scienza delle anime.

Ogni legge, che regola i fenomeni psichici, ha il suo immediato riverbero in altra legge dell'edu-

cazione, e la storia delle cattive e delle buone tendenze, delle loro cause, delle loro origini e del modo di decorso, ha massima importanza, in quanto migliora i sistemi di educazione.

E poichè ogni discorso deve avere il suo lato pratico, lasciatemi dedurre due soli corollari pedagogici, non forse molto legati fra loro, ma che hanno, in questi giorni, il vantaggio dell'attualità.

La vostra missione, o Maestri, colle nuove leggi di psicologia si complica e si fa più difficile.

La scuola, per continuare il geniale paragone del Lombroso, è un giardino di fiori selvaggi e primitivi, ma voi, o maestre, o maestri, ne siete gli oculati giardinieri. Ovunque un lusso di vegetazione, una confusione di piante, ovunque rovi, erbe maligne ed alti papaveri, e in mezzo ad essi la rosa selvaggia, il rosso garofano, la piccola, odorosa viola, e tra erba ed erba strisciante, come un'anima vile, il bruco divoratore.

L'oculato giardiniere studia il suo campo, divelle le piante inutili e dannose, schiaccia l'animale nemico, e nelle ordinate aiuole dispone, a seconda dell'opportuno terreno, le piante belle ed utili, e a ciascuna di esse dona una cura particolare; a quella toglie i rami secchi, a questa raddrizza lo stelo.

E anche voi, come l'oculato giardiniere, dovete studiare ogni vostro fanciullo. Non si tratta soltanto di svolgere un dato programma ad una serie di fanciulli a voi ignoti; ma si tratta di conoscere, ad una, ad una, le particolarità delle loro piccole anime, poichè l'eredità e gli ambienti della famiglia e della società, con elementi diversissimi, diversamente agiscono sul loro cervello.

*Non, insomma, insegnamento collettivo, ma insegnamento individuale nella collettività della scuola.*

Questo corollario mi è stato suggerito dalla vostra Mostra didattica; non ne ripeto io gli elogi, ma plaudo all'opera coraggiosa del Comune, alla instancabile attività del direttore Antolini, alla vostra oculatezza e diligenza, e plaudo tanto più volentieri, in quanto l'Esposizione didattica è un passo gigantesco verso quel modo di educazione, voluto dalla scienza.

Andavo ieri sera, in una visita fuggevole attraverso a quelle sale, ove sono esposti i prodotti delle vostre fatiche, e la mia passione di monomane della psicologia e del documento umano si trovava là dentro nel proprio elemento, si compiaceva della osservazione ed era lieta di un tanto lusso di materiale e di fatti. Davvero che là, su quei tavoli, è disposto, in mirabile ordine, tutto quel capitolo della storia dei piccoli cervelli, che io non vi ho analiticamente tracciate, e davvero la visita, che voi tra poco farete, varrà meglio del libro, che potrebbe far seguito alla mia prefazione.

In quegli sgorbi dei primi quaderni, che divengono parola formata ed elegante, in quei picco-

li racconti, in quei lavorucci d' arte, tutta si rivela l'evoluzione dei sentimenti, delle idee, del senso morale.

Vi sono tracciate, in ordinata analisi, le mille e mille varietà psicologiche, vi è riunita, in una mirabile sintesi, tutta la psicologia infantile.

Voi potete là dentro, osservando quei documenti al lume delle idee generali, che io vi sono andato esponendo, trovarne la conferma, e determinarvi innanzi una linea di condotta, secondo i postulati della scienza, nei vostri metodi di insegnamento.

Ma innanzi tutto non istancate i nostri bimbi, non pretendete da essi, e nella durata del lavoro e nella sua quantità, più di quello che possono darvi.

Ricordatevi che la vita psichica è funzione del sistema nervoso, e che sul cervello e sui nervi regnano le leggi della fisiologia, inflessibili, inesorabili, come tutte le leggi della natura.

Se le madri, torno sempre volentieri a loro, ascoltano con giusto orgoglio i precoci balbettii dei loro figli, a mezzo del loro compiacimento, un brivido di paura le incoglie.

Gli è che le leggi della natura anche l'esperienza secolare le ha riconosciute vere.

*Un organo, affaticato oltre la norma, si altera ed ammalia, e, se è in via di sviluppo, si arresta o devia nella sua evoluzione.*

*Nell'organismo il funzionamento maggiore di una parte si fa a spese della nutrizione e dello sviluppo delle altre.*

È ciò per la vita psichica, come per ogni altra funzione del corpo. Leggendo certi programmi, o certi orari di scuola, davanti ad un bimbo gracile e pallido, ma saputello ed omenone a 10 anni, un triste quadro della mia vita d'ospedale mi ritorna alla memoria. Era quella una vittima del troppo lavoro materiale! Alla fumosa luce del circo il piccolo saltimbanco, su un logoro tappeto, si contorceva nelle più strane maniere, o via su per le funi, come uno scoiattolo, si dondolava ad un trapezio, fra i trepidanti applausi del pubblico, in un continuo, crudele equilibrio tra la vita e la morte.

Una megera, forse sua madre, gli aveva nell'infanzia preparate le braccia e le gambe ad ogni movimento, e suo padre, colla paura del castigo, lo aveva fatto divenire innanzi tempo il coraggioso saltimbanco.

Io lo ricordo in un letto della lunga corsia, quasi idiota, stanco ed emaciato, sopraffatto dalla troppa fatica e condannato dalla tubercolosi alla morte.

E v' hanno di quelli, che dal cervello del bimbo, ben più delicato che i muscoli o le articolazioni, pretendono l'impossibile, come quella megera, come quel padre.

No, o maestre, non v' affaticate a darci dei

geni a 10 anni, poichè, nel gran numero dei casi, avrete essiccata ogni potenza intellettuale e ci avrete preparati dei deboli e degli imbecilli sociali a 20 anni. Tentate invece, con tutta la vostra intelligenza, di darci dei fanciulli forti, ben organizzati nel corpo, come nella mente.

La scuola, essendo un prodotto della società, ha tendenze, scopi, metodi diversi, a seconda del periodo di civiltà in cui fiorisce, e, a seconda della prevalente tendenza sociale, prepara i giovani a destini diversi.

Nell'epoca nostra lo scopo della scuola si fa più largo, più santo e più nobile, poichè la scuola deve essere un argine ai disastrosi effetti, che nelle nostre menti ha apportato il vertiginoso andare delle cose presenti.

Emblema del secolo è la velocità; ma il pensiero umano è stato sopraffatto dalle sue stesse azioni; trascinato a meravigliose altezze da pochi geni inventivi, ha stranamente modificata la vita dei popoli. La follia del moto sembra ci abbia tutti invasati, e, come la odalisca, che nella danza si inebbia e balla fino a che non cade spossata, l'uomo si affanna, in una attività che non ha riposo, in un lavoro che non ha confini.

E, triste parallelismo, conferma delle leggi psicologiche, che enunciavo poc'anzi, i pazzi crescono nei manicomi, i nervosi, i deboli nella società.

Ma il male qui non s'arresta; la debolezza nostra poggia sui figli; il triste influsso dell'ambiente d'oggi è l'eredità del domani. E nelle nazioni più civili, quando la sterilità non colpisce i matrimoni, l'irritabilità, la stranezza del carattere, l'isterismo, la neurastenia, sono il retaggio dei piccoli nati.

Lo squilibrio è ovunque, l'anarchia, ben più grave di quella sognata dagli infelici che languono al domicilio coatto, regna negli spiriti e nelle nazioni: regna nei cervelli, perchè, figli di un'epoca passata, non ancora del tutto s'adattarono al vertiginoso sentire e pensare dell'epoca presente; regna nelle nazioni, perchè, mentre il popolo, sotto la spinta della civiltà, tende ad espandersi per nuove vie, contro di essa si elevano e metodi di governo e classi dirigenti, che, sotto i colpi della evoluzione, non mutarono le loro forme antiche e tarlate.

Mai periodi più dolorosi sono, nella storia, di questi, che stanno arbitri tra lo sfasciarsi di tutto un passato e l'avanzarsi di sante idealità future. Diviene ben più acerrima la lotta per la vita, e aumentano i deboli, coloro che, perdenti, escono dalle file. Acerrima lotta attende i nostri figli; a voi, maestre e maestri, incoglie l'obbligo di farli forti e pronti alla battaglia.

Non affaticate dunque, fino dai primi anni, i fanciulli, non stancate il loro piccolo cervello, che la vita snervante della nostra civiltà dovrà essa stessa indebolire.

Davvero alta è dunque la missione della scuola,



poichè essa, nel migliorare l'animo del fanciullo, si erge gigantesca contro tutte le malefiche influenze del passato, contro le tristissime influenze dell'ambiente.

A voi, maestri, se ci darete figli di noi più forti, il merito di aver troncato questo transitorio periodo doloroso, di avere affrettato il trionfo dell'avvenire.

Sante idealità invero, che la sognatrice mente vorrebbe, rapide come il pensiero, si realizzassero; ma il ricordo del triste presente insinua nel sogno il dubbio e lo sconforto.

Se la società crea la scuola per educare i bimbi, suscita per altro contro di essa, a mille a mille, gli ostacoli.

Voi tentate sviluppare il cervello dei fanciulli, e la grande maggioranza di essi è attesa alla porta della vostra scuola dalla miseria, dalla fame e dal vizio.

Voi tentate inoculare i sentimenti della giustizia e della libertà, e nella vita gli attende il trionfo della menzogna, la nessuna indipendenza del pensiero e dell'azione.

Voi insegnate gli elementari concetti della morale, e la società capovolge i vostri insegnamenti, e gli immorali acclama suoi capi.

Strana forse è per molti di voi questa fine pessimistica in un discorso ufficiale, che ha elevati inni agli ideali della scienza e che in essi ha riposto ogni fede; ma io parlo in un comune libero, di uomini liberi, e lascio libera la parola di esprimere tutto ciò che il sentimento detta dentro.

Noi tutti, ed anch'io per il primo, sentiamo l'influenza del periodo sociale; siamo tutti, più o meno, figli del secolo — Siamo come la simbolica figura, che Ibsen, il drammaturgo del Nord, rappresenta negli *Spettri*.

Osvaldo, scontento del viziato ambiente che lo circonda, vinto dalla corrotta civiltà, debole per colpa non sue, aspira all'alto. In lui, come in tutti noi, lo stesso continuo, doloroso contrasto, tra la sfiducia nella melanconica ora presente e il bisogno di un nuovo ideale.

Osvaldo, là, sotto le uggiose nebbie del Nord, nell'impetuosità del desiderio, cade accasciato; ma, ad onta della lucida sicurezza della fine, col rantolo della morte, chiede: « Mamma, dammi il sole ».

Osvaldo è un debole, poichè cadde lungo la strada, ma, per quanto dolorosa la via, la civiltà, serena e forte, cammina ancora e sempre.

Maestre e Maestri, io vi intendo. Triste è combattere con armi inadatte, colla coscienza della propria debolezza, col dubbio della vittoria; ma un sentimento, egoistico forse, vi sollevi nella vostra missione. Necessaria è la felicità individuale, e, fra gli elementi che la compongono, uno ve ne ha, elevato più degli altri, raramente ricercato dagli uomini, ma degno degli esseri forti: *la coscienza d'aver fatto il proprio dovere*.

E nobile è il vostro dovere.

Udite. Oggi è la festa delle piccole anime; assistemmo poc'anzi ai loro canti ed ai loro giuochi. Guyau avrebbe detto: « Oh! il fruscio dei piccoli piedi del fanciullo, il fruscio leggero e dolce delle generazioni che arrivano; indeciso, incostante, come l'avvenire; l'avvenire che noi forse possiamo determinare quale vogliamo, colla maniera, nella quale avremo educate le generazioni novelle ».

GIULIO OBICI

## NOTIZIE

La Società Freniatria Italiana, il giorno 12 corr., tenne in Milano un'adunanza, indetta allo scopo di pronunciarsi sopra la grave e importante questione: « *se nei manicomi il personale religioso sia il più adatto per l'assistenza e sorveglianza dei malati.* »

In risposta alla richiesta, diramata dalla Presidenza su tale argomento, ben 45 alienisti, fra cui i direttori dei principali manicomi del Regno, avevano espresso parere assolutamente favorevole al servizio del personale laico.

In seno alla adunanza la discussione riuscì molto animata, e si finì per votare il seguente ordine del giorno, provocato da alcuni direttori di manicomio che si trovano in conflitto per tale delicata materia colle Amministrazioni provinciali:

« La Società Freniatria Italiana, riunita in apposita straordinaria seduta:

« riconosciuti gli inconvenienti del servizio delle corporazioni religiose nei Manicomî dal punto di vista tecnico, amministrativo e sanitario,

« riconfermando il voto dato dai medici italiani nel Congresso di Bologna del 1874 e quello degli alienisti tedeschi nel Congresso di Francoforte del 1893,

« giudica che i servizi tutti in detti sta-

bilimenti debbono essere affidati a personale laico. »

Quest'ordine del giorno venne approvato all'unanimità.

---

Va senza dire che alla richiesta, diramata dalla Presidenza, anche noi risponderemo dichiarandoci assolutamente favorevoli al servizio del personale laico. Aggiungemmo anzi che le nostre convinzioni trovavano la loro sanzione pratica nella storia del nostro Manicomio, il quale, avendo avuto sempre, fino dalla sua fondazione, i servizi affidati a personale laico, poté assai presto, sotto la saggia direzione dei nostri predecessori, acquistare buona fama in fatto di organizzazione e di attività scientifica.

∴

Col nuovo grandioso Manicomio di San Salvi a Firenze è sorta la *Clinica Psichiatrica* del R. Istituto di Studi Superiori. Essa si compone di due edificii isolati:

1. la *Clinica* propriamente detta che, oltre alle infermerie, contiene la scuola, i locali annessi alla scuola, gli uffici e le abitazioni per i medici e per gl'inservienti;

2. il *Gabinetto*, ricco di 20 locali e dotato d'una sala elegantissima per le autopsie, d'un'altra sala per vivisezioni, di un museo, di laboratorio chimico e batteriologico, di varie sale per microscopia, d'una biblioteca, ecc. Pareti a stucco, illuminazione elettrica, riscaldamento a vapore ecc. procurano ai locali igiene, bellezza, sicurezza e comodità.

Il personale della *Clinica Psichiatrica* è costituito di un Direttore, il Prof. *Eugenio Tanzi* (che è anche soprintendente e Direttore del Manicomio), di un aiuto, di un assistente e di tre assistenti volontari, i quali tutti, ad eccezione del Direttore, abitano sul luogo.

Pei locali di cui dispone, pel ruolo or-

ganico del personale medico e di assistenza, per gli assegni di cui fruisce, la *Clinica Psichiatrica* di Firenze può dirsi non solo la prima fra quelle del genere di tutta Italia, ma anche tale da poter competere colle migliori all'estero.

La *Clinica psichiatrica* di Firenze pubblica mensilmente la *Rivista di patologia e mentale*, che si propone di adempiere nella vita della *Psichiatria italiana* la funzione di un *Centralblatt* italiano. Questo giornale, diretto dal Prof. *E. Tanzi* in unione coi Professori *A. Tamburini* e *E. Morselli*, ha pubblicato già il primo numero, e, come era da attendersi dall'intelligenza aristocratica e dal sapere della Direzione, è completamente riuscito e promette di vivere una vita lunga, bella e rigogliosa. Rallegramenti ed auguri.

∴

La casa di custodia in Reggio-Emilia fu definitivamente trasformata in Manicomio criminale: l'organizzazione del nuovo Istituto venne dal Governo affidata al prof. *A. Tamburini*.

∴

Il Prof. *Casimiro Mondino*, titolare ordinario della cattedra d'*Istologia* (!) nella R. Università di Palermo, fu trasferito col suo consenso (!) e collo stesso grado alla cattedra di *Psichiatria*.

∴

Per la morte del compianto Prof. *A. Tebaldi* essendo rimasta vacante la Cattedra di *Psichiatria* nella Università di Padova, è stato incaricato di questo insegnamento l'aiuto dott. *U. Stefani*, che fece le sue prime armi in questo Manicomio.

∴

Il Prof. *Giuseppe Gulicciardi*, medico

primario nel Manicomio di Reggio-Emilia, ha iniziato con una applaudita prolusione il corso libero di Psicologia forense nella Università di Modena.

## Incendio di un Manicomio

Abbiamo letto nei giornali politici dei giorni scorsi che a Quebec, nel Canada, nel più grande manicomio del paese, situato a due miglia dalla città, è scoppiato di notte tempo un terribile incendio. Gl' infermieri dell' ospedale, che contiene oltre due mila ammalati, non pensarono neppure a tentare di spegnere l' incendio, ma si limitarono a porre in salvo i poveretti. Mentre si era telegrafato a Quebec e si attendevano soccorsi, nel vasto edificio, tutto in preda alle fiamme, succedettero scene indescrivibili. Quando gl' infermieri apersero le celle dei pazzi furiosi, uno di questi si scagliò addosso al suo liberatore, lo atterrò, lo strangolò e poi ne gettò il cadavere in mezzo alle fiamme, nelle quali si gettò in fine egli pure. Solo dopo immani fatiche si poterono rendere innocui i furiosi liberati. Gl' infermieri dovettero sostenere una lotta tremenda a corpo a corpo, donde uscirono malconci, graffiati e feriti. Alcune donne si precipitarono dal quarto piano in basso, rimanendo sul colpo cadaveri. A frotte a frotte, mezzo ignudi, i pazzi, fuggendo attraverso la neve, s' internarono nei boschi, dove si nascosero. Molti rimasero vittime dell' incendio. Sei donne si ribellarono ai soldati e ne trassero due in mezzo alle fiamme, dove trovarono subita morte.

I giornali del paese portano moltissimi particolari sul terribile disastro. L' edificio è stato completamente distrutto. Si dice che i morti sommino a cento; qualcuno crede ancora a più.

## NECROLOGIE

### AUGUSTO TEBALDI

Il 13 Settembre 1895 nella sua villa di Salionze, sul lago di Garda, morì improvvisamente a 62 anni il Prof. **A. Tebaldi** Direttore della Clinica psichiatrica nella R. Università di Padova. Aveva fatto, come medico militare, la campagna del 1859 e insegnava Psichiatria fino dal 1867. Parecchi lavori lo resero noto al mondo scientifico, e fra essi principalmente, prima quello sulle *Ricerche oftalmoscopiche nelle malattie mentali*, poscia gli altri: *Ragione e pazzia e Fisionomia e le espressioni studiate nelle loro deviazioni*. L' ultimo suo lavoro fu quello su *Napoleone I.*

Il **Tebaldi** ebbe ingegno, coltura ed un sentire squisito di uomo e di artista.

### ANDREA VERGA

Crediamo non poter meglio dire di tanto Uomo, che riportando per intero la splendida necrologia fattane dal **Tanzi** nella *Rivista di Patologia nervosa e mentale*.

« Il 21 Novembre del 1895, a Milano, moriva carico d'anni e d'onori il prof. **Andrea Verga**, Senatore del Regno, insegnante di Clinica psichiatrica all' Ospedale Maggiore, Presidente prima effettivo, poi onorario della *Società freniatria*. Era anche ufficialmente il decano della psichiatria italiana: moralmente ne era il principe per acclamazione. Il suo ascendente sui colleghi e sul pubblico era intenso e continuo: proveniva non solo dalla lucidezza della sua mente — una mente ateniese — ma anche dalle qualità del suo carattere, che era nobile e sem-

plice come la sua eloquenza. Possedeva tutti i requisiti, anche accessori, che completano una figura di scienziato e le attirano simpatia e reverenza, non esclusi i caratteri fisici. Alto di statura, la fronte spaziosa, l'aspetto signorile, ma affabile, **Andrea Verga**, oltre alla precisione delle idee proprie del medico che ha familiarità cogli studi anatomici, aveva il dono naturale d'uno stile e d'una parola insinuanti, e riusciva efficace senza enfasi. Poetava con un umorismo di buon gusto in italiano, e con elegante sicurezza in latino. **Lombroso** lo paragonò a **Francesco Redi**. Era l'anima dei congressi che gli alienisti italiani, associati per sua iniziativa, tengono periodicamente ogni due anni; il creatore della loro *Cassa di Soccorso*, che iniziò con un generoso contributo nel 1894; la personificazione della loro Società, a cui infuse qualche cosa della propria natura aristocratica. Si deve in gran parte all'omogeneità di questa Associazione e alla felice polarizzazione che essa esercita ed esercitò di mano in mano sui nuovi venuti se gli alienisti italiani si distinguono per coltura e per serietà, e non contano fra loro nessun aruspice che, speculando sulla credulità popolare, tenti di mieterne fama e guadagni in un campo che, per essere ancora coperto d'un certo mistero, e accessibile alla superstizione, sarebbe dei più facili e proficui a questo genere di imprese.

La carriera di **Andrea Verga** come alienista data dal 1842. Fu in quell'anno che divenne medico alla *Villa Antonini*, il noto Manicomio milanese che, sotto la direzione di **Serafino Biffi**, si conservò modello poco imitato di probità e dignità fra le Case private, nelle quali fu il **Verga** tra i primi ad introdurre l'egemonia del personale sanitario e il predominio dei criterî curativi ed umanitari su quelli industriali. Nel 1848 passò a dirigere la *Senavra*, il gran Manicomio pubblico di Milano, propugnandone la demolizione e riuscendo a farlo surrogare colla bella costruzione che sorge, più

lontana dalla metropoli di quel che fosse nelle sue intenzioni, sul poggio di *Mombello*. Nel 1832, senza abbandonare nè lo studio, nè la pratica della psichiatria, fu nominato Direttore dell'Ospedale Maggiore, di dove anzi cominciò ad insegnarla. Era stato assistente e collaboratore di **Bartolomeo Panizza**; ebbe ad assistente e collaboratore **Serafino Biffi**; fu amico di **Manzoni**, di **Tommaso Grossi**, di **d'Azeglio**, di **Cantù**, di **Maspero**. Fondò il primo periodico vitale intorno alle malattie mentali col modesto titolo di *Appendice psichiatrica della Gazzetta medica lombarda*, preludio all'*Archivio italiano per le malattie nervose e mentali*, che pubblicò con **Biffi** fino al 1892.

Gli scritti scientifici di **Andrea Verga** sommano a 165; ve ne sono di anatomici, psichiatrici, storici ed appartenenti alla medicina generale, senza contare i letterari.

Fra i lavori anatomici, ricordiamo il suo primo sulle *Ossa sesamoidee* (1847), quello sul *Ventricolo della volta a tre pilastri* (1851), a cui si dà il nome del **Verga**, la memoria sul *Legamento malleo-maxillare* (1864) premiata con medaglia d'oro a Bruxelles, le due sulla *Fossetta cerebellare media dell'osso occipitale* (1872 e 1876) che provocarono una serie di ricerche e di discussioni non ancora esaurite, e quel *Caso di prosopectasia* (1864) che, con l'altro sulla *Macrosomia* di **Cesare Lombroso**, doveva contribuire potentemente a preparare nella mente di **Marie** il concetto così interessante e meraviglioso dell'Acromegalia: strana coincidenza di tre ingegni d'indole ben diversa in uno stesso ordine di osservazioni. Fra gli scritti di psichiatria, che sono i più numerosi, notiamo, per non citarli tutti: *Sulla lipemania del Tasso* (1845), *Deliri nelle pestilenze* (1862), *sul Cloralio* (1870), *Pazzia gelosa* (1878), *Un caso di pazzia a quattro* (1884), *Tisifobia* (1856), *Claustrofobia* (1878), *Rupofobia* (1881), *Oicofobia* (1882-83), *Acrofobia* (1888) arguta e graziosa confessione d'una leggiera, ma interessante irregolarità nervosa, che non si sareb-

be potuta nè sopportare con maggiore disinvoltura, nè descrivere con maggiore spirito; ed aggiungiamo i non pochi articoli sulla *Pellagra* (1848, 1856, 1862), sulla *Paralisi progressiva* (1852, 1861, 1872), sul *Cretinismo* (1856), e finalmente il *Censimento dei pazzi*, che cominciando dal 1874 ripeté ogni anno in tutta Italia.

Degli studî storici, alcuni riguardano la psichiatria, altri i monumenti, i personaggi celebri e le Istituzioni ospedaliere di Milano. Degli studî di medicina generale, alcuni sulla *Inoculabilità della tubercolosi* (1868, 1870, 1871, 1874) furono compiuti col **Biffi**; gli altri si riferiscono a questioni d'attualità: trasfusione del sangue, lebbra, pneumoterapia, *haschisch*.

L'attività medica di **Andrea Verga** s'iniziò sotto auspici poco lieti: appena laureato, curando un blenorragico, perdette l'occhio destro. Nel 1886, percosso da un pazzo, rimase gravemente indebolito nella vista dell'altro occhio, per cui negli ultimi anni doveva farsi leggere, da amici e parenti devoti, le opere che riceveva incessantemente, e dettare lettere ed articoli, senza mai abbandonare del tutto il suo posto di alienista militante. La morte di **Andrea Verga** è un lutto grave per la psichiatria e per la medicina di tutti i paesi: per la psichiatria italiana è un lutto più grave e più intimo, è la perdita di un capo venerato. Alle sue opere, sempre ispirate dall'osservazione diretta dei fatti, non mancherà mai il legame di continuità logica colla scienza futura: alla sua geniale personalità non verrà meno il legame di continuità affettiva colle generazioni che, imitando il suo esempio, sorgono a studiare nella più tragica delle sventure il più arduo e interessante dei problemi ».

Ai solenni funerali del **Verga**, che ebbero luogo a Milano il giorno 25 Novembre, convenne non solo tutta Milano, ma vi fu rappresentata tutta l'Italia nelle persone e

nelle rappresentanze del Governo, delle Autorità, degli scienziati, dei Colleghi ed amici. Anche l'Amministrazione del nostro Manicomio, dietro iniziativa di questa Direzione, volle che alle solenni onoranze anche il nostro Istituto fosse rappresentato e delegava allo scopo il dott. **L. Cappelletti**.

Il giorno stesso delle funebri onoranze la Presidenza della Società Freniatrica, in unione a varî Soci, convocati d'urgenza, stabilì:

1. di tenere in Milano una solenne commemorazione del **Verga**, che difatti ebbe luogo il giorno 12 corr. con un discorso magistrale del Presidente Prof. **A. Tamburini**.

2. di intitolare al suo nome la Cassa di soccorso pei Medici alienisti italiani, che, da Lui iniziata, sta per essere eretta in ente morale;

3. di aprire fra i Soci una sottoscrizione per un ricordo monumentale all'illustre estinto.

---

## NOTIZIE DEI MALATI

### Uomini

*Ferrara* — C. B. molto invecchiato e deperito nelle facoltà mentali. C. M. in ottime condizioni fisiche, ma sempre sprezzante e spesso rumoroso.

*Albarea* — A. M. le solite fisime, i soliti discorsi; però assai più tranquillo — A. T. probabilmente affetto da processi tisiogeni.

*Argenta* — G. G. incomincia adesso a riaversi da uno dei soliti accessi di mania periodica — D. C. in ottime condizioni fisiche.

*Ariano* — G. B. da parecchie settimane è in letto e va progressiva-



- mente deperendo nelle sue condizioni generali -- G. P. continuamente in preda al solito delirio vago di persecuzione.
- Bondeno* — M. B. da molto tempo non presenta più i soliti pericolosi equivalenti epilettici.
- Cento* — F. S. idiota indocile e sudicio -- E. O. in condizioni fisiche buone, ma non offre il più piccolo segno di risveglio mentale.
- Codigoro* — A. C. - R. B. presso a poco sempre nelle medesime condizioni.
- Copparo* — P. R. più o meno, sempre eccitato e rumoroso.
- Corpo di Reno* — G. R. attualmente non manifesta più quei gravi accessi impulsivi di una volta.
- Gaibanella* -- G. R. del tocco apoplettico, da cui fu colpito tempo fa, non rimangono tracce che nella faccia e nella lingua.
- Pilastrì* — L. B. ogni tanto ricade in una delle sue classiche chiassate. G. G. - C. M. nel solito stato.
- Porotto* — F. G. qualche volta riesce un pò noioso, ma mostra sempre molta voglia di lavorare.
- Poggiorenatico* — V. C. del suo delirio di persecuzione non rimane adesso che un piccolo rudimento; per contro si è fatto molto più grave il suo indebolimento psichico.
- Ripa di Persico* — M. D. qualche volta viene còlto dall' accesso epilettico.
- S. Agostino* — P. S. i suoi accessi periodici si sono resi assai frequen-

ti — L. P. sempre demente, ma quieto e buono.

- Stellata* — A. B. continuamente intento a fabbricare paste e caramelle a modo suo.
- Traghetto* — A. S. è di nuovo ingrassato e migliorato nelle condizioni generali.
- Vigarano Mainarda* -- P. P. da qualche tempo la sua salute è un pò deteriorata; spesso passa qualche giorno in letto.

#### Donne

- Ferrara* — M. G. più va avanti negli anni e più si riduce di volume — R. R. trovasi in condizioni piuttosto gravi — T. L. quanto grassa e tonda, altrettanto lagnosa e incontentabile.
- Copparo* — B. A. ved. M. melanconica in alto grado con rilevante indebolimento psichico.
- Argenta* — M. B. attualmente è in un periodo di relativa docilità e di disposizione a lavorare.
- Bondeno* — M. B. quieta ed operosa C. M. - Z. M. in buone condizioni fisiche.
- Cento* — E. G. manifesta continua tendenza all' auto-violenza — R. F. demente burbera e indocile.
- Comacchio* — M. V. demente epilettica con disturbi trofici e vasomotori.
- Consandolo* — C. Z. in ottima salute fisica, nel solito stato mentale — A. S. nulla di nuovo.
- Copparo* — A. P. agitata e sudicia — M. M. in V. la solita isterica scontenta e rumorosa.

*Corpo di Reno* — T. M. ormai non ha più neppure due giorni consecutivi di tranquillità e di relativo ordine mentale.

*Marrara* — R. G. molto laboriosa; presta aiuto in cucina.

*Massafscaglia* — V. M. in C. pur continuando immutato il suo delirio paranoico, si è di molto attenuata in lei la reazione affettiva — A. G. al solito.

*Masi Torello* — T. R. ved. Z. manifesta sempre tendenza al suicidio.

*Mirabello* — C. P. in G. è sempre la solita demente rumorosa — E. C. ogni tanto ricade nei soliti accessi periodici.

*Pieve di Cento* — M. V. B. ha molto perduto nelle sue facoltà mentali. E. C. ormai può dirsi perduta ogni speranza di guarigione a suo riguardo.

*Portomaggiore* — A. S. il suo persecutore *tougné* da qualche tempo la infastidisce assai meno — P. M. nel solito stato.

*Portoverrara* — G. B. laboriosa e desiderosissima di ritornare in famiglia.

*Renazzo* — A. B. attualmente è in un periodo di agitazione.

*Ruina* — P. B. in M. adesso è in uno stato di tranquillità relativa e si occupa anche in qualche piccolo lavoro.

*S. Luca* — E. M. affetta da demenza paralitica all'ultimo stadio; da qualche settimana non si alza più di letto.

*S. Martino* (Bologna) — C. C. v. G.

gli accessi di agitazione e di depressione si ripetono adesso continuamente senza lasciare fra loro un periodo di relativo benessere.

*Galliera* (Bologna) — A. G. si adorna sempre la pettinatura con forchette, bottoni, nastri e via discorrendo.

*Argile* (Bologna) V. C. in C. tale e tanta è la tendenza che manifesta all'autoviolenza, che dev'essere sempre tenuta d'occhio e spesso raccomandata ai mezzi coercitivi.

*Finale* (Modena) — A. G. epilettica quanto religiosa, altrettanto rumorosa, indocile e manesca.

*Modena* — A. M. non rifinisce mai di reclamare i suoi immaginari guadagni e di manifestare il suo curiosissimo delirio di persecuzione.

*Sermide* — I. G. in S. da qualche tempo è relativamente quieta, ma non presenta tendenza di sorta alla guarigione.

*Dosolo* (Mantova) — C. R. demente sudicia e scomposta all'ultimo grado.

*Milano* — C. F. in ottime condizioni fisiche, ma nelle solite condizioni mentali.

*Lugo* (Ravenna) — T. P. ogni tanto va soggetta ad erisipela del capo piuttosto grave.

*Alfonsine* (Ravenna) — T. B. in C. riammessa da poco tempo, mostrasi alquanto confusa di mente e fatua.

---

**Direttore** — R. TAMBRONI.

**Redattori** — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - P. BAUSI.

---

*Ferrara Tip. Eridano*

## LAVORI DEI MALATI

Professioni esercitate dai malati ed infermieri; numero dei lavoratori ed importo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori, secondo il giudizio del sig. ing. Poli.

	Gennaio		Febbraio		Marzo		Aprile		Maggio		Giugno	
	N.	L.	N.	L.	N.	L.	N.	L.	N.	L.	N.	L.
<b>Uomini</b> — Hanno atteso ai lavori di terra, alla cantina ecc. N.	10	50	10	50	11	50	12	50	14	50	12	50
“ lavoro da calzolaio . . . . .	3	49	4	31	3	51	3	40	3	45	3	29
“ muratore . . . . .	5	62	6	68	7	73	8	82	7	67	8	46
“ falegname . . . . .	2	70	3	58	3	82	3	87	3	82	3	55
“ tappezziere e materasso . . . . .	4	20	3	27	4	27	5	28	4	24	5	13
“ canepino . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
“ sarto . . . . .	3	12	2	6	3	5	2	15	—	—	2	2
“ pittore e verniciatore . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	38	1	58	1	65
“ fabbro ferrajo . . . . .	2	87	3	81	3	78	3	145	3	105	3	98
Si sono occupati come cucinieri, attendenti alle pulizie, scrivani ecc. . . . .	12	—	12	—	12	—	12	—	12	—	12	—
<b>Totale dei lavoratori</b> N.	41	—	43	—	46	—	49	—	47	—	49	—
<b>Totale dell'importo della mano d'opera</b>	—	351	—	322	—	366	—	486	—	432	—	359
<b>Donne</b> — Hanno cucito effetti nuovi . . . . . N.	3	11	3	8	5	16	4	10	3	6	5	11
“ filato, dipanato ecc. . . . .	4	8	4	8	10	27	12	31	9	41	5	4
“ cucito a macchina . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
“ tessuto pantofole . . . . .	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
“ fatto lavori di maglia . . . . .	22	70	22	67	14	61	15	86	16	71	17	78
“ atteso ai telaj . . . . .	8	37	6	16	10	137	10	96	9	114	9	41
“ rammendato biancherie, vestiti ecc. . . . .	12	216	15	204	14	195	14	199	17	203	15	188
Si sono occupate in servizi interni . . . . .	11	—	10	—	10	—	10	—	16	—	16	—
<b>Totale delle lavoratrici</b> N.	61	—	61	—	63	—	65	—	70	—	67	—
<b>Totale dell'importo della mano d'opera</b>	—	379	—	304	—	438	—	428	—	446	—	324
<b>Importo complessivo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori</b> . . . . .	—	730	—	627	—	805	—	915	—	878	—	684

## LAVORI DEI MALATI

Professioni esercitate dai malati ed infermieri; numero dei lavoratori ed importo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori, secondo il giudizio del sig. ing. Poli

	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
<b>Uomini</b> - Hanno atteso ai lavori di terra, alla cantina ecc.	N. 12	14	12	16	12	12
» da calzolaio	L. 50	L. 50	L. 50	L. 50	L. 50	L. 50
» muratore	47 70	28	27 50	22	19 10	20 10
» falegname	58	76	65	65	58	60
» tappezziere e materasso	67 70	60	57	72	65	80
» canepino	31 45	50 10	49	49 60	9 60	41 70
» sarto	6 80	6 80	7 60	2 70	4	12
» pittore e verniciatore	1	72	45	38	38	78 50
» fabbro ferraio	103	68	74	58	72	
Si sono occupati, come cucinieri, attendenti alle pulizie, scrivani ecc.	12	12	12	12	12	12
<b>Totale dei lavoratori</b>	N. 43	48	44	48	45	41
<b>Totale dell'importo della mano d'opera</b>	L. 364 65	L. 410 90	L. 373 10	L. 319 30	L. 315 70	L. 342 30
<b>Donne</b> - Hanno cuciti effetti nuovi	N. 7	6	7	7	3	8
» filato, dipanato ecc.	30 70	24 60	26 60	20 55	9 60	20
» cucito a macchina	10 30	39 39	3	12 78	10 90	
» tessuto pantofole			15 20	5	1	8 10
» fatto lavori di maglia						
» atteso ai telai	99	173 35	97 10	85 80	103 65	84 95
» rammentato biancheria, vestiti ecc.	103 50	13 86		16	30 72	
Si sono occupate in servizi interni	228 67	230 10	188 42	190 91	187 81	177 54
<b>Totale delle lavoratrici</b>	N. 70	71	68	71	68	64
<b>Totale dell'importo della mano d'opera</b>	L. 473 22	L. 481 30	L. 330 32	L. 349 44	L. 355 58	L. 290 59
<b>Importo complessivo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori</b>	L. 836 87	L. 892 20	L. 703 42	L. 668 74	L. 671 28	L. 632 89

**Epilogo del movimento dei malati nell'anno 1895**

	Esistenti al 31 Dicem 'bre 1894	Ammessi nel 1895	Totale	Usciti			Morti			Totale usciti e morti nel 1895	Rimasti al 31 Dicembre 1895	Giornate di presenza del 1895
				degli esistenti	degli ammessi	Totale	degli esistenti	degli ammessi	Totale			
<b>Uomini</b>	158	144	302	29	62	91	18	12	30	121	181	61600
<b>Donne</b>	154	126	280	27	46	73	10	23	33	106	174	60084
	<b>312</b>	<b>312</b>	<b>582</b>	<b>56</b>	<b>108</b>	<b>164</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	<b>227</b>	<b>355</b>	<b>121684</b>

Proporzione degli usciti sugli ammessi 60.74 %

„ dei morti sul totale 10.82 %

**MOVIMENTO dei malati nel mese di Settembre 1894**

	Esistenti		Entrati		USCITI								Morti		Rimasti		
					guariti		miglior.		non mi- giorati		per trasf.						per non ver. pazz.
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	
Appart. { alla Prov. di Ferrara	154	169	8	5	6	2	3	4		1					4	153	163
ad altre Provincie	20	5	1	1	1											20	6
	<b>174</b>	<b>174</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		<b>1</b>				<b>4</b>	<b>173</b>	<b>169</b>	

**MOVIMENTO nel mese di Ottobre 1895**

Appart. { alla Prov. di Ferrara	153	163	10	4	3	2	1	1	1	1					1	157	163
ad altre Provincie	20	6	1	1												21	7
	<b>173</b>	<b>169</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>				<b>1</b>	<b>178</b>	<b>170</b>	

**MOVIMENTO nel mese di Novembre 1895**

Appart. { alla Prov. di Ferrara	157	163	7	14	5	4	1	1	1						2	2	155	170
ad altre Provincie	21	7														1	21	6
	<b>178</b>	<b>170</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>						<b>2</b>	<b>3</b>	<b>176</b>	<b>176</b>

**MOVIMENTO nel mese di Dicembre 1895**

Appart. { alla Prov. di Ferrara	155	170	10	10	2	5	1			2					1	6	161	167
ad altre Provincie	21	6		1	1												20	7
	<b>176</b>	<b>176</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>			<b>2</b>					<b>1</b>	<b>6</b>	<b>181</b>	<b>174</b>





— Ferrara 25 Maggio 1896 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio

Somma precedente	.	L. 127. 13
Offerta N. N.	.	» 60. —
— — —		
Totale	L. 187. 13	

### UNA SECONDA EPIDEMIA D'INFLUENZA NEL MANICOMIO DI FERRARA

—o—

Nel Manicomio di Ferrara l'*influenza*, coi caratteri coi quali attualmente essa viene descritta, si sviluppò la prima volta sotto forma epidemica in sul finire dell'inverno del 1890, e noi nel Marzo di quello stesso anno, in questo *Bollettino*, ne esponemmo una breve relazione.

Dopo sei anni questa malattia ha voluto regalare al nostro Stabilimento, presso a poco nella stessa stagione e per una stessa durata, una seconda epidemia, e noi anche questa volta non vogliamo tralasciare di registrare nel nostro giornale, cui è affidata la storia dell'Istituto, una descrizione dei fatti osservati; tanto più che questi, a nostro avviso, sono pure importanti sotto il punto di vista della clinica e della patologia generale.

Il primo caso si ebbe il 22 Febbraio, e l'ultimo si verificò il 19 Marzo; per cui tutta l'epidemia si esaurì in uno spazio di tempo minore di un mese.

Quasi contemporaneamente si sviluppò nelle due sezioni, uomini e donne, e in ambedue attaccò per primo una persona di servizio, una delle quali si era messa manifestamente in condizione di contrarre l'infezione per avere assistito un influenzato.

È degno di nota tuttavia che l'influenza penetrò nel nostro Manicomio, dopo avere per molto tempo infestato largamente la città e le località prossime, e ciò senza che al riguardo fossero state prese da noi precauzioni speciali.

Un tal fatto, che si verificò per l'influenza anche nel 1890 e si è sempre ripetuto nel nostro Manicomio per tutte le altre epidemie passate, indica quale valore abbiano nella profilassi delle malattie il metodo regolato di vita, il relativo isolamento ecc., condizioni che sogliono verificarsi negli stabilimenti di questo genere.

Il numero totale dei malati d'influenza ascese a 56, sopra una media di 350 alienati e 50 persone di servizio; quindi si ebbe una proporzione complessiva di 14%. Facendo però la proporzione per gli alienati e per i sani, si ha per i primi il 13,71%, e per i secondi il 16%.

Riportiamo qui un quadro riassuntivo delle nostre osservazioni, dove abbiamo tenuto conto, per ciascun influenzato, della condizione sociale, della costituzione fisica e delle eventuali malattie somatiche degne

di nota, della forma mentale per gli alienati, della temperatura massima verificatasi, delle complicazioni, della durata e finalmente dell'esito della malattia.

Nome e Cognome	Età	Condizione	Costituzione e Malattie somatiche	Forma Mentale	Temperatura massima	Com- plicazioni	Durata	Osservazioni
<b>U O M I N I</b>								
G. M.	61	Infermiere	Gracile-Catarro vesc.	—	38°,4	—	7	Cefalalgia ost. consec.
S. C.	62	Usciro	Robusta	Paranoia	37°,8	—	2	—
G. N.	24	Domestico	"	Fr. isterica	37°,5	—	5	—
A. G.	50	Contadino	"	Fr. epilettica	37°,8	—	7	—
A. M.	18	Operaio	Gracile	Confusione mentale	37°,7	Bronchite	5	Proc. bronco-alveolare
O. C.	60	Negoziante	Vizio cardiaco	Demenza consecutiva	39°,5	—	9	—
A. M.	44	Ingegnere	Robusta	Demenza primitiva	39°,5	Catarro intestinale	6	Protraz. dell'enterite
G. S.	52	Giornaliero	Gracile	Mania periodica	40°,3	Pleuro-pneum. doppia	15	Conv. lunghissima
G. B.	55	Possidente	Robusta	Demenza	37°,8	—	3	—
A. A.	34	Sarto	"	Frenosi sensoria periodica	38°,2	—	2	—
A. R.	29	"	"	Imbecillità	39°,1	—	4	—
<b>D O N N E</b>								
F. C.	50	Giornaliera	Robusta	Imbecillità	38°,5	—	5	—
P. M.	21	Infermiera	Gracile	—	39°,8	Epistassi fr. e gravi	9	Convalescenza lunga
C. F.	30	Possidente	Robusta	Imbecillità	40°	—	11	In 2 riprese
A. P. M.	67	Contadina	"	Demenza	39°,5	Disord. ment. aument.	7	—
A. C. P.	35	Giornaliera	"	Mania periodica	39°,8	—	5	Conv. lunga
S. M.	43	"	"	Imbecillità	37°,4	—	2	—
R. B.	66	Donna di casa	Robusta-vizio cardiaco	Demenza	39°,3	—	7	—
B. A. M.	54	"	Gracile Bronc. cronica	"	39°,4	—	6	Conv. lunga
A. G. M.	32	Operaia	Gracile	Frenosi isterica	38°,5	—	6	—
R. P.	55	Donna di casa	Robusta-cuore grasso	Demenza epilettica	39°,5	Pneumonite	5	Morta
N. F.	20	"	Gracile	Fr. epilettica	39°	—	5	—
L. L. A.	50	Donna di servizio	"	Mania periodica	38°,7	—	5	—
G. B.	53	Giornaliera	"	Imbecillità	39°	—	4	—
A. L.	53	Donna di casa	"	Idios'ia	38°,2	—	4	—
R. B. S.	70	"	"	Fr. sensoria	38°	—	4	—
M. G.	34	Sartrice	Robusta	Imbecillità	37°,5	Epistassi	4	—

Nome e Cognome	Età	Condizione	Costituzione e Malattie somatiche	Forma mentale	Temperatura massima	Complicazioni	Durata	Osservazioni
M. P.	33	Maestra element.	Gracile	Confusione mentale	38°	—	4	—
F. F.	45	Infermiera	"	—	38°,9	—	4	—
R. B.	19	"	"	—	39°,3	—	4	—
A. M.	66	Domestica	Robusta	Demenza	38°,3	—	4	—
A. F.	42	Donna di casa	Gracile	Fr. isterica	38°	—	3	—
V. C. M.	44	"	Robusta	Paranoia	38°,5	—	3	—
M. P. T.	62	Giornaliera	Vizio cardiaco Pellagra	Fr. pellagrosa	38°,8	Pneumonite	4	Morta
P. V.	49	Donna di casa	Robusta	Mania periodica	37°,4	—	3	—
A. M.	43	Contadina	"	Imbecillità periodica	38°	—	5	Tosse consecutiva
E. L.	22	Giornaliera	"	Frenosi isterica	37°,9	—	4	—
E. R. M.	60	"	Gracile	Fr. ipocondriaca	37°	—	3	—
M. P.	18	Infermiera	Robusta	—	38°,9	—	4	—
A. S.	40	Donna di casa	"	Imbecillità	38°	—	2	—
A. C. B.	48	Giornaliera	"	Demenza	37°	—	2	—
Z. M.	55	Contadina	"	Imbecillità	38°	—	4	—
A. M.	73	Domestica	"	Demenza	39°	—	12	—
M. B. R.	56	Donna di casa	Gracile	"	39°,5	—	20	—
E. G.	54	Infermiera magg.	Robusta	—	39°,5	—	14	—
R. G.	47	Giornaliera	"	Fr. epilettica	37°,1	—	2	—
E. N.	26	Sarta	Gracile	Fr. isterica	37°,7	—	2	—
M. B.	19	Giornaliera	Robusta	Imbecillità	38°,2	—	3	—
M. S.	18	Possidente	Gracile	Confusione mentale	38°,3	—	3	Riord. mentale
L. V.	25	Infermiera	Robusta	—	38°,3	—	3	—
E. A.	20	Giornaliera	"	Pazzia morale Mania period.	40°	—	5	—
M. C. R.	63	Donna di casa	Gracile	Frenosi ipocondria a	39°,5	—	6	—
E. G. P.	58	Contadina	Robusta	Frenosi epilettica	40°	—	3	—
B. B.	32	Donna di servizio	"	Demenza	37°,5	—	2	—
E. R.	30	Donna di casa	"	Imbecillità	38°,3	—	2	—
A. B.	17	Infermiera	"	—	38°,2	—	5	—

Il fatto, che colpisce subito chi si accinga ad esaminare il suesposto quadro, è la grandissima sproporzione, colla quale sono stati colpiti dalla malattia gl'individui di sesso diverso; difatti, su 56 influenzati, solo 11 furono uomini, mentre le donne furono 45. Una tale evenienza, che, sebbene in proporzioni assai minori, si verificò anche nella prima epidemia di influenza, si è sempre verificata nel nostro Manicomio in tutte le epidemie passate, che sono a nostra memoria. Citiamo p. e. l'epidemia di colera nel 1886 e quella di vaiuolo nel 1888. Di 10 malati di colera, nel 1886, 8 furono donne e 2 uomini; l'epidemia di vaiuolo si esaurì completamente nella sezione donne, e neppure un solo caso se ne ebbe nella sezione uomini.

Noi non abbiamo potuto mai scoprire la ragione di questa costante vulnerabilità maggiore della parte femminile della nostra popolazione manicomiale; si è pensato alla debolezza del sesso, alla maggiore vicinanza del comparto donne ai bastioni della città, che rappresentano una specie di succursale delle pubbliche latrine ecc. ecc., ma in nessuna di queste ragioni il fatto ha potuto trovare una spiegazione completa o per lo meno plausibile.

L'età e la condizione sociale per nulla influirono sullo sviluppo della influenza, la quale colpì, presso a poco nella stessa proporzione, vecchi e giovani, malati comuni e pensionanti.

Anche per ciò che si riferisce alla costituzione fisica e alla forma mentale, leggieri differenze troviamo nei colpiti da influenza. Su 56, si noverano 38 individui di costituzione decisamente robusta, e quasi tutte le forme mentali fra essi si trovano rappresentate. A quest'ultimo riguardo dobbiamo, per esattezza, notare che nessun *lipemaniaco* ammalò d'influenza; bisogna però fare anche rilevare che nel nostro Manicomio le forme depressive sono, rispetto a tutte le altre forme, assai scarse.

La temperatura in 14 casi non giunse mai ai 38, in 22 ai 39, in 16 ai 40, e in 4 raggiunse e sorpassò i 40. In generale essa raggiunse rapidamente il suo massimo nel 1° o nel 2° giorno di malattia e impiegò assai più tempo per decrescere e ritornare nei limiti della normalità. Parimenti in generale si osservò che la temperatura era maggiore la sera che la mattina; non mancarono però

casi veri e propri di *tipo inverso*. Solo in tre casi si ebbe una ripresa della febbre, una *ripetizione*, diciamo così, della influenza.

I sintomi principali, che anche quest'anno si notarono nella influenza, furono i soliti da noi notati nell'altra epidemia e descritti dalla maggior parte degli autori: fra i generali, principalissimi il malessere generale, il senso di stanchezza e il dolore al capo e alle ossa; fra i sintomi speciali, la tosse, il senso di strettezza al petto e l'affanno di respiro, ovvero il dolore di stomaco, la nausea, il vomito e la diarrea, a seconda che si trattava della forma prevalentemente toracica o di quella addominale. Solo in uno o due casi avemmo una forma prevalentemente nervosa.

Le complicazioni che meritano menzione speciale furono: la bronchite in 1 caso, l'epistassi in 2, il catarro intestinale in 1 e la pneumonite in 2.

La durata della malattia variò fra 2 e 15 giorni, essendosi verificata per un solo caso una durata di 20 giorni. Più di 30 casi compirono la loro evoluzione in uno spazio di tempo compreso fra 4 e 7 giorni.

La morte avvenne soltanto nei due casi cui si complicò la pneumonite; e questa poté esplicare la sua azione funesta anche perchè le due malate relative erano affette da lesione cardiaca (degenerazione grassa in un caso e vizio valvolare nell'altro). Tutti gli altri malati andarono a guarigione completa con una più breve o più lunga convalescenza.

La convalescenza più lunga fu quasi sempre in rapporto colla durata della malattia e coll'altezza della febbre e fu osservata soprattutto nelle forme prevalentemente addominali. In taluni di questi casi si ebbe come residuo un catarro intestinale, in molti casi a forma prevalentemente toracica rimase per lungo tempo la tosse, e in moltissimi di ambedue le forme si protrasse assai il dolore di capo.

La cura da noi adottata, per la massima parte dei malati, fu la cura così detta *aspettante*, non disgiunta naturalmente da tutte quelle norme igieniche necessarie in tutte le malattie del genere. Il letto dunque, la dieta, l'ambiente bene custodito ecc. costituirono le principali prescrizioni da noi fatte scrupolosamente osservare. Nei casi più gravi somministrammo il salicilato di sodio e l'antipirina, e nei casi complicati ad altre

malattie curammo queste coi metodi comuni che ad esse si riferiscono.

È noto come le malattie intercorrenti e le infettive in ispecie esercitino spesso un'azione perturbatrice, talvolta anche favorevole, sullo svolgimento, sul decorso e sugli esiti delle malattie mentali. Durante quest'ultima epidemia d'influenza però pochi fatti del genere avemmo occasione di osservare. Solo in un caso di eccitamento periodico la malattia infettiva affrettò il ritorno dell'accesso, e in un caso di confusione, per il quale s'incominciava a temere una demenza terminale, l'influenza esercitò un'azione criticamente vantaggiosa, che determinò in brevissimo tempo una completa guarigione.

TAMBRONI

## C R O N A C A

In sostituzione dell'Onor. Cav. **Ello Melli**, che per circa quattro anni, come Deputato delegato prima e come Consigliere delegato poi, ha con tanta intelligenza e tanto amore presieduto alla Amministrazione del nostro Manicomio, guadagnandosi il plauso della intera cittadinanza e la stima e l'affetto di tutti noi, la Deputazione Provinciale ha nominato l'Eccmo Sig. Avv. Prof. **Silvio Pasqualini**, al quale porgiamo il nostro riverente saluto.

**Premiazione.** — La solita premiazione e distribuzione delle mancie agli infermieri e inservienti dello Stabilimento ebbe luogo quest'anno il giorno 16 Febbraio, ultima Domenica di Carnevale.

La somma distribuita superò le L. 1300.

La funzione ebbe luogo nella grande sala della Direzione, alla presenza di tutto il personale dello Stabilimento e coll'intervento del Presidente della Deputazione Comm. **A. F. Trotti** e del Deputato Provinciale Prof. Avv. **S. Pasqualini**.

Prima della distribuzione il Direttore dott. Tambroni pronunciò le seguenti brevi parole:

Anche quest'anno, grazie alla generosità della Deputazione Provinciale, abbiamo la buona ventura di potere largamente compensare chi di Voi con intelligenza e con amore assiduamente attese alla cura dei malati e ai lavori in questo Stabilimento.

Dobbiamo quindi porgere infinite grazie all'Onorevole Deputazione, di cui qui vedete una distinta rappresentanza nell'illustre suo Presidente Comm. Trotti e nell'Avv. Prof. Pasqualini, i quali hanno voluto degnarsi di onorare colla loro presenza la nostra modesta festiciuola di famiglia.

E giacchè siamo nella via di compiere i nostri doveri, mi sia permesso di cogliere l'occasione per ricordare e mandare un riverente saluto all'Onor. Cav. Melli, che da qualche anno eravamo abituati a vedere presenziare la distribuzione dei premi e che, colla sua amorevole attività, si è reso tanto benemerito del nostro Istituto e di tutti noi.

Ho detto di sopra generosità dell'Onorevole Deputazione Provinciale, poichè, mediante il largo suo contributo, al quale sono stati aggiunti i soliti proventi delle multe e mancie annuali e una somma presa dal libretto della Cassa di Risparmio a Voi intestato, è stata accumulata la somma non indifferente di più di 1000 lire, senza contare le trecento dei premi, che pure saranno oggi distribuiti a chi di Voi se ne rese più meritevole.

Sarebbe cosa troppo lunga e forse non opportuna che io oggi mi mettessi ad esporre le ragioni per le quali ciascuno di Voi ha meritato lode o biasimo, cui naturalmente corrisponderà un maggiore o minore compenso. Chi non compì colla massima scrupolosità il proprio dovere ebbe a suo tempo conveniente avvertimento, chi agì con amore e con diligenza nel disimpegno delle sue attribuzioni si vedrà oggi ampiamente corrisposto nella misura del premio.

E, a questo riguardo, voglio ricordarvi che le mancie ed i premi, che a Voi oggi si distribuiscono, si riferiscono al vostro contegno e alla vostra condotta dell'anno scorso; e ciò soprattutto perchè non possa essere male compresa l'attuale ricompensa data a qualcuno di Voi che abbia mancato nell'anno che corre.

Lasciate dunque che per sommi capi e in poche parole io riassuma il come sono andate le cose dello Stabilimento in rapporto colla vostra azione collettiva.

La diminuzione delle punizioni, in paragone agli anni decorsi, l'abbassamento della percentuale della mortalità dei nostri malati (limite non mai raggiunto per lo passato) e l'essersi chiuso il bilancio in condizioni



favorevoli, non ostante le gravi spese imprevedute che si sono dovute sostenere per il rilevante aumento dei ricoverati e per altre ragioni che non occorre qui enumerare, indicano senza dubbio (facendo naturalmente astrazione dagli altri coefficienti, che, fuori dell'orbita vostra, vi contribuirono) che la disciplina va progressivamente migliorando, che le cure e le premure verso i malati si rendono più intense e sollecite e che anche lo spirito di economia e di previdenza incomincia a formare un obbiettivo della vostra mente.

Se questo però può esser detto a vostra lode, non crediate che non vi rimanga aperto ancora un vasto campo, dove poter mettere a beneficio dei poveri infermi, afflitti alla vostra custodia e alle vostre cure, e a vantaggio della nostra benemerita Amministrazione, che costantemente dà prove non dubbie di benevolenza e di premura verso di Voi. Col raddoppiare quindi la vostra attività, col mantenervi sempre più disciplinati, col circondare di maggiori attenzioni e premure i nostri malati e finalmente col fare, per quanto è in Voi, tutto il possibile, onde l'Amministrazione risenta nel modo meno grave il peso di questo Istituto nel quale viviamo, Voi non solo farete cosa consona ai principi di umanità e di civiltà, ma vi assicurerete anche la protezione futura della nostra Provincia.

Terminato che ebbe di parlare il Direttore, si passò alla distribuzione delle mancie e dei premi.

Riportiamo qui i nomi di coloro che furono gratificati, premiati e promossi.

#### Comparto Uomini

<i>F. Munco</i>	Capo infermiere	£ 40
<i>P. Cardi</i>	Infermiere (scelto)	» 25
<i>R. Brugnoli</i>	» »	» 22
<i>P. Piccinini</i>	» calzolaio	» 22
<i>L. Eginati</i>	» muratore (scelto)	» 22
<i>G. Tamarozzi</i>	» fabbro	» 22
	promosso scelto	
<i>P. Pamini</i>	» (scelto)	» 20
<i>G. Tosi</i>	» sarto	» 20
<i>E. Bianchini</i>	» cameriere	» 20
<i>F. Sordini</i>	» barbiere	» 18
<i>P. Basaglia</i>	» »	» 18
<i>A. Campi</i>	» canepino	» 17
<i>C. Faggioli</i>	» imbianchino	» 17

<i>C. Federici</i>	» calzolaio	» 15
<i>A. Mezzetti</i> *	» falegname	» 9
<i>G. Mirandola</i>	» (scelto)	» 15
	premio di	» 50
<i>V. Orlandini</i>	» muratore (scelto)	» 15
	premio di	» 50
<i>G. Ruggeri</i>	» tappezziere	» 15
	premio di	» 50
<i>G. Bertocchi</i>	» macchinista	» 10
<i>P. Bergami</i>	» lavandaio	» 25
<i>A. Galluppi</i>	» fabbro	» 15
	premio di	» 50
<i>C. Tieghi</i>	» portinaio	» 20
<i>L. Chiarini</i>	» »	» 20
<i>F. Maurseroigi</i>	» facchino	» 20
<i>G. Zagagnoni</i> *	» »	» 8

#### Comparto Donne

<i>E. Giacomelli</i>	Inf. maggiore (scelta)	£ 40
<i>F. Ferrari</i>	Vice maggiore (scelta)	» 25
<i>C. Zecchi</i>	infermiera	» 18
<i>P. Marzola</i>	» . . .	» 18
<i>E. Droghetti</i>	» . . .	» 17
<i>M. Baldo</i>	» (scelta)	» 16
<i>A. Perelli</i>	» (scelta)	» 16
<i>L. Cevolani</i>	» . . .	» 16
<i>E. Gardenghi</i>	» . . .	» 15
<i>R. Ferranti</i> *	» . . .	» 15
<i>R. Brancaleoni</i> *	» . . .	» 5
<i>L. Lizzi</i> *	» . . .	» 6
<i>T. Zucchini</i> *	» . . .	» 2
<i>E. Buccilieri</i>	inserviente (scelta)	» 10
	premio di	» 25
<i>L. Veronesi</i>	infermiera (scelta)	» 10
	premio di	» 25
<i>A. Vecchi</i>	» (scelta)	» 10
	premio di	» 25
<i>E. Ferranti</i>	» . . .	» 10
	premio di	» 25
	promossa scelta	
<i>C. Cestari</i>	infermiera cucitrice	» 17
<i>A. Grillenzoni</i>	» »	» 17
<i>M. Veronesi</i> *	» »	» 17
<i>C. Bergami</i>	» lavandaia	» 18
<i>A. Farolfi</i> *	» »	» 4
<i>A. Qualedri</i> *	» »	» 5
<i>C. Netroni</i>	» cuoca	» 18
<i>A. Musacci</i> *	» »	» 6

\* Questo segno indica che l'individuo gratificato è entrò in servizio nel corso dell'anno.

Terminata la premiazione e la gratificazione degli infermieri, furono chiamati dal Direttore quei malati e quelle malate che durante l'anno si erano maggiormente distinti nei diversi lavori, e furono date anche a loro delle piccole mancie.

**Divertimenti carnevaleschi.** — Anche quest'anno nel nostro Stabilimento hanno avuto luogo le solite festicciole di ballo, che valgono tanto a rallegrare l'ambiente e a divertire i malati d'ambo i sessi nonchè parte del personale di servizio, specialmente femminile.

Non occorre dire che in ciascuna festa, durata cinque ore consecutive, tutto procedette col massimo ordine, non ostante che vi prendesse parte quasi la metà dei malati, proporzione non mai raggiunta per lo passato.

**Benefattore sconosciuto.** — Un benefattore sconosciuto ha fatto pervenire a questa Direzione la somma di L. 60, lasciando la più ampia libertà al Direttore di erogarla in qualsiasi modo a vantaggio dei pazzi poveri.

Nello spazio di un anno circa è questa la seconda elargizione fatta a vantaggio dei nostri malati, che, fra i più infelici, erano stati sempre in passato dimenticati. Mentre quindi porgiamo vive azioni di grazia ai buoni benefattori, dai due atti generosi ci è dato trarre favorevoli auspici che in avvenire la carità pubblica ricorderà anche più spesso i poveri malati affidati alle nostre cure.

---

## NOTIZIE

**Nuovo Manicomio.** — A Vicenza, a pochi minuti dalla città, si aprirà in Luglio un nuovo Manicomio, che, per il momento, avrà la capacità di un centinaio di malati, ma che probabilmente, in seguito, sarà ampliato e si farà centro di riunione dei riparti sparsi per la provincia.

A Medico Direttore di questo Manicomio, il giorno 21 Aprile u. s., dal Consiglio Provinciale di Vicenza, su semplice proposta della Deputazione, veniva eletto il dott. **Umberto Stefani**, che iniziò la sua carriera nel nostro Manicomio e, passato poi alla Clinica Psichiatrica di Padova, fu aiuto del com-

pianto Prof. Tebaldi ed attualmente, come incaricato, è preposto a quell'insegnamento.

I nostri rallegramenti al valente Collega.

**Società Freniatria Italiana.** — il giorno 12 Gennaio, alle ore 12, ebbe luogo a Milano la Commemorazione solenne del Sen. **Andrea Verga**, indetta dalla Presidenza della Società Freniatria. Intervenero alla Commemorazione moltissimi Soci e numerosi invitati; molti altri fecero atto di adesione all'invito ricevuto e si fecero rappresentare alla solenne cerimonia.

Il discorso commemorativo fu tenuto dal Presidente della Società Prof. **A. Tamburini**, il quale, descrivendo minutamente la vita dell'insigne Alienista, e passando in rassegna le diverse fasi della sua carriera scientifica, ne mise in luce in modo splendido e completo la vasta e profonda coltura nel campo scientifico ed anche in quello letterario nonchè le eccelse qualità di cittadino, di uomo privato e di filantropo.

Questo discorso, che riscosse il plauso di tutti i convenuti, è stato pubblicato per esteso nel Fasc. I del Vol. XXII della *Rivista Sper. di Freniatria* recentemente uscito.

Nella seduta, tenuta dalla Società Freniatria il giorno 16 Aprile u. s., e nella quale furono nominati relatori il Prof. **Raggi** e i dottori **Marzocchi** e **Gonzales** rispettivamente sui temi:

1.) *Se e quali mezzi abbia il Direttore di un Manicomio per opporsi alle eventuali ingerenze degli Amministratori nelle parti del servizio estranee alle loro mansioni ecc.*

2.) *Sulla responsabilità dei Direttori dei Manicomî per gl' infortuni che vi avvengono ecc.*

3.) *Sul lavoro degli alienati in quanto può essere sorgente di pericoli e sulle responsabilità che ne derivano ai Direttori e Medici di Manicomio*, la Società stessa formulò intanto, sull'argomento dei temi suddetti, il seguente ordine del giorno:

« La Società Freniatria italiana fa voti per la sollecita sanzione della Legge sui Manicomî, la quale stabilisca tutto quanto concerne l'autorità e responsabilità dei Direttori e delimiti esattamente le ingerenze di preta spettanza degli Amministratori.

Raccomanda in pari tempo l'istituzione di un Ispettorato sui Manicomî; che costi-

tuisca l'Autorità competente, alla quale sia, in ogni caso delicato e grave, rimesso il relativo giudizio. Invita la Presidenza a trasmettere a S. E. il Ministro dell' Interno il presente ordine del giorno. »

**Dramma nel Manicomio di S. Anna a Parigi.** — Il giorno di lunedì 26 Febbraio u. s. un pazzo del Manicomio di S. Anna, ricevendo la visita di sua moglie, la trasse seco in un angolo appartato dei giardini dello Stabilimento, lontano da ogni sorveglianza e, in seguito al suo rifiuto di aiutarlo a fargli ricuperare la sua libertà, le inferse con un coltello, che aveva rubato ed acuminato, parecchi colpi assai gravi: due all'addome, uno all'inguine, uno alla fronte e uno alla mano sinistra. L'infelice morì alcuni giorni dopo, in seguito alle ferite riportate, malgrado le cure che le furono prodigate.

L'omicida era un alcoolizzato cronico. Mercante di vini a Parigi, egli si abbandonava, come la maggior parte dei suoi colleghi, molto spesso ad eccessi nel bere e particolarmente l'assenzio. — Ricoverato una prima volta al Manicomio di Ville-Evrard, egli ne evase, ritornò a casa sua, riprese tosto le sue abitudini di intemperanza e, sotto l'influenza di idee di gelosia, più o meno giustificate, dette molti colpi di coltello a sua moglie, senza però farle gran male. In seguito a questo tentativo di omicidio, egli fu di nuovo ricoverato al Manicomio, e precisamente a S. Anna, dove non tardò molto a calmarsi, grazie all'isolamento e soprattutto all'astinenza dalle bevande alcoliche. Ma conservava una grande animosità contro sua moglie, che accusava di ingannarlo e di essergli infedele. Inoltre reclamava la sua libertà con la più viva insistenza, rivolgendosi alle autorità amministrative e giudiziarie, scrivendo lettere su lettere e ricorrendo anche a minacce. In preda a questo stato d'animo commise l'atto delittuoso.

Chi ha scritto questo articolo, negli *Annales Médico-Psychol.* Maggio-Giugno 1896, dice che il fatto doloroso porta con sé il suo ammaestramento: il pazzo alcolico, con idee di gelosia, giustificate o meno, è essenzialmente pericoloso e, come tale, dev'essere sottoposto ad una sorveglianza costante. — Noi aggiungiamo altresì che tutti i pazzi, alcolici o no, con o senza gelosia, durante

le visite dei parenti debbono essere guardati e prima attentamente perquisiti.

## NOTIZIE DEI MALATI

### Uomini

*Ferrara.* A. S. nei giorni scorsi gli si ripeterono le emottisi, ma ora sta molto meglio. A. L. la sua demenza è stazionaria. A. M. è più quieto, quasi melanconico, disordinato nel vestire e nel mangiare. M. S. è discretamente buono. C. N. lavora da imbianchino, ma è al solito alquanto indolente.

*Argenta.* G. G. è nel periodo di calma; gli accessi di mania periodica si sono fatti più frequenti, ma coll'età sono diventati meno violenti. A. S. quasi ogni settimana va soggetto agli accessi psichici di epilessia, sicchè è costretto a rimanere in letto. S. C. sta meglio, chiede sempre notizie della famiglia e vorrebbe vederla.

*Ariano (Mesola).* S. P. chiede sempre di uscire e alle volte è minaccioso.

*Baura (Ferrara).* G. T. è da qualche mese che non cade più nei soliti accessi di furor.

*Bondeno.* M. B. vive sempre nelle solite condizioni.

*Cassana (Ferrara).* V. B. è ammalato di orchite sinistra; sta quasi tutto il giorno in letto.

*Casumaro (Cento).* A. C. al solito. S. R. è sempre più demente e va deperendo anche fisicamente; non ha voluto credere alla morte della moglie. L. R. e P. B. al solito.

*Codifume (Argenta)* O. M. la sua demenza ha sempre gl'identici caratteri di incoordinazione e di eccitamento; non è per altro un malato gravemente pericoloso.

*Codigoro.* A. C. - R. B. vivono sempre nelle stesse condizioni di mente; fisicamente bene. S. S. è stato per qualche tempo malato fisicamente, ma ora si è quasi dal tutto ristabilito.

*Consandolo (Argenta).* P. P. ha sempre frequentissimi gli accessi epilettici; alle volte ha tendenza a lacerare.

*Copparo.* P. R. è nel periodo di eccitamento. S. P. sempre melanconico; vorrebbe stare tutto il giorno in letto, dispera della guarigione ed è molto preoccupato per le condizioni della sua famiglia.

*Cornacervina (Migliaro).* P. S. A. al solito.

*Denore (Ferrara).* C. A. sta discretamente bene, ma la pellagra gli ha lasciata una paraparesi spastica, che gli impedisce di camminare speditamente.

*Dosso Pievese (S. Agostino).* S. A. la demenza paralitica ha fatto in lui rapidi progressi; non può più muoversi dal letto e ha piaghe di decubito.

*Final di Rero (Copparo).* I. I. non si muove più dal letto, ma egli parla ugualmente di scarrozzate, ed ha sempre fame.

*Gambulaga* (Portomaggiore). D. A. in principio non voleva mangiare, ora è melanconico e non si muove dal letto.

*Gallo* (Poggiorenatico). G. B. il suo delirio di persecuzione si va estendendo, e diviene sempre più violento, tanto che ora siamo costretti ad usare i mezzi coercitivi.

*Marrara* (Ferrara). A. C. venne quasi moribondo e ridotto in tali condizioni dalla pellagra. Oggi sta benino, per la miracolosa influenza della buona nutrizione su questi poveri malati di fame cronica.

*Migliarino* (Migliaro). B. M. sino dai primi giorni facemmo diagnosi di demenza paralitica, e purtroppo essa è anche a decorso rapido. Non si muove dal letto ed ha temperatura alta.

*Pilastrì* (Bondeno). L. B. - G. G. - C. M. mentalmente al solito, fisicamente bene.

*Pontelagoscuro* (Ferrara). M. C. - S. B. al solito. S. M. peggiora ogni giorno, specialmente per causa di una diarrea infrenabile.

*Portomaggiore*. M. B. è da qualche tempo più quieto e meno noioso. C. C. non migliora affatto. Cade per giorni interi in istato di catalessi, altre volte è sudicio e disordinato nel vestire e nel mangiare. Parla poco e spesso è melanconico e piagnucoloso. T. S. sta meglio, e sono quasi del tutto scomparse le voci insultanti ch'egli sentiva; certo poi egli non presta loro più fede, ed ha capito che si tratta di fenomeni patologici. Presto potrà tornare a casa.

*Poggiorenatico*. C. G. - L. C. - C. G. al solito. G. C. accusa da qualche tempo fortissimi dolori al capo. R. B. sta bene; lavora da fabbro.

*Ruina* (Copparo). A. S. la sua demenza si aggrava sempre di più. Ora incomincia il periodo del dissolvimento fisico e mentale.

*Saletta* (Copparo). A. B. da tre giorni moribondo.

*Traghetto* (Argenta). G. M. sta molto meglio.

*Voghiera* (Portomaggiore). L. A. fisicamente sta benissimo, ma sempre e più che mai imbecille.

*Bari*. E. Z. è in un periodo di eccitamento.

*Bologna*. A. V. molto attivo, laborioso e buono. C. B. - C. M. - P. M. al solito. L. I. è molto melanconico. I. C. il prurito che egli ha alla pelle resiste ad ogni cura.

*Finale* (Modena). E. M. di mente sta al solito, ma è molto deperito per lo scorbuto. G. S. sta fisicamente meglio. A. V. è un demente paralitico che peggiora rapidamente.

#### Donne

*Ferrara*. R. B. qualche volta è un po' eccitata: di salute è calma ed abbastanza laboriosa. T. L. spesso eccitata e rumorosa: ha spiccatissime tendenze erotiche. S. P. buona, docile e laboriosa. E. L. ved. P. sempre inquieta, rumorosa, loquacissima. A. F. ha frequentemente accessi epilettici, che a volte la lasciano profondamente confusa della mente e deboli: nei periodi di benessere psichico è buona e

laboriosa. E. T. è un' imbecille grave, molto disordinata, molto loquace, molto, fin troppo erotica. E. Z. non è malata pericolosa, ma molto loquace e parecchio indisciplinata. M. M. P. va migliorando.

*Alberone* (Cento). M. V. B. migliora rapidamente.

*Ambrogio* (Copparo). B. A. ved. M. sempre melanconica, taciturna, concentrata.

*Argenta*. M. B. è petulante e poco disciplinata: ama poco il lavoro e presenta notevoli tendenze erotiche.

*Bondeno*. E. M. sta bene; è laboriosa e quieta. N. F. è una frenastenica epilettica: di tanto in tanto ha accessi convulsivi piuttosto gravi. I. F. ved. P. è una demente con idee di persecuzione e frequenti disturbi psico-sensoriali: non è malata, per noi, pericolosa.

*Cento*. M. B. sempre inquieta, loquace, rumorosa. C. O. in C. è sempre in letto agitata e clamorosa.

*Codigoro*. I. P. nei giorni scorsi è ricaduta a un tratto in uno dei suoi soliti accessi di confusione mentale e di agitazione: ma sta meglio.

*Consandolo*. R. B. B. è in un periodo di mediocre eccitamento: è molto esigente, brontolona e poco o punto ossequiente alle norme disciplinari dello Stabilimento.

*Contrapò* (Ferrara). A. P. di quando in quando ha accessi convulsivi isterici molto gravi: è malata assai buona, docile, laboriosa.

*Cornacervina* (Migliaro). A. E. in G. è taciturna e melanconica: a volte si irrita e diventa manesca.

*Denore* (Ferrara). M. B. - G. B. ved. B. sempre nelle solite condizioni.

*Formignana* (Copparo) M. L. ved. M. un po' confusa e a volte rumorosa.

*Gambulaga* (Portomaggiore). F. Z. spesso vien colta da accessi convulsivi e da equivalenti psichici, sotto forma di eccitamento o di agitazione.

*Gradizza* (Copparo). M. R. in E. va poco a poco migliorando: è laboriosa.

*Gualdo* (Portomaggiore) E. M. è affetta da frenosi paralitica e versa in gravi condizioni.

*Libolla* (Ostellato) M. V. ved. R. è in un periodo di calma.

*Longastrino* (Argenta). T. B. C. è assai migliorata.

*Marrara* (Ferrara). S. N. è molto confusa, disordinata e a momenti eccitata.

*Massafiscaglia*. V. M. in C. - C. G. solite condizioni.

*Massenzatica* (Mesola). A. C. in P. è ricaduta da poco in uno stato di agitazione tale, da doverle applicare i mezzi coercitivi.

*Migliaro* R. M. ved. L. è molto agitata, rumorosa, confusa della mente.

*Ospital Monacale* (Argenta). L. B. sempre inquieta ed eccitata.

*Pieve di Cento*. E. S. si è ridotta in uno stato di grave abbattimento. A. R. ved. G. è molto eccitata e confusa.

*Pontelagoscuro* (Ferrara). E. A. spessissimo ha accessi di furiosa agitazione. L. D. un po' inquieta e poco disciplinata.

*Porotto* (Ferrara). T. M. M. molto disordinata della mente, spesso rumorosa, sempre loquacissima.

*Portomaggiore*. E. L. ha spesso accessi fortissimi di convulsioni e consecutivi periodi di annebbiamento psichico.

*Quarlesana* (Ferrara). I. G. in M. sempre ipocondriaca.

*Ro* (Copparo) M. P. in M. è molto inquieta, agitata e elamorosa.

*Saletta* (Copparo). M. G. in M. è grandemente migliorata.

*S. Agostino*. P. V. spesso agitata e pericolosa.

*S. Bartolomeo in Bosco* (Ferrara). E. F. in N. piuttosto taciturna e melanconica.

*S. Luca* (Ferrara). M. M. ved. Z. è una povera demente, che poco o punto ci vede, docile e quietissima.

*Voghiera* (Portomaggiore). A. T. l'inferma è migliorata dei disturbi fisici che accusava.

*Agile* (Bologna). V. E. in C. è migliorata.

*Finale* (Modena). A. G. è sempre inquieta e brontolona: ha di quando in quando equivalenti psichici che la rendono agitata ed anche violenta.

*Sermide* (Mantova). I. G. in S. profondamente confusa ed impulsiva.

*Lugo* (Ravenna). T. P. è quieta e laboriosa.

*Massa Superiore* (Rovigo). C. C. ved. C. è in un periodo di relativa calma: fisicamente sta in condizioni ottime. F. G. in S. spesso agitata e manesca.

*Bolbeno* (Trento). R. M. è piuttosto taciturna: mostrasi però abbastanza laboriosa.

**Direttore** — R. TAMBRONI.

**Redattori** — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - P. BAUSI.

MOVIMENTO dei malati nel mese di Gennaio 1894

	Esistenti		Entrati		USCITE								Morti		Rimasti					
					guariti		miglior.		non migliorati		per trasf.						per non ver. pazz.			
					U	D	U	D	U	D	U	D					U	D	U	D
Appart. {	alla Prov. di Ferrara		161	167	5	5	1	3	1	2							4	5	159	163
	ad altre Provincie		20	7															20	7
			181	174	5	5	1	3	1	2							4	5	179	170

MOVIMENTO nel mese di Febbraio 1895

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		159	163	7	10	5	2									1	5	3	155	168
	ad altre Provincie		20	7		1	2													18	8
			179	170	7	11	7	2									1	5	3	173	176

MOVIMENTO nel mese di Marzo 1895

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		155	168	15	10	9	6		3	1							5	6	155	163
	ad altre Provincie		18	8			1	2			1									16	6
			173	176	15	10	10	8		3	2							5	6	171	169

MOVIMENTO nel mese di Aprile 1895

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		155	163	13	15	4	2	2	1	1	1						1	1	160	173
	ad altre Provincie		16	6																16	6
			171	169	13	15	4	2	2	1	1	1						1	1	176	179



# LAVORI DEI MALATI

Professioni esercitate dai malati ed infermieri; numero dei lavoratori ed importo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori, secondo il giudizio del sig. ing. Poli.

	Gennaio		Febbraio		Marzo		Aprile	
	N.	L.	N.	L.	N.	L.	N.	L.
<b>Uomini</b> — Hanno atteso ai lavori di terra, alla cantina ecc. N.	12	50	10	50	12	50	12	50
“ lavorato da calzolaio . . . . .	4	30	4	21	4	24	4	21
“ muratore . . . . .	3	44	4	38	5	40	6	118
“ falegname . . . . .	3	63	3	65	3	67	3	86
“ tappezziere e materassajo . . . . .	4	46	3	26	4	44	4	40
“ canepino . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
“ sarto . . . . .	2	4	—	—	2	—	2	—
“ pittore e verniciatore . . . . .	1	—	1	45	1	—	1	—
“ fabbro ferrajo . . . . .	3	68	3	62	3	69	2	70
Si sono occupati come cucinieri, attendenti alle pulizie, scrivani ecc. . . . .	12	—	12	—	12	—	12	—
<b>Totale dei lavoratori</b> N.	44	—	41	—	46	—	46	—
<b>Totale dell'importo della mano d'opera</b> . . . . .	—	307 25	—	313 95	—	298 60	—	447 —
<b>Donne</b> — Hanno cucito effetti nuovi . . . . .	6	26	5	10	8	37	9	42
“ flato, dipanato ecc. . . . .	5	6	3	11	5	11	5	12
“ cucito a macchina . . . . .	—	—	—	—	1	4	—	—
“ tessuto pantofole . . . . .	—	—	—	—	2	3	—	—
“ fatto lavori di maglia . . . . .	18	140	18	106	16	120	18	122
“ atteso ai telaj . . . . .	5	7	6	21	4	16	5	13
“ rammendato biancherie, vestiti ecc. . . . .	21	180	21	205	20	204	20	219
Si sono occupate in servizi interni . . . . .	14	—	14	—	14	—	14	—
<b>Totale delle lavoratrici</b> N.	69	—	69	—	70	—	71	—
<b>Totale dell'importo della mano d'opera</b> . . . . .	—	360 80	—	355 84	—	399 63	—	410 19
<b>Importo complessivo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori</b> . . . . .	—	668 05	—	669 79	—	698 23	—	857 19





— Ferrara 25 Settembre 1896 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio

Somma precedente	.	L. 187. 13
Offerta N. N.	.	» 100. —

Totale L. 287. 13

## COREA EPILETTICA

L'associazione delle nevrosi è così varia e multiforme, che il definire una sindrome e denominare un sintoma riesce talvolta difficilissimo.

C. G. di Massafiscaglia è un' epilettica trentenne, da un anno e mezzo degente nel nostro Manicomio. Nulla di notevole presentò in questo tempo l'inferma, all'infuori di una confusione e debolezza mentale, aggravate di quando in quando dagli attacchi convulsivi. I quali ebbero sempre un carattere essenzialmente epilettico, come già era stato osservato prima del suo ingresso nel Manicomio.

Alla fine del Luglio u. s., per una decina di giorni circa, tali accessi tipici furono totalmente sostituiti da altri accessi, nella manifestazione motoria affatto diversi.

L'ammalata compieva dei movimenti ritmici, coordinati, relativamente lenti, senza perdere del tutto la coscienza e senza cadere.

Talvolta, solo il capo e gli occhi erano rotati successivamente a destra e a sinistra: o gli arti superiori, semi flessi, si abducevano e si adducevano, ovvero, con le mani alla cintola, il tronco si rotava da un lato e dall'altro, o infine, più raramente, si compievano dei passi cadenzati. Tutto ciò durava tre, quattro, al massimo dieci minuti; e si ripeteva irregolarmente una volta o due al giorno, però con qualche intervallo anche di oltre 24 ore.

Tali movimenti abnormi non si possono ascrivere se non al gruppo dei movimenti coreici. Ma fra le coree non è facile dire in questo caso di quale forma si tratti.

Eliminate tutte le forme di corea aritmica, quindi la corea volgare (Sydenham), la corea molle o paralitica (Todd), la corea delle gravide (Borsieri); escluse le forme di corea sintomatica, come quella osservata nella paralisi progressiva (Golgi), nella sclerosi multipla (Lépine-Lannois) ed in altre lesioni anatomiche viste dal Macleod, dall'Osler e dal Freud; escluse ancora le coree croniche progressive ereditarie (Huntington), l'atetosi doppia, il paramioclonio multiplo (Friedreich), le coree elettriche del Dubini e del Bergeron, e la malattia dei tic, compreso il tic di Salaam, restano le coree isteriche.

A queste appartengono le famose danze epidemiche, le forme aritmiche (Debove Marie) e le forme saltatorie, natatorie, mal-

leatorie, etc., che somigliano molto da vicino al caso nostro.

Non mancano punti di contatto e tentativi di identificazione della corea con l'isterismo (Marie), come non mancano studi sui rapporti fra corea ed epilessia (Hirt, Althaus).

Certi criteri diagnostici non si possono mai eliminare in modo assoluto: p. e. la sifilide; p. e. l'isterismo; ma all'anamnesi e all'esame obiettivo raccolti non si può negare un grande valore.

La nostra donna, nella sua anamnesi, presenta: corea volgare a nove anni; accessi epilettici dai ventiquattro anni in poi. Stato presente: costituzione debole; vizio composto mitralico con prevalente stenosi; funzioni sessuali normali. Motilità, all'infuori degli accessi, normale, sensibilità in tutte le sue forme, anche specifiche, normale, eccetto un lieve grado di sordità, congenita.

Riflessi: normali i papillari e il faringeo; lievissimamente esagerati i superficiali dell'addome e i patellari.

Psiche di imbecille.

In tutto ciò di interessante troviamo la corea infantile, che è stata vista talvolta colpire i futuri epilettici, e il vizio cardiaco (non risulta il reumatismo), che è stato osservato accompagnarsi alla corea.

Non ha la nostra donna i sintomi dell'isterismo; nè gli attacchi coreici si sono mai associati a fenomeni dell'attacco isterico. L'insorgere degli strani movimenti abnormi non ha avuto nessuna causa occasionale, nemmeno la presenza di casi simili nello stabilimento. La forma parossistica di corea fu di rara brevità, e nei singoli parossismi, e nella durata complessiva di tutti gli accessi. Nè fisicamente, nè psichicamente, durante quei dieci giorni, la malata mutò nelle condizioni generali. Recidiverà? Questo non possiamo prevedere. — Ma per ora tutto ci ha confortato a studiare la sindrome non come contributo alla corea isterica, ma piuttosto come epilessia coreiforme. E siccome essa si è presentata in un gruppo di accessi isolati, in mezzo alla serie degli altri accessi volgari, che quotidianamente, o quasi, si ripetono, ci è sembrato non si potesse nemmeno trattare di un semplice equivalente motorio della convulsione epilettica, quantunque nell'essenza non sia probabilmente altro che tale. Del resto ciò non

è senza analogie nella letteratura neuropatologica. L'Althaus nel 1880 pubblicò un caso, che ha con questo una certa rassomiglianza. Altri forse saranno noti, ma non sono venuti a mia conoscenza.

J. FINZI

## Nuovo contributo allo studio della sensibilità igrica

In un mio lavoro precedente (1), in base alle osservazioni cliniche di Ramadier (2) e ad una mia, io stabiliva che, *indipendentemente da qualsiasi altro disturbo della sensibilità cutanea, può aversi un disordine di quella sensazione speciale che ci permette di apprezzare i differenti gradi d'umidità degli oggetti messi in contatto colla pelle.*

Una tale osservazione non è stata smentita da altre pubblicazioni più recenti sull'argomento (3), non solo, ma l'autonomia fisiologica della sensibilità igrica ha fatto grandi passi nella mente dei neuropatologi, tanto da essere stata già da alcuno equiparata a quella delle sensibilità termica e dolorifica.

(1) Tambroni - Contributo allo studio di una nuova modalità della sensibilità cutanea (sensibilità igrica). (*Rivista sperim. di Freniatria*, Vol. XIX, Fasc. IV, 1895).

(2) Ramadier - Trouble spécial de la sensibilité cutanée (sensation de mouillure), observé chez deux aliénés. (*Ann. méd-psychol.* Série 7, Tomo 8, 1888).

(3) Mingazzini - Contributo allo studio della sensibilità igrica (Tambroni). (*Annali di Neurologia*, Anno XIII, Fasc. 1 e 2). - Alessi e Cristiani. Contributo allo studio dei disturbi della sensibilità igrica negli alienati di mente. - Nocera Inferiore 1895. Vedi anche Tambroni - Ancora sulla sensibilità igrica. Risposta ad una critica. (Estratto dal *Bollettino del Manicomio Prov. di Ferrara*. N. III e IV, 1895).

A proposito di quest'ultima pubblicazione, debbo notare che il dott. Mingazzini, cui era diretta la mia - *Risposta ad una critica* - ha creduto prudente *scappare* (vedi - *Annali di Neurologia*. Anno XIII. Fasc. III. VI. pag. 373), trincerandosi dietro l'inutilità delle polemiche.... *personali* (dopo che egli ne aveva dato il cattivo esempio), dietro la necessità di dover ricapitolare i punti principali

Non ostante tutto questo però, le cognizioni che abbiamo intorno a questa nuova modalità della sensibilità cutanea sono ancora troppo scarse perchè si debba trascurare il più piccolo fatto, che valga a portare un contributo all'argomento.

Avendo quindi io avuto occasione di osservare in questo Manicomio un altro caso di alterata sensibilità igrica, credo mio dovere renderlo di pubblica ragione.

G. P. coniugato con prole, di anni 46, operaio campagnuolo di Codigoro, fu ammesso in questo Manicomio il giorno 27 Marzo 1894. Dal lato ereditario è noto soltanto, che una sua zia materna era epilettica e il padre morì di emorragia cerebrale.

Il P. fu sempre abbastanza intelligente e buono. Dotato di una costituzione fisica robusta, lavorava con discreto profitto materiale e procurava a sè e alla sua piccola famigliuola una nutrizione non insufficiente.

Abitando in luoghi di malaria, soffrì di febbri intermittenti e di ipertrofia splenica, ma non ebbe mai, prima della presente, malattia alcuna del sistema nervoso.

Nella polizza medica, colla quale il P. ci veniva accompagnato, è detto recisamente che egli non fu mai dedito ad alcun abuso. Usò moderatamente di tabacco da fumo.

La malattia, per la quale il P. fu fatto ricoverare al Manicomio, era incominciata circa un mese e mezzo prima con manifestazioni di poca fiducia

della nostra controversia (come che io non avessi dovuto farlo nella mia *risposta*) e dietro il fatto, *contrario ad ogni consuetudine* (dice lui), che io ho preferito pubblicare la mia *prosa* in un *oscuro giornaleto* di Ferrara.

Taccio sull'aver pubblicato la mia *Risposta* in un *oscuro giornaleto*, che del resto va a tutti i Manicomi e a quasi tutti gli alienisti italiani, giacchè anzi ciò dovrebbe ricadere completamente a lode mia, per il duplice motivo di non aver voluto fare tanta pompa di una facile vittoria e di avere avuto tanto amor patrio di non diffondere all'Estero gli errori scientifici, di cui è stato capace un nostro collega.

Debbo però rigettare con tutta la forza dell'animo mio sul dott. Mingazzini l'accusa di essere entrato in *polemica personale*. Dopo le sue frasi ironiche e le sue maligne insinuazioni, degne di un certo tale che visse nel secolo XVI, il dottor Mingazzini avrebbe forse avuto la pretesa che io gli avessi mandato buoni i suoi strafalcioni e gli avessi accordato quel rispetto, di cui egli per primo non mi aveva creduto degno?

sulla fedeltà di sua moglie. Si aggiunsero in seguito, a poco a poco, insonnio, soliloqui e timore di essere avvelenato, specialmente dalla moglie, verso la quale scese anche a vie di fatto con calci e pugni.

Tali fenomeni si andarono negli ultimi giorni immensamente aggravando, e finalmente il malato, tormentato sempre più dal sospetto di essere avvelenato, eludendo la vigilanza della famiglia, riuscì a fuggire in paese lontano, dove fu arrestato dai Carabinieri.

Negli ultimi giorni, che precedettero il suo internamento, rifiutò spesso anche il cibo.

Il P. è un uomo di alta statura, ben conformato, con capelli neri fortemente brizzolati, con colorito della pelle scuro, di aspetto mite e simpatico.

Quando fu ammesso al Manicomio, era in uno stato di profondo decadimento fisico e di grave depressione mentale. Le sue idee, a contenuto ipocondriaco, presentavano lentezza di corso e legame associativo molto debole. L'attenzione era incerta e mutabile, la memoria tarda, la percezione pochissimo viva. I sentimenti affettivi sembravano del tutto scomparsi, e un forte dolore psichico opprimeva l'infermo. Il sonno era breve e non tranquillo, l'appetito scarso, il polso lento e debole, la defecazione ostinatamente torpida.

Fu sottoposto alla cura degli oppiacei, ma ciò non ostante, per tutto il mese di Aprile, il malato non migliorò punto, anzi peggiorò. La confusione mentale crebbe, e a tutto il resto si unì anche la sudiceria.

Nel mese di Maggio le condizioni del malato migliorarono lievemente: si notavano però sempre l'aspetto melanconico, la nutrizione scaduta, i movimenti lenti ecc. ecc. Egli se ne stava sempre solo e pensieroso e piangeva al più piccolo cenno che gli fosse stato fatto della sua famiglia e dei suoi bimbi.

In tale stato si mantenne presso a poco per tutto l'anno 1894.

Nel Febbraio 1895 il malato presentò, per un periodo di parecchi giorni, manifeste *allucinazioni igriche*. Egli diceva di *essere bagnato*, specialmente *nelle gambe*, e di avere *bagnati i calzoni*, le *mutande* e le *calzette*.

L'esame obiettivo, accuratamente fatto dai dottori Obici e Finzi, non fece rilevare alcuna alterazione delle funzioni di relazione e vegetative, che meriti di essere notata, e sopra tutto dimostrò che tutte le forme di sensibilità, tanto generale che specifica, erano perfettamente normali. Faceva eccezione soltanto la *sensibilità igrica*, nell'esaminare la quale si trovò che, in corrispondenza dell'arto superiore sinistro, il giudizio discriminativo del malato fra il piumacciuolo bagnato e asciutto era quasi sempre fallace.



Alla fine di Giugno del 1895 le cose non erano di molto cambiate, però il P. era un poco più sveglio, non era più tanto addolorato al pensiero della famiglia, qualche volta sorrideva e non chiedeva con tante insistenza, come faceva prima, di essere rimandato a casa. Un esame psichico accurato e minuto fece temere che il P. terminasse in uno stato di debolezza mentale.

Poco tempo dopo, nel mese di Luglio, si notò un forte risveglio nella psiche del malato, il quale da quell'epoca andò lentamente, ma progressivamente migliorando, tanto dal lato psichico che da quello della nutrizione generale, e nel Marzo di quest'anno fu dimesso dal Manicomio completamente guarito.

Anche da questo caso dunque rimane confermato che può aversi un manifesto disturbo della sensibilità igrica, pur rimanendo integre tutte le altre forme di sensibilità generale e specifica.

In mancanza del criterio anatomico, non possiamo da questo caso inferire nulla di certo e di preciso a riguardo del tentativo di localizzazione da noi fatto nel nostro primo lavoro sull'argomento. In considerazione però dell'assenza completa di ogni fenomeno, che accennasse ad una affezione organica delle vie di senso periferiche del nostro malato, senza tema di andare errati, si può asserire che in esso doveva trattarsi di una alterata funzionalità (eccitamento per modificazione di circolo, per azione di sostanze tossiche ecc.?) dei centri sensoriali della corteccia, la quale, mentre nella maggior parte dei melanconici e degli alienati in genere suol dar luogo ai più diversi errori sensoriali uditivi, visivi, tattili, dolorifici, termici ecc. ecc. (isolati o variamente combinati), nel nostro P. si manifestava con semplici ed esclusivi disturbi della sensibilità igrica.

TAMBRONI

## Sopra una singolare anomalia presentata dal cervello di una pazza

G. F. Margherita di settantaquattro anni entrò nel nostro Manicomio il 4 Settembre del corrente anno, presentando i sintomi di una demenza senile a forma depressiva.

Aggomitolata su sè stessa e soporosa, se ne stava tranquillissima nel suo letto,

dando a vedere condizioni generali di salute piuttosto gravi, così, che si soprassedette ad un esame obbiettivo accurato. Ma quattro giorni dopo il suo ingresso, la malata veniva a morte.

Nulla ci aspettavamo dalla necropsopia, riguardo all'encefalo, all'infuori dell'ateroma e dell'atrofia delle circonvoluzioni.

Nulla ci aspettavamo, perchè la storia, minutamente raccolta, ci parlava di una donna perfettamente normale fino a pochi mesi prima, una donna svelta, loquace, abbastanza intelligente per la sua condizione, e buona di carattere; che aveva per lunghi anni lavorato la terra, poi aveva fatto la fruttivendola..., morfologicamente e fisiologicamente insomma un tipo di salute eccellente.

Al tavolo anatomico, oltre a molte lesioni di organi che non ci interessano qui, si trovò e l'ateroma, e l'atrofia, e un focolo di rammollimento giallo limitato alla corteccia di tutta la piega angolare sinistra.

Esternamente le circonvoluzioni non davano a vedere nulla all'infuori di quelle lievi asimmetrie che si contano fra le oscillazioni fisiologiche.

Scoperti col taglio del Virchow i ventricoli laterali, colpiti subito una strana differenza fra il lato destro e il sinistro.

Il ventricolo laterale sinistro appariva più stretto e più profondo del destro, poichè il corpo striato di sinistra mostrava una superficie più piccola e più convessa, mentre quello di destra si estendeva con la sua faccia ventricolare per una estensione doppia del consueto, in forma triangolare, all'esterno e all'indietro. Il talamo ottico di destra alla sua volta sembrava protendere verso la linea mediana. La commessura grigia aveva una insolita grossezza e consistenza.

Una serie di tagli verticali trasversi dall'avanti all'indietro, ecco quanto hanno rivelato.

A sinistra il corpo striato sembra come rotato all'interno, così, che la capsula interna ha, secondo il nostro taglio, una direzione perfettamente verticale. A destra invece la disposizione è quale si immaginerebbe consecutiva ad una rotazione esterna. Ivi il nucleo caudato si presenta come una stretta fascia grigia orizzontale: esattamente sottoposti ad esso e paralleli si trovano successivamente in basso la capsula interna, il nucleo lenticolare, la capsula esterna e l'antimuro.

I tagli fatti posteriormente dimostrano identici rapporti; solo che a sinistra la forma e la situazione del talamo ottico si avvicinano molto alla norma; a destra invece il talamo ha una forma sferoidale, ed è spinto un po' in avanti ed in alto; al suo livello la capsula interna è un po' più vicino alla posizione ordinaria che a livello del corpo striato.

Nella regione subtalamica, nel ponte, bulbo ecc. macroscopicamente non si può diagnosticare una morfologia atipica.

Il cranio in tutte le sue parti e, come dicemmo, anche la corteccia non potevano far sospettare nulla di questa anormale disposizione dei gangli della base.

L'esame istologico, che sarà fatto, speriamo amplifichi un poco questa osservazione, oggi, lo confessiamo, molto incompleta.

J. FINZI

## BIBLIOGRAFIA

— o —

**Th. Ribot.** La Psychologie des sentiments. Paris, 1896, pag. 443.

Due affermazioni formano i principali caposaldi del libro: 1.<sup>a</sup> gli stati affettivi sono primitivi, autonomi, irriducibili all'intelligenza, possono esistere all'infuori di essa e senza di essa, ed hanno un'origine al tutto differente. L'A. si schiera adunque ancora una volta contro la scuola degli *intellettualisti e la tesi fisiologica delle emozioni*: la quale considera gli stati affettivi legati a condizioni biologiche e pone la loro origine nei bisogni e negli istinti, cioè a dire nei movimenti. Di qui la 2.<sup>a</sup> affermazione: tra le due caratteristiche degli stati affettivi, l'una esteriore o motrice, l'altra interiore o sensitiva, sola la prima è originaria ed essenziale; poichè la vita affettiva, avendo le sue origini nel periodo precosciente della sensibilità vitale, trova là i suoi due poli in fenomeni esclusivamente motori, nella tendenza di attrazione e in quella di ripulsione. Solo più tardi queste tendenze saranno sentite e ricordate come piacevoli o dolorose. Quando saranno divenute coscienti.

La coscienza, anche negli stati affettivi, come nella memoria, è un epifenomeno; non li determina, non li accompagna sino dal loro inizio, ma, ad un punto variabile della loro evoluzione, li riveste delle caratteristiche sensitive di piacere o di dolore, senza per altro alterarne la primitiva natura motoria.

Il piacere e il dolore divengono così qualità generali della sensazione, ma non di essa parte in-

tegrale. Sulla loro intima natura l'A. divaga in vastissime ipotesi: forse tre forme particolari di movimenti muscolari percorrono i nervi afferenti, le quali danno origine: la 1.<sup>a</sup> a una sensazione pura, cioè ad uno stato intellettuale e ad una conoscenza; ciascuna dell'altre due, ora presente, ora mancante, al piacere o al dolore: fors'anche avvengono modificazioni chimiche nei tessuti e nei nervi; e allora, ad es. il dolore, deve ritenersi il prodotto di tossine locali o generali nell'organismo, e quale una forma di auto-intossicazione.

Quando le primitive tendenze sono sentite come piacevoli o dolorose, divengono emozioni: le quali l'A. considera come manifestazioni organizzate della vita affettiva, come reazioni dell'individuo a tutto ciò che interessa la sua conservazione e il suo miglioramento. Paragona le emozioni primitive (*la paura, la collera, la tenerezza, l'amore sessuale*) alla percezione nel campo intellettuale. Non sono invero legate ad un organo speciale, come la visione e l'audizione, sono piuttosto l'espressione di movimenti di tutto l'organismo; ma, come nel campo intellettuale si va dalle prime percezioni alle più alte astrazioni, così nel campo affettivo, dalle più semplici emozioni si sale ai sentimenti più complessi: sorgono così le emozioni superiori: *i sentimenti religiosi, morali, estetici, intellettuali*; e la loro natura fisiologica, essenzialmente motrice, rimane immutata. La differenza è anche qui soltanto nell'inizio; le emozioni inferiori sono legate a sensazioni reali, le superiori ad immagini più o meno astratte ed a concetti. Ed ecco che il mondo affettivo e l'intellettuale, originariamente divisi con confini e leggi proprie, vengono a contatti, e nella loro evoluzione parallela, ma non identica, si scambiano aiuti e si accompagnano.

L'A. si domanda quando sia che uno stato intellettuale si accompagni a quelle modificazioni organiche e motrici, che alla coscienza appaiono quali stati emotivi; e risponde che ciò avviene tutte le volte che vi ha un rapporto diretto fra uno stato intellettuale e le condizioni d'esistenza, naturale o sociale, dell'individuo.

Gli stati affettivi non sono soltanto sentiti, ma sono anche ricordati, e l'A. dimostra l'esistenza e traccia i confini e le leggi della *memoria affettiva*, per poi studiare in altro capitolo l'influenza che le emozioni hanno sulla memoria ed associazione delle idee.

\*\*

La 2.<sup>a</sup> parte del libro, principalmente descrittiva, studia in capitoli diversi ciascuna delle emozioni sopracitate, riprovando con un'analisi più minuta le ipotesi emesse nella prima parte. Ricerca in quali modi dalle emozioni primitive si salga alle superiori e li riassume: 1.<sup>o</sup> per evoluzione, 2.<sup>o</sup> per arresto di sviluppo, 3.<sup>o</sup> per composizione (mescolanza, combinazione).

Dopo tanto lavoro d'analisi, l'A. procede alla sintesi colla classificazione dei caratteri umani, poichè egli crede che il carattere abbia le sue principali radici negli istinti, nelle tendenze, nelle impulsioni, nei desideri e nei sentimenti, e che nella sua costituzione l'intelligenza agisca soltanto in modo indiretto.

Nel penultimo capitolo rifà in addietro la strada percorsa, tracciando le linee generali del dissolvimento della vita affettiva, e nelle conclusioni si riassume brevemente, riaffermando la priorità della vita affettiva sulla vita intellettuale.

\*  
\*\*

Come commento, al bellissimo libro, una osservazione molto generica e che potrà sembrare paradossale: tanto più una scienza è bambina ed incerta, tanto più grossi sono i libri che di essa trattano.

Nelle scienze strettamente positive ed avanzate i mille fatti, indagati ad uno ad uno con mezzi sicuri, con rigore inattaccabile, sono esposti in brevi monografie, e le conclusioni possono essere formulate in laconiche leggi. Dove invece i fatti in gran parte mancano e dove i pochissimi noti non sono che frammentari e sparsi, l'agile ingegno del filosofo deve tra essi gettare ponti, che il più delle volte riescono costrutti di sole fragili parole e di ben architettati periodi.

Il Ribot, con quella geniale potenza di osservatore e di filosofo, che ognuno gli riconosce, ha saputo armonizzare, con larghissime ipotesi e con valide polemiche, contro gli avversari tutto ciò che positivamente si sa della vita affettiva.

Ma, leggendo il libro, si prova un senso di rammarico perchè ad un così potente ingegno non fu dato servirsi di una più numerosa e sicura raccolta di fatti.

Colpa in gran parte del misoneismo degli studiosi; non si ha ancora troppa fede nelle ricerche minute e positive, che si potrebbero fare anche in psicologia, come in ogni altra scienza, e tale genere di studi è, specialmente in Italia, ben poco *in auge*.

GIULIO OBICI

## SOCIETÀ FRENATRICA ITALIANA

Adunanze dal 16 Aprile, 14 Maggio, 3 Giugno 1896

### 1. TEMA

« *Se e quali mezzi abbia il Direttore di un Manicomio per opporsi alle eventuali ingerenze degli Amministratori nelle parti del servizio estranee alle loro mansioni e che vanno a detrimento della sua Autorità* »  
(Rel. Prof. A. Raggi).

## Conclusioni approvate

I. Niun mezzo efficace è attualmente in potere dei Direttori dei Manicomî, per opporsi a quelle ingerenze esorbitanti nel servizio interno degli Stabilimenti loro affidati, che eventualmente le Amministrazioni potessero permettersi; le quali ingerenze, restringendo l'autorità dei Direttori medesimi, di fronte ai loro subalterni ed agli alienati stessi, sono incompatibili col principio della piena responsabilità dei Direttori, che si vuole giustamente sanzionato, e colle esigenze del trattamento morale degli alienati.

II. Solo una Legge, informata a principi di buona tecnica manicomiale, potrà opporre agli inconvenienti gravi, che dette ingerenze sogliono produrre, mezzi veramente efficaci, non bastando sempre i Regolamenti dei singoli Manicomî, ancorchè ben fatti, a preservare dagli abusi di potere.

III. La Legge suddetta risponderebbe allo scopo quando fosse per prescrivere in termini precisi:

1. che al Direttore del Manicomio, come Capo responsabile dello Stabilimento, spettano la ingerenza su tutti i servizi interni e la superiorità su tutto il personale degli inservienti e degli impiegati, non escluso l'economale o amministrativo interno;

2. che le Amministrazioni dei Manicomî debbano corrispondere direttamente solo col Direttore, siccome Capo responsabile di tutti i servizi interni, e prendere le loro deliberazioni, per ciò che riguarda tutti i servizi suddetti, sempre col suo concorso;

3. che, a tal uopo, il Direttore del Manicomio debba intervenire nel Consiglio di Amministrazione con voto consultivo;

4. che al Direttore sia riservato il diritto di scelta e di proposta, non che di punizione e licenziamento di tutto il personale di custodia e di sorveglianza del Manicomio;

5. che le nomina dei Direttori dei Manicomî pubblici, di spettanza del Consiglio provinciale per gli Stabilimenti provinciali, o dei Consigli Amministrativi per i Manicomî eretti in Opera Pia, venga fatta (anche in seguito a concorso) dietro proposta di una speciale competente Commissione, presieduta dal Prefetto della provincia; pei Manicomî privati sia fatta dal Prefetto dietro parere dell'Ispettorato di cui all'Art. 6;

6. che sia istituito un Ispettorato sui Manicomî, composto di Medici Alienisti autorevoli, possibilmente non addetti a Manicomî, del quale sia ufficio il visitare periodicamente tutti i Manicomî pubblici e privati del Regno, per riferire annualmente al Ministero dell'Interno sul loro andamento, ed al quale possano anche essere inviati gli eventuali reclami che le Amministrazioni e le Direzioni dei Manicomî fossero per fare, limitatamente alle questioni di interesse tecnico e sanitario, per quei provvedimenti che, pel regolare andamento di un ser-

vizio pubblico di tanta importanza, dovessero essere consigliati, od anche imposti, con ordinanza dell'Autorità competente.

IV. Promulgata la Legge sui Manicomî, in base ai suddetti principi, i Regolamenti di questi Stabilimenti debbono rigorosamente uniformarsi ai medesimi, stabilendo precise norme, perchè, tanto da parte delle Amministrazioni, quanto da parte della Direzione, non siano rese possibili le ingerenze indebite, reciprocamente, nei rispettivi uffici.

V. L'approvazione o modificazione dei Regolamenti dei singoli Manicomî, per tutto ciò che riguarda la parte tecnica e sanitaria, deve essere sottoposta alla revisione e giudizio dell'Ispettorato dei Manicomî, a ciò autorizzato da apposita disposizione della Legge su questi Stabilimenti.

## II. TEMA

« *Quale debba essere la responsabilità dei Direttori e Medici di Manicomî per gli infortuni che vi avvengono: quali i criteri per stabilirla; quale il grado e i limiti di essa* » (Rel. Marzocchi).

### Conclusioni approvate

I. La responsabilità giuridica, in cui possono incorrere i Medici Direttori di Manicomî è legata intimamente e può derivare soltanto dall'omissione degli obblighi morali che loro incombono per il regolare funzionamento del Manicomio medesimo, in ordine al servizio sanitario, alla disciplina e agli ordinamenti tutti dell'Istituto; proporzionatamente ai mezzi di cui dispongono, alla libertà d'azione che lasciano loro le Amministrazioni e alle speciali condizioni morali e materiali dell'Istituto. Perciò quella responsabilità è nulla legalmente, a meno che non si possa provare che essi non adempivano agli obblighi e doveri della loro carica. Solamente in tal caso potrà porsi la questione di una responsabilità giuridica di fronte a un infortunio.

II, I criteri per giudicare della condotta del Direttore, quale Capo moralmente responsabile dell'andamento del Manicomio, si desumeranno:

1. dalla autorità che ad esso era lasciata nella gestione interna dell'Istituto; dai mezzi che erano messi a sua disposizione e dalle condizioni materiali di esso Istituto;

2. dall'indirizzo da esso dato all'Istituto, in conformità ai principi della scienza freniatria e a quanto impone il diritto pubblico e privato;

3. dall'influenza personale che ha avuto ed ha sul Direttore nell'ordinamento dell'Istituto, nella cura e assistenza degli ammalati;

4. dagli archivi sanitari, dai quali sia dato giudicare se gli ammalati sono studiati accuratamen-

te, se si seguono le fasi della malattia e se nella cura e assistenza si pratica quanto la scienza e la clinica insegnano, sempre bene inteso relativamente ai mezzi e al personale di cui si disponeva;

5. dall'ordine e disciplina che si riscontra nell'Istituto, in quanto ciò dipenda dal Medico Direttore e dagli altri Medici.

Quando per tutti questi criteri si stabilisca che il Manicomio, per quanto stava in facoltà o potere del Direttore, aveva l'interno ordinamento rispondente ai principi della scienza pratica freniatria: quando risulti che ogni ammalato era studiato per tutto il decorso della malattia; che nella cura e assistenza si faceva tesoro di quanto la scienza odierna consiglia; che la disciplina non faceva difetto: quando per di più possa provarsi che il Direttore era assiduo e scrupoloso nell'adempimento de' suoi doveri, si deve giudicare che egli abbia bene adempiuti gli obblighi della sua carica e non può tenersi in nessun modo responsabile dei casi disgraziati e degli infortuni che possono avvenire nello Stabilimento.

III. Quando malauguratamente, per circostanze specialissime inerenti al fatto, o per altro, la questione della responsabilità possa esser posta e discussa, l'Autorità non dovrebbe perdere di vista i seguenti criteri, che diciamo negativi, inquantochè essi non possono mai servire di base all'imputabilità e cioè:

1. che non vi sono norme certe, fisse stabilite dai pratici per l'assistenza dei mentecatti in ordine alla proporzione fra ammalati e infermieri; alla ripartizione e divisione degli ammalati stessi in diverse categorie, da governarsi con metodi diversi di assistenza; all'impiego dei mezzi coercitivi;

2. che non si può in modo assoluto stabilire quale categoria d'ammalati, rispetto alla forma morbosa, possa essere applicata al lavoro e quale esclusa, e qual genere di lavoro sia da proibirsi agli ammalati di mente;

3. che l'atto pericoloso, commesso da un alienato, non può mai servire di argomento della di lui temibilità precedentemente al fatto delittuoso;

4. che l'esame di un alienato, ancorchè fatto accuratamente, ma eseguito immediatamente o poco tempo dopo che egli abbia commesso un atto impulsivo grave, non può dare un criterio esatto dello stato emotivo e psichico in cui doveva trovarsi prima di quel fatto, e perciò la diagnosi di pericolosità, che potesse stabilirsi per quell'esame, ha poco o nessun valore per giudicare della condotta che avrebbe dovuto tenere il Medico.

Perciò la indagine della responsabilità, piuttosto che sulle circostanze del fatto, dovrà esser rivolta all'insieme di quei dati che esprimono il modo ordinario di funzionare dell'Istituto. E quando da essi si rilevi che quel funzionamento non era normale secondo i criteri generali della scienza e della tecnica freniatria, dovrà l'Autorità fa-

re la parte di quanto possa ascrivere a colpa del Direttore e quanto eventualmente sia da addebitarsi alle Amministrazioni.

IV. In ogni modo, rispetto al caso concreto su cui verterà la questione, l'Autorità inquirente non deve dimenticare che chi deve rispondere dell'operato di persone prive della ragione si trova esposto a svariati eventi, del tutto imprevedibili ad onta della più oculata sorveglianza. Donde deriva che in favore del sanitario deve in larga misura tener conto dell'imprevedibilità di certi fatti.

V. I limiti della responsabilità, quando possa essere stabilita, saranno dati dal rapporto di causalità fra l'evento e l'opera del Medico. Quando fra questi fattori qualcuno se ne supponga che non emani dal Medico, cessa la responsabilità di quest'ultimo.

VI. Mezzi indiretti per prevenire, per quanto è possibile, disgrazie e infortuni nei Manicomi, sarebbero, a nostro giudizio:

1. Una Legge, che comprendesse tutto quanto ha rapporto colla legislazione degli alienati di mente e stabilisse nettamente le funzioni e attribuzioni del Direttore del Manicomio e l'autorità che a lui deve essere lasciata dall'Amministrazione.

2. L'Istituzione di un Ispettorato, che con frequenti visite curasse la organizzazione e ordinamento de' singoli Manicomi e vegliasse anche all'edilizia.

3. La sequestrazione in appositi Asili degli alienati a tendenze criminali.

### III. TEMA

*« Sul lavoro degli alienati, in quanto può essere sorgente di pericolo e sulle responsabilità che ne derivano dai Direttori e Medici di Manicomio ».*

#### Conclusioni approvate

A tutela della responsabilità dei Direttori di Manicomio nei pericoli possibili ad avverarsi per causa dei ricoverati addetti ai lavori, necessita:

1. la Legge sui Manicomi, che quella che stabilirà nel Manicomio un solo centro di attività, di ordine e d'indirizzo, che imporrà al Direttore la responsabilità assoluta dell'andamento dell'Istituto, ma anche l'autorità e la sorveglianza sui servizi sanitari, igienici, disciplinari ed economici;

2. che al Direttore sia lasciata ampia facoltà di scelta e di numero del personale inferiore;

3. che al Direttore ed ai medici soltanto spetti il diritto e il dovere di scegliere i ricoverati da adibirsi ai vari lavori non solo, ma anche di stabilire l'orario ed il genere dei lavori stessi: onde il lavoro sia sempre cura e non degeneri in speculazione;

4. che il Direttore, a tutela della propria responsabilità, tenga direttamente, o a mezzo dei Medici, annotazioni dei criteri scientifici e pratici che inducono o per la scelta o pel ritiro dei ricoverati dai vari lavori;

5. che la Legge provveda all'Istituzione dell'Ispettorato dei Manicomi, al quale i Direttori potranno rivolgersi come a Tribunale, ogni qualvolta si volesse ritenerli responsabili ingiustamente di fatti, per i quali avevano disposto ogni cosa per evitarli e che pure avvennero o per circostanze superiori a qualunque previsione, o perchè le loro istruzioni e raccomandazioni furono trascurate da altri o per ignoranza o per malvolere: od anche perchè non furono accolte quelle proposte che la scienza e la pratica impongono pel bene dell'Istituto.

## NECROLOGIE

### LUIGI LOLLI

Il giorno 17 Giugno u. s. moriva in tarda età il Comm. dott. **Luigi Lollo**, che per tanti anni e fino a poco tempo fa aveva diretto con immenso amore il Manicomio d'Imola, di cui era stato anche il fondatore.

Il **Lollo**, anche in tempi non molto remoti, per la sua fama di valente nella tecnica manicomiale, per la sua esperienza e per la sua anzianità di alienista, esercitò un certo prestigio nel mondo psichiatrico italiano, prestigio che destò quasi entusiasmo in un momento, in cui, mercè l'opera sua, sembrò che il Manicomio d'Imola fosse per divenire un faro di scienza e la meta delle più alte aspirazioni giovanili.

Un cumulo di circostanze, delle quali alcune inerenti forse al tramonto fisiologico del **Lollo** ed al suo temperamento nervoso ed altre del tutto estranee alla sua persona, sparse ben presto quel lampo di luce, che aveva fatto sorgere tante speranze, e il Manicomio d'Imola entrò in un periodo di stazionarietà, in cui, fra le più strane lotte passionali, furono al **Lollo** riserbate le più gravi sofferenze e i più crudi disinganni, di cui per verità non era meritevole, o che per lo meno gli uomini dovevano risparmiargli, in omaggio alle sue fatiche e ad un raro esempio di forte volontà.

Se il **Lolli** non lascia tracce nella scienza psichiatrica pura, certo il suo nome rimarrà indimenticato nella storia della Psichiatria Italiana e specialmente nella città d'Imola, cui, col suo spirito filantropico e col sacrificio di tutta la sua vita, ha lasciato uno dei migliori e più grandiosi Manicomî del Regno.

T.

### PIETRO BAUSI

Il giorno 30 Giugno u. s. cessava di vivere in età di 52 anni il dottor **Pietro Bausi**, medico fra i più modesti, a nessun altri secondo nell'adempimento dei suoi doveri di uomo e di sanitario.

Nato a Bologna, da più di 40 anni era cittadino ferrarese.

Non appena laureato, rigettando le reiterate pressioni dei suoi maestri della Università di Bologna, che volevano farne un loro assistente, e desideroso di essere vicino alla famiglia, scelse, fra le specialità della Medicina, quella che richiede maggiori sacrifici e che più spesso offre minori compensi, ed entrò come medico nel nostro Manicomio, dove rimase fino alla morte.

Dell'opera sua in questo Istituto, nel quale prestò servizio per quasi sei lustri, sarebbe troppo lungo il dire qui completamente; non può tacersi però come egli dedicasse tutto il suo tempo e, sotto le più svariate esplicazioni, tutta la sua attività a vantaggio degli alienati, cui il disordine intellettuale e l'alterazione affettiva non impedivano di apprezzare il bene da lui ricevuto e di piangerne oggi con noi amaramente la perdita.

Il dott. **Bausi**, nei pochi momenti liberi dal servizio manicomiali, nei quali avrebbe dovuto riposarsi e cercare sollievo alla sua malferma salute, esercitò la medicina privata; ed anche qui diede costantemente prova della sua abnegazione e del suo eccessivo disinteresse, prestando l'opera sua specialmente nelle famiglie più modeste, da molte delle quali non riceveva il più piccolo compenso.

Il dott. **Bausi** fu amico e collega carissimo, refrattario ai sentimenti d'invidia e di gelosia, anzi lieto dell'altrui fortuna, alla quale spesso colle sue fatiche cooperò.

Dinanzi all'esempio di quest'uomo tanto buono e di questo strenuo lavoratore, che

del lavoro fece un culto e di esso si servi, non già per salire in alto e per raccogliere allori, ma per far del bene al prossimo col sentimento altruistico più puro, inchiniamoci riverenti, e poniamo fede che la Società, con atto di vera giustizia, prenda cura della moglie, della figlia e della sorella che lascia derelitte, restituendo loro quegli aiuti, di cui con tanto disinteresse il povero collega fu prodigo.

A me poi, che gli ero legato coi più saldi vincoli della amicizia e colle memorie delle varie fasi della mia vita professionale, sia concesso di dargli l'estremo *vale*.

T.

## C R O N A C A

**Sorveglianza al Manicomio** — Il giorno 13 Luglio u. s. la nuova Deputazione Provinciale designava per l'alta sorveglianza del nostro stabilimento l'Egregio Avv. Giuseppe Buzzoni, al quale presentiamo congratulazioni ed ossequi.

**Benefattore sconosciuto** — Anche in questo numero abbiamo la fortuna di potere registrare una elargizione a vantaggio dei nostri pazzi poveri, fatta da un benefattore sconosciuto.

Questa volta la somma elargita è di L. 100, e, come di solito, è lasciata al Direttore la più completa libertà di erogarla nel modo da lui creduto migliore.

**Locanda sanitaria** — Nel prossimo autunno la locale Società di soccorso ai Pellagrosi, mercè il concorso del Ministero e del relativo Municipio, istituirà a Pieve di Cento una Locanda sanitaria, alla quale potranno intervenire anche i pellagrosi delle zone più vicine dei Comuni finitimi, dietro il pagamento, da parte di questi, di una tenue retta giornaliera.

Se l'esperimento, come non v'ha dubbio, riuscirà, la Società suddetta, ove possa ottenere dal Ministero, dalla Provincia e dai Comuni un equo concorso, si propone di diffondere, nelle altre parti della Provincia più infestate dalla pellagra, questa provvida



istituzione, che ha sortito tanto buoni effetti nelle provincie venete e che va estendendosi anche alla Media Italia.

## NOTIZIE

**IX. Congresso della Società Freniatrica Italiana** — Dal 5 al 9 Ottobre p. v. avrà luogo in Firenze il IX Congresso degli Alienisti italiani. Le sedute si terranno nelle sale del R. Istituto di studi superiori in piazza S. Marco; le conferenze dimostrative nella Clinica di S. Salvi.

Al Congresso, oltre ai membri delle Società freniatrica italiana, possono partecipare anche i cultori di scienze affini (Neuropatologia, Psicologia sperimentale, Antropologia, Medicina legale e Antropologia criminale, ecc.), pagando la tassa d'iscrizione al Congresso in L. 10 (da inviarsi prima del 20 Settembre al Segretario-Tesoriere della Società Dott. G. A l g e r i, Monza), onde avere la Tessera d'ammissione e la Carta di riconoscimento pel ribasso dei prezzi delle ferrovie e piroscafi del regno.

Le comunicazioni da farsi al Congresso debbono essere annunciate, entro lo stesso termine, alla Presidenza della Società Freniatrica (Prof. A. T a m b u r i n i, Reggio Emilia).

**Per i medici** — Il 20 Ottobre p. v. si inaugurerà in Roma il VII Congresso di Medicina Interna, sotto la presidenza dell'On. Prof. Guido Baccelli. I lavori del Congresso consisteranno nella discussione dei temi generali affidati a chiarissimi clinici italiani, nelle comunicazioni scientifiche dei membri del Congresso; in una serie di lezioni cliniche dimostrative e in Conferenze sui contributi dell'anno nel campo della terapia e della diagnostica. Tutti i medici italiani possono prendere parte attiva a queste riunioni autunnali della Società Italiana di Medicina, nelle quali le varie Scuole Cliniche sogliono gareggiare nella presentazione dei lavori sperimentali e delle osservazioni fatte nel corso dell'ultimo anno accademico.

Per iscriversi e poter godere dei ribassi ferroviari è necessario rivolgersi al Segretario Prof. L. L u c a t e l l o, via Galata 40, Genova.

**Per la cassa-pensioni dei medici e chirurghi d'Italia** — Il Dott. Aristide Egidi di Porto Recanati (Macerata) si è fatto promotore di una larga sottoscrizione per la istituzione di una cassa-pensioni per i medici e chirurghi d'Italia.

Egli ha avuto incoraggiamento da non poche illustrazioni mediche e deputati medici, ed ha raccolto finora circa 2000 firme di adesione.

Dall'ultimo numero Luglio, Agosto degli *Annales medico-psychologiques* togliamo i seguenti fatti diversi:

**Incendio d'un Manicomio** — Un terribile incendio si sviluppò il giorno 8 Aprile u. s., dopo mezzo giorno, nell'ospizio di Froidmont-lez-Tournai. Il fuoco ebbe origine in un granaio, situato al di sopra del quartiere degli Innocenti, dove si trovavano una ventina di malati. I frati, che dirigono lo stabilimento, trasportarono subito i pazzi all'infermeria; poi si sforzarono, con l'aiuto di una pompa, di circoscrivere il fuoco.

I pompieri di Tournai e dei villaggi vicini arrivarono prontamente sul luogo del disastro. Dopo due ore di sforzi energici, poterono rendersi padroni del fuoco ed evitare ogni pericolo. I danni furono calcolati a cinquantamila franchi circa. Un'ala intera del fabbricato fu distrutta.

Durante questo incendio avvennero delle scene veramente tragiche. Mentre alcuni pazzi contemplavano, ridendo, i fabbricati incendiati, quindici altri di questi disgraziati approfittarono del disordine per eclissarsi. M. L e c o u f f e salvò un pazzo furioso, che si dibatteva con rabbia, in mezzo alle fiamme, contro il suo salvatore.

**Un pensionante dell'asilo di Bicêtre candidato alle elezioni municipali di Parigi** — Sotto il titolo: *Fantaisie de révolutionnaires*, il *Temps* (N. di Sabato 25 Aprile u. s.) pubblicava l'*entrefilet* seguente, che merita di essere riprodotto:

« Ogni periodo elettorale vede sorgere un certo numero di candidature più o meno fantastiche. Esse nascono il più spesso dalla fertile immaginazione dei rivoluzionari.

« È così che quest'anno « l'unione socialista rivoluzionaria del VI Circondario » ha avuto l'idea di andare a cercare il suo candidato, per il quartiere della *Monnaie*, in una cella dell'asilo di Bicêtre.

« Noi abbiamo deciso, dichiara l'ordine del giorno votato da questo gruppo, di presentare alle elezioni municipali la candidatura del cittadino Francesco Lecloux, sequestrato illegalmente a Bicêtre, dal 1891. L'unione non abbandona affatto il programma col quale essa mancò di vincere nelle ultime elezioni, avendolo accettato il suo candidato e trovandosi questi nelle condizioni desiderabili per difendersi; inoltre noi abbiamo domandato al ministro dell'interno la sua liberazione provvisoria, sotto la nostra responsabilità, per permettergli di venire a difendere la sua candidatura. Quanto agli elettori, essi non dimentichino che il cittadino Lecloux è una protesta vivente contro gl'internamenti arbitrari che, in base alla legge del 1838, possono colpire ciascuno di noi.

« Segue un invito, agli elettori, di farsi inscrivere al Comitato, istituito per ricevere le adesioni alla candidatura Lecloux, comitato che risiede, non già a Bicêtre, come si potrebbe credere, ma in via *Dauphine*. »

La candidatura del « cittadino » Lecloux fu infatti promulgata con manifesti nel quartiere della *Monnaie* (VI Circondario), e questa protesta contro la legge del 30 Giugno 1838, sugli alienati, riuni 135 voti sopra 3121 votanti.

**Un cieco che diventa pazzo** — Giuseppe Loubert, vecchio falegname di 49 anni, era pensionante in Quinze-Vingts da qualche anno. Ammogliato, padre di cinque figli, aveva ottenuto che sua moglie abitasse all'ospizio con lui. Disgraziatamente, mano mano che perdeva la vista, il disgraziato andava facendosi immensamente geloso, e il favore che era stato accordato divenne per sua moglie la causa di continui tormenti. Loubert esigeva che essa fosse sempre vicino a lui e la rimproverava ogni volta che, per caso, uno dei suoi compagni le rivolgeva la parola. Le cose finirono in modo che il poveretto perdette la testa.

Il giorno 22 Maggio u. s., non appena un altro cieco ebbe loro dato il buongiorno, Loubert si precipitò su di lui col bastone alzato. Fu trattenuto non senza difficoltà, perchè il vecchio falegname era di una forza erculeo, e fu condotto nella sua camera; ma il disgraziato era divenuto pazzo furioso; fu solamente col fargli credere che lo si sarebbe condotto da un medico cele-

bre, che dal Commissario di polizia si riuscì a trasferirlo nel Manicomio di S. Anna (*Temps*, n. di Sabato 23 Maggio 1896).

**Un pazzo bruciato nella sua bagnaruola** — (*Temps*, 23 Maggio 1896).

« Una donna, certa Maria Perret, di 36 anni, in cura da un mese nell'Asilo degli alienati di Bron (Rhône), fu condotta al bagno. I rubinetti delle bagnaruole funzionavano male, e quello dell'acqua calda rimase aperto all'insaputa dell'infermiera; per cui la povera pazza fu orribilmente bruciata.

Una seconda infermiera, fatta accorta dal vapore d'acqua che si sprigionava, si avvide del supplizio della malata.

Si dovette vuotare la bagnaruola prima di tirarla fuori. Il suo corpo era divenuto tutta una piaga, ed essa non sopravvisse che poche ore alle sue orribili sofferenze. »

L'infermiera di 22 anni, tenuta come responsabile, fu accusata di omicidio per imprudenza; ma il Tribunale Correzionale di Lione l'assolse. L'infermiera, per sua difesa, depose di essere certa di aver chiuso il rubinetto, ma che esso era in cattivo stato e girava troppo facilmente. Aggiunse anche che del fatto aveva dato avviso per iscritto quindici giorni prima alla Amministrazione.

**Follia sviluppatasi in un Capitano di vascello in alto mare** — (*Temps* N. 10, Giugno 1896).

Il Brick N. 12, del porto di Brest, con 7 uomini di equipaggio, sotto gli ordini del capitano Cotton, lasciava il porto di Cette per recarsi a Saint-Pierre e Miquelon con un carico di sale marino e di vino destinato ai pescatori di merluzzo.

Appena il battello era entrato nel golfo di Lione che il Capitano divenne istantaneamente pazzo. Egli prese un'ascia e con essa voleva colpire i marinai. Questi presero il loro disgraziato capitano, lo legarono e lo calarono nella sua cabina.

Uno degli uomini dell'equipaggio prese il comando del Brick e raggiunse il porto più vicino di Port-Vendres. Una volta giunto là, l'equipaggio fece la sua dichiarazione alle autorità marittime, che fecero trasportare il capitano Cotton all'ospedale di Perpignano, donde fu trasferito al Manicomio di Limoux.

**Atto di coraggio di una infermiera alla Salpêtrière** — In un accesso d'allucinazione una pensionante della Salpêtrière, la signora Maria Helsen, in cura in una sala dell'ultimo piano, montò sul davanzale della finestra e riuscì a guadagnare il tetto. Una infermiera, per nome Petit-Barrat, che si alzava di letto, si lanciò coraggiosamente ad inseguirla e la ricondusse nella sala. Il Direttore della Salpêtrière, il Sig. Le Bas, si felicitò vivamente con la brava infermiera ed indirizzò al Commissario di polizia un rapporto elogiante la bella condotta della infermiera. (*La justice* N. 16, Giugno 1896).

## NOTIZIE DEI MALATI

### Uomini

*Ferrara* - S. C. è un demente agitato: incominciò con una invincibile tendenza al suicidio, sicchè spesso tentò di porre in atto il suo pensiero; poi le sue condizioni mentali peggiorarono; scomparve la tendenza suicida, ma fu sostituita da una maggiore fatuità e da un contegno meno corretto. Ora è agitato, impulsivo, con tendenza a lacerare ed insultare ed a percuotere. P. P. S. è una vecchia conoscenza, che qualche mese fa noi avevamo tentato di mettere fuori in prova, quantunque non del tutto guarito. Ci è naturalmente tornato come un figliuol prodigo, più povero di prima di quel pochissimo bene d'intelletto, che la vita tranquilla del Manicomio sembrava gli avesse ridato. M. S. è anch'esso uno di quei poveri malati che si potrebbero chiamare *di ritorno*. Ragazzo imbecille e discolo, ha periodi di quiete e altri di eccitamento, e passa gli uni all'Ospizio dei trovatelli, gli altri al Manicomio.

*Argenti* - A. S. sta bene, intelligente, di indole mite, e sottomesso, attende in silenzio che noi lo mandiamo a casa; ma può dirsi guarito? Noi ricordiamo la violenza e la pericolosità dei suoi accessi di epilessia, e soprasediamo ancora.

*Baura* (Ferrara) - G. T. è un altro caso simile all'antecedente, ma che con maggiore tranquillità può essere mandato a casa nei periodi intervallari di perfetta salute; tanto è vero che è la settima volta che torna tra noi. Ha attacchi violentissimi della durata di qualche giorno e molto pericolosi, ma egli, che qualche tempo prima si sente star male e prevede il peggio, viene *sponte sua* a cercare l'isolamento delle nostre celle, e, dentro una previdente camicia di forza, l'impossibilità di far tutto il male di cui, in quei giorni, si sentirebbe capace.

*Cassana* (Ferrara) - B. V. imbecille con periodi di eccitamento, malato ora di tubercolosi cutanea e testicolare.

*Casumaro* (Cento) - G. R. - L. R. due vittime della pellagra.

*Codigoro* - R. B. ha una forma periodica ed è già la terza volta che ritorna al Manicomio. Ora è da lungo tempo che ci si trova, perchè gli accessi si sono fatti più frequenti, e perchè anche nei periodi intervallari il suo stato di mente è molto debole.

*Cologna* (Copparo) - S. C. ci è stato inviato dall'Arcispedale di S. Anna, è molto confuso e, specialmente i primi giorni, agitato.

*Consandolo* (Argenta) - P. P. è un imbecille epilettico recidivo.

*Copparo* - G. P. è un melanconico; vorrebbe star sempre in letto, piange spesso, invoca i suoi figli, mangia poco e senza alcuna iniziativa.

*Marrara* (Ferrara) - G. B. S. un bellissimo tipo già parecchie volte recidivo, che ha un curioso delirio di grandezza non molto coordinato, ma che gli permette di crederci un giorno imperatore, un'altra volta discendente da una ricca famiglia, sempre in cerca di immaginarie eredità. A. C. un'altra vittima della pellagra, venne tra noi parecchi mesi fa, quasi moribondo, ed ora sta molto meglio; ma nella debolezza del corpo e della mente vi sono ancora tracce evidenti della brutta malattia. L. M. è un vecchio che parla poco, ed è molto confuso. Demente da qualche anno, i parenti lo avevano tenuto in casa fino a pochi giorni fa, perchè non troppo pericoloso, ma poi, aggravandosi il suo stato, lo hanno rinchiuso in manicomio, e con ragione. Fino dai primi giorni apparve confuso ed agitato, si alzava la notte, sporcava a letto e minacciava gli infermieri; alle domande o non risponde, o presto divaga.

*Pontelagoseuro* (Ferrara) - L. S. è un giovane imbecille, anch'esso più volte recidivo, caduto questa volta in uno stato grave di confusione mentale, dal quale solo in questi giorni sembra risollevarsi.

*Portomaggiore* C. C. va decadendo sempre più nelle sue funzioni intellettuali, mentre fisicamente migliora.

*Poggiorenatico* - G. S. - C. G. due dementi che seguitano a vivere sempre nelle stesse condizioni. L. C. un idiota che fisicamente sta benissimo.

*Ruina* (Copparo) - A. S. - G. L. sono due dementi paralitici: l'uno alla fine della triste parabola, l'altro all'inizio.

*S. Bianca* (Bondeno) - A. R. è un recidivo affetto da una forma periodica, ora nella fase di eccitamento.

*S. Martino* (Ferrara) - A. V. è il prototipo dei malati recidivi. Imbecille, ha accessi periodici di confusione mentale d'origine epilettica, e viene spontaneamente, piangendo, a cercare rifugio nel Manicomio, dove si ferma qui pochi giorni, nei quali potrebbe essere di gran pericolo a sè e agli altri. È già recidivo ben nove volte, ed è tuttora giovane!

*Allamura* (Bari) - E. Z. è in una fase di eccitamento; chiede con insistenza di andare a casa.

*Pozzetto* (S. Pietro in Casale) - A. V. ora sta discretamente bene, è attivo, lavoratore, ubbidiente.

*Chiesa Nuova* (S. Giovanni in Persiceto) - L. F. è peggiorato di nuovo: sembrava che qualche giorno fa fosse uscito dallo stato di torpore in cui si trovava, ma è entrato in una fase più brutta ancora; è di umore variabile, fa discorsi sconnessi e si avvia a grandi passi alla demenza.

### Donne

*Ferrara* - E. C. è stata alquanto in disciplinata, indocile nel vestirsi, spogliarsi e mangiare, così, che si lascia sciolta a letto per qualche tempo. A. F. ha avuto un mese di relativo benessere; ora gli accessi epilettici si tornano a ripetere, non con grande frequenza, ma sempre a gruppi. E. G. bene, sempre fatua d'intelligenza. L. B. ved. C. psichicamente va benino, è solo un po' depressa; fisicamente molto abbattuta. M. R. F. ved. G. calma e in buone condizioni generali. M. G. M. ha febbre ed è sempre profondamente confusa, sebbene più calma.

*Alberone* (Cento) - M. B. migliora da pochi giorni, dopo un lungo periodo di agitazione e di confusione.

*Ambrogio* (Copparo) - B. A. ved. M. sempre melanconica; fugge la compagnia e cerca sempre la solitudine.

*Ariano* (Mesola) - M. M. è la solita imbecille, litigiosa, chiacchierona; ma nè pericolosa, nè sudicia, nè agitata.

*Bondeno* - I. F. ved. P. senza essere pericolosa, è però molto inquieta, specialmente perchè si crede fatta segno di maltrattamenti immaginari da parte di tutti. M. Z. M. è una maniaca periodica: ha avuto un periodo di eccitazione; ora sta meglio.

*Coccanile* (Copparo) - M. B. B. ha una demenza senile; sta benino.

*Codigoro* - I. P. eccettuata una decina di giorni, alla fine di Agosto e primi di Settembre, in cui fu confusa e depressa, del resto è sempre stata e sta abbastanza bene; è calma e lavora. E. M. B. che da qualche tempo soffriva di tosse e diarrea, è in letto con febbre alta e in condizioni generali piuttosto gravi.

*Consandolo* - R. B. B. è molto migliorata nelle sue condizioni così fisiche come mentali.

*Copparo* - F. F. A. sempre alquanto smarrita di mente, confusa e addolorata per false idee che essa si è fatta sulla condizione de' suoi figli.

*Cornacervina* (Migliaro) - A. E. in G. sempre molto melanconica, taciturna, solitaria.

*Corpo di Reno* (Cento) - T. M. ha avuto un periodo di eccitamento fortissimo; da parecchi giorni sta meglio, è quieta e si alza.

*Denore* (Ferrara) - M. B. solite condizioni mentali, ingrassa e sta benissimo fisicamente. G. B. ved. B. nulla di nuovo.

*Filo* (Argenta) - M. G. è una demente senile alle volte irrequieta, deperita fisicamente, in condizioni generali non troppo buone.

*Formignana* (Copparo) - M. L. ved. M. spesso loquace e brontolona, in complesso non c'è male.

*Gambulaga* (Portomaggiore) - M. A. L. in R. va un poco meglio, quantunque si preoccupi sempre un po' troppo di ogni piccolo male.

*Gradizza* (Copparo) - M. R. in C. ha avuto pochi giorni di agitazione, ora sta benino.

*Lagosanto* - M. M. in R. è stata male per lungo tempo, agitatissima, rumorosa: solo da alcuni giorni è quieta e non ha bisogno di speciale sorveglianza.

*Libolla* - M. V. ved. R. seguita bene, è tranquilla, ha un contegno corretto, serena di umore.

*Marrara* (Ferrara) - N. S. da qualche settimana è notevolmente migliorata.

*Massafiscaglia* - V. M. in C. assolutamente nulla di nuovo. A. G. ha accessi epilettici abbastanza frequenti e la mente sempre confusa. C. G. al solito; gli accessi sembra si siano un po' rarefatti.

*Masi Torello* (Portomaggiore) - T. R. ved. Z. si alza e sta bene, ma abbisogna sempre dei mezzi coercitivi per la tendenza continua a farsi del male.

*Mesola* - A. B. è in un periodo di calma e di benessere.

*Migliarino* (Migliaro) - M. D. B. sempre lo stesso nell'intelligenza; il contegno è buono e fisicamente sta benissimo.

*Ospitale Monacale* (Argenta) - L. B. sempre più o meno inquieta ed eccitata. M. R. D. nulla di nuovo.

*Pieve di Cento* - E. P. in G. alti e bassi di quiete e di agitazione, complessivamente lo stesso. A. R. ved. G. sta un poco meglio, ma ogni tanto ha dei periodi di eccitamento.

*Pontelagoscuro* - E. A. rare giornate di calma in mezzo a periodi di agitazione rumorosa.

*Portomaggiore* - E. L. ha spesso i suoi accessi convulsivi che la lasciano per un po' di tempo come intontita, del resto nell'insieme non c'è male.

*Poggio Renatico* - E. V. sta discretamente, si lagna di molti mali e trova qualche volta da dire con le compagne; lavora molto.

*Quaratesana* L. G. in M. molto malinconica, preoccupatissima dei suoi mali, con alternative di miglioramento e di peggioramenti.

*Rò* (Copparo) - A. D. in C. nulla di nuovo, un po' deperita fisicamente. M. P. in M. ha avuto due lunghi periodi di eccitamento, e dopo pochi giorni di quiete è tornata a cadere in una agitazione tale, che da due settimane si debbono usare i mezzi coercitivi.

*S. Agostino* - P. V. spesso inquieta, ma non pericolosa.

*S. Bartolomeo in Bosco* (Ferrara) - E. F. in N. sempre molto melanconica.

*S. Luca* (Ferrara) - E. M. e M. M. ved. Z. nulla di nuovo.

*S. Martino* (Ferrara) - Dopo un lungo periodo di agitazione la R. P. si è messa quieta e si alza ogni giorno, e aspetta pensierosa, ma abbastanza serena, di dare alla luce un figliuolo.

*Vigarano Mainarda* (Ferrara) - A. M. in B. va meglio.

---

## A V V I S O

---

È in corso di stampa e sarà pubblicato, verso la fine del 1896, dagli editori *Omari- ni* e *Longati* di Como il volume :

### „ Delinquenti Scaltri e Fortunati „

(Studio di psicologia criminale e sociale) di **Lino Ferriani**, Procuratore del Re al Tribunale di Como, noto autore dei libri *La Infanticida*, *L' Amore in Tribunale*, *Madri Snaturate*, *Minorenni Delinquenti*, *Fanciulli Abbandonati*. Il nuovo ed elegante volume conterà di oltre 600 pagine (prezzo L. 5) e, per gli alti problemi di sociologia e psicologia criminale, svolti con dottrina e squisita forma letteraria, e per la ricchezza del materiale statistico, in parte

dell' anno 1895, riuscirà utile ed interessante non solo ai cultori di questi studi geniali, ma pur anco ai profani alle scienze criminali, mentre rafforzerà la fama di dotto criminologo e scrittore elegante all' Autore che lo dettò dopo lunga e coscenziosa preparazione.

Il volume contiene le seguenti materie così divise :

Dedica, Elenco degli autori citati, Prefazione. Parte Prima. Introduzione (*La Commedia dell' onestà*). Parte Seconda (*I coefficienti dell' impunità*). Parte Terza (*Delinquenti contro l' onore*). Parte Quarta (*Delinquenti contro la proprietà*). Parte Quinta (*Delinquenti contro le persone*). Parte Sesta. *Parassiti e Speculatori delittuosi, Delinquenza precoce*. Conclusione.

Annunciamo volentieri il nuovo lavoro del nostro egregio concittadino, sicuri di potere tra poco, parlando più diffusamente del nuovo libro, registrare un' altra vittoria del giureconsulto positivista.

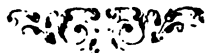
---

**Direttore** — R. TAMBRONI.

**Redattori** — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - J. FINZI

---

*Ferrara Tip. Eridano*



## MOVIMENTO dei malati nel mese di Maggio 1896

		USCITE																		
		Esistenti		Entrati		guariti		miglior.		non mi- gliorati		per trasf.		per non ver. pazz.		Morti		Rimasti		
		U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	
Appart.	{	alla Prov. di Ferrara	152	171	10	14	5	5	2		1	1					4	4	150	175
		ad altre Provincie	24	8		1							4				1		19	9
			176	179	10	15	5	5	2		1	1	4			5	4	169	184	

## MOVIMENTO nel mese di Giugno 1896

Appart.	{	alla Prov. di Ferrara	150	171	11	14	8	3		2		1				7	4	146	179	
		ad altre Provincie	19	9	2														21	9
			169	184	13	14	8	3		2		1				7	4	167	188	

## MOVIMENTO nel mese di Luglio 1896

Appart.	{	alla Prov. di Ferrara	146	179	12	12	4	3	2	2	1	1				3	4	148	181
		ad altre Provincie	21	9	2											1		22	9
			167	188	14	12	4	3	2	2	1	1				4	4	170	190

## MOVIMENTO nel mese di Agosto 1896

Appart.	{	alla Prov. di Ferrara	148	181	4	7	2	3	2	1	2					2	1	144	183
		ad altre Provincie	22	9	1		1						1					22	8
			170	190	5	7	3	3	2	1	2		1			2	1	166	191



## LAVORI DEI MALATI

Professioni esercitate dai malati ed infermieri; numero dei lavoratori ed importo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori, secondo il giudizio del sig. ing. Poli.

	Maggio		Giugno		Luglio		Agosto	
	N.	L.	N.	L.	N.	L.	N.	L.
<b>Uomini</b> — Hanno atteso ai lavori di terra, a la cantina ecc. N.	12	50	12	50	15	100	10	50
“ lavorato da calzolaio . . . . .	3	35,7	4	39,50	3	42	3	27
“ muratore . . . . .	4	65	5	71	6	58	7	35
“ falegname . . . . .	3	75	3	78	3	66	3	45
“ tappezziere e materassajo . . . . .	4	36,30	3	45	4	40	5	49,50
“ carpino . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
“ sarto . . . . .	2	8,30	2	8,80	—	—	—	—
“ pittore e verniciatore . . . . .	1	5,9	2	6,3	3	25	2	12
“ fabbro ferrajo . . . . .	2	90	2	80	2	63	2	67,50
Si sono occupati come cucinieri, attendenti alle pulizie, scrivani ecc. . . . .	12	—	12	—	12	—	12	—
Totale dei lavoratori N.	11	429,10	13	435,30	48	304,10	44	286
Totale dell'importo della mano d'opera . . . . .								
<b>Donne</b> — Hanno eseguito effetti nuovi . . . . . N.	9	50,7	7	28,70	5	18,90	6	30,60
“ filat, dipinto ecc. . . . .	7	60,71	4	18,28	4	14	5	18,94
“ cucito a macchina . . . . .	—	—	2	3	1	3,10	—	—
“ tessuto pantofole . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
“ fatto lavori di maglia . . . . .	16	115,85	18	122,95	20	118,70	19	101,30
“ atteso ai telaj . . . . .	6	79,38	4	13,60	5	41	6	93,78
“ rammendato biancherie, vestiti ecc. . . . .	19	214,76	20	208,26	22	219,78	21	215,81
Si sono occupate in servizi interni . . . . .	13	—	16	—	14	—	14	—
Totale delle lavoratrici N.	70	521,40	71	411,69	71	415,78	71	450,51
Importo complessivo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori . . . . .								
		L. 950,50		L. 816,99		L. 809,88		L. 736,51



— Ferrara Gennaio 5 1897 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio

Somma precedente	L. 287. 13
Offerta N. N.	» 6. 20

Totale L. 293. 33

#### *Dipsomania periodica primaria. Dipsomania cronica secondaria* (Considerazioni cliniche)

Non si è detta ancora l'ultima parola sulla dipsomania, nè io di certo son qui per dirla nè ambisco che mi sia dato simile vanto. Questa forma morbosa merita di essere studiata e chiarita con maggiore ricchezza di esempi clinici, l'unica fonte dalla quale si possano attingere dati sicuri.

Prima di tessere la istoria dei due casi, per più rispetti interessanti, e prima di passare alla disamina di essi per trarne qualche conclusione nuova o rinnovata, ritengo opportuno fare una piccola scorsa attraverso la letteratura dell'argomento. Lascio da parte gli antichi autori non per mancanza di rispetto alla loro canizie, ma per brevità e per attenermi alle descrizioni, diciamo così, più esaurienti.

La dipsomania trae il suo nome dal greco e vuol dire *mania della sete*. Fu primieramente

descritta dal Salvatori in sul principio di questo secolo e quindi fu oggetto di studio per parte di Trelat, che la considerò quale una varietà della follia lucida, di Esquirol, Ball, Foville, Dagonet, Racle, Morel, Ritti, Bergeret ecc. Magnan<sup>1</sup> la definì un « *entraînement irresistible, qui pousse, par intervalles, l'homme à boire par excès des liqueurs enivrantes* ». In base al fatto che quasi sempre la si riscontra in malati in cui grava la labe ereditaria, l'A. la considera quale un'attitudine dell'alienato degenerato ed ereditario. Magnan notò la periodicità degli accessi, i quali sarebbero preceduti da depressione melanconica, cangiamento di carattere, insonnia, anoressia ecc. L'accesso dipsomaniaco si manifesta così impulsivo e potente, che per soddisfarlo l'infermo non bada a mezzi e ricorre agli espedienti più disonorevoli, pur di procacciarsi l'alcool. Il Tamburini<sup>2</sup> illustrò nel 1884 un caso molto interessante di dipsomania periodica: rilevò la straordinaria potenza degli accessi, l'influenza della degenerazione ereditaria e fece osservare come nel suo caso vi fosse, oltre la tendenza accessuale al bere, una particolare intol-

1) Magnan. Leçons sur la Dipsomanie. *Progrès Medical* 1884.

» Recherches sur les centres nerveux. Alcoolisme ecc. Paris, 1893.

2) Tamburini Contributo allo studio medico-legale della dipsomania e dell'alcoolismo. *Rivista di Freniatria* ecc. Reggio Emilia. 1884-85.

leranza per l'alcool ingerito anche in mediocre quantità. La differenza con molta chiarezza dall'alcoolismo vero e proprio, accordandosi perciò col Lasègue<sup>1</sup> e col Magnan, il quale ultimo ben distinse il beone dal dipsomane, dicendo, che « *l'un est alièné avant de boire, l'autre n'est alièné que parce qu'il a bu.* » Il Legrain<sup>2</sup> s'attiene molto alla descrizione fatta dal Magnan e fa rilevare come durante l'accesso l'infermo mantenga coscienza netta della situazione. Per lui la dipsomania riproduce esattamente il medesimo quadro delle altre monomanie impulsive e starebbe all'ubbrachezza come la cleptomania al furto, l'impulsione per l'omicidio al delitto ecc. Anche questo A. l'ascrive al triste appannaggio degli ereditari. Egli la distingue dalla *tendenza dipsomaniaca* che è, secondo lui, continua e che procede solo eccezionalmente per accessi. « Il malato, che ne è affetto, è un bevitore di professione: lungi dall'aver disgusto per i liquori forti, egli invece li ama. Se sopravviene, per caso, un parossisma, si assiste ad una vera *débauche* di qualche giorno, durante i quali la coscienza è profondamente alterata ». Per questa alterazione profonda della coscienza il malato non si nasconde, ma diguazza apertamente nell'orgia, mentre che il dipsomane, pure nel colmo dell'impulsione, ha la coscienza integra e sfugge gli sguardi, cercando evitare che altri lo osservi. « L'alcool crea la tendenza dipsomaniaca col favore d'un terreno speciale: la degenerazione mentale è la causa prima dell'impulsione vera. Infine lo stato di depressione melanconica finisce per differenziare i due casi ». Monin<sup>3</sup> considera la dipsomania « un delirio parziale, intermittente, una follia impulsiva. Il malato è in preda ad accessi, più o meno frequenti, ma imperiosi e insormontabili, che lo spingono con una forza irresistibile ad abusare dei liquidi alcoolici. Il carattere essenziale del male è di manifestarsi per parossismi: il soggetto è dunque in preda ad alternative di depressione e di eccitamento: la sua follia affetta la forma speciale detta *circolare* ». Il dipsomane deve, secondo l'A., ben distinguersi dal beone, dall'alcoolista. « Il beone beve quando ne trova l'occasione; l'alcoolista è alienato perchè beve: il dipsomane, al contrario, beve perchè è alienato. Il beone ama bere, mentre che il dipsomane beve mal-

grado sè stesso; l'alcoolista è un vizioso, un degradato; il dipsomane un folle, un malato ». L'accesso, anche secondo Monin, è preceduto da melanconia, è eminentemente impulsivo e conduce l'infermo, per soddisfare la prepotente impulsione, a bere qualsiasi bevanda forte: assenzio, alcool, etere, acqua di Colonia ecc. Tal forma sarebbe essenzialmente ereditaria. L'A. ritiene che la sua guarigione completa sia estremamente rara. Zerboglio<sup>4</sup> ne dà un'analoga descrizione, facendo ben rilevare come gli accessi possano anche prodursi a grandi intervalli e come durante l'accesso l'infermo si trasformi e dimentichi ogni precetto di senso morale.

T. Biagio di Alessandro, d'anni 30, di Ferrara, ebbe la madre pazza ed uno zio pazzo e suicida. Da giovanetto mostrò carattere irruento, permaloso, poco sincero. La sera del 17 agosto 1883 ritornò a casa, ebbro per i molti liquori che aveva bevuto. Il padre, accortosi del suo stato, lo mandò in letto e lo destò alle 11 di sera, allo scopo di mandarlo in giro a prendere le tavolate di pane da cuocere al forno. Il T. si levò, uscì di casa e, invece di andare a prendere il pane, incominciò a girare per caffè e rinforzò, bevendo altri liquori, la sbornia della sera, che forse non si era ancora dileguata. Il padre, non vedendolo tornare, andò a cercarlo e, trovatolo, lo rimproverò, lo percosse, ma poi, veduto tutto inutile, lo lasciò, deciso di recarsi alla Questura, la quale, secondo lui, avrebbe potuto dare al figlio una lezione. Saputa il T. la decisione del padre, che era già incamminato per recarsi in Questura, tornò a casa, prese un fucile, che la sua famiglia possedeva e teneva scarico, andò fuori a caricarlo e poi fece nuovamente ritorno per attendere il padre. Difatti, non appena questi fu presso la casa, il figlio gli puntò contro il fucile, ma non fece in tempo ad esploderlo, perchè il padre lo assalì e glielo tolse di mano. Accorsero allora quei di famiglia e del vicinato, lo legarono e si rivolsero poi alla Pubblica Sicurezza, dai cui agenti fu condotto al Manicomio, dove fu accolto nel pomeriggio del 18 agosto 1883. Fu subito assicurato in letto: all'applicazione dei mezzi coercitivi non oppose che debole resistenza. Poi si pose quieto e, dopo 3 giorni, fu fatto levare e condotto nella sezione tranquilli.

Nei primi due giorni dal suo ingresso appariva confuso e distratto e sembrava, a suo dire, che nulla ricordasse di ciò che gli era accaduto e che aveva fatto. Ma poi diventò desto della mente e si mostrò pentito e addolorato di ciò che aveva compiuto. Mantenendosi sempre quieto, obbediente, disciplinato, fu posto a lavorare nella bottega del tappezziere. Quivi si occupò attivamente senza dar ragione alcuna per lamentarsi del suo contegno. Ma un mese dopo, nel mentre era intento a lavorare,

- 1) Lasègue. Dipsomanie et Alcoolisme. *Archiv. génér. de Médecine* 1882.
- 2) Legrain. Hérédité et alcoolisme. Paris. Octave Doin. Editeur. 1889.
- 3) Monin. L'alcoolisme. Paris. Octave Doin. Editeur. 1886.

4) Avv. A. Zerboglio. L'alcoolismo. Torino. 1892.

incominciò a lamentarsi che si sentiva male e poi d'un tratto, rapidamente uscito di sè, si lanciò furioso contro l'infermiere, facendo prova di morderlo. Fu frenato a stento e subito assicurato in letto. Nel giorno di poi l'infermo non presentava alcuna traccia di agitazione e nessun ricordo del fatto. Gli fu quindi permesso di alzarsi e di tornare nella sezione tranquilli. In seguito fu riammesso nel laboratorio del tappeziere. Da allora si mostrò sempre quieto, laborioso, tranquillo e fu perciò nell'anno seguente, in sul cadere di Febbraio, dimesso dal Manicomio. Ma nel Settembre fu nuovamente condotto, perchè, in seguito a copiosa ingestione di liquori divenuto furioso, era tornato a minacciare in modo grave i suoi di casa. Rimase per qualche giorno confuso della mente, ma poi tornò allo stato normale. Da allora alla sua dimissione, che è avvenuta il 6 gennaio 1894, la storia del T. può riassumersi in poche parole.

È dessa la storia del dipsomane classico. Ordinariamente egli era quieto, tranquillo, accudiva al lavoro di tappeziere, mostrandosi abile e volenteroso. Aveva perfetta coscienza della sua malattia, sapeva che l'alcol, anche in dose minima, lo sovraeccitava e gli faceva commettere atti inconsulti, violenti, e perciò, non solo non beveva più della sua razione ordinaria, ma si ristava dal bere anche completamente quella molto poca quantità di vino, che qui si suole concedere giornalmente agli infermi poveri. Per questo suo contegno corretto, per la assiduità al lavoro e soprattutto per la coscienza della sua malattia e per i proponimenti spontanei di starsene lunge dall'uso dell'alcol, gli fu permessa una discreta libertà nell'interno dello Stabilimento con la concessione della chiave di infermiere e gli fu anche, dopo molti esperimenti, concesso di potersene tornare di quando in quando per alcune ore presso la sua famiglia.

Ma le cose non hanno proceduto sempre così serenamente, placidamente. Qualche volta è tornato a bere, è ricaduto in accessi di agitazione, rendendo sempre più lontana l'epoca della sua dimissione. Riporto per maggior chiarezza alcuni diari che renderanno più nettamente il carattere di codesti episodi, perchè scritti sotto la diretta ed immediata impressione del fatto. Raccolgo alcuni fra i più importanti. *1 Dicembre 1890.* Ieri sera, come di solito avviene settimanalmente, il T. usciva dallo Stabilimento per recarsi presso la sua famiglia. Colà giunto (dopo esser passato dalla casa di una sua zia e aver bevuto, a quanto egli racconta, qualche bicchiere di vino nostrano), attaccava una vivace discussione col padre a proposito della volontà, che egli da qualche tempo va con ostinazione manifestando, di essere ritirato in famiglia, volontà, che il padre si rifiutava di soddisfare negando la richiesta dichiarazione di accettata responsabilità. La discussione assunse ben presto un tono allarmante: il T. vista la risoluzione del padre a non cedere alle

sue richieste, diè in ismanie, in escandescenze, rompendo quello che gli capitava fra mano e minacciando la vita stessa del povero vecchio, il quale era costretto a rifugiarsi sotto il letto della propria camera per sfuggire ai tristi propositi del figlio.

Avvertita pertanto la Direzione del Manicomio, venivano inviati due infermieri alla casa del T., e questi riuscivano, dopo una qualche resistenza, a indurre il poveretto a far ritorno al Manicomio. Alla mattina dopo era quieto, addolorato, pentito di ciò che aveva commesso, disposto a chiedere perdono al fatto e deciso a non bere mai più vino o liquori.

*15 Febbraio 1892.* Ieri, Domenica, come al solito, il T., accompagnato da un infermiere, andò a fare una passeggiata prima del mezzogiorno. Rientrato all'ora di pranzo, mangiò con appetito e poscia, come di consueto, si mise a giocare alle carte con altri malati. Verso le ore 4 pom. fu osservato dal medico e dagli infermieri che il malato era molto colorito in viso, aveva gli occhi lucidi, ma poteva tuttavia giocare con *cognizione di causa*. Dopo la cena il T. andò a prendere dalla cucina, come era stato solito nei giorni scorsi, la minestra dell'infermiere maggiore. Datasi la combinazione che le cuoche non avevano preparata detta minestra, il T. cominciò ad adirarsi, e le assicurazioni delle cuoche che tutto sarebbe stato messo all'ordine in pochi minuti non valsero a renderlo quieto. Sopraggiunto l'Ispettore, ben presto poté avvedersi che l'inquietudine del T. era assai sproporzionata alla causa che l'aveva motivata e riconobbe subito in lui uno stato anormale. Egli allora cercò in buoni modi di mettere in calma il malato e si sforzò di far premure alle cuoche da un lato, e dall'altro di far comprendere al T. la poca importanza della cosa. L'intervento dell'Ispettore fu naturalmente interpretato in cattivo senso dal malato, il quale allora incominciò ad inveire contro di lui e ad accusarlo di difendere ingiustamente le cuoche ecc. Vista la mala parata, l'Ispettore, per prevenire disordini, rimase alla ruota col T, attendendo che le cuoche terminassero di cuocere la minestra. Nel frattempo però il T., preso un momento opportuno, si sottrasse alla vista dell'Ispettore e riuscì a penetrare per l'opposto lato in cucina. Quivi fortunatamente trovavasi l'infermiere facchino, il quale, preso il T. per un braccio, lo mise fuori e lo consegnò all'Ispettore, che, nonostante le insolenze e le minacce, riuscì a ricondurlo in sezione. Dopo un po' di tempo il T. chiese una tazza di brodo: portata che gli fu la tazza, egli si mise a prendere cucchiariate di brodo con impeto e con una tal faccia stralunata, da fare invero paura. Dopo poco l'Ispettore pensò di invitare il T. ad andare a letto e con l'aiuto d'un infermiere riuscì a condurlo per le scale che mettono al suo dormitorio. Ma prima di giungervi il T. fu preso da un accesso di furore tale, che i due guardiani furono travolti nella lotta in terra con lui.

Accorsi al rumore altri infermieri, fu frenato a stento e condotto e legato in letto. Dopo legato in letto, il T., rosso in viso, con pupille dilatate ed alito fetido per odore di alcool, cadde in uno stato di assopimento, nel quale è rimasto insino a questa mattina. Aperta una severa inchiesta sul fatto, si è saputo che il T. ieri, nell'uscire, si era provvisto di una certa quantità di liquore spiritoso che, di tanto in tanto sorseggiando, bevve durante il corso della giornata. Questa mattina alle 7  $\frac{3}{4}$  il T. è stato liberato dai mezzi coercitivi, quantunque non ancora nelle sue condizioni normali. Interrogato intorno al suo stato di acoscienza durante il brutto episodio di ieri sera, egli asseriva di non ricordarsi più nulla dal momento che le cuoche gli risposero che la minestra non era pronta sino a stamane all'ora della visita. È addolorato e fa proponimento di non uscire più per un anno dal Manicomio e di non bere mai più alcoolici.

27 Marzo 1893. Dal giorno in cui fu fatto l'ultimo diario (20 febbraio 1892) a ieri il T. ha presentato un contegno continuatamente normale. Per sottrarsi al pericolo di una ricaduta negli accessi di dipsomania, egli da lungo tempo aveva completamente abbandonato l'uso di quella modica quantità di vino che viene concessa ai malati poveri del nostro Manicomio. Nell'ottobre scorso assistette ai lavori di cantina, e ciò per cimentarsi col terribile nemico e sottrarsi alla sua affascinante influenza. Tutte le Domeniche usciva e per una buona parte della giornata egli era affidato alla sua famiglia. Il lungo tempo trascorso in perfetta salute aveva persuaso i medici della Direzione a tentare la prova di metterlo in libertà. Ieri mattina gli fu fatta una lunga predica con infinite raccomandazioni perchè non compromettesse le trattative che già erano in corso per appagare il suo vivissimo desiderio di tornare presso la sua famiglia. Il T. promise, mostrandosi assai sicuro del fatto suo. Dopo poche ore (essendo Domenica) uscì con un infermiere che lo accompagnò e lo lasciò a casa sua. Sul pomeriggio, quando lo andò a riprendere, l'infermiere notò che il T. era eccitato, leggermente confuso, rosso in viso. Giunto al Manicomio, il T. era anche più colorito e più confuso: gironzolò lungamente pel refettorio, intorno agli infermieri che mangiavano, e poi finì per togliere ad uno di essi la bottiglia di vino: se la portò nella camera e la bevve a mezzo. Poi tornò nel refettorio, vomitò abbondantemente e, dopo avere, confuso e mezzo stordito, vagato per breve tempo nel giardino, risalì nella sua camera, si coricò vestito, e così vestito dormì sino al mattino profondamente. È rimasto in letto fin quasi a mezzogiorno e poi si è levato. Stamane è depresso, mortificato, dispiacentissimo dell'accaduto. Ha un pallido ricordo di quello che ha fatto e non sa con certezza precisare la quantità di vino bevuto nel Manicomio e fuori.

All'infuori di questi episodi, il T. ha mantenu-

to sempre nello Stabilimento un contegno corretto, tranquillo. Quasi sempre a tali accessi ha preceduto un leggero grado di eccitamento, che si rilevava particolarmente col desiderio vivo di uscire dal Manicomio. Difatti, allorchando era completamente sereno, non faceva alcuna dimanda di essere dimesso o mandato a passeggio, ed anzi assai di sovente rinunciava alla uscita settimanale per evitare, come egli diceva, di bere, e per svezarsi in modo definitivo dall'uso del vino o dei liquori. Quasi ogni volta che rapidamente cangiò di proponimento e ottenne per forza di preghiera e d'insistenza di uscire, egli cadde in uno dei sopradescritti accessi.

Dall'ultimo episodio, avvenuto il 27 marzo 1893, il T. non presentò più nulla di morboso, non ebbe più accessi e fu quindi, a titolo di prova, dimesso dal Manicomio il 6 Gennaio 1894.

Di nuovo, libero in mezzo alla società, egli si è trovato nella più cruda lotta per l'esistenza. In famiglia fu accolto di buon grado, ma l'estrema miseria di questa non gli permise di rimanervi a lungo. Cercò da tutte parti lavoro di tappezziere, ma invano. Finalmente si unì, nella qualità di suonatore, ad una compagnia di saltimbanchi, con i quali menò vita randagia, faticosa, il più spesso fra i disagi e la miseria. Durante questo tempo, forse nei momenti sconsolanti e più dolorosi, egli è ricorso, come tante altre vittime dell'alcool, a questo veleno confortante, che attutisce la fame e nell'ebbrezza fa dimenticare i patimenti e l'aspra lotta per il vivere. Egli ha bevuto e bevuto molto, ma giammai è caduto in accessi di eccitamento o furore, giammai è diventato minaccioso e dall'abuso dell'alcool, e dopo abbondanti libazioni, egli non ha risentito che stanchezza, sonno, confusione della mente e a volte dolore di capo. Sbornie dunque innocenti, senza rumore nè pericolo di alcuno.

Ora è tornato a Ferrara, lavora da tappezziere, ha preso moglie, forse per vedere se la miseria divisa è meno opprimente, beve del vino giornalmente in modo moderato, e di più, quando ha denari, è tranquillissimo e buono.

Esame fisico. L'infermo è di bassa statura, di costituzione fisica robusta, d'aspetto piuttosto simpatico. Ha l'occhio vivo, intelligente, la parola facile e spedita, il fare disinvolto e gentile.

All'esame craniometrico si ebbero i seguenti risultati:

Diametro antero-posteriore . . .	mm. 180
• biparietale massimo . . .	• 150
• frontale minimo . . .	• 110
• frontale massimo . . .	• 130
• bizigomatico . . .	• 105
• bigonion . . .	• 100
Curva antero-posteriore . . .	• 320
• biauricolare . . .	• 370
Circonferenza totale . . .	• 530
Somma delle 3 curve principali . . .	• 1220
Semicurva anteriore . . .	• 290

posteriore . . . . .	240
Altezza del naso . . . . .	46
Angolo facciale dello Ja c q u a r t . . . . .	72
Indice cefalico . . . . .	83. 33

Da tali misure risulta che il cranio è subbrachicefalo. Il cranio è di forma regolare, simmetrica, con bozze parietali bene sviluppate, con apofisi mastoidee piuttosto lunghe e grosse. I capelli, di color castagno scuro, sono lisci, mediocrementefolti e bene impiantati. La fronte è alta, spaziosa. Le arcate sopraccigliari bene delineate, i sopraccigli folti e riuniti nel mezzo della radice del naso. Le ciglia lunghe e spesse; palpebre con rima normale. Bulbi oculari di mediocre ampiezza, non sporgenti. Iride bruna a colorito uniforme. Faccia leggermente asimmetrica; setto nasale deviato a destra. Denti sani: arcate dentarie a forma di ferro di cavallo: volta palatina poco profonda. Mandibola normale. Peli del viso folti e bene impiantati. Orecchi ben conformati, a padiglione piuttosto grande. Sistema scheletrico generale fisiologico. Masse muscolari bene sviluppate. Pannicolo adiposo abbondante. La pelle, rosea nel viso, è bianca nel rimanente del corpo, coperta da molti peli, perfettamente elastica. Sistema glandolare normale. Organi genitali normali.

La motilità è perfettamente integra.

La sensibilità nei suoi diversi aspetti è ovunque normale. Così pure normale il senso muscolare.

La vista è buona: l'olfatto ed il gusto normali. L'udito appare considerevolmente diminuito, giacchè l'infermo a destra avverte il battito dell'orologio solo allorché è avvicinato a qualche millimetro dall'orecchio, a sinistra lo percepisce alla distanza di 20 centimetri.

Riflessi cutanei normali. Riflessi tendinei un po' indeboliti, specialmente il patellare. Riflesso pupillare e potere di accomodazione integri. Algometria pupillare normale.

Torace ampio, di forma quadrata. Escursioni respiratorie in numero di 20 al minuto primo, simmetriche, ampie, a tipo costo-addominale. Alla palpazione percussione ed ascoltazione nulla si rileva di anormale nell'ambito dei polmoni. Itto cardiaco non visibile: cuore perfettamente sano all'ascoltazione con aia cardiaca leggermente aumentata nella sezione sinistra. Pulsazioni 80 al minuto primo. Ventre a forma regolare.

Stomaco leggermente dilatato. Fegato e milza in confini fisiologici.

Esame psichico. Dalla storia che abbiamo redatta si può in parte formarsi un concetto delle condizioni psichiche del T. Egli ha intelligenza bene sviluppata, facile e pronta appercezione. La ideazione nel contenuto e nel corso è normale, eccettuati i pochi e fugaci periodi in cui appare qualche concetto a colorito melanconico. Non ha mai avuto disturbi psico-sensoriali. Attenzione pronta e duratura: memoria discretamente sviluppata. Il carattere morale, nel tempo che è rimasto nel nostro Stabilimento, si è sempre mostrato buono e quieto. Gli af-

fetti vivaci: i sentimenti etici, data l'educazione e l'ambiente dove ha trascorso la vita, bene sviluppati. Istinto sessuale non esagerato.

G. P. degli Esposti, d'anni 72, di Ferrara, fu qui ammesso il giorno 8 dicembre 1859 perchè lipemaniaco. Prima di questo tempo la vita del G. si svolse in modo normale. Rimase nel Manicomio poco tempo e ne sortì, assai migliorato, il 16 gennaio 1860. Ma, non appena fuori, si è dato insieme a compagni un po' allegri all'uso, anzi all'abuso degli alcoolici (cosa che giammai aveva compiuto per lo passato), è tornato melanconico, ha tentato al suicidio e, in seguito a ciò, è stato ricondotto e riammesso nel nostro Manicomio il 25 gennaio 1860. Quivi è rimasto fino al 7 Marzo 1865. Il contegno, presentato dal G. nel corso di questi cinque anni, si può riassumere in brevi parole: ordinariamente quieto, rispettoso, laboriosissimo: di quando in quando melanconico, concentrato, apatico: a volte eccitato, loquace ed anche inquieto ed irrequieto, da doverlo sottoporre ai mezzi coercitivi. In questi periodi di eccitamento il G. mostrava una tendenza spiccatissima agli alcoolici, che cercava procurarsi in tutti i modi e con le più fini astuzie. Quando riusciva a procurarseli in discreta quantità e diventava ebbro, aumentava nell'eccitamento e nella loquacità, ma giammai dava alcun segno di pericolosità.

È rimasto fuori 7 anni, disimpegnando qua e là le funzioni di domestico e comportandosi correttamente. In sul finire di questo tempo un romanzo d'amore poco felice venne a turbare la sua mente, lo fece ricadere in uno stato di melanconia e lo ricondusse al Manicomio, dove fu accolto il 27 Ottobre 1872. Da allora non ne è più uscito e non ne uscirà di certo. Per molto tempo ha presentato periodici accessi di depressione e di eccitamento ed una volta è caduto in uno stato di vero e proprio stupore. Da qualche anno è sempre tranquillo, molto laborioso, piuttosto loquace e maldicente. La tendenza al vino ed agli alcoolici d'ogni specie, dapprima accessuale in lui, ora è diventata addirittura permanente. L'attiva e diligente sorveglianza a cui è sottoposto non gli permette di averne che quel tanto che suole darsi ai malati poveri; però egli non rifugge da qualsiasi mezzo per procurarselo, e a volta ci è riuscito, sorprendendo la buona o la mala fede di qualche infermiere. Ma questo è accaduto assai di rado e non ha prodotto in lui accessi nè di agitazione nè altro, ma soltanto gli effetti che comunemente sogliono seguire nella ubriachezza inoffensiva. Codesta tendenza ai liquori spiritosi è in lui così dominante e ossessiva, che, per berne, l'ha condotto persino ad ingerire l'alcool in cui erano immersi pezzi anatomici, l'acqua di Felsina ecc., mostrando così la più profonda degenerazione del senso gustativo.

Esame fisico. L'infermo è di statura medio-



cre, di costituzione fisica abbastanza robusta. È d'aspetto non troppo simpatico, è volgarmente faceto, loquace, maldicente. Ha l'occhio vivo, malizioso, mobilissimo.

Dall'esame craniometrico si ebbero i seguenti dati:

Diametro antero posteriore	mm.	180
» biparietale massimo	»	160
» frontale minimo	»	100
» frontale massimo	»	120
» bizigomatico	»	125
» biauricolare	»	130
» bigonion	»	105
Curva antero-posteriore	»	315
» biauricolare	»	370
Circonferenza totale	»	540
Somma delle 3 curve principali	»	1225
Semicurva anteriore	»	290
» posteriore	»	250
Altezza del naso	»	50
Angolo facciale dello Jacquart	»	78
Indice cefalico		88.88

Il cranio quindi è brachicefalo. Il cranio è di forma abbastanza regolare, con leggera platicefalia, con bozze parietali bene sviluppate, con apofisi mastoidee giuste, con l'inion molto sporgente. I capelli, tutti bianchi, sono bene impiantati, lisci e, data l'età dell'infermo (anni 72), abbastanza folti. La fronte è alta, spaziosa. Le arcate sopraccigliari poco rilevate, i sopraccigli sottili, le ciglia corte e rade. Bulbi oculari di giusta ampiezza, non sporgenti. Iride cilestre, uniforme nel colore. Faccia asimmetrica per minore sviluppo della metà destra: setto nasale deviato a sinistra. Denti in gran parte cariati: molti mancano. Anche nell'età giovane l'infermo ebbe una dentatura poco felice. Volta palatina alta: arcate dentarie ad apertura ampia. Barba e baffi mediocrementemente folti. Orecchi di conformazione regolare, ma con padiglione molto sviluppato. Sistema scheletrico generale normale. Masse muscolari sottili. Pannicolo adiposo scarso. Pelle di tutto il corpo sottile, bianca, poco elastica. Sistema glandolare normale. Organi genitali sani.

Motilità regolare. Sensibilità, nelle sue diverse forme, e senso muscolare normali. Vista, olfatto, gusto, udito perfettamente sani.

Riflessi cutanei e tendinei, riflesso pupillare, potere di accomodazione della pupilla fisiologici. Alcometria pupillare normale.

Torace poco ampio. Nel sistema polmonare nulla di anormale. Escursioni respiratorie ventuno al minuto primo. Icto cardiaco poco visibile: aia cardiaca leggermente aumentata nella sezione sinistra. Alla punta, primo tono oscuro, secondo tono leggermente accentuato. Nel focolaio della polmonare e della tricuspide, primo tono poco netto, secondo chiaro e forte. Al focolaio dell'aorta primo tono oscuro, secondo tono cupo, forte, aspro. Pulsazioni 85 al minuto primo, dure, poco compressibili. Ar-

teria temporale ateromatosa. Ventre a forma regolare. Stomaco leggermente ingrandito; milza e fegato in limiti fisiologici.

Esame psichico. L'infermo ha intelligenza poco sviluppata, l'ideazione povera, ma normale nel contenuto e nel corso, attenzione poco costante. Volontà debole. Sentimenti etici ottusi. Carattere tranquillo. Dalla storia del G. possono attingersi dati maggiori per formarsi un concetto più esatto sulla personalità dell'infermo.

Consideriamo brevemente i due casi. Nel primo grava degenerazione ereditaria: madre e zio pazzi. La malattia s'inizia a 17 anni con un accesso dipsomaniaco furioso, per il quale fu quasi sul punto di uccidere il padre: negli 11 anni della sua vita Manicomiale l'impulsione infrenabile al bere si è verificata sempre accessualmente, con ritorno piuttosto raro, susseguito da scoppi violenti di agitazione, dalla vera *ferocitas ebriosa*. Ma questa agitazione, nella prima volta veramente grave e pericolosa, si è andata a grado a grado attenuando ed ha finito per cedere il posto a quei fenomeni di alcoolismo acuto a carattere inoffensivo, che sogliono osservarsi nella maggior parte degli ubriachi. Mentre in sulle prime bastava anche minima quantità di alcool per produrre la reazione parossistica di eccitamento o di furore, in seguito è andata progressivamente scemando codesta intolleranza, fino, come è per il presente, a scomparire del tutto. La vita randagia, disagiata del T., dopo la sua ultima uscita dal Manicomio, ha offerto a lui numerose occasioni per cimentarsi con l'alcool senza conseguenti effetti nocivi.

L'impulsione al bere si è sempre in lui presentata in modo tanto prepotente, da soggiogare completamente la sua volontà, offuscando del tutto il suo senso morale, che negli intervalli sani appariva fisiologicamente sviluppato. Tale impulsione fu sempre in lui preceduta da un periodo più o meno breve, spesso brevissimo, di eccitamento, giammai da depressione melanconica o da altri fenomeni. Qui la diagnosi di dipsomania periodica si impone senza esitanza. Ricordando le descrizioni, da me riferite nelle prime pagine, non si può nudrire dubbi in proposito. V'ha lo scoppio impulsivo dell'accesso, v'ha l'accessuale abbruttimento etico, v'ha la grave labe ereditaria, cui speciale importanza dette Magnan e dopo di lui Legrain, Monin ecc. Ma v'ha in questo caso qualche cosa che lo differenzia dagli altri, un qualche cosa però abbastanza importante per autorizzare a dire che:

il quadro sintomatico della dipsomania non è ancora bene definito e che non si è ancora detta l'ultima parola su codesta forma morbosa.

Esaminiamo innanzi tutto l'accesso. Questo poco si differenzia nel suo aspetto clinico dalle descrizioni classiche. Però si differenzia nel carattere del periodo prodromico: Magnan, Légrain, Monin asserirono che l'accesso è preceduto da depressione melanconica, ansia precordiale, insonnia, anoressia ecc. Nel T. nulla di tutto questo, ma invece quasi costantemente un periodo di eccitamento a volte così fugace da sfuggire all'osservazione. Magnan e poi Légrain, più particolarmente, hanno asserito che durante l'accesso v'ha integrità della coscienza. Nel T. si è verificato sempre precisamente il contrario: la amnesia assoluta di ciò che egli in quei dolorosi parossismi compieva è già una prova abbastanza evidente. Io mi permetto di dubitare su codesta integrità di coscienza osservata dai predetti Autori: forse si tratta di *coscienza apparente*, per la quale un individuo sembra che agisca con libertà e integrità ideativa, solo perchè la successione degli atti che compie è, quantunque grossolanamente, logica. Non è nuovo questo fatto in Psichiatria, anzi è molto vecchio. Negli equivalenti psichici dell'epilessia, nell'automatismo ambulatorio non si ha il più delle volte tale apparenza di coscienza, da fare ancora corrugare la fronte, fra lo sdegno e la sorpresa, ad alcuni giureconsulti dinanzi alle perizie psichiatriche, che sostengono, appunto in base all'acoscienza e alla frequente amnesia consecutiva, la irresponsabilità?

Non è il caso di riferire esempi, giacchè il lettore, che scorrerà questo mio scritto, ne possederà di certo, nel suo patrimonio mnemonico, a dovizia. Il completo cangiamento di carattere, l'anestesia morale, che negli accessi si stabilisce, provano anch'essi in qualche modo l'abolizione, l'obnubilamento di quella coscienza abituale, che in condizioni fisiologiche, in molti di questi malati, ha gli attributi ordinari del senso etico normalmente sviluppato. Ed in questi casi l'impulsione è per il bere, non certo per quei diversi fenomeni (omicidio, furto, vagabondaggio), che al bere susseguono. Data la labilità particolare, degenerativa dei cervelli di questi disgraziati dipsomani, non è improbabile che l'alcool, che a certe dosi può provocare il quadro caratteristico dell'epilessia volgare convulsiva, provochi invece in essi il determinarsi di un accesso psichico, simile per molti fatti all'equivalente epilettico, con lo scoppio violento, a

volte feroce, con l'oscuramento della coscienza e con l'amnesia consecutiva.

V'ha un altro fatto molto importante da rilevare e che io trovo solamente accennato nella perizia del prof. Tamburini. Vale a dire la accentuata idiosincrasia per l'alcool, idiosincrasia che, nel mio malato, si palesava in sulle prime anche per piccolissime quantità di questo liquido. E qui sorge un dubbio. Molti di codesti dipsomani, intendendo con la parola dipsomania non la semplice impulsiva tendenza al bere, ma anche quel complesso quadro sintomatico, che all'ingestione dell'alcool segue, non potrebbero essere dei puri, dei semplici idiosincrasici? Nel T. infatti la mania del bere ha persistito, forse in grado meno accentuato, sino agli ultimi tempi di sua dimora nel Manicomio e, si può dire, considerati gli eccessi, cui spesso presentemente si abbandona, esiste ancora: è la idiosincrasia che prima si è affievolita ed è poi scomparsa, tanto da permettere l'ingestione di abbondante alcool, senza alcun fenomeno reattivo a carattere pericoloso, criminoso o pazzesco. Molti se ne conoscono di bevitori impenitenti, cui la mania per l'alcool conduce alla più grave degenerazione fisica e psichica, che presentano una tendenza, superiore alla loro volontà, pel vino o per i liquori: ma l'alcool non produce in essi alterazioni psichiche acute, a carattere antisociale, per cui possano giungere sotto l'osservazione del medico, e nessuno pensa invero a battezzarli per dipsomani. E la tendenza all'alcool è pure in essi impulsiva, prepotente, capace di soggiogare qualsiasi proponimento (e di solito ne fanno molti) buono, qualsiasi decisione di romperla coll'uso di questo veleno inebriante. Se io anzi m'induco a dichiarare guarito il T. si è non perchè mai più egli ha presentato accessi simili a quelli di cui fu vittima nel Manicomio e nel tempo precedente la sua ammissione, e che possono ricorrere anche a grande distanza, ma unicamente perchè mi ha impressionato questo fatto: la cessazione della idiosincrasia per la quale al T. è ora permesso di bere e di bere molto senza alcun pericolo per sè e per gli altri.

Ho atteso due anni e 10 mesi per pronunciare con coscienza scientifica la parola guarigione e per asserire con molta probabilità, che la idiosincrasia era scomparsa e che questa, più che l'idea impulsiva, aveva reso dipsomane il T. E tal guarigione, indipendentemente da qualsiasi concetto e in qualunque modo la si voglia interpretare e considerare ha un valore, special-

mente per il fatto che fino ad ora (Monin, Kraepelin ecc.) la dipsomania fu considerata inguaribile o quasi. Se si tien conto che il T. non fu sottoposto ad alcuna cura speciale, all'infuori della lunga reclusione nel Manicomio e della soppressione presso che assoluta dell'alcool, si può dire, che, meglio di tutti gli innumerevoli mezzi terapeutici (stricnina, oppio, bromuri, arsenico ecc.), additati senza successo per la guarigione della dipsomania, l'isolamento prolungato per anni in uno Stabilimento adatto e la limitazione notevole nel quotidiano uso degli alcoolici rappresentano i più sicuri od i meno fallaci sistemi di cura.

Ed ora poche parole sul secondo caso. Anche questo offre particolare interesse. Qui la dipsomania si è stabilita tardi nell'infermo, all'età di 35 anni, e consecutivamente ad una forma lipemaniaca. Dapprima poco accentuata, si è fatta a grado a grado più intensa nella sua impulsività ed è diventata alla fine continua.

Il nostro infermo in ogni giorno e in ogni ora del giorno ha bisogno dell'alcool e volge in mente progetti e astuzie per poterselo in qualche modo procurare. Ed è tanto prepotente siffatto bisogno, che egli, per soddisfarlo è sceso, come abbiamo scritto nella istoria, insino a bere, non so con quanta voluttà gustativa, l'alcool in cui erano immersi pezzi di cervello di un cadavere umano. Gli accessi, anche nel G., sono stati sempre preceduti le prime volte da un periodo di eccitamento: ad essi non ha seguito una reazione psichica a carattere pericoloso, ma tale però da cangiar completamente in aggressiva, spavalda la natura ordinariamente tranquilla e mite dell'infermo e da oscurare completamente la sua coscienza, per modo che mai è rimasto nella sua mente il ricordo delle azioni nel parossismo alcoolico commesse.

Di lui non possediamo notizie sulla sua eredità psichica poichè è un esposto: ma intanto basta ciò per ammettere che la sua origine ha avuto sviluppo in un ambiente, da genitori, e in circostanze atte a dar vita ad un degenerato.

Anche qui v'ha la idiosincrasia, per la persistenza della quale non si è avuta la guarigione. Anzi il G. ha, specialmente ora, il carattere del beone volgare e comune, e se ne differenzia solo perchè l'uso dell'alcool gli fa commettere una serie di azioni inconsulte, strane, pazzesche. Il che viene in qualche modo a confortare quanto a proposito del T. noi abbiamo più sopra espresso. Anche in lui esiste abolizione completa della coscienza e amnesia con-

secutiva. Che egli ora sia un dipsomane non v'ha alcun dubbio, come non v'ha dubbio che alla dipsomania, vale a dire alla tendenza invincibile al bere, si aggiunge la idiosincrasia per l'alcool, la quale completa il quadro o per meglio dire, secondo il mio avviso, dà il colorito e la tinta al quadro, che forse altrimenti sarebbe passato inosservato. Tale forma si è stabilita in lui in seguito ad una altra psicosi, la melanconia, e par logico chiamarla con l'appellativo di secondaria, così come si parla di demenza secondaria ed alcuni ancora parlano di paranoia secondaria. La lipemania a carattere grave, che egli ha avuto, forse può considerarsi quale la causa determinante, la quale, su un cervello ereditariamente debole, ha creato quella certabilità che riesce a un tempo terreno propizio per il sorgere della impulsione (dipsomania propriamente detta) e per lo stabilirsi della intolleranza idiosincrasica di fronte all'uso dell'alcool.

Questo caso il Legrain, stando al quadro che ne traccia, l'avrebbe al certo compreso nella rubrica della *tendenza dipsomaniaca*, come egli noma. Forma o meglio tendenza, per essere ligi alla frase dal Legrain adoperata, che si distinguerebbe innanzi tutto, secondo l'A, dalla dipsomania pura per la ragione che in quest'ultima s'avrebbe coscienza conservata e nell'altra invece acoscienza. Ma sta il fatto che ciò non è o almeno in tutti casi non si verifica, per modo da elevare questo fenomeno, anche se possibile a verificarsi, alla dignità di sintoma differenziale. Nel T. invero, nel quale senza dubbio si aveva a fare con dipsomania pura, classica, v'era assoluta perdita di coscienza, così come in questo secondo caso.

Io non vedo poi la ragione di chiamare, con la parola poco definita, tendenza una forma morbosa che è assai ben definita e solo perchè, invece di rivestire il carattere schiettamente periodico, si presenta continua e rade volte accessuale. Come vi ha una mania ed una melanconia periodica ed una cronica, mi pare al tutto naturale che vi possa essere una dipsomania periodica ed una dipsomania cronica. Anche questa suole, come è avvenuto nel G., presentarsi dapprima col carattere periodico e poscia diventa continua. Ma questo è un fatto ovvio per chi ha seguito a lungo le istorie degli infermi di psicosi periodiche. In siffatte forme morbose, col correre degli anni e coll'addensarsi degli effetti nocivi sul cervello, per il ripetersi degli accessi, i periodi man mano più brevi si rendono finchè scompaiono le distanze fra l'uno e l'altro e di-

vengono assolutamente inapprezzabili. Così avviene per la mania periodica, per la melanconia periodica ecc.

Riassumendo la disamina di questi due casi e le considerazioni che vi ho fatto seguire, ne risulta: 1. che la dipsomania periodica o cronica non è sempre preceduta da depressione melanconica (Magnan ecc.), ma anche da stati di eccitamento; 2. che la origine prima e forse principale, in cui si integra la dipsomania, è una intolleranza idiosincrasica per l'alcool; 3. che nella dipsomania periodica, come nella cronica, v'ha, a volte e forse sempre, acoscienza e che la presenza o no di questo fenomeno non può elevarsi, come asserì il Legrain a sintoma differenziale fra le due forme; 4. che la tendenza dipsomaniaca, come la chiama Legrain, è già per sè stessa così ben definita, da toglierle il nome vago di tendenza e darle invece quello più adatto di dipsomania cronica, alla stessa guisa che si distinse una mania ed una melanconia periodica ed una cronica ecc.; 5. che la guarigione non è poi fatto così raro, come alcuni vorrebbero, e che probabilmente è, più che ad ogni altra cosa, legata alla scomparsa della idiosincrasia per l'alcool; 6. che i mezzi migliori di cura sono: l'isolamento prolungato dell'infermo e la prolungata limitazione o meglio soppressione dell'alcool.

Ragionando su i due casi, da me riferiti, giunsi a queste conclusioni che mi apparvero sufficienti per dar mano alla pubblicazione di questo studio clinico.

L. CAPPELLETTI

## Un caso di Paranoia

Non si può negare che esista una vera e propria « questione della paranoia » una « *Paranoiafrage* » come dicono già da molti anni i Tedeschi. Se la paranoia passi a demenza, se questa non sia demenza vera e propria, ma senilità precoce, e in ogni caso perchè la paranoia passi in genere così tardi e difficilmente a demenza; se la paranoia presupponga un difetto intellettuale, e se questo sia piuttosto anomalia o debolezza; se la paranoia sia realmente sempre una forma mentale degenerativa, ed esistano paranoie originarie, tardive, acute, secondarie, etc., sono tutti problemi oggi fra i più dibattuti in psichiatria, e che at-

tendono una soluzione. Non pochi di tali quesiti vengono in verità discussi a lungo perchè posti male: e sono sovente posti male i quesiti perchè il significato delle parole non è lo stesso per tutti: donde dottrine male sostenute dagli uni e male combattute dagli altri.

L'analisi clinica potrà sola diradare a poco a poco queste nebbie.

Fra i numerosi e interessantissimi casi di paranoia esistenti ora nel nostro Manicomio, ne scelgo per il momento uno, che, per la relativa semplicità del sistema delirante e la evoluzione relativamente rapida della sindrome, si presta a portare in alcuni punti del vasto problema della paranoia, se non molta luce, certo almeno un contributo di fatti, che, per quanto pochi, sono però molto chiari e non senza importanza.

A namnesi. La vita della Signora V. M. C., nata in quel di Comacchio il 1851, non è ben conosciuta in tutti i suoi particolari. Il padre è morto di cirrosi epatica; la madre soffriva di convulsioni, pare, isteriche; una sorella dice di essere nervosa ed è strabica dall'infanzia. La nostra inferma ricevette una mediocre istruzione e fece per alcuni anni la maestra. Nella sua gioventù godette complessivamente buona salute: i parenti dicono che era solo un po' nervosa, che ogni tanto rimaneva molti giorni a letto, sempre per il nervoso: non si riesce a sapere di più. La M. V. si maritò a 22 anni ed ebbe nove gravidanze, condotte a termine felicemente. In uno dei puerperi, non si sa con esattezza quale, cominciò a dar segni di pazzia, ma abbastanza lievi per non rendere necessaria la chiusura della puerpera in un manicomio. La morte di un figlio cominciò a turbarla profondamente, e diede occasione a che certi dissapori, sorti fin dai primi anni di matrimonio, col marito, si accentuassero notevolmente. Essa arrivò ad accusare il proprio compagno di essere la causa della morte del figlio. La M. V. non volle da allora più dormire nella stessa stanza con lui, « e quindi » nota il medico di casa, commentando le informazioni con che egli la inviò al manicomio, « e quindi » di il coito per questa donna, ad esso molto portata, fu assai deficiente con iscapito del suo sistema nervoso. » Affermazione, che ad altri potrà sembrare una comica ingenuità, ma che non è priva di valore, sotto qualunque punto la si consideri. La Signora M. V. C. cominciò, ritirata e solitaria, e pur curando i suoi cinque figliuoli, a vivere di una vita assai strana ed assolutamente anormale. I suoi discorsi e i suoi atteggiamenti davano manifestamente a vedere che essa era in preda ad allucinazioni. La notte era sorvegliata, e

si vedeva e si sentiva discorrere animatamente; ed ella stessa a poco a poco cominciò a parlare di visite notturne, e veglie, e conversazioni con illustri personaggi, coi quali diceva di avere rapporti sessuali. Tali fatti, eccitando in lei il sentimento di sè e la diffidenza degli altri, gradatamente, nel contegno e nelle relazioni con parenti ed amici, divenne insopportabile, e trascorse ad ingiurie e minacce, anche verso persone, che appena conosceva di vista. Tutto questo ebbe per conseguenza la sua chiusura nel manicomio, nell'estate del 1892.

Non appena si fu ella avvezata all'ambiente, e addimesticata con le persone del luogo, che cominciò a parlare e a scrivere su relazioni e parentele sue altolocate, e matrimoni cospicui consumati, e figli numerosi dati alla luce, e a lei rubati poi da nemici noti ed ignoti.

*Settembre 1892.* La Signora V. M. in C. scrive due lettere ad un signore suo conterraneo, che ella chiama sempre « mio amato e desiderato sposo », e gli comunica una lietissima novella « Ho riconosciuto qui in uno dei dottori e in una delle infermiere quei due nostri figli.... che ci furono rapiti e nascosti....: figurati la mia gioia.... » Aggiunge « Mi trovo essere incinta di cinque mesi, tu sai. » Firmato sempre « tua moglie V. » Nelle lettere dirette a questo signore, a noi ignoto, accade di trovare i nomi dei figliuoli della paziente, e sono designati come « quei cinque fra i nostri figli, che furono dati ad allevare in casa C. »

*Ottobre 1892.* Comincia a introdurre nei suoi discorsi e nei suoi scritti i nomi dei componenti la Casa di Savoia: pare essa abbia una certa parentela con Napoleone III e si firma « V. di Vittorio Emanuele »; talvolta mette tra parentesi il suo cognome (M.) V.; e nell'indirizzo delle lettere a quel signore, il marito del suo delirio, unisce il titolo di Sabauda, o Principe Sabauda.

*Novembre 1892.* Ebbe qualche accesso di emicrania, e poi un periodo, di quattro giorni (mestruazioni), in cui fu melanconica, non espresse che raramente le sue idee deliranti, voleva andare a casa per rivedere i suoi bambini.

Ha in questo mese una lettera « al Maresciallo dei RR. Carabinieri » in cui domanda i documenti, « onde qui non mi si possa smentire di essere la figlia di Vittorio Emanuele e di Maria Luisa di Napoleone.. » Anche in una lettera ad una sua amica, si firma (M) V. di Maria Luisa. Del vero suo marito C. dice male: lo chiama « l'infingardo » e lo crea capo di una setta; dalla quale si crede perseguitata.

*Dicembre 1892.* In una lettera a uno dei dottori del manicomio (suo figlio) dice, « Se lei mai dubitasse di essere mio, appunto per essermi messa nelle mani di un villico quale é C. (il nome del marito vero); fu che lui stesso, sotto altro aspetto salendo una finestra in casa B., nuovamente mi rese madre; abbandonandomi nuovamente per non vederlo mai più; ecco o sig. Dott. quale fu la cau-

sa che mi gettai a dirittura nel fango, e così pensando che costui tenendomi fra i più crudi perigli potessi presto dare fine ai miei giorni.... Tanti saluti dallo zio Don Pedro del Brasille.... ». In una lettera all'Arciprete del suo paese comincia « Come avrete appreso dalla mia cifrata della scorsa settimana... » e racconta: « nella notte, dal 19 al 20 Gennaio 1892, diedi alla luce una bambina la quale mi fu rapita appena nata per non vederla mai più. »

Ormai le sue idee sono nette e precise; le sue convinzioni sono assolute: ha avuto in tutto ventidue figli: è moglie del sig. N. N.; figlia di Vittorio Emanuele e quindi sorella di Re Umberto, ecc.... Tutto ciò è abbastanza bene organizzato e non subisce mutamenti per un periodo di tempo abbastanza lungo. Le idee di persecuzione si mescolano sempre ai suoi ragionamenti: essa è trattata nel manicomio per causa di questo o di quello; le sue mirabili toilettes le sono state rubate dalla Signora Guardarobiera. Di quando in quando inveisce contro le compagne così da rendere necessari per lei anche i mezzi coercitivi (Gennaio 1893). Si scaglia talvolta poi anche contro la famiglia reale, che non si occupa abbastanza di lei. Una signora dozzinante nel nostro manicomio è ritenuta dalla M. V. sua speciale nemica, e in parecchie lettere ne parla (Marzo, Giugno 1893). « So quello che essa ha giurato di farmi e temo di divenir cieca per le sue mani.... Essa si finge malata e pazza durante il giorno, per poi tormentarmi tutta la notte con le sue stregonerie. »

*Luglio 1893.* Si sente « ben certa di essere nuovamente incinta » e teme che la sua nemica le rubi il bambino. Negli ultimi mesi del 93 si mostrò eccitata non poco. Allucinazioni uditive e genitali la tenevano sempre in uno stato di esaltamento e di irrequietudine; e gridava e minacciava, sì, che più volte si dovette assicurarla, e poi alloggiarla definitivamente in una cella da sola. Quando vedeva le sue sorelle o i suoi figli, unici parenti che si permise la visitassero, faceva loro festa, ma, sempre conseguente nel suo delirio, li trattava con decorosa convenienza e parlava loro delle alte parentele comuni. Per il Natale 1893 scrisse delle lettere affettuosissime, e in una, ad una sua amica, si firmò soltanto col proprio nome e cognome V. M.

*Febbraio 1894.* Ha una lettera diretta: « All'On. Sig. P. del M. P. F. S. P. M. » (All' on. sig. Presidente del Manicomio Prov. Ferrara. Sue proprie mani), in cui domanda il suo riconoscimento e la sua liberazione.

*Aprile 1894.* Lettera al Maresciallo dei Carabinieri: « Mi si rubano i terreni d'accordo fra la setta dei pessimisti, che ho in casa col nome di C. (il nome del marito suo vero) e i signori della banca romana.... Ora sto per dare alla luce un altro bambino col volgere del presente Aprile. Lei signore non potrà comprendere come si possa

dare simil cosa; sono tanti i martiri che mi si fa, che la sapienza di dio sa confondere la mente ai filosofi e dottori che qui sono. » Un'altra setta di cui va parlando è « la setta della mano nera », incaricata di perseguirla per opera delle sue rivali. In una lettera al solito dottore del manicomio, che essa ritiene suo figlio, dice: « Non m'importa più di voi che mi tenete qui dentro per compromettermi. Siate figlio di chi vi piace, a me è lo stesso... » e si firma « (M) V. conosciuta come volete. »

*Maggio 1894.* In una lettera all'Amministratore del manicomio dice: « Conosco che qui tutto è colto da un culto, forse per mettermi coi figli sotto la setta della mano nera... » In una lettera al suo presunto marito sig. N. N. comincia: « Essendo io qui molto contenta della suprema soddisfazione che mi dai ogni notte di averti presso di me e di vedermi da te riamata col più entusiasmo del fisico e corrisposta dal tuo amabile cuore con quei palpiti che l'ansietà dell'amore portato fin da quel trasporto di affetto che in sen ti ha sempre organizzato per me; per rendermi madre di tanti figli... » È una prova di ben persistenti allucinazioni. Nella stessa lettera dice che parlerà con Umberto (il re) perchè dispensi dalla leva militare un loro figliuolo ventenne.

L'andamento della malattia di V. M. C. prosegue abbastanza uniforme: di quando in quando, e sempre più raramente, accessi di emicrania; irruenze impetuose di invettive, minacce; ma anche queste sempre più rare, insistendo essa più sulla sua alta posizione, che sui suoi persecutori. Vuol sempre leggere i giornali, nei quali trova naturalmente una infinità di notizie che la riguardano, non solo, ma che a poco a poco vanno prendendo una importanza non lieve e sempre più diretta nel suo delirio. Infatti la precisione con cui parlava delle sue condizioni comincia a non essere più così netta: la parentela sua non è più quella, i periodi delle sue lettere sono alquanto slegati e confusi; l'umore è più sereno: fisicamente benessere perfetto, ad eccezione di qualche fenomeno vasomotorio.

Prendiamo in esame alcuni brani di lettere scritte durante il 1895.

« Io sono stata sempre soccorsa dal sig. C. C. (il nome del figlio suo maggiore) e sue sorelle, che mi vengono a vedere in parlatorio; mi pare che basti di recaro disturbo al sig. C. C. L'avviso poi che dopo di averla abbracciata a casa del buon Sovrano Meneliche, più non ho visto la buona zia Margherita nemmeno il buon zio Umberto. Prego avvisare che sono passata per monza e anche per Roma Capitale senza più avere il bene di abbracciarli. Io spero che il zio Umberto sarà accompagnato dalla Croce di San Lazzaro di Savena e avrà aumentato il numero delle guardie, la mia zia mi ha promesso un bel regalo ma io non l'ho ancora

ricevuto.... » firmata « M. V. Debra Adamo. » In altra lettera dice: « Voi siete male informata. Ditelo pure anche a Vittorio Emanuele, perchè altre donne sono state sotto il mio nome ed io nel aprire il portone sensuale non era stata messa giù a Roma nera »... « Io voglio decidere in faccia ai signori della direzione che io sono la vera V. M. Neopetra, che ho sempre portato per primo nome Paolina M. di Giovanni e di Maria Teresa Sforza.. Tanti saluti a Umberto e alla zia Regina Margherita io so che hanno molto da fare e nulla spero e anche alla mia maestra Vittoria di Carlo Magno la quale è stata mia maestra. Essa si trova di Brunsvichi presso il governatore dove ci sono i prigionieri in Rocca che costeggia Repubblica America presso di Bruseles di Valdimaro.... Sono la ereditaria della Valle la padrona del fazzoletto delle lettere in oro Regina Paolina Neopetra figlia di Re Giovanni e della Maria Teresa dei Taleri. Io amo essere messa a casa sua, la mia mamma è in Affrica, dove io pure fui e in Oriente e in Terra Gabbia, che col sapol che Ella lo avuta fuori della belva. Tanti baci.... sono come sopra Paolina Debradamo. »

Lasciando da parte documenti numerosi presso a poco di questo genere e valore, arriviamo al 1896. Una lettera che essa scrive al Re Umberto il 29 Agosto di quest'anno, e che trascrivo in parte, darà un'idea delle condizioni del suo delirio: « Dopo di avere avuto l'incontro con lei a monza mi portai subito in Macedonia dalla zia Catterina, l'avisò che la principessa Elena non è figlia della zia Catterina Essa e le due minelle sono di Terra Gabbia Albania; L'avisò che io stessa le feci accompagnare di sopra perchè le società di roma nera non vogliono quei brutti sogetti. Dopo la visita subito passando di carcere in carcere fin in Italia adietro ai suoi ordini ho messo in libertà tutte le carceri..... » E più oltre nella stessa lettera: « Io le ho restituito i prigionieri, mi sono recata a Brusueless nella republica di Valdimaro ho vinto la sua sorella Vittoria e poi subito sono venuta a Cettine ho trovato la finta Ellena io le ho detto sul serio che assolutamente non voglio più che loro si prendono libertinaggio di entrare in casa mia. Mio padre ha consegnato all'Onorevole P. tutto l'ocorente per il mio prossimo matrimonio e sento che lui fa la parte di Giuda... »

Fino a tutto Ottobre 1896 nulla di notevole si è presentato nella storia della nostra inferma all'infuori delle quotidiane novità del suo delirio.

Stato presente. La Signora M. V. C. è una donna complessivamente bene conformata, di regolare costruzione: statura m. 1.55; grande apertura m. 1.60; pannicolo adiposo piuttosto abbondante. Per la sua età di 45 anni precisi, le forme sono assai ben conservate: seno piccolo non cascante; addome piano con segni scarsi di gravidanze pro-



gresse. Cute bianca, liscia, sparsa di sette od otto nei pigmentali; sistema pilifero scarso e nero alle ascelle e al pube. I capelli, brizzolati, sono pure assai scarsi, impiantati assai indietro sul fronte. Il cranio non presenta che una certa plagiocefalia posteriore destra e sembra alquanto basso. Fronte molto spaziosa; orecchie, naso, bocca, denti, tutti grandi, ma normali di forma. Fra le misurazioni ricordiamo: Diametro inion-glabellare 175; diametro trasverso massimo 150; grande circonferenza 520; curva longitudinale 320; curva biauricolare 315; altezza della faccia (gnation-nasion) 130; altezza della fronte 50; diametro bizigomatico 115; distanza mento-auricolare 125. Il bacino è molto grande, largo e di forme regolari; organi genitali esterni normali.

Sistema linfatico glandulare e circolazione cutanea nulla di anormale.

*Apparecchio respiratorio.* Torace ampio, perfetto; topografia e funzione polmonare in istato invariabilmente fisiologico: 16-18 respiri ritmici al minuto.

*Apparecchio circolatorio.* Cuore un po' grande; primo tono impuro, seguito da leggero rumore di soffio; secondo tono accentuato sulla polmonare. Polso piccolo ritmico della frequenza media di 75.

*Apparecchio digerente.* Lo stomaco arriva due centimetri sopra l'ombelico e incrocia a sinistra la decima costola; fegato e milza normali, forse leggermente piccoli. Le funzioni alvine sono un po' lente, ma del resto normali.

*Apparecchio urinario.* L'inferma urina piuttosto spesso e abbondantemente: l'urina è in generale limpida, e ad un esame grossolano, ma ripetuto, ha sempre mostrato composizione chimica normale.

*Apparecchio sessuale.* Le mestruazioni sono scarsissime e si vanno facendo sempre più rare; passano senza il minimo disturbo e quasi senza essere avvertite. Nessun'altra funzione manifestamente lesa nell'apparecchio sessuale; nessuna traccia di leucorrea.

*Organi dei sensi. Vista.* L'occhio è piuttosto piccolo, non molto mobile, di normale lucentezza e curvatura. I movimenti delle palpebre e dei bulbi sono un po' lenti, ma normali. I riflessi congiuntivale e corneale deboli; i riflessi pupillari così deboli che sembrano assenti; la pupilla è leggermente miotica. Buona la vista, perfetto il senso cromatico, lievemente ristretto il campo visivo.

*Udito.* L'orecchio, come si disse, è ben conformato, si potrebbe dire soltanto un poco più del normale incavata la fossa navicolare e alquanto stretto il meato. L'acutezza del senso acustico è forse inferiore alla media, ma non esce dai limiti fisiologici. Esiste un certo senso musicale elevato.

*Gusto e Odorato.* normali.

*Senso cutaneo. Sensibilità tattile.* La distribuzione topografica di questa sensibilità è alquanto anomala, presentando ad esempio, al compasso del

Weber, una finezza sul dorso maggiore, sulla superficie antero-interna delle cosce e sul petto minore di quello che è dato come media fisiologica. Dappertutto però l'ammalata distingue la natura della superficie che viene a contatto con la sua epidermide, e ne localizza con sufficiente precisione l'impressione.

*La sensibilità dolorifica* è leggermente ottusa: spesso e in tutte le parti del corpo non distingue la puntura del contatto; questa lieve ipoalgesia è un poco più accentuata negli arti inferiori.

*Sensibilità termica.* Molto delicata.

*Sensibilità di pressione.* Si avvertono le più piccole differenze avvertite dall'osservatore, il quale pigia con le proprie mani sugli arti e sul tronco della malata.

*Senso muscolare.* I movimenti passivi sono sentiti, pare con grande esattezza, uniformemente in tutte le articolazioni.

Nel giudicare delle differenze fra pesi l'inferma avverte in media press' a poco un ventesimo di differenza fra due pesi, sia posti sulle due mani contemporaneamente, sia sopra una o sopra ambedue successivamente: in quest'ultimo caso il numero degli errori è in verità di poco superiore. I movimenti attivi, la posizione delle parti del suo corpo e le proprietà stereognostiche degli oggetti sono riconosciuti, si può dire, normalmente.

*Riflessi.* Dei pupillari si è detto. Il faringeo è normale; deboli quelli del facciale; vivaci i superficiali in genere, massime gli addominali; quasi impercettibili quelli del tricipite e bicipite brachiali e i periosteî dell'ulna e del radio. Il riflesso patellare, esaminato più volte, si è sempre mostrato piuttosto debole, e così pure i plantari.

Nessun disturbo nella minzione e nella defecazione. Il tono muscolare è normale.

I riflessi vasomotori abbastanza pronti.

*Motilità.* I muscoli in riposo sono simmetrici; nello stato di funzione, e nella faccia e negli arti sono sinergici: in generale tutti i movimenti si compiono solo con una certa lentezza. Anche nei movimenti associati e coordinati non si trova nulla di anomalo.

L'*andatura* è regolare sotto tutti gli aspetti.

Il *linguaggio* è, per ciò che riguarda la pronuncia e l'articolazione delle parole, perfetto. Per quello che i mezzi d'indagine e l'osservazione diretta ce lo consentono, possiamo definire la M. V. rispetto alla dinamica interna del suo linguaggio, un tipo uditivo motore. La grammatica e la sintassi sono sufficientemente conservate nella loquela, assai poco negli scritti; la logica, vedi più innanzi nell'esame psichico.

L'*umore* della nostra malata da molto tempo è sempre sereno; ride facilmente, parla con confidenza, delle sue avventure e delle sue parentele, con tutte le pazze e le infermiere della sua sezione; gode di un sonno ristoratore tutte le notti, e, a

quanto essa afferma, non turbato che raramente da sogni. Il suo *contegno* è quindi, non solo corretto, ma gioviale; la sua mimica non è molto ricca, ma non ci si può trovar nulla di strano, di anomalo, o di morboso; portamento normale; nessuna particolarità nell'abbigliamento, che è semplicissimo. Lavora poco, legge volentieri e sempre ad alta voce. In complesso è buona, docile. I suoi *sentimenti* però sono in genere poco vivaci: non solo la sua emotività è scarsa, ma anche gli affetti sono assai tiepidi. Domanda di andare a casa come domanderebbe un giornale da leggere. I suoi figliuoli, anche attraverso al suo delirio, nei primi anni sempre le stavano fitti in mente: ora non più. Il sentimento religioso è in lei pochissimo sviluppato: non si è fatta nel manicomio nessuna amica, pur essendo socievole; e se qualche volta fu vista preferire la compagnia di una, ciò non è durato che due o tre giorni. L'istinto sessuale sembra quasi che ora in lei taccia; l'alterezza non comparisce punto negli atti, spesso nemmeno nei discorsi, i quali si riferiscono preferibilmente, talvolta ad assurde grandezze, spesso alla sua doppia personalità.

*Allucinazioni* noi non possiamo assicurare non se ne presentino. Veramente di loro non abbiamo prove manifeste, ma non possiamo nemmeno escludere che, o sogni, o vere allucinazioni (ipnagogiche?) entrino giornalmente come elementi del suo *delirio*. Il quale, ancora abbastanza sistematizzato, è però molto incoerente, e si aggira per il momento intorno al seguente concetto. Essa ha una maschera, mässale non si sa come e da chi, che la fa comparire la M. V. di 45 anni; in realtà essa ne ha 22, si chiama Paolina, non ha mai avuto figli, ed è fidanzata a un tal A. (col quale noi sappiamo certamente avere essa amoreggiato prima di maritarsi col C.). All'infuori di queste due idee, le quali pure spesso si confondono, e sulle quali a certe obiezioni non insiste nè resiste, tutto il resto varia da giorno a giorno, e nasce e sfuma con grande facilità. Noi l'abbiamo pregata (ottobre 1896) di scrivere separatamente le storie delle due persone che essa contiene e rappresenta. Vi si vede mescolanza di ricordi antichi e il nome suo e dei suoi parenti uniti a nomi letti nell'ultimo giornale. La storia prima, quella, secondo lei, della sua vera persona, cioè Paolina, comincia così: « Naqui in Siciglia di M. Giovanni Debbre Dadamo Re latino regnante in quel epoca a me sconosciuta. Sposò Maria Teresa dei Talari Regina dell'America di M. S. Gregorio (con le iniziali maiuscole indico i nomi veri di parenti, di amici e i suoi) ecc. » Più interessante è la seconda storia: quella della persona, che, per mezzo di una maschera, le fanno rappresentare, cioè V. di Vittorio Emanuele e madre di cinque figli. Essa la chiama nel manoscritto « la reverenda consorella » o « l'eroica signora » o « la buona regina, » fa Garibaldi padre della principessa Elena, i nomi tutti della propria famiglia e del-

le sue conoscenze son posti da lei in confusione col viaggio dello Czar a Parigi, la cella di Passanante, i bambini rapiti ecc. ecc.; si trovano molte parole di seguito collegate solo per assonanza; firmata « Imperatrice M. Paolina. » La prima storia invece, scritta 24 ore innanzi, finisce così: « L'avisio che in Viaggio sono stata svaligiata dalla signora Gardarubiera di tutto ciò che mi ha dato mia zia C. M. in Austriglia. Mi dico sua sorva M. Paolina V. Neopetra posidente Africa Mareb. »

E quale lo scritto, tale il discorso. Il materiale mnemonico di questo è misero e confuso; la quantità di esso utilizzata nel pensare non è che apparentemente grande: in realtà ripete con frasario uniforme, senza nessuna metafora le sue idee. Per lo passato il suo linguaggio era più immaginoso, più figurativo.

Veri neologismi la signora M. V. non ne ha mai usati. Si trovano solamente nei suoi scritti molte parole storpiate, e con significati speciali: illibidinata per illibata, perpereo per lusso (sperpero); molti nomi proprî di paesi e di persone foggiate a suo modo; villico, viandante e complice parole di significato gravemente offensivo; finalmente frasi o espressioni particolari come: setta dei pessimisti, della mano nera; religione del Golia. Queste ed altre analoghe espressioni si usarono dalla V. M. C. specie nel 1893-94. Ora esse son tutte dimenticate.

Il caso è abbastanza semplice (per quanto possono essere semplici le cose in clinica psichiatrica), e sulla diagnosi di paranoia nessuno dei medici, che vide anche per poco l'ammalata, ha dubitato un istante. Dare però così senz'altro questa formula è troppo poco, non solo perchè i patologi hanno distinto molte forme di paranoia, e ad una di queste occorre che noi accostiamo il caso nostro, ma perchè in realtà anche gli schemi migliori e i tipi più nettamente determinati potranno in genere bastare ad orizzontare il clinico nell'intreccio dei sintomi, non mai saranno sufficienti a definire un individuo malato di mente.

All'infuori dell'eredità, e di un certo grado di nervosismo, non sappiamo nulla di notevole sulla vita della nostra inferma fino ad alcuni anni dopo il suo matrimonio. Ci sono ignote le ragioni vere dei dissensi coniugali, quantunque i suoi parenti affermino che causa ne fosse il marito. Questi, all'apparire dei primi disturbi psichici nella moglie, credendoli manifestazione di cattivo animo, avrebbe cominciato a trascurarla e perfino a batterla: ma noi non abbiamo la prova di tutto questo. Così pure ci sono

ignoti i sintomi di quella probabile leggera frenosi puerperale sofferta dalla M. V. Certo noi escludiamo fin d'ora che si sia potuto trattare in seguito di una paranoia secondaria a questa psiconeurosi critica. Quella sindrome, che fu chiamata paranoia secondaria, ma che molto più giustamente in certi casi si chiamerà demenza paranoide, e in altri casi si dovrebbe semplicemente chiamare demenza secondaria ad episodî psiconeurotici in individuo paranoico, ha ben altri caratteri di quelli presentati dal caso nostro. Giacchè, se essa presenta qualche abbozzo di delirio sistematico, così da farla avvicinare alla paranoia, la sua nota fondamentale, fin dall'inizio, sono i sintomi dell'indebolimento psichico. E poi della frenosi puerperale sofferta abbiamo troppo poche notizie, e in ogni caso essa deve essere stata di troppo lieve entità, perchè noi ne facciamo punto di partenza essenziale alla nostra indagine clinica. Ciò che è molto verosimile si è che quella frenosi non doveva avere lasciato, e forse non doveva nemmeno avere trovato, una psiche perfettamente sana. La grave accusa lanciata dalla V. M. al marito, uno dei primi sintomi a noi noti dell'invadente malattia, e poi i disturbi nell'ideazione conseguenti ad errori sensoriali, potevano essere sorti così ad un tratto, senza avere avuto dei precedenti, nella psiche della nostra inferma? Poichè di una semplice frenosi sensoriale o del così detto delirio allucinatorio non è lecito parlare, (giacchè di tal forma non abbiamo il decorso, nè la dipendenza assoluta del delirio dalle allucinazioni) è molto logico che noi ci facciamo la seguente domanda, che costituisce un primo punto interessante del caso. Su che terreno sorse e si svolse il delirio erotico-persecutorio-ambizioso, che stiamo studiando? Si potrebbe dire, isterico; si potrebbe affermare anche a dirittura, paranoico. Quanto all'isterismo, la sua diagnosi retrospettiva ci è impossibile per insufficienza di dati: oggi certo noi non possiamo farla. Il genere di allucinazioni, di cui l'inferma subì fin da principio l'influsso, e la considerazione del medico di casa, il quale avrà conosciuta più di noi questa donna nei suoi anni migliori, ci fanno veramente credere che il carattere suo non fosse dei più sereni e flemmatici: tanto più che fin da ragazza, come si disse, la M. V. manifestò alcune stranezze nel suo carattere.

Il distinguere un carattere isterico da un carattere paranoico può essere, specie in una donna, difficile. Se noi avessimo concretezza di fatti più precisi nella prima storia di questa donna, ci potremmo anche pronunciare. La fermezza e la solidità ad esempio di qualche idea delirante ci potrebbe far pendere più alla seconda che alla prima diagnosi. La paranoia negli isterici, come la paranoia nei frenastenici, ha dei sintomi clinici differenziali; ma qui abbiamo sfumature di carattere, che sfuggono ad una diagnosi precisa.

Naturalmente non esistono individui sani e individui malati, bensì varietà individuali più o meno accentuate. Isterici e paranoici ne troviamo a migliaia in mezzo alla società; a migliaia delle persone, la cui vita mentale si agita fra l'illusione e il sofisma, tra l'apatia e l'impulsività. Ma di fronte ad illusioni o ad allucinazioni, a idee fisse e talvolta anche a idee deliranti, a impeti passionali o bizzari, l'individuo, con edificio psichico relativamente sano e robusto, sta cosciente dell'interpretazione che deve dare all'errore, e impedisce a questo di manifestarsi, o lo manifesta in forma compatibile con l'esistenza del consorzio civile. Che se la compagine della sua mente è scossa o indebolita, il delirio scoppia, e la psicopatia fa la sua comparsa.

Ecco una delle ragioni per cui, nel nostro caso, io non farei la diagnosi di paranoia tardiva, anzi, oserei dire, una delle ragioni per cui io credo che la paranoia tardiva non possa formare un capitolo assolutamente distinto dalla paranoia originaria. E infatti, se la paranoia, come si dice, può svilupparsi in individui che non sono degenerati ereditari, in primo luogo questa eredità degenerativa ci sfugge troppo spesso perchè noi dobbiamo tenerne un conto assoluto, e in secondo luogo allo svolgersi di fenomeni regressivi atavistici, perchè deve essere sempre necessario che la degenerazione abbia improntato con le sue stigmate tutta l'esistenza di quel dato individuo? Questo, s'intende, ove si ammetta che la paranoia nelle sue manifestazioni essenziali rappresenti sempre un fatto degenerativo, dottrina che io accetto, sebbene questo mio caso non si presti abbastanza bene per dimostrarla: che se si ammette la possibile natura non degenerativa della paranoia, la discussione è inutile. La degenerazione, si sa, può essere

acquisita, e la paranoia una frenosi da indebolimento psichico, ma non per questo essa cangia natura.

Quando non si riesca pertanto a dimostrare che la prima età del malato presentò almeno il carattere paranoide, l'indole morbosamente predisposta alla psicopatia, siamo noi più nel vero se lo presupponiamo latente questo carattere, o se affermiamo che la malattia è di natura diversa? La risposta è difficile, perchè non si può dare con argomentazioni, ma con fatti; e nè la psicologia nè la psichiatria ne posseggono ancora abbastanza. Il caso nostro, più che servire alla risposta, serve a mostrare questa difficoltà. Certo, per noi almeno, la storia della malattia non è tutt'uno con la storia della vita di questa donna: ma questo unico argomento non ci pare forte abbastanza di contro all'andamento della malattia, alla qualità e all'associazione dei sintomi, alle caratteristiche psichiche, che non variano nel paranoico originario e tardivo.

L'alterazione del contenuto ideativo e la limitazione anormale di quantità e qualità di associazioni, che rappresentano lo stato mentale dei paranoici, meritano di essere studiate molto a fondo.

I psicologi e i logici sanno quali e quante sono le sorgenti degli errori nell'ideazione. Ci sono talune caratteristiche inerenti all'attività mentale, una specie di forza di inerzia, per cui si tende a identificare, a generalizzare, ad inferire per analogia. Ci sono le emozioni, per cui il tono psichico fa prevalere associazioni di una data maniera piuttosto che di un'altra. C'è infine la mancanza e la pochezza di osservazione o di cognizioni, che portano ad errori di deduzione e di induzione.

Tutti i generi di deliri, quelli così detti primordiali, quelli che si formano da associazioni involontarie attorno ad un'idea fissa, quelli da combinazioni rappresentative coatte, i deliri secondari a mania o melanconia, i deliri psicologici da interpretazione erronea dei dati immediati dell'esperienza, tutti si possono attribuire e fare rientrare in uno o più di quegli ordini di condizioni. Ma una classificazione è impossibile. Nessuno può prevedere tutte le incoerenze, le ambiguità, le complicazioni, in cui si può perdere lo spirito umano.

Le allucinazioni possono mancare sempre; ma ove esistano, esse acquistano una

importanza decisiva. Nella vita normale la « sensazione attuale » ha sempre un influsso dominante su tutti i nostri giudizi: essa occupa in quel momento il punto di mira della coscienza, ed è come punto di attrazione per i processi associativi. Come tale, massime se ripetuta e intensa, l'allucinazione e per la corrente di giudizi che quasi passivi la seguono, e per l'emozione che suscita, agisce potentemente per fissare una convinzione. Giacchè la credenza in genere non ha le sue radici nell'intelligenza, ma le associazioni intellettuali confermano le tendenze anteriori della sensibilità; e qualsiasi convinzione assoluta richiede o dati immediati della sensibilità, o, in ogni caso, una limitazione associativa attorno ad un punto. La nostra inferma avrà essa lungamente ritenuto che le rappresentazioni (Vorstellungen) delle sue notti insonni fossero fatti morbosi? Alla classica domanda del Griesinger: perchè il pazzo crede alle sue allucinazioni, abbiamo già in parte risposto: perchè la sua psiche non è più solidamente costituita di fronte agli errori sensoriali: come si dice con frase comune, i suoi poteri critici sono indeboliti o deviati. Ed eccoci alla elegantissima questione dei rapporti fra paranoia e debolezza mentale, altro punto interessante nel caso nostro. Oggi certamente non esito un istante ad affermare che l'intelligenza della signora M. V. C. è indebolita: ne vedremo più innanzi le ragioni. Ma era già indebolita nel 1891? Un delirio sistematizzato non può lasciare integra l'intelligenza. Non vale la ragione che la debolezza dovrebbe essere profondissima e quindi si dovrebbe rivelare in tutte le manifestazioni psichiche: non esistono forse lesioni della memoria, notevolmente gravi e altrettanto limitate? Questo non è che un argomento di analogia, ma non mi pare senza valore. Anche nella vita normale troviamo spessissimo difetti parziali, eppur profondi dell'intelligenza o del sentimento. Tutti, o per lo meno molti di noi, hanno un « *softsma sistematizzato* », che giustifica un loro ordine (o disordine) di tendenze, mentre ragionano perfettamente in tutti gli altri domini del conoscere. Anche questa è analogia: ma analogia meno lontana di quello che non supponga il ragionamento opposto, cioè che « il paranoico possiede tutto intero il suo patrimonio intellettuale ». Un disturbo qualitativo senza un disturbo quantitativo ne-

cessariamente concomitante, non si può dimostrare.

Nel delirio della M. V. troviamo una prima fase, in cui si ha una certa prevalenza delle idee erotiche, e non crediamo di andar lungi dal vero supponendo che le allucinazioni genitali siano state le prime a turbare quella psiche, esistesse o no in essa già prima un rudimento di delirio in ordine all'istinto di riproduzione. Quasi tutti quei fattori ricordati concorrono qui al progressivo svilupparsi del falso contenuto ideativo. Le idee di persecuzione si mescolano alle erotiche e costituiscono l'elemento morboso più notevole in un lungo periodo della malattia. Nel quale noi troviamo tutta la consistenza e l'organizzazione caratteristiche del delirio dei paranoici. Esso non muta, o di pochissimi accessori, per mutare di eventi, e il linguaggio e lo stile restano quelli. I periodi di eccitazione, conseguenze nella volontà, negli atti, nel contegno, del delirio di persecuzione, rappresentano piccoli episodî psiconeurotici, così frequenti nei paranoici, che danno talvolta alla malattia tutto l'andamento di una forma periodica e molto contribuiscono all'indebolimento psichico. Il delirio erotico in questa donna ebbe certamente un'apparenza non molto comune a constatarsi, e non fu che indirettamente legato a quello di persecuzione. Il primo « tema delirante » fu: gravidanze numerose e figli a lei rapiti; il secondo: rapporti con grandi personaggi, parentele principesche. Le ire sue di perseguitata si volsero assai più sui rapitori dei figli, che verso coloro che la tengono reclusa: ora che tutto ciò che riguardava i figli è sparito dal suo delirio, sono sparite pure le idee di persecuzione.

Nel delirio confuso e debole di grandezza, che rimane oggi superstite, e che è affatto indipendente dalle antiche allucinazioni genitali, troviamo analogie formali di nomi e ricordi infantili, che possono far supporre altri fattori, come simbolismi verbali e paramnesie. Dato che allucinazioni esistano, il che è dubbio, esse non s'impongono, non durano, hanno origine onirica o si confondono coi sogni.

Di più, come vedemmo, questo delirio è labile, è slegato, o per lo meno è molto meno sistematizzato che negli anni scorsi. Sentimenti vaghi e inconsapevoli, legati all'iniziantesi menopausa, portano un'altera-

zione nella continuità unitaria dell'io e si ha ammalata la personalità, nella forma di sdoppiamento a sovrapposizione.

Gli affetti in genere sono indeboliti, la memoria un po' incerta, scomparse affatto o immensamente diminuite le allucinazioni, deboli i riflessi, alquanto ottusa la sensibilità dolorifica, rigogliosa la vita vegetativa: sono tutti sintomi di demenza. O sono sintomi di senilità?

La senilità precoce dei pazzi, come la longevità dei paranoici, sono fatti ben associati e indiscussi non meno che inesplicati. Si disse per molto tempo che i paranoici non passano che raramente e difficilmente a demenza. Che i paranoici passino a demenza non v'ha dubbio, che vi passino tardi e difficilmente, può essere discusso. La paranoia, intesa nel senso più largo, non è una vera malattia, ma una anomalia psichica costituzionale di carattere degenerativo. In un terreno simile, come si disse, anche se tale anomalia è latente, facilmente si hanno forme psiconeurotiche più o meno gravi, che possono favorire lo sviluppo della paranoia; quivi cause occasionali qualsiasi, fisiche e psichiche, e specialmente allucinazioni, alimentano e fanno divampare delirî, e indeboliscono la vita mentale. È una questione analoga a quella della demenza isterica: è proprio l'isterismo che dà la demenza, o piuttosto sono le frenosi sul terreno isterico sviluppate quelle che han portato l'indebolimento?

Si conosce tanto poco delle demenze funzionali postvesaniche, che non è lecito avanzare ipotesi. Io so di un individuo affetto da mania periodica, che da dieci anni, eccettuate brevi soste, è gravemente ammalato, senza che esso presenti i più piccoli segni dell'indebolimento mentale. Ci sono dei pazzi, da lunghi anni passati allo stato di demenza, che pure di quando in quando presentano dei brevi periodi di lucidezza mentale con freschezza di ricordi e parola libera e normale.

Si conosce tanto poco sul prognostico del meccanismo fisiopatologico delle frenosi e sulla predisposizione individuale più o meno grande alla demenza, che, non avendo una larga messe di fatti, su cui fondarsi, ogni discussione è inutile. Quanto a differenziare la demenza dalla semplice senilità precoce, la cosa non sarà difficile, se noi vorremo riconoscere quest'ultima solamente

nei segni organici dell' involuzione; e questi nel caso nostro fanno difetto completamente. Se la psiche, massime negli affetti e nella memoria, come nel caso nostro, è lesa, allora siamo nel dominio della demenza.

Così noi ora ci arrischiamo a formulare una diagnosi della nostra malata. La quale, secondo noi, ha presentato la seguente successione morbosa: paranoia rudimentaria in carattere isteroide; paranoia allucinatoria con delirio sistematizzato erotico-persecutorio-ambizioso; episodi di esaltamento e attacchi di emicrania; sdoppiamento di personalità coesistenti; segni prodromici della demenza. Si potrebbe dire che questa non è una diagnosi, ma una enumerazione di sintomi. Ebbene, è vero. In psichiatria non si conoscono che sintomi, i quali variamente associati danno delle sindromi, che alla lor volta hanno raramente una qualche stabilità. A *potiori fit*, sempre, *denominatio*: siccome qui i punti culminanti delle manifestazioni psicopatiche sono stati tre: allucinazioni, delirio, indebolimento mentale, la diagnosi può riassumersi in: paranoia allucinatoria e demenza.

Nulla di raro adunque: un caso comune. Ma in clinica il caso più banale è sempre una miniera di problemi e di oscurità, e una sorgente di dubbî, e sopra tutto un contributo di verità: ogni fatto ivi è una conclusione: e questa è pure la nostra.

J. FINZI

## C R O N A C A

**Sorveglianza al Manicomio.** In sostituzione dell' Eccmo Avv. Giuseppe Buzzoni dimissionario, l' Onor. Deputazione Provinciale, coi primi del nuovo anno, designava per l'alta sorveglianza del nostro Stabilimento l' Egregio Conte Roberto Giglioli, al quale presentiamo i nostri rispettosi ossequi.

Il Conte Giglioli fece parte per parecchi anni dell' Amministrazione del Manicomio prima che questa fosse avocata dalla Deputazione Provinciale.

**Locande Sanitarie.** La locanda sanitaria di Pieve di Cento, di cui fu fatto cenno nel precedente numero di questo Bollettino, fun-

ziona egregiamente fino dal 25 Novembre p. p. e rimarrà aperta durante tutto il mese di Gennaio.

Il Consiglio Direttivo della Società di soccorso per i pellagrosi, visto il buon risultato del primo esperimento fatto a Pieve di Cento, si è proposto di aprire presto un'altra locanda sanitaria in una delle frazioni del Comune del Capoluogo più infestate dalla pellagra.

## NOTIZIE

### IX Congresso della Società Freniatrica

Il Congresso degli Alienisti Italiani si riunì, come annunciammo nel numero precedente di questo Bollettino, il 5 Ottobre p. p. a Firenze. Al medesimo furono presenti 53 soci, ne fu presidente il Prof. Tanzi, e vi furono trattati i seguenti temi generali, che erano stati proposti nel Congresso precedente: 1. Sul modo di provvedere al collocamento dei pazzi poveri tranquilli, cronici, innocui; 2. Sui criteri scientifici per la determinazione della incapacità civile degli alienati, e sui rapporti fra incapacità civile e imputabilità penale; 3. Sulla opportunità di posti speciali per anatomopatologi e sulla loro posizione nei Manicomî; 4. Determinare i dati speciali coi quali la Psichiatria contribuisce a gettare luce su alcuni fenomeni sociali.

Sul primo tema parlarono i soci Tamburini, Bianchi, Giacchi, Tambroni, Venturi ed altri; il Congresso, accettando una mozione formulata dal Prof. Tamburini, decise di insistere presso il Ministero dell'Interno per la sollecita presentazione di una legge per gli alienati, di cui un progetto è già stato pubblicato nella *Rivista sperimentale di Freniatria*, raccomandando che sia tutelata l'indipendenza e l'autorità del personale sanitario, tanto nei Manicomî comuni quanto nei criminali. Sul secondo tema riferì il dott. Ellero di Milano con un elegante ed applaudito discorso, che diede occasione di prendere la parola all'on. E. Ferri, il principale fondatore della scuola positiva di diritto penale. Sul terzo tema lesse un'accurata relazione il Prof. Raggi di Pavia, relazione che conclude per la conservazione dei posti di settore nei grandi Manicomî, purchè rimangano sottomessi all'autorità del medico direttore, cosa che in vero non è sempre avvenuta; ed anche questa relazione,



in seguito a discussione, nella quale intervennero Morselli, Bianchi, Tamburini, Tanzi, venne approvata. Sul quarto tema, di cui era relatore il Prof. Tonnini, fu innestata una larga e brillante discussione, in cui Lombroso, Morselli, E. Ferri, Venturi, Marro, oltre al Tonnini, trattarono varie questioni ardenti di sociologia in rapporto coi nostri studi speciali.

Fra le comunicazioni, diedero luogo a discussione le conclusioni del prof. Leonardo Bianchi, riguardo alla localizzazione delle funzioni psichiche nell'ampio dominio dei lobi prefrontali; a questa localizzazione portarono un contributo numeroso il prof. D'Abundo e i dott. Cristiani, Obici, Tambroni, Agostini. Una parte rilevante della prima seduta fu dedicata alla citologia nervosa, di cui parlarono i dott. Lugaro, Colucci, Levi. Il prof. Vassale parlò sulle alterazioni della tiroide in un caso di morbo di Basedow e sulle degenerazioni primarie in varie intossicazioni, esponendo le differenze anatomo-patologiche fra degenerazioni sistematiche primarie e secondarie e traendone delle conclusioni personali di grande interesse. Dalla clinica di Firenze furono comunicati i risultati di ricerche su intossicazioni croniche sperimentali del dott. E. Lugaro, e sulla paralisi progressiva dal dott. E. Belmonto. Nel campo della psicologia una comunicazione del dott. Ferrari provocò da parte del prof. Morselli una giusta raccomandazione affinché le ricerche psicologiche non vengano perturbate coll'invenzione di strumenti complicati ed inutili, mentre sarebbe necessario di semplificare e concordare i mezzi di ricerca applicati nelle varie cliniche, in modo da procurare dati più sicuri e soprattutto comparabili fra loro.

Le ultime due sedute furono consacrate alla patologia nervosa e mentale. Il prof. Tamburini parlò sull'acromegalia. A questo argomento portarono contributo Marro, Antonini, Tanzi, D'Abundo. Il prof. Mya espone un caso di morbo di Little, di cui l'esame anatomico fu eseguito dal dott. Levi, ricavandone delle considerazioni generali. Nei locali del nuovo laboratorio annesso alla Clinica di San Salvi, ebbero poi luogo gli esperimenti dimostrativi. Il prof. Tonnini presentò cervelli di cani decorticati, inducendone interessanti raffronti colla fisio-patologia dell'uomo. Il dott. Belmonto presentò tre cani in accesso epilettico, dei quali due privati della zona motrice ed uno non operato; tutti e tre questi animali erano stati

resi epilettici mediante iniezione di olio canforato, senza che l'accesso fosse nè impedito nè notevolmente modificato dalla mancanza dei centri motori corticali.

I preparati istologici della Clinica di S. Salvi, come anche quelli del prof. Vassale, furono dimostrati agli intervenuti.

Nella seduta di chiusura, dove il prof. Tanzi rilevò il carattere moderno di questo Congresso, furono proclamati membri onorari della Società Freniatria Italiana il prof. S. Ramon y Cajal, il prof. Richet ed il prof. Flechsig, soci corrispondenti Soury e Marinesco. A presidente della Società fu confermato il prof. A. Tamburini, a vice-presidente fu nominato il prof. G. Virgilio, a segretario il dott. G. Algeri. Il X.° Congresso avrà luogo nel 1898 a Napoli.

Temi generali pel Congresso prossimo: 1. Metodi pratici per le ricerche psicologiche individuali da adottarsi nei Manicomi e nelle Cliniche (Morselli, Tanzi, Ferrari relatore). 2. Quali contributi diano e promettano di dare alla psicologia normale e patologica i nuovi dati dell'anatomia (Bianchi, Morselli, Lugaro relatore). 3. Come la psichiatria debba elevarsi allo studio dell'individuo e della sua attività nei rapporti colla società ed indicarne i pratici corollari nei riguardi individuali e sociali (E. Ferri, Ellero, Venturi relatore). 4. Le autointossicazioni nella patogenesi delle malattie mentali e delle nevropatie (Tamburini, D'Abundo, Bianchi, Bruglia, Agostini relatore).

Al IX.° Congresso della Società Freniatria Italiana il nostro Manicomio fu rappresentato dal Direttore dott. R. Tambroni e dall'Assistente dott. G. Obici, i quali, anche a nome degli altri medici, fecero le seguenti comunicazioni:

1. Tambroni. La ooforoterapia nelle malattie nervose e mentali.

2. Tambroni e Obici. Tumore cerebrale. Contributo clinico allo studio della funzione dei lobi frontali.

3. Tambroni e Finzi. Sopra un caso di tabe spasmodica famigliare.

4. Cappelletti. Ricerche sull'etiologia del delirio acuto.

5. Id. Paralisi progressiva ed imbecillità.

6. Id. Un caso di peritonismo.

7. Cappelletti e Finzi. Alcuni crani di frenastenici.

8. Obici. Ricerche sulla fisiologia della scrittura. (Primo saggio di una serie di studi fisio-psicologici sui fanciulli).

9. Id. Di un strumento per raccogliere le grafiche dei movimenti delle dita nella scrittura.

**Visita al Manicomio Criminale di Montelupo.** Nella occasione del Congresso Freniatico di Firenze, in unione a parecchi Colleghi, ci recammo a visitare il Manicomio Criminale di Montelupo, che contiene circa 350 ricoverati e di cui, com'è noto, è attualmente direttore l'egregio Dott. Vittorio Codeluppi. Questi ci fu guida nella visita dello stabilimento, e dobbiamo anzi alla sua proverbiale cortesia e gentilezza se, in uno spazio di tempo relativamente breve, ci fu possibile prendere esatta cognizione delle norme generali che regolano quell'importante Istituto ed osservare, fra i ricoverati, quelli che, sotto il punto di vista scientifico, rappresentano i tipi più classici, fra i quali naturalmente troviamo anche qualche *vecchia nostra conoscenza*.

Tralasciando completamente di dire della importanza scientifica di quell'emporio splendido di pazzi criminali, ciascuno dei quali meriterebbe un volume, non possiamo a meno di manifestare apertamente l'impressione ricevuta dall'organizzazione e dal funzionamento di quell'Istituto, che fu nè più nè meno che quella di un carcere comune. Il fatto che in quello Stabilimento non si penetra senza il permesso del Ministero dell'Interno, la presenza, al lato, o per dir meglio, sopra il Direttore medico, di un Direttore amministrativo, che non è altro che un funzionario della Amministrazione Carceraria, il numero, uno stuolo addirittura, di guardie carcerarie, i Regolamenti, il vitto, il vestiario, completamente simili a quelli del carcere comune, neutralizzano del tutto la presenza di medici e di infermieri in quell'Istituto e svisano completamente il concetto, cui è informata la sua denominazione.

E dobbiamo riconoscere degno di encomio e di alta ammirazione il sereno e nobile sforzo del Direttore Codeluppi nel far prevalere le esigenze della scienza, senza urtare la suscettibilità della influenza amministrativa.

Auguriamoci che presto venga, anche per questo genere di Stabilimenti, una legge saggia e provvida, la quale restituisca ad essi il carattere loro proprio, in omaggio ai principi scientifici ed umanitari.

## NECROLOGIA

Il giorno 6 Ottobre u. s. cessava di vivere in Ginevra, in età di 75 anni, Maurizio Schiff, uno dei più grandi fra i fondatori della Fisiologia moderna e uno dei più valenti fra i primi cultori della fisiologia del sistema nervoso.

## NOTIZIE DEI MALATI

### Uomini

Le condizioni sanitarie della sezione uomini in questi ultimi mesi sono state davvero eccezionali. Pochissime le morti, avvenute alcune per senilità, altre per demenza paralitica ed una per tubercolosi polmonare. Un solo malato acuto (di polmonite) nel vecchio C. C. di Consandolo, che, quantunque sia stato molto grave, è ora rimesso in buona salute.

Pochissimi i malati di occhi: C. G. di S Martino ha avuto una cheratite ulcerativa, ora in via di guarigione, e due bambini idioti sono stati ammalati di congiuntivite purulenta.

T. G. di Ravalle ha avuto nel mese di Dicembre uno dei suoi soliti periodi di agitazione; gli è durato qualche giorno meno che altre volte, ma è stato più violento ed impulsivo.

### Donne

Anche fra le donne negli ultimi quattro mesi del '96 le condizioni sanitarie sono state eccellenti. Dal punto di vista psichico si può dire che nessuna è peggiorata: migliorate invece molte; ad es. G. L. in M. di Gallo; B. L. ved. T. di Rovigo; R. R. ved. F. di Copparo; C. L. in C. di Ducontola; F. M. in S. di Pomposa; P. M. e P. A. di Copparo; P. C. ved. V. di Vigarano Mainarda, ecc. La maggioranza naturalmente subisce gli alti e bassi, di poco valore per il prognostico, di forme periodiche, o costituzionali gravi, o di demenze.

Poche morti, e quasi tutte da marasma in dementi senili: una per polmonite franca, una per pseudo-leucoemia e cirrosi epatica. P. A. di Copparo, la quale conta la bella età di 82 anni, è in fin di vita.

Fra le ammesse di recente abbiamo un caso di cretinismo con gozzo in una sconosciuta trovata nella campagna di Ostellato: essa non parla e noi l'abbiamo battezzata col nome e cognome di « Incongnita Cretinelli ».

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - J. FINZI

Ferrara Tip. Eridano

Epilogo del movimento dei malati nell'anno 1896

	Esistenti al 31 Dic. 1893	Ammessi nel 1894	TOTALE	USCITI			MORTI			Totale usciti e morti nel 1894	Rimasti al 31 Dic. 1894	Giornate di presenza del 1894
				degli esistenti	degli ammessi	TOTALE	degli esistenti	degli ammessi	TOTALE			
Uomini . . . . .	181	106	287	39	46	85	21	19	40	125	162	61887
Donne . . . . .	174	111	285	22	49	71	20	23	43	114	171	65837
	355	217	572	61	95	156	41	42	83	239	333	127724

Media giornaliera dei malati nel 1896 . . . . . N. 348.97  
 Proporzione degli usciti sugli ammessi . . . . . 71.88 %  
 „ dei malati sul totale . . . . . 14.51 %

MOVIMENTO dei malati nel mese di Settembre 1896

	Esistenti		Entrati		USCITI						Morti		Rimasti					
	U	D	U	D	guariti		miglior.		non mi- giorati		per trasf.		per non ver. paz.		U	D		
					U	D	U	D	U	D	U	D	U	D				
Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	144	183	7	8	6	5	3	1							3	5	141	178
	22	8													2		20	8
	166	191	7	8	6	5	3	1							5	5	161	186

MOVIMENTO nel mese di Ottobre 1896

Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	141	178	6	3	1	7	5	6	2							4	139	164
	20	8															20	8
	161	186	6	3	1	7	5	6	2							4	159	172

MOVIMENTO nel mese di Novembre 1896

Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	139	164	5	6	1	1	2										141	169
	20	8		1												1	19	9
	159	172	5	7	1	1	2								1		160	178

MOVIMENTO nel mese di Dicembre 1896

Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	141	169	5	3	1	2	1	3							1	6	143	161
	19	9	1	1	1												19	10
	160	178	6	4	2	2	1	3							1	6	162	181



— Ferrara 6 Marzo 1897 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio

Somma precedente	.	L. 293. 33
Interessi dell'anno 1896	»	7. 82
Offerta N. N.	.	4. 10
— — —		
Totale	L.	305. 25

### Un caso di Corea dell'Huntington

A. B. di Copparo è un uomo trentacinquenne, d'aspetto fisico sano e robusto. Dal lato materno non si trova ereditarietà neuro o psicopatica: la madre è morta di carcinoma del fegato. Il padre morì coreico e demente, e così pure una zia e uno zio paterni. Un terzo zio paterno morì con sintomi di corea poco pronunciati, e una cugina, figlia di quest'ultimo, presenta da tre anni movimenti coreici gravi.

Il nostro paziente crebbe in perfetta salute e, all'infuori di una pneumonite, sofferta a 20 anni, non ebbe mai malattie di sorta nè presentò mai nel sistema nervoso e nella psiche disturbi degni di nota. Soltanto all'età di 31 anni cominciò egli ad accorgersi di piccoli movimenti involontari a carico dei muscoli della faccia e degli arti: movimenti, che in principio erano di assai poca ampiezza e intensità, e quindi compatibili con i suoi la-

vori di muratore, ma che a poco a poco andarono così crescendo, da impedirgli qualsiasi occupazione. Tanto più che, insieme col sorgere di tali turbe motorie, anche l'intelligenza, già povera per lo innanzi, parve di mano in mano farsi più ottusa e limitata. Tali sintomi si svolsero assai lentamente e con uniforme progressione: quattro anni dopo il loro inizio, l'abnormità dei movimenti e la debolezza mentale raggiunsero il grado notevole, che risulta nello stato presente.

Esame obbiettivo. — Corporatura grande, pesante. Statura 1.70; grande apertura 1.80. Cranio brachicefalo, grosso, con plagiocefalia anteriore destra e leggera platicefalia occipitale. Orecchie un po' ad ansa, lobulo grande, sessile; naso schiacciato, dentatura normale. Sistema pilifero poco sviluppato. Fra le misurazioni craniocefaliche ricordiamo:

D. L. M.	mm. 190	D. front. min.	mm. 125
D. T. M.	» 160	Alt. faccia	» 115
D. bipar.	» 150	Alt. fronte	» 41
Circonf. mass.	» 580	D. bizigom.	» 130
C. long.	» 355	D. bigon.	» 120
C. biaur.	» 380	Dist. mento aur.	» 142
D. front. mass.	» 152	Angolo facciale	79.°

L'apparecchio respiratorio è normale. L'aia cardiaca è di normale estensione. Il primo tono alla punta è preceduto e seguito da un leggero rumore di soffio; il polso è ampio, e della frequenza media di 43. Il respiro ha una frequenza di 14 atti al minuto. Lo stomaco arriva, sulla linea mediana, 4 cm. sopra l'ombelico e incrocia a sinistra la 10ª costola. Fegato e milza normali. Funzioni digerenti e urinarie normali. Quanto alle funzioni sessuali, pare che prima dell'insorgere della nevrosi esse si compiesero fisiologicamente. Ora però sembra, che, men-

tre non sono scomparsi del tutto i desideri, sia sparita la potenza, non avendosi affatto erezione.

Nell'esame dell'apparecchio neuro-muscolare, ciò che alla semplice ispezione tosto colpisce è una serie ininterrotta di movimenti abnormi, di contrazioni e di scosse irregolarmente diffuse a tutta la persona e irregolarmente ampie, rapide e frequenti, che danno al malato un aspetto grottesco insieme e disgustoso. Rare e brevi sono le pause, e in questo caso i moti ricominciano per solito o nella faccia o negli arti superiori e poi si diffondono agli arti inferiori: per lo più però si iniziano nelle mani. La maggiore ampiezza e violenza di movimenti si ha, di tratto in tratto, nell'arto superiore destro con la maggiore costanza e nel dominio dell'innervazione del VII, XI e XII paio dei nervi cranici; minore nell'arto inferiore destro e negli arti di sinistra. Il tronco è pure in preda a movimenti brevi e rapidi, e così pure di quando in quando il diaframma. Le emozioni e la volontà hanno pochissima o nessuna azione sull'andamento e sull'arresto dei movimenti: l'annicciamento, le smorfie, le piegazioni del capo e del busto in avanti e a destra, l'abduzione e la rotazione interna del braccio, gli atteggiamenti atetoidi delle dita, l'adduzione e rotazione interna dell'arto inferiore destro, che sono i moti abnormi dominanti, seguivano sempre, non ostante qualsiasi determinazione volontaria. Le pause ne sono affatto indipendenti. Nel sonno, i movimenti scompaiono quasi del tutto: di tratto in tratto però qualche guizzo e qualche scossa piccola, rapida si fanno vedere qua e là sulla faccia e sugli arti.

I movimenti volontari di necessità sono molto turbati, e non ostante l'energia, di cui sono capaci i muscoli, l'irregolarità con cui l'innervazione si distribuisce produce una considerevole atassia, che ha qualche somiglianza (nei movimenti isolati) con l'atassia dei tabetici. L'ampiezza dei movimenti sembra percepita, ma l'incapacità di regolarli attivamente e di graduare lo sforzo e di valutare le resistenze fa sì che il *senso muscolare* appaia obiettivamente in grado notevole alterato. L'infermo è capace con gli arti di produrre una forza notevolissima. Col dinamometro si ha, così a destra come a sinistra, una media di 47 al grande circolo, ma l'infermo non è in grado di afferrarlo per bene; non si può quindi assolutamente, ma solo relativamente parlare di paresi.

La favella e l'andatura presentano turbamenti assai gravi. L'articolazione delle parole è impacciata: l'infermo balbetta, biascica, mozzica sillabe; le linguali e le labiali sono indistinte. Esiste talvolta un intoppamento o una sospensione, legata a turbe respiratorie.

La *deambulazione* è disordinatissima. Anche la semplice stazione eretta è difficile. Quando cammina, l'infermo tiene quasi sempre il capo piegato all'innanzi: fa passi piccoli, ma ineguali per frequenza ed ampiezza; il tronco talvolta ha qualche

scossa, o leggera flessione, gli arti superiori, massime il destro, turbano l'equilibrio coi loro movimenti, così che la persona oscilla e non di rado minaccia di cadere. Per cui si ha un'atassia complessa, irregolare, un'andatura essenzialmente titubante.

L'esame dei riflessi ha dato: plantari e patellari esagerati, clono dell'arto inferiore alla percussione del tendine quadric.; r. del tendine d'Achille normale, cremasterico debole; superf. dell'addome bene manifesti; r. brachiali, periostei e diretti esagerati d'ambidue i lati; r. mandibolare manifesto; r. pupillari evidenti; r. faringeo non si può ricercare.

L'esame della *sensibilità* riesce molto difficile: un esame delicato e preciso è addirittura impossibile. Il tatto sembra conservato su tutta la superficie del corpo, ma è piuttosto ottuso. Alle impressioni provocate sulla cute l'infermo risponde tardi, irregolarmente. Gli stimoli dolorifici non sono avvertiti come tali, se non sono piuttosto intensi: indubbiamente tale sensibilità è notevolmente diminuita nell'arto inferiore destro. Ma come alle punture d'ago, così al caldo o freddo, egli in genere non accusa che un contatto, e solo con molta fatica si riesce talvolta a fargli esprimere un giudizio sopra una impressione termica, giudizio molto più esatto per il freddo che per il caldo. Mai si è riusciti a fargli notare la differenza fra il bagnato e l'asciutto. I *senzi specifici* si possono dire complessivamente buoni, ma le condizioni psichiche non permettono una ricerca accurata. Infatti l'*attenzione* è così difettosa nel nostro A., e così limitato il campo della coscienza e della *memoria*, che tutta la sua vita psichica sembra rispecchiare l'irregolare perpetua successione di quei pochi, brevi, illogici movimenti, a cui è in preda la sua muscolatura. Le *associazioni*, anche più elementari, sono scarse e non escono dal ristrettissimo ambito della sua vita attuale. L'*emotività* non è facile ad essere rilevata dall'espressione del viso, sempre contorto, deformato dai movimenti delle palpebre, delle labbra e della lingua; ma sembra scarsa, o per lo meno poco vivace, reagendo egli poco alla provocazione di qualsiasi sentimento. L'umore fondamentale è piuttosto triste; il carattere, mite, più pauroso che collerico, indifferente; il contegno e la condotta complessivamente apatici.

I suoi *diseorsi* sono di una semplicità e di una uniformità desolanti. Egli ripete sempre le stesse domande, gli stessi fatti, le stesse risposte. Provocato a giudizi, a confronti, a generalizzazioni, il più delle volte è impacciato, o non risponde, o insiste sopra frasi precedenti, che non hanno a che fare con le questioni mosse. Non arriva a nessuna associazione di idee superiore all'analogia. Abbiamo adunque pensiero poverissimo, e in questo pure lentezza e incoerenza gravi.

Dopo che l'Huntington nel 1872 descrisse il quadro della corea cronica, progressiva familiare degli adulti, i casi si sono succeduti così numerosi nella letteratura, che tale sindrome è una delle più comunemente conosciute. Tutte le descrizioni però non si corrispondono, e le caratteristiche, credute da alcuni quasi patognomiche per la forma ereditaria, non sono state confermate da altri. Ma a poco a poco dal Sanders, dal Lannois, dal Macleod, dal Jolly, dall'Oppenheim ecc., vedendosi possibili in questa tutti i sintomi delle altre forme di corea, se ne concluse che solo dall'essere ereditaria quella si distingueva da queste.

Noi avemmo occasione già di parlare sulle malattie nervose famigliari (1), e un punto soprattutto ci si è rivelato degno di considerazione, il carattere cioè degenerativo che una neuropatia assume allorchè diventa ereditaria. Carattere degenerativo che si esplica in due momenti: l'associarsi della sindrome ad altre malattie nervose e mentali, e il perdere, per conseguenza, la sua unità morbosa ed entità clinica, per diventare quasi un sintoma di più vasta e profonda lesione costituzionale. Tale è pure il caso della Corea.

Noi quindi lasceremo da parte punti abbastanza interessanti, che il nostro caso offrirebbe a non poche considerazioni, messo in confronto con gli altri casi di malattia dell'Huntington, quali, ad esempio, il numero degli individui colpiti nella famiglia, l'età e il modo di inizio, i rumori cardiaci e la rarità del polso, ecc., per fermarci (brevissimamente tuttavia) sopra altri, che sono in più intimo rapporto con l'enunciato concetto.

Non fanno difetto innanzi tutto, per quanto non siano molto salienti, le note antropologiche degenerative. Ma ciò che più importa a notarsi sono i fatti seguenti. La forma morbosa è sorta senza essere determinata, come per lo più avviene, da una malattia infettiva, uno spavento ecc.; essa non ha avuto nessunissima causa occasionale manifesta ed è andata lentissimamente progredendo. In questo graduale aumento

di gravità essa però si è localizzata prevalentemente in alcuni gruppi muscolari; ora tutto ciò, senza saperne in realtà le occulte ragioni, dall'esperienza clinica è noto essere caratteristica delle forme degenerative più gravi. Lo stesso dicasi dell'altro fatto, che cioè la sindrome è decorsa associata a fenomeni spastici, a disturbi sensitivi e a un profondo progressivo indebolimento mentale.

Pischiaticamente noi siamo dinanzi a un demente: e anche qui, a differenza di casi analoghi, è notevole il fatto che tale demenza si è venuta svolgendo senza episodî psiconeurotici nè allucinazioni e nemmeno eccessiva irritabilità di carattere. Questo impoverimento di vita intellettuale sembra realmente legato alla diminuzione progressiva in qualità e quantità degli elementi psichici sensitivi e motorî.

Non sarebbe difficile sin qui trovare strette analogie fra questa e quelle forme di corea che vanno insieme alle demenze postapoplettiche e alle frenastenîe da paralisi cerebrali infantili: il che ci farebbe forse lecito parlare delle possibili sedi anatomiche delle lesioni.

Anche il nessun dominio della volontà sui movimenti coreici può dare qualche indizio, sebbene assai vago, di localizzazione corticale o subcorticale: evidentemente trattandosi di lesioni assai piccole e diffuse, è assai difficile trovare qualche sintoma che abbia un valore preciso per una diagnosi di sede.

Lesioni anatomiche nella corea ne furono trovate dappertutto: nelle meningi, nella corteccia, nella sostanza bianca, nei gangli della base, nel midollo spinale, nei nervi periferici e nelle piastre motrici; e furono trovate lesioni vasali, interstiziali e parenchimatose. Un caso recente del Bondurant (*The alienist and the neurologist*, Luglio 1896) presentava tutte le lesioni classiche della paralisi progressiva. Nel nostro caso, non ostante si possa con molta verisimiglianza presumere che le lesioni massime sieno nella corteccia, non è però difficile ammettere qui alterate le vie di conduzione anche nel dominio di centri inferiori, massime alla base dell'encefalo.

Il solo fatto dell'età è stato il momento occasionale delle lesioni, sopra il terreno ereditariamente predisposto. Ed è l'età dai 30 ai 40 anni, il periodo culminante dell'esistenza, della quale i tessuti cominciano a

(1) Tambroni e Finzi. Sopra un caso di Tabe spasmodica famigliare. *Atti del Congresso freniatico di Firenze* Ottobre 1896, e *Riv. sper. di Fren.* (di imminente pubblicazione).



sentire le conseguenze: l'età in cui si sviluppano di preferenza certi neoplasmi e gli aneurismi, si prepara l'ateroma, sorge la paralisi progressiva degli alienati.

TAMBRONI e FINZI

## Statistiche Manicomiali

Sul valore dei dati statistici molto si è discusso e non pare ancora abbastanza: essi si prestano troppo comodamente a sostenere e a combattere una stessa teoria; ed è troppo facile trovare di loro i difetti e gli svantaggi, come i pregi e gli utili a seconda che guida il preconcelto.

Tutto ciò vale, come per ogni sistema di cognizioni, così, e a maggior ragione, per la psichiatria; la quale alle comuni difficoltà altre ne aggiunge legate alla complessità della materia per sé. Il problema, ad esempio, della classificazione delle forme morbose mentali, in una statistica s'impone talmente, che il non averne nemmeno un abbozzo abbuia ogni cosa. Il vecchio schema del Verga, per quanto poco rispondente alle idee comuni d'oggi, ha servito e serve a studi statistici, perchè pratico, e perchè non ce n'è di migliori.

Anche noi, di fronte alla mancanza di una classificazione delle malattie mentali opportuna per studi statistici, ci siamo adattati ad una distinzione che, su per giù, vale quella del Verga. Senza dare adunque ad essa altro che un valore di pratica applicazione per tabelle numeriche, eccola: Melancolia, Mania, Confusione mentale, Pazzia periodica, Paranoia, Frenosi alcoolica, Fr. pellagrosa, Demenza paralitica, Demenza senile, Isterismo, Epilessia, Pazzia morale, Frenastenia. È una semplificazione eccessiva forse, ma l'abbiamo preferita ad una moltiplicazione indefinita di forme, la quale agli svantaggi pratici non oppone adeguati vantaggi scientifici.

Gli errori, che dal punto di vista delle diagnosi si commetteranno, sono molti: ma i principali sono i seguenti.

Sotto la rubrica Melancolia e Mania molti individui figureranno che in realtà sono dei periodici, quando non siano dei circolari, o quando l'accesso di esaltamento o di depressione, che casualmente viene sotto l'osservazione manicomiale, non si sviluppi in un paranoico, in un istero-epilettico, o non rappresenti una prima fase di paralisi generale progressiva. Tali errori negli ultimi anni saranno andati certamente scemando, ma essi sono sempre possibili. E la prova ne è che alcuni di tali malati tornano recidivi per solito della stessa malattia, e non molto raramente anche presentando una forma diversa. Questo errore vale per quasi tutte le altre diagnosi.

Sotto la rubrica Confusione mentale io mescolo l'Amenza, la frenosi sensoria, la demenza primitiva, la frenosi puerperale, i deliri febbrili e simili forme acute. Certo nella trattazione di queste malattie ancora regna una grande incertezza: ciascuno le combina variamente a modo suo, e le divide e le confonde, oggi per un criterio eziologico ipotetico, domani per un criterio sintomatico ancora più labile.

Sotto la rubrica Pazzia periodica unisco le forme dette appunto periodiche, intermittenti, recidivanti, circolari — semprechè ciò non avvenga in frenastenici, epilettici, paranoici, etc., i quali allora son rimandati al loro posto.

Della rubrica Frenosi pellagrosa molto vorrei dire: se uno ha avuto in sua vita la pellagra, e diventa pazzo, s'ha da far diagnosi di frenosi pellagrosa? Il difetto di nutrizione contribuisce a varie forme mentali: della pellagra non v'ha sintoma patognomonico se non l'eritema e la stagione e la periodicità della comparsa. I pellagrosi presentano tutte le forme di malattie mentali conosciute, le quali non sempre si possono ragionevolmente legare ad ipotrofia cerebrale.

Quel tanto di arbitrario che è lasciato al diagnostico di certe forme, e sono le più, se non darà per risultato un errore nel vero senso della parola, diminuirà però il valore di certi dati: un vecchio pellagroso, alcoolista, con qualche sintoma di paralisi, può stare ugualmente bene nel numero dei pellagrosi, degli alcoolisti, dei dementi senili e forse anche dei dementi paralitici. Inoltre, nel seguire degli anni e nel progredire a balzi più o meno regolari della cultura psichiatrica, molte diagnosi hanno più che altro un valore psicologico per l'alienista che le ha fatte. Le diagnosi di isterismo e di epilessia, di confusione mentale e di pellagra, così abbondanti in certe annate, come non ammettere che, oltre a un relativo aumento reale possibile e spiegabile con buone ragioni, come non ammettere che in parte non si debbano all'attenzione aspettante, per studi molto in voga e dottrine in auge? In tal caso, o durante quel tale periodo è sembrato di vedere più di quello che non fosse, o negli altri periodi si è visto meno: in ogni caso c'è una sorgente di errori.

Indipendentemente poi da questi e da altri fatti, bisogna confessare che le diagnosi non saranno spesso che relativamente precise e complete e, anche come tali, difficilmente possono comparire in tavole statistiche: così che, andando indietro col tempo, sempre meno dobbiamo fidarcene.

Passando ora dalle diagnosi agli altri elementi delle nostre indagini statistiche, troviamo un'altra serie di notizie, sulle quali non saranno fuor di luogo dubbi, obiezioni e difficoltà: le notizie cioè riguardanti la disposizione ereditaria e la condizione sociale. Spesso sulla prima non si sa nulla, e allora essa non comparisce come fattore; talvolta se ne

sa troppo poco per poterla determinare con esattezza. Sulla condizione economica dei malati si possono in genere avere notizie abbastanza precise, ma spesso anche il giudizio sopra di essa è difficile ed arbitrario.

Degli altri elementi vedremo il valore di mano in mano, esaminando i dati.

Infiniti sono i rapporti che si potrebbero mettere in vista con le statistiche: noi ne abbiamo scelti alcuni, e perchè più interessanti, e perchè non troppo presi in considerazione da altri studi, e perchè presentavano il mezzo di notizie relativamente fondate e sicure: p. e. le malattie, non già intercorrenti acute, ma costituzionali, croniche, rappresentanti una disposizione generale dell'organismo, forse una parte del substrato organico della forma psicopatica. Queste rubriche sole di per sè potrebbero essere argomento di un lungo studio, anche clinico, oltre che puramente statistico: ma di ciò in seguito.

Altri rapporti, non scelti a caso, ma per le medesime dette ragioni, sono i precedenti criminali noti: l'essere cioè il pazzo stato processato, carcerato, ecc; e il precedente abuso di tabacco, preferito al precedente alcoolismo, perchè relativamente meno studiato.

Fino ad ora noi ci siamo fermati a considerare i difetti piuttosto che a mettere in vista i pregi e i vantaggi delle statistiche in genere e delle nostre in particolare. I vantaggi, sebbene non grandissimi nè numerosi, risalteranno da sè e saranno riservati per le conclusioni.

Un solo pregio possiamo mettere innanzi, ed è che si tratta dell'osservazione più scrupolosa di un numero immenso di fatti, sempre con precisione minutissima constatati. Si tratta di 4655 infermi di alienazione mentale, entrati nel nostro Manicomio dal 1 Gennaio 1872 al 31 Dicembre 1896.

E, quanto all'interpretazione, noi stessi, esaminando l'anamnesi e i diari clinici di ogni singolo malato, abbiamo concluso nella diagnosi e per gli altri elementi statistici, secondo gli stessi criteri coi quali attualmente noi diagnosticiamo i malati presenti. Senza di ciò, copiando ciecamente quanto nel corso di 25 anni scrissero dieci o dodici medici diversi, le nostre induzioni avrebbero avuto troppo incerto fondamento. Un'ultima osservazione prima di finire queste generalità.

Certi rapporti fra individui alienati e certe condizioni della vita sociale e civile non hanno nessun valore se non sono messi in raffronto con gli stessi rapporti esistenti negli individui che vivono fuori del manicomio e si chiamano normali. A questo si può rimediare appunto prendendo in considerazione questi ultimi, e confrontando le statistiche manicomiali con le statistiche, ad es., carcerarie, giudiziarie, economiche, demografiche, etc. etc. La mancanza di questo raffronto costituirebbe un difetto gravissimo per certe rubriche della nostra statistica.

La quale in verità non si prefigge un intento molto particolare, ma vorrebbe sopra tutto avere quello molto generico, e punto nuovo, di mettere in vista quanto la storia di un manicomio illumini e venga illuminata dalla storia della Regione, di cui lo stabilimento riceve i malati (1).

Tale fine disgraziatamente non sarà raggiunto che in modo assai limitato con le nostre indagini numeriche, le quali invece potranno confermare o mettere in dubbio certi principi che si accettano fra i criteri eziologici dell'alienazione mentale, potranno mostrare all'ingrosso se più le disposizioni acquisite o più le ereditate influiscano sull'insorgere della pazzia e delle singole forme di essa, ecc.

Cercheremo però specialmente molti fatti, e saremo parchi di interpretazioni, le quali, dalla statistica sola dedotte, presentano troppi lati deboli, e se da altri ordini di cognizioni argomentate, non possono avere qui il loro posto.

(Continua)

FINZI

- (1) In uno studio clinico sulle «Forme d'Imbecillità» di prossima pubblicazione, riguardante la sola provincia di Ferrara, questo intento sarà pure cercato e forse un po' meglio raggiunto di quello che con le presenti statistiche.

## BIBLIOGRAFIA

—o—

Lino Ferriani. *Delinquenti scaltri e fortunati*. Como 1897.

Lino Ferriani ha sempre portato un contributo molto personale alla scuola positiva italiana, perchè egli, invece di sbrigare le pratiche giudiziarie col monotono meccanismo di un lavoro divenuto abitudinario, trae da quelle carte bollate, scritte nello stile pesante e strano di cancelleria, un prezioso materiale di fatti, di osservazioni e di dati statistici a vantaggio della scienza. Egli è un paziente collezionista di delitti e di delinquenti, o, come egli stesso ama chiamarsi, è « lo storiografo delle miserie umane ». Ma le miserie, che egli descrive, sono contemporanee, i delitti ch'egli narra si svolsero pur ieri, e i delinquenti scaltri e fortunati, che egli bolla con roventi parole, si aggirano tuttora impuniti nella nostra società, ingannando ancora le anime oneste, e diffondendo ovunque il male e la corruzione.

Questo senso di modernità hanno appunto tutti i libri del Ferriani, e questa messe di fatti sociali, difficili a raccogliersi, costituisce il loro pregio maggiore.

È impossibile riassumere in poche righe un libro di 600 pagine; diremo soltanto che esso prende a studiare quei delinquenti, che abilmente sfuggono alle leggi, che il mondo chiama a bassa voce disonesti, ma il pubblico rispetta ed adula, non senza una piccola punta di paura.

L'A divide questa folla di disonesti, *in delinquenti contro l'onore, contro la proprietà e contro le persone, in delinquenti parassiti e speculatori delittuosi.*

Di ciascun tipo fa la psicologia, studia le varie modalità dei delitti compiuti, indica i mezzi coi quali i delinquenti riescono a sfuggire la legge, nota le lacune, le imperfezioni, i difetti delle leggi odierne e accenna ai rimedi.

Le considerazioni dell' A. non sono di ordine puramente giuridico, ma si elevano nei più larghi campi della morale individuale e sociale, per cui il libro raggiunge il nobile intento di provocare un miglioramento della coscienza sociale e con esso una diminuzione della delinquenza latente.

GIULIO OBICI.

## NOTIZIE

**Verdetto sulla responsabilità degli infortuni che avvengono nei Manicomî.** — Nel mese di Febbraio u. s. si è discussa al Tribunale di Roma la causa intentata contro il Prof. Bonfigli, Direttore del Manicomio di quella città, ed altri (un medico e due infermieri), che si volevano responsabili della morte del marchese Berardi, ucciso da un pazzo, che, lavorando nella colonia agricola del Manicomio, lo colpì con un piccone sulla nuca, lasciandolo quasi cadavere.

Quando corsero le prime voci di questo processo, noi provammo un senso di vero e proprio disgusto, giacchè non sapevamo spiegarci come, in mezzo al dolore generale per un avvenimento tanto grave e per la morte di una personalità tanto elevata e conosciuta quale era il marchese Berardi, potesse sorgere nell'animo di chi di quel dolore doveva essere maggiormente compreso un basso sentimento di reazione e di vendetta, a danno di persone sulle quali manifestamente appariva che non potesse ricadere alcuna colpa.

Ben presto però emerse che la ragione di tutto doveva ricercarsi in fatti di natura molto complessa e specialmente in un deplorabile retroscena, al quale non rimasero estranee persone che dovrebbero rappresentare modelli di moralità e di giustizia.

Fortunatamente il Pubblico Ministero stesso, compresa tutta l'enormità del pro-

cesso, ritirò spontaneamente l'accusa, e il Tribunale assolse completamente gl'imputati, ai quali tutti, e specialmente al Prof. Bonfigli, mandiamo le nostre congratulazioni.

Di questo processo, che si è chiuso con onore per la psichiatria italiana, renderà conto il Prof. A. Tamburini, che fu tra i periti, nel prossimo volume della *Rivista sperimentale di Freniatria*.

## CRONACA

**Premiazione.** — Il giorno 6 Gennaio u. s. ebbe luogo la solita premiazione e distribuzione annuale delle mancie agli infermieri e inservienti dello Stabilimento.

Alla funzione, che ebbe luogo nella grande sala della Direzione, alla presenza di tutto il personale dello Stabilimento, intervennero: la Deputazione Provinciale, rappresentata dal Presidente Comm. Gatti-Casazza e dal Cav. Roveroni, il Comm. Cavalieri Presidente del Consiglio Provinciale, l'Avv. A. Mayer e il Prof. Cav. Bennati per l'Amministrazione e la Direzione dell'Arcispedale di S. Anna, il Dott. Cav. Turri, il Dott. Cav. Salaroli Medico provinciale, i rappresentanti della stampa cittadina ecc. ecc.

Prese per primo la parola il Presidente della Deputazione Provinciale Comm. Gatti-Casazza, il quale, con nobile ed elevato discorso, inneggiò all'affettuosa, santa missione degli infermieri, manifestando ad essi la gratitudine sua e di quanti, conoscendo il gravoso e pietoso ufficio, apprezzano convenientemente la loro opera nobile e benefica. Parlò quindi il Direttore R. Tambroni, il quale, dopo avere ringraziato l'Onorevole Deputazione Provinciale e tutti quelli che gentilmente con la loro presenza avevano resa più lieta e solenne la festiciuola di famiglia, tracciò la storia del movimento manicomiale di questi ultimi anni in rapporto coll'economia delle Provincie del Regno.

Terminato che ebbe di parlare il Direttore, si passò alla distribuzione delle mancie e dei premi.

Riportiamo qui i nomi dei gratificati e dei premiati.

### Comparto Uomini

<i>G. Tamarozzi</i>	Inferm. Maggiore	L. 40
<i>V. Orlandini</i>	» muratore	» 10
	premio di	» 50
<i>E. Bianchini</i>	» cameriere	» 10
	premio di	» 50
<i>P. Piccinini</i>	» calzolaio	» 10
	premio di	» 50
<i>P. Bergami</i>	» lavandaio	» 10
	premio di	» 50
<i>P. Cardì</i>	» capo sezione	» 25
<i>R. Brugnoli</i>	» . . . . .	» 22
<i>L. Eginati</i>	» muratore	» 22
<i>G. Ruggeri</i>	» tappezziere	» 22
<i>A. Galuppi</i>	» fabbro	» 22
<i>P. Pamini</i>	» capo sezione	» 20
<i>G. Mirandola</i>	» cameriere	» 20
<i>G. Tosi</i>	» sarto	» 20
<i>L. Chiarini</i>	» portinaio	» 20
<i>G. Zagagnoni</i>	» facchino	» 20
<i>F. Sordini</i>	» barbiere	» 18
<i>C. Tieghi</i>	» portiere	» 18
<i>G. Manservigi</i>	» facchino	» 18
<i>C. Faggioli</i>	» . . . . .	» 17
<i>C. Federici</i>	» calzolaio	» 17
<i>A. Mezzetti</i>	» falegname	» 17
<i>A. Campi</i>	» canepino	» 15
<i>L. Lambertazzi*</i>	» imbianchino	» 11
<i>A. Cavicchi*</i>	» macchinista	» 10
<i>E. Medini*</i>	» . . . . .	» 8

### Comparto Donne

<i>E. Giacomelli</i>	Inferm. Maggiore	L. 40
<i>F. Ferrari</i>	» Vice-maggiore	» 30
<i>A. Vecchi</i>	» capo sezione	» 10
	premio di	» 25
<i>C. Netroni</i>	» capo cuoca	» 10
	premio di	» 25
<i>L. Veronesi</i>	» capo sezione	» 10
	premio di	» 25
<i>E. Ferranti</i>	» capo sezione	» 10
	premio di	» 25
<i>C. Zecchi</i>	» . . . . .	» 18
<i>E. Droghetti</i>	» . . . . .	» 18
<i>A. Musacci</i>	» cuoca	» 18
<i>C. Bergami</i>	» lavandaia	» 18
<i>C. Cestari</i>	» cucitrice	» 17
<i>A. Grillenzoni</i>	» id.	» 17
<i>M. Veronesi</i>	» id.	» 17
<i>E. Gardenghi</i>	» . . . . .	» 16
<i>P. Marzola</i>	» . . . . .	» 16

\* Questo segno indica che la persona gratificata entrò in servizio nel corso dell'anno.

<i>A. Mazzanti</i>	inferm. lavandaia	L. 16
<i>A. Perelli</i>	» . . . . .	» 15
<i>R. Ferranti</i>	» . . . . .	» 15
<i>M. Baldo</i>	» . . . . .	» 14
<i>R. Brancaleoni</i>	» . . . . .	» 12
<i>A. Bovolenti*</i>	» . . . . .	» 10
<i>C. Bonaccorsi*</i>	» lavandaia	» 9
<i>I. Ganzerla*</i>	» . . . . .	» 6
<i>E. Pasqualini*</i>	» cuoca	» 5
<i>G. Mantovani*</i>	» . . . . .	» 5
<i>A. Cariani*</i>	» . . . . .	» 3
<i>E. Soldati*</i>	» . . . . .	» 2
<i>A. Barbieri*</i>	» . . . . .	» 2

Terminata la premiazione, gl'intervenuti, guidati dalla Direzione Medica, visitarono minutamente lo Stabilimento e rimasero soddisfatti dell'ordine della pulizia e della disciplina in esso osservate.

**Divertimenti carnevaleschi** — Due feste di ballo ebbero luogo quest'anno durante il Carnevale nel nostro Stabilimento, ed ambedue riuscirono molto affollate e ordinatissime. La sala da ballo, per opera dell'infermiere capo-sezione *P. Pamini*, era stata addobbata in modo assai diverso da quello degli anni scorsi e tanto *artisticamente*, da riscuotere la piena approvazione dei malati e di tutti gl'intervenuti.

**Nomine** — Annunciamo con piacere che il Consiglio Provinciale ha stabilmente confermato nel posto di Vice-Direttore l'e-gregio dott. Luigi Cappelletti, che da poco più di un biennio ne disimpegnava le funzioni in modo lodevolissimo.

Anche la sig.<sup>a</sup> Elvira Verri è stata definitivamente confermata nel posto di I-spettrice.

### NECROLOGIO

Il giorno 10 Febbraio u. s., moriva in Napoli il Cav. Giovannangelo Limoncelli, Professore pareggiato di Psichiatria e Direttore del Manicomio Interprovinciale V. E. II.° di Nocera Inferiore e del giornale di Psichiatria — *Il Manicomio Moderno* — organo di quell'Istituto.

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - J. FINZI

Ferrara Tip. Eridano

*Movimento dei malati nel mese di Gennaio 1897*

	Esistenti		Entrati		USCITI								Morti		Rimasti			
					guariti		miglior.		non mi- giorati		per trasf.						per non ver. pazz.	
					U	D	U	D	U	D	U	D					U	D
Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	143	161	8	6	2	2	2							2	3	145	162	
	19	10		1	1											19	10	
	162	171	8	7	2	1	2	2						2	3	164	172	

*Movimento dei malati nel mese di Febbraio 1897*

Appart. { alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	145	162	7	3	3	4	1	1	1					3		145	159
	19	10	1													20	10
	164	172	8	3	3	4	1	1	1					3		165	169

## LAVORI DEI MALATI

Professioni esercitate dai malati ed infermieri; numero dei lavoratori ed importo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori, secondo il giudizio del sig. ing. Poli **1896**

	N.	Settembre		Ottobre		Novembre		Dicembre	
		L.	—	L.	—	L.	—	L.	—
<b>Uomini</b> - Hanno atteso ai lavori di terra, alla cantina ecc.	12	50	—	12	50	—	12	50	—
» da calzolaio	3	22	—	3	41	—	2	28	—
» muratore	4	30	—	5	27	—	4	32	—
» falegname	3	50	—	3	45	—	2	38	50
» tappezziere e materassoio	4	34	40	5	40	20	4	34	60
» canepino	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» sarto	—	—	—	—	—	—	2	11	70
» pittore e verniciatore	2	30	—	2	14	—	—	—	—
» fabbro ferraio	2	62	—	2	57	—	2	72	—
Si sono occupati, come cuccinieri, attendenti alle pulizie, scrivani ecc.	14	—	—	16	—	—	14	—	—
<b>Totale dei lavoratori</b>	N. 44	—	—	48	—	—	42	—	—
<b>Totale dell'importo della mano d'opera</b>		278	40	274	20	266	80	211	90
<b>Donne</b> - Hanno cuciti effetti nuovi	N. 6	22	90	10	64	40	3	18	25
» filato, dipanato ecc.	5	14	70	3	11	10	10	40	08
» cucito a macchina	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» tessuto pantofole	—	—	—	2	5	—	2	10	—
» fatto lavori di maglia	19	103	70	16	67	15	16	160	—
» atteso ai telai	5	33	50	5	25	70	8	122	40
» rammendato biancheria, vestiti ecc.	20	203	02	20	192	80	18	155	64
Si sono occupate in servizi interni	14	—	—	14	—	—	14	—	—
<b>Totale delle lavoratrici</b>	N. 69	—	—	70	—	—	71	—	—
<b>Totale dell'importo della mano d'opera</b>		L. 377	82	L. 366	15	L. 506	37	L. 281	83
<b>Importo complessivo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori</b>		L. 656	22	L. 640	35	773	17	493	73



— Ferrara 15 Luglio 1897 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Mantecchio

Somma precedente	L. 305. 25
Ignoto Benefattore	» 25. —
Offerta N. N.	» 3. 15

Totale L. 333. 40

### Nella primavera della vita

(Conferenza letta alla Società Pedagogica di Ferrara il 21 Febbraio 1897)

*Signore e Signori,*

Il titolo, che io detti agli On. componenti la Commissione, quando mi offrirono l'alto onore di parlare innanzi a Voi, non è che l'ultima frase di una proposizione, la quale sola definisce in ogni sua parte la mia conferenza: *Dello svolgersi di un sentimento ego-altruistico nella primavera della vita.*

Il titolo, specialmente per un conferenziere ignoto, quale io sono, ha pure una grande importanza suggestiva nel predisporre più o meno benevolmente l'animo degli ascoltatori verso chi parla. Non volli adunque che, specialmente Voi, gentilissime Signore, aveste, già prima ancora di salire qua dentro, la esatta, la chiara nozione che sareste venute ad annoiarvi. Signore, la forma poetica del tema doveva favorevolmente suggestionarvi.

Doveva risvegliare in ciascuna di voi, alla dolce vita dei ricordi e delle immagini, quel cantuccio dell'anima nel quale ciascuno conserva, rigo-

gioso di freschezza e pure da ogni triste offesa del tempo, le memorie dei primi anni di vita. In quel cantuccio vi è sempre un po' di confusione, come in ogni luogo ove siano bambini, come in ogni riproduzione fantastica di ricordi lontani. È quel cantuccio un piccolo giardino in fiore, nel quale eterna regna la primavera. Sparsa per i sentieri, tra le aiuole e i cespugli, tutta una folla si agita e vive, una folla di esseri minuscoli che ragiona e sragiona, che ama e che odia, che piange e che ride.

Anche colà, come ovunque, la vita oscilla tra i due grandi estremi, il piacere e il dolore; ma là, in quel piccolo mondo primaverile, regna, apportatrice di felicità e di allegria, la dea *Spensieratezza*.

E la benefica regina, che ci dava allora una felice fugacità di sensazioni e di emozioni, ci fece poi più rapidamente dimenticare i dolori di quell'età, sicchè nei momenti di tristezza torniamo, con un senso vago di nostalgia, a quei ricordi, che hanno perduto ogni asprezza della realtà.

Non per altra ragione gli artisti rappresentarono sempre la fanciullezza come l'emblema della felicità, e gli scienziati non seppero ancora anatomizzare e mostrare, nella sua rude realtà, quell'epoca, che la leggenda popolare circonda di tanta poesia.

Abbandonatevi dunque, o Signore, alla suggestion del titolo e torniamo insieme al piccolo mondo primaverile, e vediamo insieme alcune scene di quella vita.

Vi troveremo abbozzata la vita dei grandi, come se noi la guardassimo con un canocchiale a rovescio; e attraverso ai giuochi infantili e alle piccole vicende, che generalmente si trascurano sot-



**Movimento dei malati nel mese di Gennaio 1897**

	Esistenti		Entrati		USCITI						Morti		Rimasti				
					guariti	miglior.	non mi- giorati	per trasf.	per non ver. pazz.	U					D		
																U	D
Appart. {	alla Prov. di Ferrara		143	161	8	6	2	2	2					2	3	145	162
	ad altre Provincie		19	10		1	1									19	10
			162	171	8	7	2	1	2	2				2	3	164	172

**Movimento dei malati nel mese di Febbraio 1897**

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		145	162	7	3	3	4	1	1	1			3		145	159
	ad altre Provincie		19	10	1											20	10
			164	172	8	3	3	4	1	1	1			3		165	169

**LAVORI DEI MALATI**

Professioni esercitate dai malati ed infermieri; numero dei lavoratori ed importo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori, secondo il giudizio del sig. ing. Poli 1898

	N.	Settembre		Ottobre		Novembre		Dicembre	
		L.	50	L.	50	L.	50	L.	50
<b>Uomini</b> - Hanno atteso ai lavori di terra, alla cantina ecc.	N.	12	50	12	50	12	50	12	50
» » da calzolaio	»	3	22	3	41	2	28	3	29
» » muratore	»	4	30	5	27	4	32	3	18
» » falegname	»	3	50	3	45	2	38	2	24
» » tappezziere e materassaio	»	4	34	5	40	4	34	4	28
» » canepino	»								
» » sarto	»					2	11	2	10
» » pittore e verniciatore	»	2	30	2	14				
» » fabbro ferraio	»	2	62	2	57	2	72	2	51
Si sono occupati, come cucinieri, attendenti alle pulizie, scrivani ecc.	»	14		16		14		13	
Totale dei lavoratori	N.	44		48		42		41	
Totale dell'importo della mano d'opera	»		278 40		274 20		266 80		211 90
<b>Donne</b> - Hanno cuciti effetti nuovi	N.	6	22 90	10	64 40	3	18 25	3	16 95
» » filato, dipanato ecc.	»	5	14 70	3	11 10	10	40 08	5	5 70
» » cucito a macchina	»								
» » tessuto pantofole	»			2	5	2	10		
» » fatto lavori di maglia	»	19	103 70	16	67 15	16	160	18	100 50
» » atteso ai telai	»	5	33 50	5	25 70	8	122 40		
» » rammendato biancheria, vestiti ecc.	»	20	203 02	20	192 80	18	155 64	19	158 68
Si sono occupate in servizi interni	»	14		14		14		14	
Totale delle lavoratrici	N.	69		70		71		59	
Totale dell'importo della mano d'opera	»		L. 377 82		L. 366 15		L. 506 37		L. 281 83
Importo complessivo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori	»		L. 656 22		L. 640 35		773 17		493 73



— Ferrara 15 Luglio 1897 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Mantecchio

Somma precedente	. L. 305. 25
Ignoto Benefattore	. » 25. —
Offerta N. N.	. » 3. 15

Totale L. 333. 40

### Nella primavera della vita

(Conferenza letta alla Società Pedagogica di Ferrara il 21 Febbraio 1897)

*Signore e Signori,*

Il titolo, che io detti agli On. componenti la Commissione, quando mi offrono l'alto onore di parlare innanzi a Voi, non è che l'ultima frase di una proposizione, la quale sola definisce in ogni sua parte la mia conferenza: *Dello svolgersi di un sentimento ego-altruistico nella primavera della vita.*

Il titolo, specialmente per un conferenziere ignoto, quale io sono, ha pure una grande importanza suggestiva nel predisporre più o meno benevolmente l'animo degli ascoltatori verso chi parla. Non volli adunque che, specialmente Voi, gentilissime Signore, aveste, già prima ancora di salire qua dentro, la esatta, la chiara nozione che sareste venute ad annoiarvi. Signore, la forma poetica del tema doveva favorevolmente suggestionarvi.

Doveva risvegliare in ciascuna di voi, alla dolce vita dei ricordi e delle immagini, quel cantuccio dell'anima nel quale ciascuno conserva, rigo-

glose di freschezza e pure da ogni triste offesa del tempo, le memorie dei primi anni di vita. In quel cantuccio vi è sempre un po' di confusione, come in ogni luogo ove siano bambini, come in ogni riproduzione fantastica di ricordi lontani. È quel cantuccio un piccolo giardino in fiore, nel quale eterna regna la primavera. Sparsa per i sentieri, tra le aiuole e i cespugli, tutta una folla si agita e vive, una folla di esseri minuscoli che ragiona e sragiona, che ama e che odia, che piange e che ride.

Anche colà, come ovunque, la vita oscilla tra i due grandi estremi, il piacere e il dolore; ma là, in quel piccolo mondo primaverile, regna, apportatrice di felicità e di allegria, la dea *Spensieratezza*.

E la benefica regina, che ci dava allora una felice fugacità di sensazioni e di emozioni, ci fece poi più rapidamente dimenticare i dolori di quell'età, sicchè nei momenti di tristezza torniamo, con un senso vago di nostalgia, a quei ricordi, che hanno perduto ogni asprezza della realtà.

Non per altra ragione gli artisti rappresentarono sempre la fanciullezza come l'emblema della felicità, e gli scienziati non seppero ancora anatomizzare e mostrare, nella sua rude realtà, quell'epoca, che la leggenda popolare circonda di tanta poesia.

Abbandonatevi dunque, o Signore, alla suggestionazione del titolo e torniamo insieme al piccolo mondo primaverile, e vediamo insieme alcune scene di quella vita.

Vi troveremo abbozzata la vita dei grandi, come se noi la guardassimo con un canocchiale a rovescio; e attraverso ai giuochi infantili e alle piccole vicende, che generalmente si trascurano sot-

to il nome di « cose da ragazzi », troveremo le leggi che regolano l'evoluzione della vita umana. Eccovi alcuni esempi.

Dice la scienza: l'istinto è un fatto psichico divenuto spontaneo, incosciente, naturale per eredità.... Ecco là una minuscola mamma precoce, che, con un cinguettio adorabile, insegna alla pupattola un mondo di cosucce interessanti. Insegna alla pupattola e non s'accorge che prende intanto le prime lezioni di maternità.

Dice la scienza: l'imitazione è un valido coefficiente all'evoluzione psichica infantile: in un canto, il gruppo delle fanciulle serie giuoca alle visite, fanno mille inchini complimenti e discorsi, forse non più insulsi di quelli che hanno udito in certi salotti.

Dice la scienza, a ver dire, la scienza del saper vivere: l'astuzia è elemento utile nella lotta per la vita.... Ecco là una altra bambina, folletto birichino, svolazza via, corre a nascondersi e getta per l'aria un *cucù* prolungato ed argentino: Essa, l'astuta, si è nascosta in un rosaio, e chi saprà, in mezzo a tanti boccioli fioriti, scoprire e distinguere il visetto dai colori della rosa?

Non mancano gli uomini: hanno i riccioli giù per le spalle, i calzoncini corti, e forse un lungo grembialone maschera del tutto il sesso; ma come in ogni atto si rivela la loro mascolinità, volano alto, alto sul dondolo, sferzano senza paura il destriero di legno, guidano audacemente all'assalto soldatini di stagno, e fanno la corte al gruppo delle fanciulle serie.....

E qui fermiamoci, poiché è appunto del sentimento dell'amore, quale esso si svolge nei bambini, che io voglio oggi intrattenervi.

L'embriologia dell'amore fu già trattata, dal egregio prof. Giovanni Marchesini e da me, in un libro (1) che uscirà tra non molto per le stampe, presentato al pubblico, da una prefazione dell'illustre psicologo Enrico Morselli, uno dei più noti psichiatri che ora vanti l'Italia, che io oggi pubblicamente ringrazio per l'alto onore che ci ha voluto fare.

Io non seguirò l'ordine del libro, tralascierò interi capitoli, aggiungerò nuove cose, e solo riporterò alcuni dei fatti raccolti e alcune delle considerazioni scritte intorno ad essi.

Allo studio di un sentimento, quale è l'amore, che sempre tanta poesia destò nel mondo, non è certo indegno contorno quel piccolo giardino pieno di fiori e di bambini, dal quale io presi le mosse e che io volli immaginare quale cantuccio di memorie infantili in fondo all'animo vostro, o Signore.

\*\*

Chi ricorda come si sia cominciato ad amare? Generalmente vi è nella vita giovanile una data,

che sta a ricordare la prima volta che si ebbe l'intera nozione, che vi era nel mondo un altro essere, il quale aveva la strana potenza di farvi soffrire o gioire ad un semplice cenno. Certo quella data segna il primo amore, ma, ciononostante, si incominciò proprio quel giorno ad amare?

Esso viene per alcuni molto tardi, passata la pubertà, e si deve proprio credere che, prima di allora, l'animo fosse vergine di ogni sensazione, privo di ogni desiderio?

E mentre la providente natura, nella formazione di ogni sua opera, va lentamente preparando organi semplici a semplici funzioni, poi man mano va, per infiniti gradi, complicando gli uni in rapporto al complicarsi delle altre, solo per l'amore avrebbe lasciato ch'esso sorgesse a suo talento, d'un tratto, senza prima preparare l'organismo ad accoglierlo?

Ciò evidentemente non è, e sarebbe assurdo che così fosse.

Certo nell'epoca pubere, il sentimento dell'amore irrompe, quasi improvviso, dalle regioni dell'inconscio come una solenne affermazione della vita, ma anche prima della pubertà, durante tutta la fanciullezza, il corpo, come l'anima, si va preparando all'amore.

Noi tralascieremo oggi di considerare come l'organismo, materialmente, si prepari all'amore, per seguire soltanto lo svolgersi di quella parte, tutta sentimentale ed idealista, la quale è diversa presso ogni popolo e subì fasi di grande progresso nelle diverse epoche di civiltà, e la quale, a dir vero, sembra costituire una delle principali caratteristiche dell'amore moderno.

In ogni individuo, presso tutti i popoli, in tutte le epoche, l'unico scopo dell'amore fu ed è sempre identico, quello della procreazione. Seguire insomma una delle grandi leggi di natura, di quella natura che ci volle al mondo, senza che ne sappiamo precisamente il perchè, che, anche quando il nostro essere sia straziato da mille dolori, ci dette, insito in noi, senza che ne sappiamo la ragione, l'orrore della morte, e che ci dette, anche nella certezza della fine individuale, il desiderio di rivivere oltre tomba in esseri da noi creati.

Pane ed amore, ecco i due grandi fattori della vita, che si riassumono nei principi generali della conservazione dell'individuo e della specie.

Se un sociologo ci narrasse l'evolvere delle società umane, ci narrasse i costumi e la psicologia dei popoli, e tuttociò ponesse a raffronto coll'evoluzione del sentimento dell'amore, noi troveremmo quanto esso abbia variato nella sua parte psichica da popolo a popolo, da secolo a secolo, da civiltà a civiltà. Vedremmo, come il suo variare fosse sempre in istretto rapporto col variare della psiche dell'individuo e dell'ambiente sociale: come si elevasse alto, nobilitandosi, quando gli uomini e le società miglioravano, come scendesse in tristi fasi di

(1) Obici e Marchesini. - *Le prime fasi dell'amore. Studio psicogenetico dell'amore nella pubertà, specialmente in rapporto alla vita dei Collegi.* Società Edit. Dante Alighieri. Roma, 1897.

corruzione quando il corso dell'umanità, nelle sue lente oscillazioni, sembrava tornare addietro in fasi di corruzione e di oscurantismo.

Narrano, quasi in forma di leggenda, gli storiografi delle prime età, che nelle selve i primi uomini, in lotta contro la terra e le belve, satolli di un pasto sanguinolento, andassero in cerca di una donna, e, trovatala, non certo bella come la biblica Eva, con la violenza e le percosse l'assoggettassero agli impulsivi desideri, e nel sangue continuassero la specie.

Ma tali feroci amori son ben lontani, e non rivivono ai nostri giorni che negli orribili e pazzeschi delitti di un Verzeni e di un Iack.

Nel mondo greco il profondo rispetto alla forma e la feticistica adorazione della bellezza danno già un carattere ben più elevato all'amore, e la passione dei sensi sembra nobilitarsi nella splendida forma di cui la circondano Saffo ed Alceo.

Nel mondo latino il mite Virgilio canta l'amore di Didone, poi colla corruzione dell'impero compare il satirico Giovenale.

Ma di lì a poco la femmina diviene, nel trionfo del Cristianesimo, una *Madonna*.

I cavalieri del Medio Evo vanno incontro alla morte ridendo, poichè, quale talismano, sta sulla corazza la sciarpa della loro regina, e Rudello, il trovadore provenzale, si innamora di una donna lontana, della quale ha sentito decantare le bellezze.

Sembrami questo amore che, per accendersi o divampare, non ha bisogno della diretta visione dell'oggetto amato e del suo contatto, l'incarnazione più alta dell'ideale e del platonismo. Lasciate che io vi narri la leggenda.

« Nessuno poteva sapere come si chiamasse o dove vivesse la donna che volava sovrumana nelle canzoni di Rudello, però che solo nel segreto della notte ella appressava al poeta, non toccando terra, labendo senz'orme, in guisa di sogno » (Uhl and).

La bella donna viveva nel lontano oriente, ed il poeta era attratto verso la spiaggia ove i battelli posano pronti. Viaggia il poeta verso l'oriente, ma alla fine del suo viaggio è colto dalla febbre. Va il fido scudiero Bertrando in cerca della non veduta, ma tanto sospirata donna,

. . . Melisenda,

Contessa di Tripoli, ov' è?

Io vengo messaggio d'amore,

Io vengo messaggio di morte,

Messaggio vengo io del Signore

Di Blaia, Giaufredo Rudel.

Notizie di Voi gli fur porte,

V'amò vi cantò non veduta:

Ei viene e si muor, Vi saluta,

Signora, il poeta fedel.

La donna raggiunge sulla spiaggia l'amante, ed egli nelle ultime parole consacra l'alta, idealistica verità che ispirava la sua vita di sognatore e le canzoni di innamorato.

Contessa, Che è mai la vita?

È l'ombra di un sogno fuggente,

La favola breve è finita,

Il vero immortale è l'amor. (Carducci)

Risponde, nel nostro secolo, alla mistica idealità di Rudello, la melanconica voce di Consalvo che ringrazia Elvira del primo ed ultimo bacio.

*Due cose belle ha il mondo: Amore e Morte.*

Ma il povero Leopardi è, nel nostro secolo di mercanti, un solitario.

L'amore nostro, nella fredda e cinica autocritica dei Superuomini, è divenuto più *intellettuale*. È certamente meno feroce e più leggiadro, ma ha perduto in gran parte ogni profumo di sentimentalismo. Le forti passioni si spezzano, si impoveriscono e si perdono nella *flirtation* dei nostri salotti. I giovani, che hanno troppo vissuto, immiseriscono ogni loro sentimento nelle raffinate conversazioni con sapienti fanciulle, mentre dietro le scene si mercanteggia a compra e vendita sui matrimoni.

Lo studio dunque del come amarono e del come amano i popoli può riassumere gran parte della storia dell'umanità.

Del resto l'importanza dell'amore quale fatto psichico, che determina infinite nuove relazioni sociali, si rivela senz'altro ad un esame superficiale. Due esseri si avvicinano e si fondono nell'amore, poichè ciascuno ha bisogno dell'altro per completarsi. Vi è nell'affetto dell'uno e dell'altro una parte di egoismo, in quanto l'uno e l'altro ricercano nell'amore il piacere, ma ambedue danno altruisticamente una parte di sé alla creazione di un altro essere.

Ed ecco dall'amore zampillare tre altri sentimenti: il materno, il paterno ed il filiale, e, in modo indiretto, tutti i sentimenti parentali. È così costituita la famiglia, la quale, solo quando sia realmente la sintesi di tutti questi affetti, è la base sentimentale di ogni società.

Ma poi quanti altri sentimenti e pensieri fioriscono e si ingentiliscono alla luce radiosa e calda dell'amore! Tutte le arti di tutti i popoli, di tutti i tempi ebbero luce dall'amore, e chissà quante volte anche il genio del freddo pensatore fu eccitato alla ricerca del vero da una dolce carezza di donna.

Il pudore sorge allato alla passione, sembra suo avversario; ma, opponendo ostacoli di veli rosei, la costringe a salire sempre più alto nell'ideale.

Le religioni poggiano principalmente sull'amore, ma, specialmente attraverso ad esse, l'amore si eleva in impalpabili rapporti di sentimenti e di idee, disprezza ogni materialità di contatto, e considera, quali santi eroismi, le manifestazioni morboso dell'ascetismo.

Dall'amore sono ispirate le azioni più nobili e le più turpi; ne nascono e l'eroismo e il delitto; non vi è sentimento, non vi è pensiero, non vi è azione del nostro io, che non possa essere migliorata o peggiorata dalla passione, e innanzi tutto, notalelo o Signori, dal modo come ameremo, dal

modo come saremo amati dipenderanno, in gran parte, quelle somme di gioie o di dolori, che l'avvenire riserba a ciascuno di noi.

La felicità fu sempre il vello d'oro, a cui anelarono in ogni tempo gli uomini.

Dare ai fanciulli un corpo ed una mente, che li preparasse alla ricerca della felicità, fu sempre l'ultima meta dell'educazione. A salvaguardia del vello d'oro sta, principale difensore, l'amore.

Eppure, che cosa facciamo noi perchè i nostri figli imparino ad amare?

Ecco un problema troppo trascurato nella pedagogia moderna, come nella educazione familiare e sociale.

Io pongo oggi il problema, non lo risolvo. Volli solo mostrarvi quanta importanza avesse e come sia giustificato il tentativo, che il prof. Marchesini ed io facemmo, nel portare un piccolo contributo all'educazione all'amore.

\*\*

Nell'indagine e nell'accertamento dei fatti seguimmo tre metodi: l'osservazione diretta degli amori tra fanciulli, sia nei collegi, sia nella vita; l'inchiesta psicologica, interrogando a viva voce o per iscritto, principalmente maestre, sui loro ricordi di convitto e sulle relazioni che si svolgevano nei bambini delle loro scuole; infine l'esame di moltissime lettere di fanciulle e fanciulli, veri palimpsesti degli amori di collegio e vere miniere di osservazioni psicologiche.

Sfogliamo qua e là questa numerosa raccolta di fatti. Vi narro per brevità soltanto quelle storie che meglio fanno risaltare i principali caratteri degli amori infantili, ma non crediate ch'esse siano eccezioni.

Io non potrò oggi tentare la minuta analisi di ogni fatto e delle sue cause, poichè la ricerca mi trascinerebbe troppo lungi, in difficili campi, che è conveniente che io non affronti; ma voi intendete più di quello che io non dica, e per il vostro insegnamento traete un maggior numero di conclusioni di quelle che io non affermi.

Una collaboratrice, che da lunghi anni insegna alle elementari, ci descrive con molta arte i primi affetti delle scolare fra loro e verso la maestra.

« Dapprima le bambine sono gaie, ridenti, amanti di sole, di luce e di trastulli, poi a poco a poco si fa in loro una velatura di melanconia e d'inerzia profonda, solo interrotta da scatti improvvisi della persona, e allora noto un vagar di sguardi nel vuoto, quasi per leggervi il perchè di questa trasformazione, che entro di loro si impone. Sentono che tutto ciò che dava loro gioia più non basta ad allietarle, sentono che bisogna essere in due ed entrano nell'azione e fanno le prime armi, concentrando i loro affetti in un solo essere. Non si confondono più colle altre bimbe, ma sentono prepotente il bisogno d'amarne una sola, di avere un'amica, per amarla. La subiranno o la domineranno? Non im-

porta; comunque sia, ne hanno bisogno, la vogliono e la trovano. Per essa non ci son più misteri, tante volte la mamma o il confessore ignorano ciò che non ignora l'amica. Quante scene di gelosia, quanti pianti e dolori repressi, quante dichiarazioni commoventi d'amore grande, infinito, che sperpero d'affetti!

Quando si credono sole, si scambiano baci e si abbracciano con intenso piacere.

Certo quelle bimbe, senza comprenderlo, assecondano lo svolgersi del senso dell'amore, e dell'amore hanno tutti gli eroismi.

Per l'amica sacrificano gioie e desideri, indovinano i bisogni, s'addossano colpe, le attribuiscono i propri meriti, talvolta anche s'immedesimano in lei stessa e ne copiano i difetti e le passioni, ne subiscono le prepotenze rassegnate e vili, contente di un bacio, di una carezza, d'uno sguardo.

Ma vi sono nature elette, che tendono all'alto e non si danno così facilmente ad una loro compagna, aspirano al superiore, e, quale creatura per loro più alta della loro maestra?

Quante soavi carezze mi han dato in certi momenti di dolore, e ogni anno, quelle bimbe che mi erano devote come a un Dio!... Il più bel fiore era mio; mio un dolce; per me un sacrificio di qualche cosa di caro; per me un compito, in cui il tema trattasse di scrivere a persona cara... In ogni compito, ove si parlasse d'un'eroina, vi figurava il mio nome; e sempre ed ovunque, ostinate, come le ombre, me le vedevo d'appresso, umili e devote fino all'esagerazione. Con che gioia mi toglievan di mano, appena arrivata, il mantello e l'ombrello!... con che voluttà baciavano in segreto quei cenci e si litigavano il servizio!

Una volta svenni e mi adagiai sul letto della bidella. Una fanciulla mi veniva di tanto in tanto a dar delle occhiate di nascosto, e, vedendo quanto io soffrissi, piangeva in silenzio e mi rilisciaiva tutta, e poi mi baciava i piedi e vi posava sopra la guancia, standovi parecchio perchè mi ritornassero il calore e la forza....

Un'altra bimba cadde ammalata. Fu morente. Io l'andai a trovare, e nel parossismo della febbre aveva chiesto alla mamma le portasse una certa scatola... V'eran pezzi di carta, gettati via da me chissà mai quando, cenci di seta, filaccie di lana e di oro, immagini, e qualche confetto regalatomi in occasione di nozze e da me pure regalato alle mie bimbe; c'eran perfino delle dita di guanti a maglia rotte. — In un angolo, tenuti con più riguardo, compiti corretti, dove figurava la mia scrittura.... e sotto, di pugno suo: Alla mia maestra io dono il cuore, perchè mi pare sia un Dio... »

Basta sfogliare tutti i libri di psicologia infantile per trovare nuovi fatti di simil genere in tutte le età, e sempre cogli stessi principali caratteri: ammirazione della bellezza, desiderio intenso di vicinanza, sommissione assoluta, gelosie acutissime.

E allora si capirà che anche i bambini hanno un cuore, che anch'essi soffrono amando; si capirà allora ciò che molti di noi non capiscono ancora, ciò, che tanto spesso non capiscono neppure i genitori, quando credono col ridicolo di guarire le piccole passioncelle che hanno lette nei melanconici occhi dei figli.

\*\*

Tutti questi fatti, che io sono andato narrando, avvenivano in bimbi, prima della pubertà.

Le emozioni, gli istinti e i sentimenti hanno più d'ogni altro fenomeno psichico origini oscure; l'amore, che di tutte queste affettività è un complicato miscuglio, ha, più d'ogni altra passione, lontane e misteriose origini nell'incoscienze; le sensazioni organiche sessuali, che sono il nucleo di tutte le sensazioni concorrenti alla creazione dell'amore, furono legate agli organismi fino dalle forme più semplici e primordiali, e attraverso alle specie, che esse stesse provvedevano a moltiplicare, si resero sempre più complesse e più attive. Nell'individuo esse si elaborano lentamente, misteriosamente, trasformandone la psiche, alle volte degenerandola.

Al fanciullo, osserva il Perez, la voce del sesso parla un linguaggio che egli intende vagamente; da ciò proviene la stranezza di certe manifestazioni che pure hanno natura sessuale.

Le radici, per così dire, dell'amore, sono nell'individuo come nella specie profondissime, ma il germoglio, il tronco, i rami, i fiori, i frutti sono tardivi. Nell'età prepubere, non si ha che un tenero germoglio, tutta la fioritura è ancora potenziale, latente, ma le gemme, che nel germoglio vanno formandosi, annunciano il prossimo comparire di qualche nuovo elemento. Queste gemme sono, nell'età prepubere, tutte quelle emozioni di tenerezza quasi feticistica, di cui più sopra demmo un saggio, e che hanno in parte un'esistenza a sè e caratteri loro propri, indipendenti dal sentimento dell'amore.

Il tenero germoglio e le piccole gemme non tarderanno per altro a dare i rami e i fiori. Il loro accrescimento sarà rapido e tumultuario, e l'albero dell'amore diverrà presto frondoso ed olezzante.

La pubertà, scrive il Beaunis (1), è come una seconda nascita, meno rapida e meno violenta della prima, ma che, invece di sorprendere un'organismo in uno stato ancora apatico, appena cosciente, come quello del feto, sorprende un essere intelligente, sensibile, impressionabile, e che sa fino a un certo punto osservare ed analizzare ciò che prova.

Noi le manifestazioni psichiche dell'amore nella pubertà le studiammo specialmente nei Convitti normali femminili. È appunto là dentro che molte delle nostre fanciulle nascono alla seconda vita, quella dell'amore: val dunque la pena seguirle fino là dentro.

(1) Beaunis - *Les sensations internes*. Paris. Alcan. 1889.

Gli occhi un poco stanchi e cerchiati di bruno sono alle volte pieni di sogni e di melanconie, alle volte brillano di una luce quasi febbrile. Lo sguardo chiaro, sicuro, ingenuo, quasi animale della bambina diviene lo sguardo espressivo della donna che pensa e che può rendere tutte le sfumature del sentimento. La voce diviene calda, musicale, di un timbro più dolce e che può esprimere tutte le inflessioni della passione. I movimenti bruschi, impulsivi, disordinati divengono più gentili, e più graziosi, le pose sanno di abbandono, il cammino di languore e di mollezza.

I giuochi, che le piacevano, lasciano la fanciulla indifferente. Di tanto in tanto uno scoppio di vita espansiva, una sonora risata, uno scherzo ricordano la bambina d'altri tempi, ma tali ritorni durano poco, ed essa ricade rapidamente nello stato di languore e di sogni.

Tutto questo avvicinarsi di sensazioni nuove la confondono e la commuovono. Ella desidera e non sa ciò che vuole, ella piange e non sa ciò che la disturba, ella oscilla da un sentimento al sentimento contrario, senza potersi rendere conto di ciò ch'ella prova. Ella è nervosa, agitata, cerca la solitudine e vorrebbe nascondere a tutti i dolori che l'affliggono e che le fanno vergogna.

Il suo umore cambia da un momento all'altro, alle volte è tenera ed espansiva, ma di lì a poco si ripiega su sè stessa.

Di essere forse l'attira e le piace, ma tale attrazione è combattuta da una specie di perplessità e di riserbatezza istintiva. Gli sguardi, le strette di mano, tutte quelle familiarità, che, nei giuochi, coi bambini della sua età, passavano poc' anzi perfettamente inosservati, le danno ora sensazioni strane, fremiti vaghi, e suscitano nella sua piccola mente un mondo di idee e di aspirazioni indecise, appena formulate, e delle quali ella si compiace senza osare per altro di approfondirle.

Tutto questo periodo dell'esistenza della fanciulla, simile al trasformarsi in farfalla della crisalide, questo miscuglio di sensazioni così dissimili di vivacità e di languore, di indifferenza e di desiderio, di ignoranza e di intuizione ha spesso ispirato gli artisti ed i poeti, i quali l'hanno fissato in tipi immortali (Beaunis).

Nei collegi femminili, ove le nostre fanciulle vivono lontane dagli affetti della famiglia e dalla vita sociale, l'intimo desiderio d'amare prende strane forme.

Una bambina ritornava, giorni sono, dal Convitto di una città vicina, dove avea sostenuto gli esami d'ammissione. E alla maestra sua, che l'aveva istruita privatamente, disse subito con tono trionfale: In convitto mi sono trovata l'amica. Se vedesse com'è bella e piacevole! Ella ne aveva un'altra delle *flamme*, ma spero che sarà tutta mia e non mi vorrà tradire!

Parole piene di ingenuità, ma molto strane, nonostante l'apparenza semplice e naturale, e delle qua-



li certo la fanciulla non intuiva tutta la profonda importanza psicologica. Per quale misteriosa attrazione questa bimba, che pur ieri aveva lasciato la famiglia e il suo piccolo mondo di affetti, è presa ad un tratto da una vivissima simpatia per una estranea, solo perchè la giudica bella e piacevole? Perchè, nonostante le preoccupazioni dell'esame, si abbandona all'ignoto sentimento, ed ama, in modo così esclusivo, l'amica? Perchè desidera già di rapirla ad un'altra? Perchè è gelosa e teme il tradimento? E infine perchè quel termine di *fiamma*, che sa di gergo?

La *fiamma* è appunto una parola del gergo collegiale, e sta ad indicare nello stesso tempo la persona amata, e l'amicizia in astratto, ma l'amicizia che ha il tono della passione, come è intesa e sentita nei convitti. Diremo subito che in ogni collegio, sia femminile, sia maschile, la *fiamma* può considerarsi come una istituzione, una necessità dell'ambiente. Mutasse pure il nome, e si parlasse non di vero e proprio « amore fiammesco », ma di « amicizia », il fenomeno conserverebbe immutati i caratteri suoi più salienti e particolari. Essa generalmente decorre casta con caratteri spiccati di platonismo, più spesso tra collegiali non della stessa camerata o classe, oppure fra alunni interni ed esterni della stessa scuola.

Le innamorate si comunicano l'ardente passione per mezzo di lunghe lettere, delle quali noi ne esaminammo moltissime (oltre 400), e attraverso alle quali mi sia permesso riassumere i principali caratteri della *fiamma*.

Nelle lettere passano sentimenti nobili e futili sciocchezze, grandi affetti e piccole ire, sorrisi e lacrime. — Sono biglietti eleganti fregiati d'oro, o pezzetti di carta strappati al quaderno, sono foglietti variopinti, da cui emana un dolce profumo, o larghi fogli di protocollo. Sono caratteri fini e civettuoli, o segni grossi ed ineguali tracciati col lapis in tutta furia, sono letterone lunghe 4, 8, 16, 32 pagine, o minuscoli fogli nei quali una sola frase condensa tutti gli affetti della scrivente.

Ecco, ad esempio, una dichiarazione di una interna ad una esterna che conosce solo di vista.

« Mia carissima, da due o tre giorni cercavo di vederti e di parlarti. Appena t'ho veduta mi sei piaciuta moltissimo, e le tue compagne dicono che sei molta buona, gentile, elegante. Non ti meraviglierei se ti dico chi ti voglio bene e spero che me ne vorrai un pochino anche tu.... Accetta questi pochi fiori e leggi in essi quello che sente per te la tua.... »

Le collaboratrici insistono tutte sul fatto di capitale interesse, che l'ammirazione della bellezza e dell'eleganza ingenera spesso il principio delle relazioni fiammesche. Desiderose di un'intima amica, le fanciulle la ricercano sempre tra le più belle e le più carine.

Una Imelde racconta il lungo affetto tenuto

nascosto per ben due anni, allo stato di muta adorazione.

« Ma è proprio vero che mi vuoi bene? Non so il perchè, tante volte non lo posso credere che tu me ne voglia davvero, mi pare una cosa impossibile. Lo sai? Non è mica da adesso che io te ne voglio! Sono due anni. Mi ricordo che quando ti potevo vedere l'anno passato così fiorente di bellezza ero tutta felice. Non l'ho mai detto a nessuno, e quest'anno mi scappò detto un giorno, e subito te lo vennero a raccontare. M'avevano fatto stizza, ma ora ne sono felice. »

E finisce. « T'accerto che non mostrerò mai le tue lettere a nessuno, però voglio che tu mi prometta altrettanto. »

E in moltissime altre lettere si rivela il ritengo di quelle fanciulle nel manifestare la qualità e l'intensità delle loro affezioni e il vivo desiderio che la segretezza e il mistero le circondino.

Che vi ha di male, nell'affetto sincero ad un'amica, da avere tante misteriose paure? E quel che è più, che vi ha di male in quelle lettere, piene bensì di una calda sentimentalità giovanile, ma nelle quali non appare mai la volgarità o la prova di relazioni colpevoli?

È un fatto che la parte più intima di noi, i lati affettivi più intensi dell'animo nostro, non abbiamo piacere che gli altri li conoscano, ed è l'amore che più d'ogni altro sentimento ama il mistero.

Quasi in ogni lettera vi sono promesse di eterno affetto, giuramenti di fedeltà, dichiarazioni di non mai amare altre, e di non dimenticare mai. Proprio come negli amori soliti nel mondo! Ma proprio come in questi le promesse e i giuramenti sono il più spesso menzognieri, perchè sbolle e sfuma la passione che li aveva determinati. — Alcune volte per altro l'affetto è così forte, che la promessa rimane sincera, e l'innamorata rifiuta davvero altre fiamme, per non commettere infedeltà all'amica, alla quale prima ha giurato amore. Eccone un esempio:

« Z.... Finalmente ti rispondo. Ma credi che finora me ne sia astenuta per scompiacenza? No, un altro sentimento mi rattenne, ma tu mi hai costretta, ed io ho dovuto risponderti. Ti sono grata dell'onore che mi fai, giudicandomi degna del tuo amore, ammiro in te la bontà, la virtù, so che la tua amicizia mi sarebbe preziosa..., ma tu sai meglio di me che al cuore non si può comandare. Io amo immensamente un'altra persona, di cui non ti dico il nome, ma che tu certo indovinerai, e l'amo in modo che impossibile mi sarebbe l'amare un'altra dello stesso amore. Tu vedi adunque che la parte più grande del mio cuore è occupata....; vuoi dunque che a te offrissi un secondo posto? Mi vergognerei di farlo e nol faccio. Scordati adunque di me. »

Quando nell'anima della scrittrice più si fa sentire lo sconforto e la noia della monotona vita presente, quando più vivamente è assalita dai desideri sconfinati di una vita diversa, quando insomma entra in uno stato di eretismo psichico, in cui facili

sono le immagini tristi, i bisogni d'amare e le lacrime, quasi incoscientemente diviene verso la fiamma affettuosa ed espansiva in modo esagerato.

La lettera così, nel maggior numero dei casi, rappresenta un improvviso, affrettato, intenso scoppio di passione.

Ed è strano il fatto che, dopo aver mandato all'amica simili lettere, le normaliste provano rimorso, poichè, quando sono tornate calme e tranquille, dubitano di aver commesso una colpa.

Sentite come giudica una compagna una normalista, della quale del resto abbiamo lettere di fuoco.

« Ma credi bene, è qualche cosa di straordinario. La C. non mangia più, non dorme più, non studia più, ma pare abbia perduto addirittura la testa. E dire che alla R. è indifferente, se non antipatica.... Se tu sentissi che lettere scrive, la pare una matta nè più nè meno. Hai ragione tu, è una ragazza molto malata moralmente, molto guasta ed a me non piace niente. »

La scrivente pone così una importantissima questione. Devono tutte queste relazioni considerarsi quali forme aberranti dell'amore o come una sintesi transitoria, data dall'età e dall'ambiente, dei fenomeni psichici dell'amore nella pubertà? Intorno a ciò lungamente abbiamo scritto il Marchesini ed io, ma oggi mi permetto soltanto, da un lato, un'affermazione, dall'altro, di leggersi il racconto di una nostra collaboratrice.

In più di quattrocento lettere esaminate, non una frase che non fosse castigata, non un accenno a cose turpi e sconvenienti.

La collaboratrice racconta :

Una volta (era il dì dei morti), che io stava sola e pensosa rincantucciata in un angolo del camerone del convitto, una compagna mi corse incontro e, abbracciandomi, mi chiuse la bocca con un bacio e mi accarezzò dolcemente i capelli. Guardai stupita, provai una deliziosa sensazione, un conforto supremo.

Qui ha principio l'idillio... Una furia tempestosa di baci e di carezze che mi sbalordivano addirittura e facevano chiedere a me stessa il perchè di un affetto così improvviso, così espansivo, così nuovo. Ingenuamente lo chiesi alla mia compagna, ed essa mi rispose :

Io t'amo, perchè mi hai colpita appena ti ho vista, perchè sei bella, sei bianca, e perchè sono felice e mi calmo quando posso passare le mani fra i tuoi folli capelli e posso baciare il tuo bel collo bianco e grasso. Ho bisogno di un'anima e di un corpo...

Sinceramente mi pareva allora questo un linguaggio di persona superiore, perchè io non ne afferravo tutta l'importanza. Come la prima volta che mi accarezzò, la guardai stupita, e nel momento non fui capace di rispondere ad una sua nuova furia di carezze e di baci. Sentivo che non eran baci come quelli della mamma, del babbo, dei fratelli, delle altre mie compagne, e mi davano sensazioni sconosciute....

Venne poi la lettera — dichiarazione, e fra noi due si stabilì l'osservanza dei diritti e dei doveri fiammeschi. — Dovevamo baciarci incontrandoci (lei me lo aveva imposto) e salutarci semplicemente quando eravamo alla presenza dei superiori, perchè le fiamme erano proibite nel modo più assoluto. Io obbedivo perchè le volevo bene, sì, ma anche perchè avevo proprio paura delle sue gelosie da Otello. Mi soffocava, mi mordeva perfino, quando io giuocava allegra e spensierata con altre mie compagne, e guai, guai a me se non la chiamavo, quando mi pettinavo. Voleva vedermi coi capelli sciolti, voleva posarsi a lungo sulla mia spalla, e più quando ero in semplice accappatoio bianco, che quando ero vestita completamente.

La lasciavo fare, e lei mi sgridava severamente perchè anch'io non facevo altrettanto e non ero mai la prima a desiderarla, a correrle incontro, a baciarla ».

Anche la V. — che così narra — era gelosa : » il pensiero di perderla, il pensiero che forse un giorno avrebbe prodigate ad altre le sue carezze, mi pungeva segretamente il cuore. Non glielo dissi mai !

Tuttavia un giorno, a passeggio, sulla vetta di una collina, da dove si scopriva l'immenso azzurro del mare, fui assalita da un'onda impetuosa di grande tristezza e piansi, piansi disperatamente. La Direttrice dovette chiedermene la ragione, ed io mi gettai tra le sue braccia e, nascondendo il viso nel suo seno (alla spalla non ci arrivavo), esclamai : L'amo, ed essa forse non m'ama più ; è meglio morire ! Quello scoppio fece ridere la direttrice, e quel riso mi passò il cuore. Fu come un lampo ! Capii quanto ero sciocca, quanto, più di me, l'altra era su falsa strada e da quel giorno abborrii le fiamme e non seppi più sopportarle. »

Era dunque una forma di affetto fiammesco, che, solo per fortuite circostanze e per la virtù della nostra collaboratrice, non degenerò in forma di perversimento.

E basti il rapido accenno a questo bruttissimo lato dell'argomento da me scelto, e scusatemi se anche a questo accenno fui trascinato. Ma sembravami mio dovere. Io, medico alienista, mi sento in questo punto solidale con voi nella lotta contro il vizio e la degenerazione. A noi, medici della mente, il triste ufficio di curarne i dolorosi effetti; ma a voi, maestri, per mezzo di una adeguata educazione, il consolante privilegio di prevenirli. Basti l'accenno, ma esso valga a giustificare le vibrante nostre conclusioni contro l'educazione dei collegi.

\*\*

*Signore e Signori,*

L'amore nella pubertà è così multiforme e così vario, che i fatti da me raccolti devono certamente apparire incompleti e disordinati. Ma poichè il tempo stringe, io non posso neppure riassumermi. La-

sciatemi per altro accennare nella mia perorazione ad un nuovo lato dell'argomento.

Nella pubertà tutte le impressioni, tanto violenti quanto nuove, lasciano una larga e profonda traccia. È nella pubertà che va costituendosi quello che noi dicemmo l'organismo dell'amore, organismo complesso, perciò delicato, fiore di serra che darà profumo soave e sano, se sarà coltivato in terreno favorevole, ma che darà un profumo, forse più acuto, ma snervante e pernicioso, se sarà alimentato dalla corruzione e dal vizio.

Ha dunque un fondo di vero la frase, tante volte ripetuta dagli amanti, che nella vita si ama una volta sola, se con essa si intende, non di affermare che si ama una sola persona per tutta la vita, ma bensì che il primo amore dà la nota fondamentale a tutti gli amori dell'individuo.

Gli elementi costitutivi dell'amore, quale si svolge nelle nostre società moderne, traggono origine e legge, non dal solo istinto, ma anche da mille altre fonti, la morale, l'altruismo, l'utile parentale e sociale, l'educazione, l'esempio, da una miriade insomma di influenze suggestive, ora buone ora perverse, sprigionantisi dall'ambiente.

Ed è appunto per la sua complessità psichica, che l'amore è maggiormente soggetto, nel periodo della sua formazione, ad anormalità, a deviazioni, ad errori.

Ai nostri giorni il più terribile parassita, che s'annida nel fiore delicato dell'amore, è l'ipocrisia.

Incomincia il bambino, quando ingenuamente chiede spiegazioni degli insoliti turbamenti, a trovare intorno a sè mistero e menzogna. La curiosità lo spinge, ed egli, che dubita di far male, di nascosto indaga.

Finisce per trovare, ma non sempre per la strada migliore, specialmente nei convitti e nelle amicizie che colà si svolgono. E così nascostamente tutto un nuovo mondo di sentimenti, di conoscenze di idee, di desideri, di vizi forse si forma entro di lui, e i suoi educatori e i genitori nol sanno.

Passano gli anni, ed egli va nella vita.

Ha tutto imparato, ma tutto vuol provare e gustare, e non sarà certo il nostro mondo che gli opporrà ostacoli di sorta.

L'amore onesto, che si santifica nella famiglia e nell'affetto ai figli, trova troppi ostacoli nelle tristi condizioni sociali, e d'altra parte appare alla fantasia eccitata dagli insaziabili sogni della pubertà, una fine troppo monotona e volgare.

La donna, che non può godere di una relativa libertà, se non che sotto l'egida del marito, è ancora, per rispetto all'amore, in condizioni più tristi di noi: a lei non il diritto della scelta, a lei l'obbligo di sottoporre il proprio cuore alle necessità sociali delle proprie condizioni.

In questo stato di cose, il più delle volte, fra due esseri, che dovrebbero guardarsi attraverso gli occhi finò in fondo all'anima, si stende un velo

menzognero, da un lato la brutale menzogna del forte, dall'altro la sottomessa, umile ipocrisia del debole.

Sarebbe ben melanconica la fine mia, se l'instancabile fiducia di una nuova età non la allietasse con rosei sogni.

Il progresso dell'amore fu sempre legato al miglioramento delle condizioni morali e sociali della donna. Man mano essa va acquistando una figura propria ed una nuova coscienza dei propri diritti, man mano essa porta nella lotta sociale nuove forze e si libera dalla tutela maschile, l'amore dell'uomo va migliorando, poichè perde tutto ciò che ha di rude e di tirannico, per acquistare la soavità e la dolcezza degli affetti tra eguali.

Solo quando l'uomo e la donna, economicamente liberi entrambi ed entrambi forti, potranno liberamente guardarsi in viso e l'un l'altra scegliersi, l'amore sarà sempre e davvero sincero, sarà sempre e davvero sorgente inesauribile di felicità.

A voi dunque, o signore, nella lotta per migliorare voi stesse, il glorioso premio di rivendicare al genere umano la sincerità dell'amore.

GIULIO OBICI

## Congressi futuri del 1897

CHE INTERESSANO GLI ALIENISTI

**I. - VIII Congresso annuale dei medici alienisti e neurologi francesi.** - Si aprirà a Tolosa lunedì 2 Agosto, sotto la presidenza del dott. Ritti di Charenton.

Il programma comprenderà:

1) Questioni messe all'ordine del giorno:  
**Patologia mentale.** *Diagnosi della paralisi generale.* Relatore: il dott. Arnaud di Vanves.

**Patologia nervosa.** *Isterismo infantile.* Relatore: il dott. Bezy di Tolosa.

**Assistenza degli alienati.** *Organizzazione del servizio medico negli asili d'alienati.* Relatore: il dott. Doutrebente di Blois.

- 2) Letture, presentazioni, lavori diversi.
- 3) Visita al Manicomio dell'Alta Garonna.
- 4) Assemblea generale dell'unione degli alienisti francesi.
- 5) Escursioni.
- 6) Stampa e distribuzione dei lavori del Congresso.

**II. - Congresso Internazionale di Medicina Legale a Bruxelles** (dal 2 al 7 Agosto). - Questo Congresso, che si terrà in occasione della Esposizione universale di

Bruxelles e di cui la Società di Medicina Legale del Belgio ha preso l'iniziativa, ha un programma dei più interessanti, da cui noi stralciamo le questioni seguenti, che meritano specialmente di attirare l'attenzione dei medici alienisti:

**Legislazione.** 1. *Gli alienati criminali e le case-asili.* Relatore: il Sig. De Buschere Consigliere alla Corte d'appello di Bruxelles.

2. *Il segreto medico professionale avanti alla Giustizia.* Relatori: i Signori Alfredo Moreau e Smets Mondez, avvocati presso la Corte d'Appello di Bruxelles.

**Medicina mentale.** 1. *Della responsabilità, specialmente della responsabilità parziale.* Relatore: il Sig. Dott. De Boeck, incaricato della Clinica psichiatrica all'Ospedale di S. Giovanni in Bruxelles.

2. *L'ipnotismo nei suoi rapporti colla criminalità.* Relatore: il Sig. Dott. Camillo Moreau, dottore in scienze naturali, medico-legale a Charleroi.

**III. - Congresso Internazionale di Medicina a Mosca** (dal 19 al 26 Agosto). *Sezione di malattie mentali e nervose.* Il programma delle questioni relative alla patologia mentale e nervosa, che saranno discusse a questo Congresso, è molto ricco.

Per ciò che concerne la Neurologia, sarà trattato successivamente della *Patologia della cellula nervosa, della Patogenia ed Anatomia Patologica della siringomielia, della Patogenia e cura della tabe dorsale, del Trattamento operatorio delle malattie del cervello.*

Per le malattie mentali, il programma comprende pure N. 3 questioni:

1. Ossessioni e idee fisse. Relazione: *La semeiologia delle ossessioni e idee fisse* per il Prof. Pitres e il Dott. Regis di Bordeaux. Comunicazione annunciata: *Patogenia e diagnosi delle ossessioni verbali e delle pseudo-allucinazioni*, per il Dott. James Shaw di Liverpool.

2. *Patogenesi della paralisi generale degli alienati; delimitazione di questa malattia dalle forme morbose vicine.* Relatore: il Prof. Binswanger di Jena. Comunicazioni annunciate: *Delimitazione della paralisi generale*, per il Dott. J. Althaus di Londra. *Nuovi contributi ad una singolare malattia di famiglia sotto forma di demenza progressiva*, per il Prof. Homen di Helsin-

gfors. - *Patogenesi delle lesioni a focolaio nella paralisi generale degli alienati*, per il Dott. W. Muratow di Mosca.

3. *L'ipnotismo e la suggestione nei loro rapporti con le malattie mentali e la medicina legale.* Relazione: *L'ipnotismo e la suggestione nei loro rapporti con la medicina legale e le malattie mentali*, per il Prof. Bernheim di Nancy. Comunicazioni annunciate: *Della applicazione dell'ipnotismo e della suggestione alla cura delle malattie mentali*, per il Dott. A. Tokarsky di Mosca. *L'ipnotismo e la suggestione nei loro rapporti con le malattie mentali*, per il Dott. Alex. Robertson di Glasgow. *La psicoterapia nelle differenti varietà di delirio emotivo*, per il Dott. Gorodichze di Parigi.

4. Comunicazioni annunciate sopra altri argomenti: *Ogni degenerazione ha un tipo?* per il Prof. C. Lombroso di Torino. - *Il delirio generalizzato* (confusione mentale, *Verwirtheit*), per il Dott. Saverio Francotte di Liegi. - *Nevrosi ereditarie dell'infanzia*, per il Dott. G. E. Shuttleworth di Richmond (Inghilterra). - *Dell'Ebefrenia*, per il Dott. J. Christian di Charenton. - *Dei disturbi mentali nella lebbra*, per il Prof. Meschede di Conisberga.

**IV. - Congresso Internazionale di Neurologia, di Psichiatria, di Elettività medica e di Ipnologia a Bruxelles** (dal 14 al 19 Settembre). - Questo Congresso, che promette di essere uno dei più interessanti, ha nel suo ordine del giorno le questioni seguenti:

a) **Neurologia.** 1. *La cura chirurgica della epilessia. Sue indicazioni e sue conseguenze.* Relatore: Prof. Winkler di Amsterdam.

2. *Patogenesi e cura del gozzo esoftalmico.* Relatore: Prof. Eulenburg di Berlino.

3. *Patologia e semeiologia dei riflessi.* Relatore: Prof. Mendelssohn di Pietroburgo.

4. (Tema non ancora stabilito). Relatore: Prof. Oppenheim di Berlino.

5. *Influenza del parto sulle malattie nervose e mentali, che presentano ulteriormente i fanciulli.* Relatore: Prof. Anton di Graz (Austria).

6. *Patogenesi della rigidità muscolare e della contrattura nelle affezioni organiche del sistema nervoso.* Relatore: Prof. Van Gehuchten di Louvain (Belgio).

b) **Psichiatria.** 1. *Il valore diagnostico dei sintomi prodromici che precedono di molto le manifestazioni della paralisi generale.* Relatore: Prof. Thomsen di Bonn (Germania).

2). *Psicosi e sogni.* Relatore: Dott. S. De Sanctis di Roma.

3). *Delle modificazioni del quadro morboso della paralisi progressiva degli alienati durante i trenta ultimi anni.* Relatore: Prof. Mendel di Berlino.

4). *Delle relazioni tra le psicosi, la degenerazione mentale e la neurastenia.* Relatore: Dott. Lentz di Tournai (Belgio).

c) **Elettricità medica.** 1. *Il valore semeiologico delle reazioni elettriche dei muscoli e dei nervi.* Relatore: Prof. Doumer di Lilla (Francia).

2). *Il valore terapeutico delle correnti ad alta frequenza.* Relatore: Prof. Bergonié di Bordeaux.

d) **Ipnologia.** 1. *Il valore terapeutico dell'ipnotismo e della suggestione.* Relatore: Dott. Milne-Bramwell di Londra.

2). *La questione delle suggestioni criminali. Sue origini, suo stato attuale.* Relatore: Prof. Liegois di Nancy.

## CRONACA

**Ignoto Benefattore.** Un ignoto benefattore ha fatto pervenire al Direttore la cospicua somma di L. 50, dandogli ampia facoltà di erogarla nel modo creduto migliore a favore dei poveri pazzi e degli inservienti dello Stabilimento. E il Direttore, in esecuzione della volontà del generoso Offerente, ha destinato L. 25 alla Cassa Inservienti e le altre L. 25 alla Società di Patronato.

## NOTIZIE

Al posto di medico-capo del Manicomio di Palermo è stato nominato, in seguito a concorso, il dott. G. Dotto.

## NECROLOGIO

Nello scorso Giugno cessò di vivere il dott. Francesco Bergonzoli, che fu assistente alla Clinica Psichiatrica di Pavia e poscia Vice-Direttore del Manicomio di Voghera.

Il Bergonzoli non produsse molto scientificamente, ebbe però buona coltura psichiatrica e si distinse assai nella cura degli alienati, ai quali dedicò tutto sè stesso.

Al defunto Collega, che noi avemmo agio di conoscere e di apprezzare, in occasione dello splendido Congresso di Voghera nel 1883, l'estremo vale.

## NOTIZIE SANITARIE

Le condizioni sanitarie dei nostri malati sono complessivamente eccellenti. Le infermerie stanno per lunghi periodi di tempo vuote, o solo popolate da vecchi e vecchie dementi, incapaci di muoversi.

Nessuna infezione, anche di forma benigna, è comparsa e tanto meno ha dominato mai nello Stabilimento. Cinque o sei casi d'influenza nell'inverno, alcune forme reumatiche nel Giugno sono state le forme più gravi di malattia avute in questi sei mesi. Le affezioni oculari si possono dire nel nostro Manicomio quasi scomparse.

Le 36 morti avvenute sono per la massima parte dovute o a marasma senile, o a forme di pazzia acuta mortale (delirio acuto?); sei individui sono morti di paralisi progressiva, due di polmonite nel Gennaio, uno di tubercolosi grave nel Febbraio.

Il numero dei malati, senza essere aumentato relativamente agli anni decorsi, è però salito, come d'ordinario, con la stagione estiva. Le condizioni igieniche sono qui però così buone, che anche un ulteriore aumento non farebbe temere inconvenienti di sorta.

Il numero dei malati dimessi rappresenta oltre il 50 0/10 degli entrati: e fra questi contiamo casi interessanti di guarigione in psicosi febbrili, demenza primitiva, mania grave, melanconia senile, ecc.

### Uomini

*Ferrara* — C. B. è il più antico dei malati del Manicomio. Vi entrò quando fu fondato, vi è divenuto cieco, e vive bene, grasso e forte, con metediche abitudini di demente, che lo terranno in vita per molto tempo ancora. L. P. ha avuto nei giorni scorsi un leggero attacco apoplettiforme. Ora sta molto meglio. A. S. - P. G. - N. P. al solito. C. M. Le sue idee deliranti di paranoico vanno perdendo quel carattere sistematizzato e ordinato che sino ad ora avevano; la senilità incomincia ad influire anche nel cervello di questo malato, che era forse tra i più intelligenti del nostro Manicomio.

*Albarea Ferrara* — A. T. è un imbecille, ma buono e servizievole.

*Ambrogio* (Copparo) — A. M. recidivo, è un giovane piccolo, di aspetto infantile, che ha una forma circolare; dopo un accesso di eccitamento maniaco, durato qualche mese, ha avuto un periodo di depressione con idee ipocondriache. Ora sembra migliorare e avviarsi al periodo di benessere.

*Argenta* — G. G. ha avuto in questi ultimi mesi un accesso maniaco più lungo del solito. Era molto dimagrato, ora migliora.

*Berra* (Copparo) — A. M. È un imbecille recidivo, ha un catarro intestinale, ma egli ne trae elemento per una lunga serie di idee ipocondriache.

*Bondeno* — G. G. Avevamo, tempo fa, mandato a casa questo malato perchè, dopo un accesso maniaco, era entrato rapidamente in uno stato di completo benessere, ma è ritornato a noi di nuovo in una fase di eccitamento. Ora migliora.

*Casumaro* (Cento) — E. V. recidivo, forse un periodico. È ora nella fase di eccitamento; loquace, spiritoso, tormenta tutti ed è spesso indisciplinato.

*Cento* — M. M. sempre identico a sè stesso. Discolo, impenitente, è uno di quelli che più danneggiano la disciplina dello stabilimento. R. P. Un alcoolista, che ha poi una debole resistenza al vino. Recidivo già parecchie volte, venne, mesi fa, in preda a eccitamento per una solenne bevuta. Si rimise rapidamente, e noi lo facemmo uscire, con mille promesse di rifuggire dal vino, ma è tornato in preda a delirio per avere una sera bevuto pochi bicchieri di vino. L. G. È un vecchietto, anch'esso recidivo, allegro e ciarlifero; ha una grave ernia destra.

*Copparo* — I. B. Un buon vecchio, che accusa mille incomodi, molti di essi immaginari.

*Denore* (Ferrara) — P. A. al solito. S. P. Sempre melanconico, taciturno e solitario, ma accenna a migliorare.

*Filo* (Argenta) — I. P. Un povero vecchietto, che colla buona nutrizione e l'igiene è di molto migliorato.

*Fossanova S. Biagio* (Ferrara) — P. D. Un malato curioso, che è un mezzo scemo dalla nascita, epilettico per giunta, e che ha strane parestesi all'ano e all'uretra; ha sensazioni di bruciore, di pizzicore ecc., sicchè crede non poter urinare e andar di corpo se i medici non gli danno purganti. E guai se gli manca la solita cartina! È alla disperazione e commette atti da doverlo passare in sezione agitati.

*Gaibana* (Ferrara) — R. R. Epilettico; quando venne aveva accessi gravi e molteplici ogni giorno, ora sta meglio.

*Massafiscaglia* — P. B. È un periodico; ora è in fase di eccitamento ed è cattivo, impulsivo ed agitato.

*Porotto* (Ferrara) — F. M. Melanconico, ma alquanto migliorato. A. B. Vecchio sudicio e agitato.

*Portomaggiore* — M. B. Di tanto in tanto rivela qualche idea a tinta paranoica; incomincia anche per lui il periodo della demenza.

*Poggiorenatico* — V. C. - C. G. - L. C. - S. C. al solito. C. G. ha periodi in cui si rifiuta di mangiare, ed invece mastica l'erba. A. C. Ha avuto in passato una forma di prurito a tutto il corpo, dovuto forse al bromuro. Ora fa la cura del Flessig. G. B. È un piccolo bambino con gravi accessi epilettici; sta meglio.

*S. Agostino* — V. A. è un epilettico con periodi di confusione. È balbuziente e per di più ha una grave malattia di cuore, per ora abbastanza compensata. È un reliquato di una antica affezione articolare, affezione che in questi giorni sembra ripetersi.

*Tamara* (Copparo) — A. B. La forma di corea che lo tormenta non cede a nessuna cura « Non aveva membro che tenesse fermo ». A. B. demente paralitico grave, ha ora una fase di miglioramento; da più di due mesi ha un spasmo tonico-clonico del facciale sinistro.

*Tresigallo* (Copparo) — C. P. al solito. D. E. seguita ad essere un discolo, accattabrighe e noioso.

#### Donne

*Ferrara* — C. B. incorreggibile, è il tormento di tutta la sezione; e da quando entrò è piuttosto peggiorata. T. E. sempre eguale, apparentemente serena, ma con le sue idee suicide sempre latenti.

*Aberone* — G. M. va bene, e può darsi che questa vecchia sia dimessa fra qualche tempo.

*Ambrogio* — A. B. ved. M. sempre uguale. C. M. in C. sempre identica.

*Argenta* — A. M. G. leggero miglioramento fisico; poco assai è mutata psichicamente.

*Ariano* — M. M. sempre la stessa.

*Berra* — A. C. M. sta male e non potrà vivere molto.

*Bondeno* — A. M. in F. è ingrassata, ma non migliora. M. Z. ved. M. ancora agitata; press' a poco come quando entrò.

*Cento* — M. G. più imbecille e più allucinata che mai. C. O. in C. sta sempre a letto, ma da molto tempo nè peggiora nè migliora.

*Codifume* — M. S. ved. V. isterica e maniaca eccitatissima, pericolosa.

*Codigoro* — B. M. E. invariata.

*Codrea* S. M. molto migliorata.

*Comacchio* — A. F. B. come quando entrò.

*Consandolo* — R. B. B. meglio.

*Copparo* — M. M. V. invariabilmente uguale a sè stessa. R. P. più demente che mai e spesso manesca e indisciplinata.

*Corpo di Reno* — T. M. ha periodi buoni e periodi cattivi: complessivamente non è cambiata.

*Filo* — O. B. ved. V. è migliorata, ma non perfettamente guarita, o per lo meno mostra un carattere alquanto bisbetico e ipocondriaco.



*Gradizza* — M. R. C. male: i periodi di eccitamento si fanno sempre più spessi.

*Gualdo* — B. S. va migliorando: comincia a lavorare.

*Massafiscaglia* — V. M. C. sempre la solita delirante, che ormai passa a demenza. C. G. nulla di nuovo.

*Masi Torello* — T. R. ved. Z. è sempre la solita malata, pericolosissima a sè stessa.

*Mirabello* — R. P. ved. M. è una vecchia eccellente, solo imbecillita dopo un'apoplezia.

*Penzale* — G. S. B. sempre molto melanconica e chiusa in sè stessa.

*Pieve di Cento* — E. P. G. non c'è male, ma di tanto in tanto ha accessi di esaltamento piuttosto gravi. M. V, B. sempre inquieta.

*Pontelagoscuro* — L. D. O. nulla di nuovo. M. M. L. sta riavendosi da una grave infezione reumatica che la lascia cardiaca; del resto la solita epilettica.

*Portomaggiore* — E. L. l'isterismo in lei seguita sempre a dare tutte le possibili manifestazioni nervose e psichiche.

*Portoverrara* — G. B. non c'è tanto male; qualche accesso ogni tanto, carattere impossibile.

*Poggio Renatico* — E. V. va discretamente.

*Quarlesana* — L. G. M. sempre piagnucolosa, piena di doglie e di disgrazie.

*Reno Centese* — C. C. invariata nella sua demenza, che del resto non è molto profonda.

*S. Martino* — E. P. male, ha spesso accessi convulsivi e più spesso ancora accessi di eccitamento psichico, che la rendono pericolosissima agli altri.

*Vigarano Mainarda* — C. P. ved. V. la solita demente, di quando in quando agitata.

*Voghiera* — A. T. molto più isterica e molto meno tubercolosa di quanto ella stessa e molti medici credono, passa la sua vita riflettendo sulle irregolarità delle sue mestruazioni: ora a letto con febbre, dopo due ore a passeggio per la città: oggi seriamente decisa a prender marito, domani in attesa della prossima morte, trova su di sè stessa tutte le malattie immaginabili, ma si guarda bene dal perder nulla nè del roseo colorito, nè del suo pannicolo adiposo, che, avanzandosi l'età, le sta particolarmente a cuore.

*Zocca* — M. L. F. ancora un po' allegra, ma molto migliorata.

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - J. FINZI

Ferrara Tip. Eridano

*Movimento dei malati nel mese di Marzo 1897*

	Esistenti		Entrati		USCITI								Morti		Rimasti					
					guariti		miglior.		non migliorati		per trasf.						per non ver. pazz.			
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D				
Appart. {	alla Prov. di Ferrara		145	159	14	6	2	3					2				5	2	152	158
	ad altre Provincie		20	10		1													20	11
			165	169	14	7	2	3					2				5	2	172	169

*Movimento dei malati nel mese di Aprile 1897*

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		152	158	12	10	5	1	1	1	1						6	1	151	165
	ad altre Provincie		20	11				1											20	10
			172	169	12	10	5	2	1	1	1						6	1	171	175

*Movimento dei malati nel mese di Maggio 1897*

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		151	165	8	5	5	4	2		1	1					4	3	147	162
	ad altre Provincie		20	10	1	1													21	11
			171	175	9	6	5	4	2		1	1					4	3	168	173

*Movimento dei malati nel mese di Giugno 1897*

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		147	162	13	7	2	1	2		2							1	155	167
	ad altre Provincie		21	11	1		1												21	11
			168	173	14	7	3	1	2		2							1	176	178



— Ferrara 15 Settembre 1897 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio

Somma precedente	.	L. 333. 40
Offerta N. N.	.	» 2. 60
		Totale L. 336. —

## A proposito dell'assassinio di Canovas del Castillo

Oggiorno, ogni volta che la cronaca registra un assassinio di regnante o di un alto personaggio politico, che non trovi ragione in un fatto d'indole privata, si ripetono sempre le solite questioni, fra le quali principalissima quella sulla classificazione di chi ha compiuto il delitto.

I conservatori gridano subito alla malvagità dei tempi e, stigmatizzando l'atto delittuoso come una conseguenza naturale del pessimo indirizzo dell'attuale società e della cattiva propaganda fatta dai partiti estremi, collocano senz'altro l'assassino nel numero dei delinquenti e dei malfattori volgari.

I socialisti, pur ripudiando l'anarchico dal loro seno, internamente forse si compiacciono che altri si assuma la responsabilità (e che responsabilità!) di far fare un passo al loro ideale economico, e, sfor-

zandosi sempre di dimostrare che realmente il movente del delitto deve cercarsi nella miseria e nelle condizioni generali fatte ai non abbienti dalla menzogna e dalla ingiustizia sociale, si allietano nel relegare l'assassino nel numero dei pazzi.

Invece l'alienista, che, al di fuori di ogni passione politica, si pone a studiare obbiettivamente l'assassino e le condizioni d'ambiente, dà al riguardo un giudizio più giusto e più preciso. Senza dubbio la causa occasionale o il *pretesto* del delitto sarà lo scontento della sproporzione tra il guadagno e le fatiche del proletario e il guadagno e le fatiche dei capitalisti borghesi. Lo studio accurato di chi lo compie però dimostra chiaramente che si ha quasi sempre a che fare con un criminale o con un pazzo e qualche volta con l'uno e l'altro insieme.

Comunque sia, la società deve prendere delle misure energiche, per liberarsi da questi individui anomali, il di cui vessillo: la *pretesa di confutare uccidendo*, come disse il Lombroso, non è compatibile con qualsiasi progresso. Alcuni si uccidano (io, per conto mio, non me ne farei scrupolo) altri si deportino, ed altri finalmente si internino nei Manicomi. Certo io non mi augurerei di rimanere alla Direzione di un manicomio quando la Società dovesse adottare quest'ultimo provvedimento.

T.

# STATISTICHE MANICOMIALI

(continuazione e fine v. N. 1. 1897)

Ed ora esponiamo senz'altro i nostri dati. Troviamo perfettamente inutile fermarci a discutere sulle difficoltà tecniche e sulle maggiori o minori opportunità pratiche di una disposizione o di un'altra: il gruppo di fatti, che noi prendiamo in considerazione, forma un tutto collegato da infiniti rapporti, i quali, sotto diversa forma ed apparenza e con dettagli più o meno precisi, e sintetizzati o differenziati variamente, si rivelano in tutte le nostre tavole numeriche: la distribuzione e l'ordinamento è presso che indifferente. Ragione questa per cui noi enunciamo di seguito i fatti, riserbando alla fine tutte le considerazioni.

**Tavola I.<sup>a</sup>**

*Movimento generale dei malati nel Manicomio di Ferrara durante gli anni 1872 - 1896*

Anno	Totale Entrati	Entrati Recidivi	Rapporto % dei recidivi sugli entrati	Usciti	Morti	Totale degli usciti e morti	Presenti il 31 Dicembre
1872	126	17	13.49	79	41	120	212
1873	140	25	17.8	109	60	169	183
1874	160	30	18.7	93	46	139	204
1875	105	12	11.4	68	49	117	192
1876	112	28	25.	63	40	103	201
1877	182	44	24.1	96	52	148	235
1878	237	50	21.	134	86	220	252
1879	181	42	23.2	98	77	175	258
1880	279	119	42.65	168	101	269	268
1881	227	45	19.8	124	103	227	268
1882	200	71	35.5	134	59	193	275
1883	176	66	37.4	119	62	181	270
1884	171	70	40.9	104	44	148	293
1885	152	52	34.2	97	67	164	291
1886	143	48	33.56	85	70	155	279
1887	143	36	25.1	101	52	153	269
1888	193	80	41.4	92	61	153	309
1889	185	84	45.4	114	82	196	298
1890	210	80	38.4	122	77	199	309
1891	229	86	37.5	156	70	226	312
1892	207	82	39.4	152	64	216	303
1893	228	96	41.2	143	62	205	326
1894	181	87	48.	125	70	195	312
1895	273	110	40.3	167	63	230	355
1896	217	82	37.8	156	83	239	333
<b>Totale</b>	4655			2899	1641	4540	

Seguitando con gli elementi più generali dei nostri dati statistici, facciamo seguire due tavole, delle quali in una i malati sono distribuiti secondo il mese dell'ingresso, nell'altra secondo il paese di provenienza (luogo di nascita; eccezionalmente luogo d'origine della famiglia).

Tavola II.<sup>a</sup>

Anno	MALATI ENTRATI NEL MESE II											
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
1872	8	9	10	9	13	21	16	11	6	8	8	7
1873	9	7	8	22	22	16	12	14	6	7	9	8
1874	14	10	18	16	14	34	17	14	6	7	3	7
1875	8	6	9	16	17	18	12	4	9	2	1	3
1876	10	7	12	8	6	16	9	17	12	6	4	6
1877	16	10	10	16	33	25	22	18	7	5	13	7
1878	11	14	12	26	40	39	31	22	13	14	10	5
1879	4	15	15	19	14	33	28	17	11	10	2	13
1880	15	21	20	36	42	33	37	28	9	16	7	15
1881	13	22	21	20	39	29	28	14	8	6	13	14
1882	13	14	18	20	23	35	24	14	18	4	9	7
1883	5	12	13	23	20	30	10	8	9	6	36 <sup>(*)</sup>	4
1884	8	12	26	12	21	16	23	19	13	5	12	4
1885	5	5	13	18	18	20	23	12	13	7	14	4
1886	15	5	14	14	24	20	12	10	4	5	7	9
1887	8	7	9	8	25	17	13	16	14	9	9	8
1888	11	10	14	16	19	46	19	15	8	13	10	12
1889	11	11	18	22	25	14	23	18	9	8	15	11
1890	10	16	23	25	21	23	24	21	12	13	11	11
1891	16	13	21	22	39	27	18	24	11	16	16	6
1892	14	9	19	21	25	28	29	19	10	11	12	10
1893	12	12	28	22	35	23	20	20	13	16	13	14
1894	10	11	23	18	18	15	23	20	15	12	8	6
1895	10	12	35	29	26	33	29	23	15	16	21	21
1896	10	18	25	28	25	27	26	12	15	9	12	10
<b>Totale</b>	<b>266</b>	<b>288</b>	<b>444</b>	<b>489</b>	<b>613</b>	<b>642</b>	<b>528</b>	<b>410</b>	<b>266</b>	<b>231</b>	<b>256</b>	<b>222</b>
<b>Precentuale</b>	<b>5.8</b>	<b>6.2</b>	<b>9.5</b>	<b>10.5</b>	<b>13.1</b>	<b>13.8</b>	<b>11.4</b>	<b>8.9</b>	<b>5.8</b>	<b>4.9</b>	<b>5.6</b>	<b>4.8</b>

(\*) Cifra elevata per l'invio di 24 malati dai Manicomî di Venezia.

**Tavola III.<sup>a</sup>**  
**PROVENIENZA DEI MALATI**

Anno	NATI NELLA PROVINCIA DI FERRARA															Nati fuori della Provincia	
	Circondario di Ferrara						Circond. di Cento				Circondario di Comacchio						
	Argenta	Bondeno	Copparo	Ferrara	Ostellato	Portomaggiore	Cento	Pieve	Poggorenatico	S. Agostino	Codigoro	Comacchio	Lagosanto	Massafiscaglia	Mesola		Migliarino
1872	14	3	8	46	1	4	12	1	4	5	3	2	—	—	—	1	22
1873	9	6	13	46	2	8	16	3	5	5	2	—	—	2	1	2	20
1874	17	8	14	43	—	15	20	5	1	5	1	2	—	2	4	6	18
1875	8	5	8	34	3	5	14	2	1	3	3	1	—	2	2	1	13
1876	4	6	8	45	1	11	6	2	1	5	2	3	—	1	—	3	15
1877	11	5	8	51	3	8	23	6	5	5	2	5	1	1	3	—	42
1878	11	8	13	78	4	12	19	5	4	8	7	4	2	2	1	1	58
1879	6	13	20	54	2	14	12	1	2	6	3	3	—	—	—	4	41
1880	12	15	25	95	3	30	29	3	5	9	6	2	1	2	3	5	34
1881	7	13	12	61	2	22	30	5	4	6	3	2	—	2	3	3	51
1882	5	10	8	68	2	18	24	9	5	8	3	2	2	2	5	1	28
1883	4	7	9	56	2	16	12	5	3	5	2	2	—	2	3	3	45
1884	5	7	12	55	3	17	13	2	2	4	7	3	—	1	—	5	35
1885	6	9	9	44	1	10	15	3	5	6	3	5	—	3	1	5	27
1886	3	11	9	55	—	8	11	3	4	4	2	1	—	1	—	1	30
1887	7	11	9	48	1	9	13	5	1	2	7	1	—	1	2	1	25
1888	7	12	10	60	2	10	16	4	2	4	1	1	2	2	2	2	56
1889	10	15	10	65	2	9	10	1	—	3	3	1	1	1	3	3	48
1890	5	17	10	73	3	8	19	8	4	4	5	4	—	2	5	1	42
1891	16	14	18	63	4	17	16	5	3	7	12	2	1	1	1	1	48
1892	14	13	9	75	2	12	13	2	5	5	4	1	—	5	5	2	40
1893	13	20	16	65	3	6	18	5	7	6	6	2	1	2	3	9	45
1894	7	9	18	64	2	8	16	3	6	—	6	3	—	3	2	3	31
1895	7	12	34	100	3	16	17	4	4	4	7	3	—	3	3	3	54
1896	10	14	29	79	3	16	16	5	7	2	3	—	4	1	2	3	25
<b>Totale</b>	<b>218</b>	<b>263</b>	<b>335</b>	<b>1533</b>	<b>54</b>	<b>309</b>	<b>413</b>	<b>97</b>	<b>90</b>	<b>121</b>	<b>108</b>	<b>55</b>	<b>13</b>	<b>46</b>	<b>54</b>	<b>69</b>	<b>877</b>
<b>Percentuale</b>	<b>4.7</b>	<b>5.7</b>	<b>7.1</b>	<b>32.9</b>	<b>1.1</b>	<b>6.7</b>	<b>8.9</b>	<b>2.1</b>	<b>1.9</b>	<b>2.6</b>	<b>2.2</b>	<b>1.1</b>	<b>0.27</b>	<b>0.9</b>	<b>1.1</b>	<b>1.4</b>	<b>18.8</b>

Cominciando ora ad esaminare alcuni rapporti più particolari offerti dai nostri elementi statistici, nella Tavola IV possiamo analizzare, senza però aver riguardo alla forma morbosa dei ricoverati, il sesso, l'eredità, la condizione sociale, i precedenti criminali e l'abuso di tabacco.

Tavola VI.<sup>a</sup>

Anno	Entrati		Eredità nota					Condizione			precedenti criminali noti	precedente abuso di tabacco noto
	Uomini	Donne	collaterale	paterna	materna	bilaterale	uffic. illeg.	agiata	bene-stante	povera		
1872	52	74	—	13	14	6	2	7	23	96	4	3
1873	55	85	3	14	19	6	4	8	17	115	3	4
1874	57	103	10	11	16	5	1	5	16	139	1	5
1875	51	54	7	12	8	4	—	6	12	87	—	4
1876	63	50	17	11	14	1	2	4	16	93	2	4
1877	92	90	33	17	21	7	2	8	22	152	4	4
1878	106	131	54	13	24	6	2	6	28	203	3	6
1879	87	94	30	13	17	12	1	5	30	146	2	6
1880	115	164	76	28	20	14	5	7	56	216	3	6
1881	116	111	21	22	21	9	3	6	18	203	2	4
1882	76	124	11	29	31	6	2	6	21	172	—	6
1883	99	77	7	23	20	2	2	8	30	138	1	3
1884	92	79	2	12	14	3	1	9	32	130	3	3
1885	78	74	3	16	20	1	1	7	26	119	1	2
1886	83	60	6	17	15	9	2	3	17	123	2	4
1887	73	70	27	14	9	6	—	5	15	123	3	7
1888	96	97	22	19	21	10	5	12	29	152	2	6
1889	101	84	37	20	16	6	1	6	24	155	5	5
1890	114	96	31	15	20	8	5	5	30	175	1	9
1891	111	118	16	23	30	11	2	6	22	201	2	10
1892	99	108	34	17	20	7	4	12	36	159	2	9
1893	112	116	29	26	25	9	1	8	41	179	4	6
1894	84	97	25	17	17	11	4	7	23	145	4	14
1895	144	129	37	25	29	7	8	8	43	222	7	9
1896	104	113	12	34	33	14	4	7	21	189	5	10
<b>Totale</b>	<b>2263</b>	<b>2392</b>	<b>554</b>	<b>460</b>	<b>494</b>	<b>178</b>	<b>64</b>	<b>171</b>	<b>624</b>	<b>3900</b>	<b>63</b>	<b>149</b>
<b>Percent.</b>	<b>48.7</b>	<b>51.3</b>	<b>11.81</b>	<b>9.87</b>	<b>10.61</b>	<b>3.82</b>	<b>1.39</b>	<b>3.60</b>	<b>14.10</b>	<b>82.30</b>	<b>1.41</b>	<b>3.29</b>



Spingendo finalmente l'analisi ad alcuni altri particolari, e tenendo conto della forma morbosa, con quei riguardi avvertiti nelle generalità preliminari, esponiamo ora nella Tavola V i risultati, secondo noi, essenziali delle nostre ricerche.

**Tavola V.<sup>a</sup>**  
**1872**

	Malinconia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolica	Frenosi pellagrosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenastenia
Uomini . . . . .	8	12	3	6	7	5	4	—	—	—	6	—	1
Donne . . . . .	15	16	4	12	1	—	9	1	3	7	4	—	2
Ricchi . . . . .	—	2	—	1	2	—	—	—	—	1	1	—	—
Benestanti . . . . .	5	7	—	3	3	2	—	—	—	1	1	—	1
Poveri . . . . .	18	19	7	15	3	3	13	1	3	5	8	—	2
Con eredità morbosa nota . . . . .	3	10	—	8	2	2	2	1	—	4	1	—	—
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	5	3	—	1	2	—	13	1	—	1	2	—	—
Con affezioni toraciche . . . . .	1	2	—	1	1	2	—	—	—	—	2	—	—
Recidivi . . . . .	2	5	—	6	2	—	2	—	—	—	—	—	—
Passati a demenza . . . . .	2	4	—	3	1	—	3	—	—	—	1	—	—

**1873**

Uomini . . . . .	8	9	2	4	4	4	11	4	3	—	2	—	4
Donne . . . . .	15	13	9	12	2	—	16	—	3	5	2	1	7
Ricchi . . . . .	1	2	1	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Benestanti . . . . .	5	5	—	2	2	1	—	1	1	—	—	—	—
Poveri . . . . .	17	15	10	12	3	3	27	3	5	4	4	1	11
Con eredità morbosa nota . . . . .	9	7	1	5	4	1	7	1	1	2	—	—	4
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	5	2	1	3	—	1	27	1	1	—	—	—	1
Con affezioni toraciche . . . . .	—	3	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Recidivi . . . . .	4	4	—	7	—	—	8	—	—	1	—	—	1
Passati a demenza . . . . .	4	4	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—

**1874**

Uomini . . . . .	6	11	4	4	5	6	10	4	2	1	1	—	3
Donne . . . . .	21	16	9	8	—	—	26	1	2	8	3	1	8
Ricchi . . . . .	—	—	—	1	2	—	—	—	—	1	—	—	1
Benestanti . . . . .	4	1	2	1	1	3	—	1	—	1	1	—	1
Poveri . . . . .	23	26	11	10	2	3	36	4	4	7	3	1	9
Con eredità morbosa nota . . . . .	9	11	2	6	3	1	7	2	1	3	1	—	3
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	6	3	3	—	1	1	36	1	—	1	—	—	2
Con affezioni toraciche . . . . .	3	3	1	—	1	1	3	1	—	1	1	—	4
Recidivi . . . . .	3	5	3	8	1	—	6	—	—	2	—	—	2
Passati a demenza . . . . .	7	5	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—

**1875**

Uomini . . . . .	6	11	3	2	3	6	7	8	1	—	3	—	1
Donne . . . . .	11	7	5	2	1	1	6	2	4	10	4	—	1
Ricchi . . . . .	1	1	—	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—
Benestanti . . . . .	1	2	2	2	2	—	—	1	—	1	1	—	—
Poveri . . . . .	15	15	6	2	5	7	13	8	5	7	5	—	2
Con eredità morbosa nota . . . . .	5	7	1	1	—	1	4	2	1	5	2	—	2
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	5	—	—	—	—	1	13	1	—	—	1	—	—
Con affezioni toraciche . . . . .	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Recidivi . . . . .	3	1	—	2	—	1	1	1	1	1	1	—	—
Passati a demenza . . . . .	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

## 1876

	Malinconia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolica	Frenosi pellagrosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenestenia
Uomini . . . . .	6	7	5	5	6	7	8	4	4	1	4	3	3
Donne . . . . .	10	6	6	7	—	—	4	—	3	8	1	—	5
Ricchi . . . . .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	1
Benestanti . . . . .	—	1	2	2	4	1	—	2	—	2	—	—	2
Poveri . . . . .	16	12	9	10	1	6	12	2	7	5	5	3	5
Con eredità morbosa nota . . . . .	4	6	4	7	3	2	2	2	2	4	3	1	4
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	3	4	—	4	2	2	12	1	—	3	—	—	1
Con affezioni toraciche . . . . .	—	1	1	2	—	1	1	1	—	1	—	—	1
Recidivi . . . . .	4	3	2	9	—	3	3	1	—	3	—	—	—
Passati a demenza . . . . .	2	1	4	3	2	1	—	—	—	1	—	—	—

## 1877

Uomini . . . . .	8	9	14	11	1	6	15	7	1	1	10	1	8
Donne . . . . .	11	5	13	8	2	1	20	1	6	15	4	—	4
Ricchi . . . . .	1	—	1	1	—	—	—	1	—	2	—	—	2
Benestanti . . . . .	1	3	3	3	2	—	—	1	1	5	2	1	1
Poveri . . . . .	17	11	23	15	1	7	35	6	6	9	12	—	9
Con eredità morbosa nota . . . . .	7	6	11	11	2	3	13	4	—	12	5	—	4
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	7	2	6	7	1	1	35	1	—	4	4	—	—
Con affezioni toraciche . . . . .	3	2	6	4	1	3	2	3	—	5	4	—	2
Recidivi . . . . .	2	1	3	13	—	2	9	1	1	4	3	1	4
Passati a demenza . . . . .	2	1	2	2	—	2	—	—	—	1	—	—	—

## 1878

Uomini . . . . .	12	9	15	12	2	2	22	9	4	1	8	1	9
Donne . . . . .	16	8	14	12	2	—	41	4	8	12	6	—	8
Ricchi . . . . .	1	—	—	1	1	—	—	2	—	1	—	—	—
Benestanti . . . . .	6	1	2	5	1	—	—	6	—	4	1	—	2
Poveri . . . . .	21	16	27	18	2	2	63	5	12	8	13	1	15
Con eredità morbosa nota . . . . .	13	4	5	13	3	1	20	7	2	6	4	—	8
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	10	1	7	6	1	—	63	3	—	3	4	—	—
Con affezioni toraciche . . . . .	4	2	1	4	—	1	5	2	—	1	2	—	2
Recidivi . . . . .	6	4	3	15	2	—	10	1	3	3	3	—	—
Passati a demenza . . . . .	5	2	3	3	—	2	—	—	—	1	—	—	—

## 1879

Uomini . . . . .	10	7	8	10	1	7	20	7	3	—	8	1	5
Donne . . . . .	15	7	13	8	—	1	19	2	9	12	5	—	3
Ricchi . . . . .	2	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Benestanti . . . . .	5	2	3	6	—	4	—	2	2	4	2	—	—
Poveri . . . . .	18	12	18	11	1	4	39	6	10	8	10	1	8
Con eredità morbosa nota . . . . .	9	10	5	11	1	3	10	3	4	7	4	1	4
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	8	4	4	5	—	1	39	2	2	3	2	—	2
Con affezioni toraciche . . . . .	6	3	3	3	—	2	3	2	1	4	3	—	3
Recidivi . . . . .	2	7	2	8	1	2	9	—	1	4	3	—	3
Passati a demenza . . . . .	4	1	3	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—

## 1880

	Malinconia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolica	Frenosi pellagrosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenastenia
Uomini . . . . .	16	13	17	11	2	10	21	3	4	—	9	1	8
Donne . . . . .	22	16	25	13	1	3	50	—	5	17	6	—	6
Ricchi . . . . .	1	2	2	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Benestanti . . . . .	11	6	9	6	1	4	—	2	2	8	4	—	3
Poveri . . . . .	26	21	31	17	2	9	71	1	7	9	10	1	11
Con eredità morbosa nota . . . . .	21	10	20	11	3	9	36	2	3	10	7	—	7
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	20	2	14	10	2	2	71	2	—	4	3	—	4
Con affezioni toraciche . . . . .	6	6	8	4	1	5	2	1	2	3	1	—	3
Recidivi . . . . .	16	9	15	19	1	7	32	1	1	12	5	—	1
Passati a demenza . . . . .	9	4	10	9	—	3	2	—	—	—	2	—	—

## 1881

Uomini . . . . .	22	14	18	10	3	3	26	4	4	—	7	—	5
Donne . . . . .	18	7	16	8	—	2	44	2	3	7	1	—	3
Ricchi . . . . .	2	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—
Benestanti . . . . .	4	2	3	—	1	1	—	1	—	1	3	—	2
Poveri . . . . .	34	19	31	17	1	4	70	4	6	6	5	—	6
Con eredità morbosa nota . . . . .	13	4	7	6	2	2	27	—	—	3	4	—	5
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	10	2	4	1	1	—	70	—	—	1	3	—	1
Con affezioni toraciche . . . . .	3	2	1	2	2	2	5	—	1	—	1	—	1
Recidivi . . . . .	8	7	4	3	—	1	15	—	—	—	3	—	4
Passati a demenza . . . . .	6	2	5	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—

## 1882

Uomini . . . . .	11	9	13	7	—	5	16	4	1	—	8	2	2
Donne . . . . .	20	16	19	16	1	1	28	3	2	12	3	1	2
Ricchi . . . . .	2	1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Benestanti . . . . .	2	4	3	3	—	2	—	1	1	4	2	—	—
Poveri . . . . .	27	20	29	19	1	5	44	5	1	8	9	3	4
Con eredità morbosa nota . . . . .	12	11	9	12	—	1	18	2	—	5	4	1	1
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	9	2	11	7	—	2	44	—	1	2	4	—	1
Con affezioni toraciche . . . . .	1	2	4	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Recidivi . . . . .	10	5	9	13	—	2	19	—	—	5	4	1	3
Passati a demenza . . . . .	4	2	11	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—

## 1883

Uomini . . . . .	13	13	15	10	5	8	16	4	4	1	3	1	6
Donne . . . . .	8	7	13	10	—	—	18	2	5	9	3	—	2
Ricchi . . . . .	1	1	2	1	1	1	—	—	—	1	—	—	—
Benestanti . . . . .	3	4	6	4	1	3	—	2	—	3	2	1	1
Poveri . . . . .	17	15	20	15	3	4	34	4	9	6	4	—	7
Con eredità morbosa nota . . . . .	8	6	4	8	2	1	10	1	1	3	3	1	3
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	9	2	6	4	1	—	34	—	—	2	1	—	—
Con affezioni toraciche . . . . .	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	1
Recidivi . . . . .	8	7	11	10	—	2	16	—	1	5	1	—	5
Passati a demenza . . . . .	2	3	6	—	1	2	—	—	—	—	1	—	—

## 1884

	Melancolia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolica	Frenosi pellagrosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenastenia
Uomini . . . . .	10	8	17	8	3	5	21	10	4	—	4	—	2
Donne . . . . .	12	9	12	10	—	—	18	—	4	11	1	1	1
Ricchi . . . . .	2	2	—	—	—	—	—	2	1	2	—	—	—
Benestanti . . . . .	6	4	7	4	1	1	—	3	2	3	1	—	—
Poveri . . . . .	14	11	12	14	2	4	39	5	5	6	4	1	3
Con eredità morbosa nota . . . . .	5	4	5	7	1	2	—	—	1	3	2	—	1
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	11	2	1	4	—	—	39	—	1	1	1	—	1
Con affezioni toraciche . . . . .	2	4	2	1	—	1	—	—	—	2	—	1	—
Recidivi . . . . .	8	4	15	9	—	2	20	1	2	5	3	—	1
Passati a demenza . . . . .	5	3	4	4	—	1	—	—	—	2	1	—	—

## 1885

Uomini . . . . .	10	9	14	6	4	1	18	7	2	1	3	—	3
Donne . . . . .	16	5	12	2	1	—	25	—	3	9	1	—	—
Ricchi . . . . .	1	1	2	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—
Benestanti . . . . .	6	3	4	3	1	—	—	3	1	3	2	—	—
Poveri . . . . .	19	10	20	5	3	1	43	3	4	6	2	—	3
Con eredità morbosa nota . . . . .	8	3	2	2	3	—	11	2	—	6	1	—	2
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	11	2	8	3	—	—	43	—	—	1	1	—	—
Con affezioni toraciche . . . . .	1	—	—	1	—	1	4	—	—	1	1	—	1
Recidivi . . . . .	8	4	12	3	1	—	20	—	—	2	1	—	1
Passati a demenza . . . . .	4	1	2	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—

## 1886

Uomini . . . . .	12	10	13	9	2	4	20	3	3	—	7	—	—
Donne . . . . .	11	6	8	5	4	—	14	1	5	5	—	—	3
Ricchi . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Benestanti . . . . .	2	2	3	1	1	1	—	1	2	1	2	—	1
Poveri . . . . .	21	13	18	12	5	3	34	2	6	4	5	—	2
Con eredità morbosa nota . . . . .	9	5	6	6	3	1	11	2	—	1	2	—	1
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	4	1	2	2	—	—	34	—	—	—	—	—	—
Con affezioni toraciche . . . . .	1	—	1	—	—	1	4	—	2	1	—	—	—
Recidivi . . . . .	5	3	7	7	—	1	18	—	1	3	2	—	1
Passati a demenza . . . . .	2	2	4	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—

## 1887

Uomini . . . . .	10	8	13	9	3	6	5	4	5	—	3	—	6
Donne . . . . .	13	5	14	8	—	3	4	1	6	9	2	—	5
Ricchi . . . . .	—	—	—	2	1	1	—	—	1	—	—	—	—
Benestanti . . . . .	3	1	1	2	1	3	—	1	1	1	—	—	—
Poveri . . . . .	20	12	26	13	1	5	9	4	9	8	4	—	11
Con eredità morbosa nota . . . . .	10	5	11	5	2	2	3	4	2	4	2	—	6
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	5	1	4	2	1	—	9	—	—	—	—	—	3
Con affezioni toraciche . . . . .	3	1	5	1	—	1	1	2	1	1	—	—	1
Recidivi . . . . .	8	2	6	12	—	—	3	1	1	—	—	—	3
Passati a demenza . . . . .	2	2	6	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—

## 1888

	Malinconia	Mania	Con usione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolica	Frenosi pellagrosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenastenia
Uomini . . . . .	13	4	18	10	4	6	10	7	4	2	7	4	7
Donne . . . . .	16	5	15	14	1	1	12	3	5	10	3	1	11
Ricchi . . . . .	1	—	3	1	2	—	—	1	—	2	1	—	1
Benestanti . . . . .	4	1	3	5	1	3	—	1	2	3	1	2	3
Poveri . . . . .	24	8	22	18	2	4	22	8	7	7	8	3	14
Con eredità morbosa nota . . . . .	8	1	11	14	3	2	7	3	1	5	6	2	9
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	10	3	4	5	1	1	22	—	1	2	4	—	1
Con affezioni toraciche . . . . .	3	—	5	1	1	3	7	2	—	3	—	—	7
Recidivi . . . . .	8	2	10	14	2	5	14	1	3	9	4	2	6
Passati a demenza . . . . .	5	—	8	4	2	1	—	—	—	1	2	—	—

## 1889

Uomini . . . . .	19	6	21	14	2	3	9	10	3	1	7	1	6
Donne . . . . .	11	7	13	19	—	—	10	2	6	8	4	—	4
Ricchi . . . . .	2	1	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Benestanti . . . . .	2	2	6	8	—	—	—	3	1	1	—	—	1
Poveri . . . . .	24	10	28	24	2	2	19	9	7	8	11	1	9
Con eredità morbosa nota . . . . .	11	4	9	19	1	—	8	5	2	6	5	1	8
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	6	—	1	10	—	—	19	4	2	1	1	—	—
Con affezioni toraciche . . . . .	1	2	3	6	—	1	4	—	1	2	—	—	1
Recidivi . . . . .	14	2	12	20	—	2	10	3	1	8	6	—	6
Passati a demenza . . . . .	6	3	16	7	1	—	—	—	—	—	1	—	—

## 1890

Uomini . . . . .	16	11	14	16	2	4	8	7	10	2	14	3	7
Donne . . . . .	11	8	16	17	—	—	14	—	4	16	3	—	5
Ricchi . . . . .	1	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Benestanti . . . . .	4	1	5	6	1	1	—	1	2	4	1	1	3
Poveri . . . . .	22	18	25	25	1	3	22	4	12	14	16	2	9
Con eredità morbosa nota . . . . .	9	4	7	13	1	2	10	1	1	11	9	1	5
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	4	1	1	3	—	1	22	—	2	1	3	—	2
Con affezioni toraciche . . . . .	1	2	—	1	—	1	3	1	—	1	—	—	3
Recidivi . . . . .	10	5	15	20	—	—	9	1	3	7	4	—	6
Passati a demenza . . . . .	4	1	9	9	—	—	—	—	—	—	4	—	—

## 1891

Uomini . . . . .	15	9	17	24	1	4	10	7	5	1	13	1	4
Donne . . . . .	21	9	19	21	—	1	14	3	7	7	8	2	7
Ricchi . . . . .	—	—	—	2	—	—	—	1	1	—	1	—	1
Benestanti . . . . .	3	5	2	2	—	1	—	2	1	3	2	—	1
Poveri . . . . .	33	13	35	41	1	4	24	7	10	5	18	3	9
Con eredità morbosa nota . . . . .	10	9	9	19	1	2	7	2	1	5	8	2	5
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	4	2	4	5	—	—	24	—	—	1	4	—	—
Con affezioni toraciche . . . . .	1	2	3	9	—	1	5	—	3	1	—	—	2
Recidivi . . . . .	10	8	15	16	1	4	11	2	3	4	6	1	5
Passati a demenza . . . . .	4	1	6	7	—	1	2	—	—	1	5	—	—

## 1892

	Malinconia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcolica	Frenosi pelliagrosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenesania
Uomini . . . . .	14	4	19	18	4	3	7	12	3	2	8	1	4
Donne . . . . .	17	6	22	26	3	—	7	4	7	9	2	1	4
Ricchi . . . . .	2	—	3	3	1	—	—	1	—	1	1	—	—
Benestanti . . . . .	4	3	5	7	1	1	—	6	1	4	3	—	1
Poveri . . . . .	25	7	33	34	5	2	14	9	9	6	6	2	7
Con eredità morbosa nota . . . . .	10	2	11	29	4	2	6	4	2	5	6	1	3
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	4	—	3	5	—	1	14	—	—	1	1	—	—
Con affezioni toraciche . . . . .	1	—	1	3	—	—	3	—	2	—	—	—	1
Recidivi . . . . .	8	2	10	28	3	2	8	3	3	5	4	1	5
Passati a demenza . . . . .	4	—	17	6	2	1	2	—	—	—	3	—	—

## 1893

Uomini . . . . .	15	9	15	18	5	4	6	11	5	1	15	1	7
Donne . . . . .	14	7	21	19	1	—	9	3	12	18	5	—	7
Ricchi . . . . .	5	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Benestanti . . . . .	6	3	3	7	1	2	—	2	1	9	6	—	1
Poveri . . . . .	18	13	33	29	4	2	15	11	16	10	14	1	13
Con eredità morbosa nota . . . . .	9	4	11	21	2	—	4	2	5	10	14	1	6
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	5	1	4	8	—	—	15	4	1	1	5	—	1
Con affezioni toraciche . . . . .	5	2	—	6	—	—	1	1	2	4	1	—	2
Recidivi . . . . .	13	3	9	33	2	1	8	1	1	7	11	—	7
Passati a demenza . . . . .	2	3	10	8	1	—	2	—	—	2	2	—	1

## 1894

Uomini . . . . .	11	3	14	13	—	4	6	7	5	1	12	1	7
Donne . . . . .	16	8	16	20	—	1	4	1	8	10	5	—	8
Ricchi . . . . .	1	—	2	1	—	1	—	1	—	—	1	—	—
Benestanti . . . . .	3	1	5	6	—	2	—	3	2	4	1	—	2
Poveri . . . . .	23	10	23	26	—	2	10	4	11	7	15	1	13
Con eredità morbosa nota . . . . .	10	2	6	14	—	2	5	3	1	6	11	1	9
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	5	1	—	4	—	1	10	—	1	4	1	—	1
Con affezioni toraciche . . . . .	—	1	1	6	—	—	—	—	2	—	3	1	2
Recidivi . . . . .	10	2	10	27	—	2	7	2	1	7	11	1	7
Passati a demenza . . . . .	5	1	10	4	—	2	1	—	—	—	2	—	—

## 1895

Uomini . . . . .	16	5	24	23	2	4	10	11	9	7	20	3	10
Donne . . . . .	12	8	20	26	—	3	12	3	14	17	5	—	9
Ricchi . . . . .	2	1	—	2	—	—	—	1	—	1	1	—	—
Benestanti . . . . .	4	1	8	11	1	1	—	2	3	5	2	1	4
Poveri . . . . .	22	11	36	36	1	6	22	11	20	18	22	2	15
Con eredità morbosa nota . . . . .	10	3	9	21	1	2	9	5	7	13	11	1	7
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	6	2	4	9	—	1	22	1	2	—	3	1	3
Con affezioni toraciche . . . . .	1	2	7	1	—	1	3	—	1	1	4	—	1
Recidivi . . . . .	10	5	13	43	1	1	7	1	2	7	12	—	8
Passati a demenza . . . . .	3	3	9	6	—	2	2	—	—	—	2	—	1

1896

	Malinconia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolica	Frenosi pellagrosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenastenia
Uomini . . . . .	12	5	21	14	—	3	9	4	13	4	9	2	10
Donne . . . . .	10	3	24	26	1	—	7	5	18	9	1	1	6
Ricchi . . . . .	—	1	1	1	—	—	—	1	2	—	1	—	—
Benestanti . . . . .	—	—	4	7	1	—	—	2	—	3	1	2	1
Poveri . . . . .	22	7	40	32	—	3	16	6	29	10	8	1	15
Con eredità morbosa nota . . . . .	10	4	12	24	1	1	6	4	9	7	6	1	7
Con malattie gastro-enteriche . . . . .	2	1	4	9	—	1	16	1	1	2	3	—	1
Con affezioni toraciche . . . . .	1	—	1	3	—	—	3	1	4	1	—	—	3
Recidivi . . . . .	8	1	11	32	—	1	7	—	5	5	7	—	5
Passati a demenza . . . . .	2	1	9	6	—	—	1	—	—	1	2	—	—

Tavola VI.<sup>a</sup>  
FORME MORBOSE

Anno	Malinconia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolica	Frenosi pellagrosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenastenia
1872	23	28	7	18	8	5	13	1	3	7	10	—	3
1873	23	22	11	16	6	4	27	4	6	5	4	1	11
1874	27	27	13	12	5	6	36	5	4	9	4	1	11
1875	17	18	8	4	4	7	13	10	5	10	7	—	2
1876	16	13	11	12	6	7	12	4	7	9	5	3	8
1877	19	14	27	19	3	7	35	8	7	16	14	1	12
1878	28	17	29	24	4	2	63	13	12	13	14	1	17
1879	25	14	21	18	1	8	39	9	12	12	13	1	8
1880	38	29	42	24	3	13	71	3	9	17	15	1	14
1881	40	21	34	18	3	5	70	6	7	7	8	—	8
1882	31	25	32	23	1	6	44	7	3	12	11	3	4
1883	21	20	28	20	5	8	34	6	9	10	6	1	8
1884	22	17	29	18	3	5	39	10	8	11	5	1	3
1885	26	14	26	8	5	1	43	7	5	10	4	—	3
1886	23	16	21	14	6	4	34	4	8	5	7	—	3
1887	23	13	27	17	3	9	9	5	11	9	5	—	11
1888	29	9	33	24	5	7	22	10	9	12	10	5	18
1889	30	13	34	33	2	3	19	12	9	9	11	1	10
1890	27	19	30	33	2	4	22	7	14	18	17	3	12
1891	36	18	36	45	1	5	24	10	12	8	21	3	11
1892	31	10	41	44	7	3	14	16	10	11	10	2	8
1893	29	16	36	37	6	4	15	14	17	19	20	1	14
1894	27	11	30	33	—	5	10	8	10	11	17	1	15
1895	28	13	44	49	2	7	22	14	23	24	25	3	19
1896	22	8	45	40	1	3	16	9	31	13	10	3	16
Totale	661	424	689	608	92	138	748	202	254	291	174	36	248
Percent.	14.19	9.1	14.79	13.06	1.97	2.98	16.06	4.33	5.45	6.24	3.60	0.79	5.32



*Movimento generale* — Uno sguardo alla Tavola I.<sup>a</sup> ci fa rapidamente conoscere il numero dei pazzi entrati ed usciti nei 25 anni 1872-96.

Cominciando dalla rubrica dei degenti, non ci sorprenderà l'aumento numerico progressivo, che tosto si nota, avvezzi da ogni parte ad udir lamenti sull'incremento stragrande della pazzia. Anzi penetrando addentro al valore delle nostre cifre, troveremo ragioni di sorpresa nella relativa esiguità di questo aumento.

La pazzia è in aumento: è un'opinione comune anche fra alienisti e che può essere da un punto di vista generale accettata, quantunque possa più esattamente essere enunciata dicendo, che la pazzia è meglio riconosciuta, che aumentano alcune forme morbide particolarmente pericolose, e che in genere c'è maggiore facilità nell'invio dei pazzi al Manicomio; che il numero degli usciti e morti è inferiore complessivamente al numero degli entrati; che pertanto ciò che è realmente in aumento è il numero dei malati presenti nei frenocomi.

Se noi prendiamo in esame le statistiche di alcuni Manicomi, vediamo che ad esempio in quello di Siena il 1. gennaio 1875 erano degenti 632 malati, nel Giugno 1895 ne esistevano 1058 (\*); in quello d'Imola 420 (\*\*) il 31 Dicembre 1872, 1156 ne esistevano il Luglio 1895 (\*\*\*) ecc. Nel Manicomio di Ferrara esistevano 203 malati il 1 Gennaio 1872; 333 nel 1893: ma quest'aumento assoluto dei degenti (rappresentato da circa 375) deve essere analizzato e interpretato opportunamente per dedurre conclusioni sulla pazzia nella nostra Provincia. La popolazione del nostro manicomio è abbastanza pura. I malati appartenenti ad altri paesi fuori della provincia di Ferrara sono quasi tutti di quella di Rovigo e rappresentano in media il 18.8 0/0 dei malati entrati, il 14 0/0 dei degenti. Di essi risulta minore la recidività, maggiore, relativamente, il numero degli usciti e dei morti.

Questi malati forestieri non hanno presentato l'aumento progressivo, ma, dopo un rapido e non grande aumento negli anni 1877-78, il loro numero è rimasto costante. Ad ogni modo, volendo paragonare la popolazione del Manicomio con quella della regione, possiamo sottrarre i forestieri, e di più possiamo anche sottrarre, fra gli abitanti la

Provincia, i recidivi. I quali hanno una grande importanza nel movimento generale e si prestano a molte considerazioni pratiche e scientifiche. Da varie statistiche manicomiali essi risultano presentare in media secondo alcuni dati il 12 o il 14 0/0, secondo altri il 22 0/0, altri hanno riscontrato un'oscillazione dal 25 al 33 0/0. (\*)

La nostra statistica dà una media complessiva del 31 0/0; ma la media dei primi 12 anni è di circa il 20 0/0; quella degli ultimi 13 del 38.5. Si è toccato un massimo, del 48 0/0, nel 1894.

La causa principale del gran numero di recidivi è secondo noi la facilità delle dimissioni. Il nostro manicomio è in continui ed intimi rapporti con le famiglie dei malati, d'altra parte non ci sono qui troppo complicate formalità per l'uscita di questi: ne viene che i pazzi periodici, in così grande numero, i pellagrosi veri, a cui il buon vitto e l'igiene basta a migliorare, certe forme d'isterismo, di frenostenia, ecc. hanno molte probabilità di dimissione, come di ritorno. (\*\*)

Questo sistema non ha mai dato luogo ad inconvenienti: non solo, ma noi crediamo che, oltre a vantaggi di vario genere, i malati stessi possano sovente migliorare e sfuggire alla demenza fuori del Manicomio più facilmente che dentro.

Quanto ad escludere i recidivi dal computo proporzionale della popolazione del Manicomio sarebbe giusto quando si potesse avere la popolazione della provincia pura da qualsiasi elemento eterogeneo; ed è giusto, per avere, assolutamente, il numero degli individui malati di mente, giacchè è certamente un errore il far figurare 10, 15 volte, e anche più, uno stesso individuo nel corso di pochi anni. D'altra parte l'errore è appunto compensato dalle altre impurità nelle statistiche complessive della provincia. E poi il confronto naturalmente è opportuno farlo con la popolazione del Manicomio.

Il 31 Dicembre 1871 erano presenti 203 malati, dei quali 23 non nati nella provincia; e dei rimanenti 180 erano recidivi 43. (\*\*\*)

(\*) Trattati del Dagonet e del Régis e censimenti vari del Verga nostro, in: Archivio Italiano per le malattie nervose *passim* fino al 1891, fra l'altro, anno XXII, pag. 442 (1885).

(\*\*) Il nostro asserito è confermato dal fatto che nei forestieri la recidività è piccolissima: appena dell'8 o del 10 0/0.

(\*\*\*) Queste cifre io rapidamente deduco da registri speciali intitolati « *Elementi per la statistica* » che si fanno nel nostro Manicomio fino dal 1870.

(\*) Cronaca del Manicomio di Siena. Anno I. e XXI.

(\*\*) Il Manicomio d'Imola. Studi del dott. L. Lolli. C. I.<sup>a</sup> Statistica 1874.

(\*\*\*) Notizia personale dell'A.

Tavola VII.\* (\*)

Anno	31 Dicembre Presenti nel Manicomio nati nella Provincia e non recidivi	Presenti nel Manicomio nati nella Provincia	Popolazione della Provincia	Rapporto della popola- zione del Manicomio con quella della Prov. 1: 100,000	Malati ammessi dalla Provincia (media annua del quinquennio)	Rapporto degli ammessi con la popolazione della Provincia 1: 100,000
1871	137	180	215832	83.3	—	—
1876	137	179	225483	78.9	111	49
1881	167	248	231152	107.2	176	76
1886	152	221	243881	86.4	133	54
1891	183	262	259896	101.1	148	57
1896	196	302	279856	107.8	182	65

Se si pensa che la nostra Provincia si trova nella regione (Emilia-Romagna) che figura, insieme con la Liguria, prima in Italia per il numero dei pazzi, e la quale nel 1883 già conteneva 127 pazzi per ogni 100,000 abitanti, e nel 1891 ne conteneva 142 (\*\*), e se si pensa, che, mentre le popolazioni dei manicomi, anche fuori delle due dette Regioni, dal Censimento dell'83 (\*\*\*) al 96 (\*\*\*\*) sono aumentate quali del 45 0/0 (Alessandria), quali del 42 (Macerata) e del 35 (Voghera) ecc., quella del nostro, nello stesso lasso di tempo, è aumentata del 23 0/0 (computati anche i forestieri), si vede subito come la Provincia di Ferrara sia di quelle che danno un contributo relativamente mite alla pazzia e che soprattutto mite è l'incremento. Tanto da ravvicinarla sotto questo punto di vista, piuttosto a certe parti del vicino Veneto o della vicina Lombardia, anzichè alle altre Provincie della regione di cui fa parte.

Il fatto poi che le ammissioni annuali non sono, nella media complessiva, che di pochissimo aumentate, chiarisce anche meglio, analizzandolo, il rapporto che stiamo studiando.

Nel quinquennio 1872-76 si ammisero 453 pazzi della Provincia, non recidivi; nel quinquennio 1892-96, 504: 1/9 di più.

(\*) La popolazione della Provincia, come quelle dei singoli comuni, e così pure altre notizie demografiche e statistiche io ho potuto ottenere *in via ufficiale*, e nello stesso tempo per mezzo della squisita cortesia dei Sindaci, e per informazioni prese da me direttamente, per mezzo dei medici condotti, e di altre autorità sparse nella Provincia, alle quali tutte rendo le più vive grazie.

(\*\*) v. desunto dall'Annuario di statistica ecc. in Patrizi Giacomo Leopardi pag. 157.

(\*\*\*) Verga, Arch. it. per le malattie nerv. 1885.

(\*\*\*\*) cfr. Bollettini dei vari Manicomi.

Computando anche i recidivi l'aumento è oltre la metà; computando anche i forestieri, l'aumento degli ammessi annualmente raggiunge i due terzi.

Quasi le stesse proporzioni si hanno per l'aumento della popolazione manicomiale, che, complessivamente, è pure aumentata di due terzi.

La popolazione della Provincia in questi venticinque anni è aumentata di un terzo, vale a dire molto meno della popolazione manicomiale, tanto è vero che questa, comprendendovi anche i forestieri, il 31 Dicembre 1871 stava a quella come **90,8** a 100,000: il 31 Dicembre 1896 come **118,9** a 100,000.

Ora da questi numeri molte cose risultano; fra le altre, queste: che il numero delle persone che impazziscono è aumentato di pochissimo, o forse non è affatto aumentato, dovendo tener conto e dell'aumento della popolazione e dei modificati metodi e criteri di ammissione e di dimissione; e che quelli che aumentano di più sono i recidivi. I quali con altri sistemi costituirebbero invece il fondo della popolazione manicomiale: ma per noi son così più chiaro indizio della frequenza delle forme periodiche e gravemente degenerative.

Quanto ai forestieri, che noi abbiamo nei nostri calcoli talvolta esclusi, talvolta computati, essi dovrebbero bilanciare i pazzi della Provincia di Ferrara viventi fuori di essa. Ora di questi pochissimo possiamo sapere, giacchè nè di tutti i nati qui e domiciliati altrove, nè di tutte le famiglie della Provincia che possono tener dei parenti pazzi a dozzina in altri manicomi, possiamo noi avere notizia.

Ma questi sono i soliti difetti della statistica, a cui è necessario adattarsi.

Nei singoli quinquenni si notano alcune irregolarità, non tali però da non fare ammettere com-

plessivamente, all'infuori degli anni 1876-81, un aumento progressivo.

Poco sappiamo intorno alle particolari condizioni di quel quinquennio. La forma, di cui nei registri del Manicomio risulta sopra tutto un notevole aumento in quegli anni, è la pellagra. Come dimostrò il Prof. Bonfigli nei suoi mirabili studi su questo argomento, l'incremento della pellagra fu visto per lo più seguire ad annate cattive con raccolti scarsi. D'altra parte però il fatto che l'aumento degli ammessi non portò che un brevissimo aumento della popolazione manicomiale, se conferma da un lato la diagnosi fatta, fa sospettare anche, secondo noi, una certa facilità da parte dei medici e Comuni nell'invio dei malati al manicomio, il quale più propriamente serviva così da pellagrosario. In quegli anni avvenne anche l'aumento già ricordato di forestieri.

Gli usciti rappresentano il 62,2 0/0 in media degli entrati; nell'ultimo quinquennio questa media è del 67,1 0/0.

I morti danno nei primi quindici anni una media annuale del 15,2 0/0 sulla popolazione manicomiale, negli ultimi dieci anni la media annuale è del 13,1 0/0. Di tutti i malati presenti il 1 Gennaio 1872 ed entrati fino al 31 Dicembre 1896 sono morti il 33,7 0/0. Ma se si pensa che di tutti gli entrati, l'11,8 0/0 è passato a demenza (v. più innanzi), che il 9,8 0/0 è rappresentato da dementi senili e dementi paralitici; e che gli epilettici e i frenastenici, costituenti l'8,9 0/0, sono un elemento che, entrato una volta, molto difficilmente ne esce, il valore di questo 33,7 deve essere interpretato in un senso molto largo e benigno.

Se noi ora passiamo a considerare il numero dei malati entrati a seconda dei vari mesi dell'anno, noi vediamo che la curva ha un massimo nel Maggio e Giugno, e un minimo fra l'Ottobre e il Dicembre.

Le ragioni di questa oscillazione sono da trovarsi in molti fatti. Innanzi tutto in rapporti, che sfuggono alle nostre indagini, ma che per esagerazioni e false interpretazioni a cui diedero luogo non debbono ora essere presi in ridicolo o completamente trascurati. v. Lombroso: Pensiero e meteore.

Poi le condizioni favorevoli, che l'estate porta a malattie infettive ed organiche comuni; il recidivare della pellagra; la miseria, che nella primavera si fa sentire maggiormente, essendo alla fine le provviste invernali e non essendosi tratto ancora alcun utile dai nuovi raccolti; lo strapazzo al principiar dei nuovi lavori; la necessità di liberarsi di malati, che, forse, nell'inverno (vivendo in casa rinchiusi, non avendo da lavorare, e non ancora essendo esauriti i proventi dell'anno finito) si potevano tollerare custoditi in famiglia.

Non abbiamo tenuto conto delle ammissioni nei singoli mesi a seconda della forma morbosa: ma

innanzi tutto nella disamina dei singoli casi, che, se non risulta dalle tavole pubblicate, risulta nelle nostre note, possiamo dire che le oscillazioni sono molto poco degne di nota, anche per la pellagra e per i deliri febbrili. In secondo luogo, e sopra tutto, all'infuori di casi eccezionali, ciò che conduce al Manicomio il malato, e che per conseguenza apparisce nei numeri della nostra Tavola II, non è la malattia, la forma morbosa, che è poi diagnosticata, ma bensì un episodio di essa, per il quale il malato si rende pericoloso: e questo fatto, incontrastabilmente vero, toglierebbe quasi tutto il valore ad un'esposizione degli ammessi per malattia nei vari mesi dell'anno.

*Provenienza dei malati e forme morbose* — La Provincia di Ferrara, 2616, 23 chilometri quadrati di pianura, compresa fra il Reno ed il Po, si presenta in grandissima parte per chi la visita oggi ricca di coltivazioni ubertose e popolata di numerose borgate; qua e là però si riscontrano tracce di un passato assai triste rispetto a condizioni geografiche, e non mancano luoghi, dove questo passato si continua tuttora. Le vicende delle vaste e quasi inabitabili paludi, che formavano un tempo tutto l'Agro ferrarese sono ritratte mirabilmente in quella grandiosa raccolta di memorie, documenti e osservazioni, che è l'opera del Frizzi (\*).

Il terreno in questa regione è tutto alluvionale quaternario; prevalentemente sabbioso e torboso verso il mare; dubbia è l'esistenza di terreni vulcanici sottoalluvionali, che ad ogni modo sarebbero ad una certa profondità (\*\*). Il clima non ha specialità caratteristiche per la temperatura: il paese è poco dominato da venti: l'aria è facilmente carica di umidità. Una grande quantità di acque arriva e si ferma, per difficoltà di scorrimento e natura del suolo, in poche parti esistendo sistemi perfetti di incanalamento.

Nessun comune della Provincia si può dire del tutto immune da malaria: malaria grave però non occorre che in quella parte dell'Argentano che confina col Ravennate. Quivi specialmente abbondano le risaie: di queste havvene però anche nel Centese e nel Bondenese.

Nei due circondari della Provincia che apparentemente presentano le migliori condizioni sociali, Ferrara e Cento, si ha d'altra parte il massimo contingente di pellagrosi. I quali più precisamente prevalgono a Pieve di Cento, in alcuni punti del Comune di Ferrara (Quacchio, Porotto), e in molte frazioni del Comune di Bondeno. Argenta e Fortomaggiore vengono in seconda linea. Nessun pellagroso in Comacchio: pochissimi negli altri comuni di quel circondario.

(\*) A. Frizzi. Memorie per la storia di Ferrara 2.<sup>a</sup> ediz. 1847 specialmente il Vol. I.

(\*\*) A. Bottoni. Gli antichi abitatori del basso Po. Ferrara 1897 pag. 23.

Le ragioni di questa distribuzione della Pella-gra nelle varie parti della Provincia sono da cercarsi manifestamente nel vario regime alimentare.

Le condizioni generali degli abitanti della provincia sono economicamente assai miserevoli: l'inerzia profonda, la mancanza di qualsiasi attività per iniziativa propria è una cosa essenziale nel carattere di questi abitanti, i quali, coi piedi nudi nell'acqua stagnante dei loro paesi, cantano al sole, contenti, da buoni italiani, di non morire di fame. I Comacchiesi non sono più ricchi o più attivi dei Pievesi, tutt'altro: soltanto, alla polenta, che anche loro mangiano, invece che altre erbe o poco lardo

Queste ed altre condizioni della Provincia hanno indubbiamente rapporti, numerosi forse e intimi, con la frequenza e la forma della pazzia.

Un primo raffronto però necessario è quello da farsi con la popolazione dei singoli comuni, giacchè, se questo rapporto fosse identico per tutti, noi saremmo molto perplessi nell'attribuire il rispettivo valore agli altri coefficienti.

Il rapporto noi lo facciamo col numero di entrati, giacchè gli ammessi rappresentano, secondo noi, meglio dei degenti, il movimento della pazzia in un paese. Questo rapporto è esposto nella Tavola VIII.

Tavola VIII.

Anno	Rapporto (1:100000) dei pazzi provenienti dai singoli comuni con la popolazione di questi															
	Argenta	Bondeno	Copparo	Ferrara	Ostellato	Portomaggiore	Cento	Pieve	Poggiorenetico	S. Agostino	Codigoro	Comacchio	Lagosanto	Massafscaglia	Mesola	Migliarino
1872	86.1	37.1	33.1	63.4	21.4	31.9	72.9	40.6	76.1	66.2	45.1	11.2	—	56.7	23.4	40.6
1882	35.	74.6	37.1	80.2	38.4	125.	121.5	103.3	68.	91.2	56.	20.2	23.	65.2	50.9	42.3
1892	70.6	88.	38.9	77.9	34.9	66.2	66.4	79.	55.1	66.1	68.7	17.9	21.1	60.8	38.1	65.4
1896	46.2	87.6	73.1	88.6	48.2	81.3	76.6	97.6	85.7	50.4	46.2	16.8	18.8	42.4	32.3	46.3

uniscono molto pesce. E quella popolazione di pescatori, per ragioni storiche e geografiche (\*), si trova forse meno esposta delle altre vicine a certe condizioni degenerative d'ambiente. Essi vivono come isolani, molto lontani dalla vita del resto della Provincia: l'aria nel loro paese vi è salubre e il vino buono. Essi rappresentano forse la parte più bella e più forte della popolazione della Provincia. Uno studio antropologico-etnografico su di loro sarebbe certo interessante, e metterebbe forse in rilievo attinenze, che ora si possono solo sospettare, con altri popoli, p. e. gli Elleni. Anche il loro dialetto si discosta molto da tutti gli altri del ferrarese. Fatto curioso e interessantissimo, a Comacchio, e solo a Comacchio, si verificano sempre dei casi di lebbra (\*\*).

(\*) v. brevi ma interessantissimi cenni sulla vita sociale di Comacchio nel « Contributo allo studio dei delitti politici » del mio egregio collega ed amico G. Obici, in *Arch. di Psich.* ecc. vol. XVIII fasc. I.

(\*\*) L'A., in un viaggio fatto espressamente, ha avuto occasione di osservare alcuni casi tipici di lebbra, così della forma *tuberosa* come della *mutilans* e di forme miste. Questi disgraziati si trovano nel-

Se, studiando la tavola III\*, abbiamo un'idea di quanto i singoli Comuni contribuiscano alla popolazione manicomiale, la tavola VIII\* ci indica il valore reale della frequenza della pazzia nei singoli comuni.

Per la popolazione, in ordine decrescente, i comuni principali sono oggi: Ferrara (89154 ab.), Copparo (39668 ab.), Cento (22180 ab.), Argenta (21833 ab.), Portomaggiore (19679 ab.) e Bondeno (15978 ab.). Alla popolazione manicomiale infatti contribuiscono principalmente, nello stesso ordine, Ferrara, Cento,

l'isolamento e nell'abbandono completo, in cui vengono lasciati dalla vergogna dei parenti, dal ribrezzo e disgusto degli altri, e dalla noncuranza (forzata, per le tristi condizioni economiche) della beneficenza pubblica: non ostante le cure insistenti e l'intelligente filantropia del Dott. Travaglini, medico e Uff. sanitario in Comacchio. Tali forme di lebbra, lungamente durature, danno luogo ad una psicosi, che non è se non una forma di demenza, e che, se si volesse definire come « frenosi lebbrosa », sarebbe da inquadrarsi, in compagnia con le così dette « psicosi polineuritiche », nel gruppo delle forme di alienazione mentale da infezioni o intossicazioni croniche.

Copparo, Portomaggiore, Bondeno e Argenta. La frequenza massima della pazzia si ha invece (attualmente) a Pieve di Cento, Ferrara, Bondeno, Poggorenatico e Portomaggiore. Complessivamente però nel venticinquennio, la media massima di pazzi, rispetto alla popolazione, è stata data da Cento, e poi decrescendo, Pieve di Cento, Ferrara, Portomaggiore, Bondeno, Poggorenatico e Sant'Agostino.

Indubbiamente adunque nel Circondario di Cento esistono delle cause speciali, che influiscono su questa così notevole frequenza di pazzi. (\*) Fra le altre queste:

La pellagra, di poco inferiore per frequenza alla vicina Pieve; la quantità notevole di matrimoni consanguinei, fatti per conservare le proprietà nelle famiglie dei così detti *Capi di Cento*; il carattere degli abitanti, un po' meno inerti e indolenti di quelli del resto della Provincia.

Per Ferrara, si vede che l'agglomeramento, con tutte le sue conseguenze, non porta effetti molto notevoli sulla frequenza della pazzia, giacchè fra le città e quasi due terzi del rimanente della Provincia non c'è quasi nessuna differenza. Rimane Comacchio e il suo circondario, di cui già abbiamo parlato, in cui la pazzia si può dire sia abbastanza rara.

In certi comuni la frequenza della pazzia ha avuto sbalzi assai notevoli e strani, le cui ragioni a noi sfuggono completamente; così ad esempio: Argenta, Pieve di Cento ecc. Altri hanno invece presentato un aumento più o meno uniforme, ma progressivo, come Bondeno, Copparo, e, si potrebbe dire, anche Ferrara.

Un vero predominio di alcune forme per singoli paesi non c'è. Infatti, se nel Centese esistono molti pellagrosi, esistono quivi però anche moltissime delle forme degenerative più gravi.

Le quali ultime, specie sotto forma di frenastenia, sono abbastanza frequenti anche a Bondeno.

Le forme dominanti in genere nella Provincia sono le frenosi pellagrose, le forme acute riunibili sotto la rubrica « confusione mentale », le malinconie e le forme periodiche, le quali tutte complessivamente rappresentano il 58, 10 0/10 dei malati. Poi successivamente aventi una percentuale sempre minore, la mania, l'isterismo, la demenza senile, la

(\*) Quivi si hanno pure con frequenza grandissima malattie nervose. Questo sappiamo per nostra propria osservazione e per informazioni dai medici locali e di vicine città. Dalle quali, specie a Cento, vengono chiamati, per forme neuropatiche sovente strane e complesse. Al contrario nei Comuni di Codigoro, Mesola ed altri vicini, i casi di neuropatia sono rarissimi. Quivi i medici affermano che passa talvolta una intera annata, senza che si presenti loro un caso di malattia del sistema nervoso.

frenastenia, la demenza paralitica, l'epilessia, la frenosi alcoolica e la paranoia.

Se noi guardiamo le statistiche degli ultimi dieci anni soltanto, questa gradazione è molto diversa perchè, se il primo posto è ancora occupato dalle forme melanconiche, confusionali e periodiche, rappresentanti ciascuna in media il 16 0/10 dei malati entrati, la pellagra non ne dà che l'8 0/10; poi c'è l'epilessia e la demenza senile, che danno il 7 0/10; l'isterismo, la frenastenia e la mania il 6 0/10; la demenza paralitica il 5; l'alcoolismo e la paranoia il 2 1/2.

La pazzia morale nei manicomi naturalmente, e fortunatamente, non rappresenta che una parte minima dei malati: i pazzi morali popolano liberamente le città, oppure le carceri e i manicomi criminali.

Quanto alla mania, è una questione oggi dibattuta, specie dopo gli studi del Kraepelin, se essa costituisca una malattia a sè, nella forma classica, semplice, acuta. Io non esito ad affermarlo: nel nostro Manicomio, e in altri in Italia, non mi è mancata l'occasione di vedere qualche caso di esaltamento, incompatibile con qualsiasi altra diagnosi, che non fosse quella di mania semplice.

La discussione può riposare sui seguenti punti. a) La malattia potrebbe essere ricondotta in parte a ragioni etniche e non riscontrarsi che in certi paesi. b) Potrebbe essa per ragioni, che in gran parte ci sfuggono, essere andata negli ultimi anni diminuendo. c) La diagnosi eziologica, che oggi si tende sempre a fare, riconduce moltissimi casi, un tempo detti di mania, a quelle forme che noi abbiamo raccolto sotto il titolo di confusione mentale. d) Il numero relativamente grande di maniaci, che risulta dalle nostre statistiche, è in parte dovuto a deficienza di notizie, che non ci ha permesso una analisi accurata del caso.

La pellagra è indubbiamente diminuita nella Provincia di Ferrara: ma di essa abbiamo già più volte fatto cenno.

La demenza paralitica, come dappertutto, ma meno che altrove, è in aumento, e l'aumento è progressivo. Nei primi anni dalle nostre statistiche essa è rappresentata dal 3 0/10 circa dei malati entrati, negli ultimi dal 5. Anche nelle donne l'aumento è lievissimo, e il rapporto col numero degli uomini è presso che costante, di 1 a 4, o 1 a 3.

Le forme gravi di degenerazione, isterismo, epilessia e frenastenia sono molto in aumento, è soprattutto si vedrebbe l'aumento calcolando il 0/10 dei presenti, perchè il fondo degli epilettici e frenastenici cresce continuamente.

Le parti della Provincia, da cui vengono in maggior numero e più gravi i frenastenici sono Bondeno, Cento e Ferrara (forese più che città). Ecco una tabella riassuntiva della provenienza dei frenastenici.

**Tavola IX.**  
**FRENASTENICI**

	Argenta	Bondeno	Copparo	Ferrara	Ostellato	Portomaggiore	Cento	Pieve	Poggiorennatico	S. Agostino	Codigoro	Comacchio	Lagosanto	Massafscaglia	Mesola	Migliarino
Totale	6	14	14	69	3	11	19	2	2	4	4	—	—	—	1	7
Sesso	U.	3	7	7	36	2	5	10	2	2	1	3	—	—	—	—
	D.	3	7	7	33	1	6	9	—	—	3	1	—	—	—	1
Ered. certa	3	8	3	39	1	3	10	1	—	1	3	—	—	—	—	2
Illegittimi	—	—	—	6	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Forma	lieve	1	2	5	27	1	5	8	1	—	2	1	—	—	—	1
	media	3	5	5	25	1	4	6	—	1	1	—	—	—	—	2
	grave	2	7	4	17	1	2	5	1	1	1	—	—	—	—	2

Che sulle forme dominanti della pazzia in una regione influisca il carattere degli abitanti non può mettersi in dubbio, non solo perchè questo carattere porta come conseguenze gli strapazzi o la miseria, l'alcoolismo o certe malattie, già di per sè cause di pazzia, ma anche perchè spesso la pazzia non rappresenta che l'esagerazione di un carattere normale.

Il carattere degli abitanti della Provincia di Ferrara non presenta delle note molto salienti e spiccate, e si può dire che esso riveli la inerzia dei meridionali accoppiata alla calma dei settentrionali, disgiunte così dall'operosità dei secondi come dal fuoco dei primi. Non è poco: o per meglio dire è tanto poco, che ne risulta una vita poverissima di attività. Alla deficienza di energia supplisce una certa furberia; l'intelligenza, se non è profonda e vigorosa, è plastica ed ampia, i sentimenti, se non sono intensi e violenti, sono miti e sereni. Una prova di questo carattere si ha nella delinquenza e nella produttività del lavoro. Quest'ultima apparisce grande: ma in realtà enormi sono i prodotti del suolo, solo ad utilizzare direttamente i quali essa è tutta diretta.

Quanto alla delinquenza, le statistiche mettono in evidenza un predominio quasi assoluto di reati contro la proprietà, contro le fede pubblica e contro l'amministrazione della giustizia (\*) (1 omicidio su 300 e più furti). Mentre si sa che nelle vicine Provincie di Forlì e Ravenna i delitti di sangue sono all'ordine del giorno.

Pochi confini delimitano così bene due popoli diversi come quello che separa il Ferrarese dalla Romagna.

(\*) v. Moschini, Masotti. Discorsi per l'inaugurazione degli anni giuridici 1896 e 1897.

Per tornare al nostro argomento, la quantità di forme depressive e confusionali, la relativa scarsità di epilettici, in confronto di altre provincie italiane, la rarità notevole di forme gravemente allucinatorie e di forme impulsive, si potrebbe dire anche la nessuna predominanza assoluta di una o più forme ben distinte e caratteristiche, sono tutti fatti che si accordano con gli elementi eziologici generali della pazzia, che nella Provincia di Ferrara debbono essere presi in considerazione.

Che poi nelle varie forme, e all'infuori delle comuni e speciali condizioni causali, si trovi una impronta dovuta al fattore etnico, ciò sarà certamente, e forse la si può riscontrare nell'apatia dei nostri malati e, in fondo, nel carattere buono e sottomesso che conservano. E ciò vale più per gli uomini che per le donne, le quali sono alquanto più indisciplinate e più cattive pazze, come sono più energiche ed operose sane.

*Eredità e condizione sociale* — Sono questi i due elementi eziologici, che della pazzia nella Provincia di Ferrara danno maggior ragione. Qui infatti l'alcoolismo non v'è molto diffuso; la febbre dell'incivilimento e lo strapazzo dell'attività sociale si cercano invano; e la loro mancanza spiega anzi l'incremento relativamente esiguo della pazzia in questo paese. Rimangono condizioni biologiche e condizioni economiche particolari, strettamente fra loro collegate, giacchè si trasmette la miseria o la ricchezza come si trasmettono le conseguenze dell'una e dell'altra. La pellagra negli ultimi anni è passata in seconda linea fra le cause di pazzia, e in ogni caso essa rientra fra le cause economico-sociali.

La percentuale degli ereditari in genere è rap-

presentata nella nostra statistica da una cifra complessiva di 37. 50. Per quanto i nostri numeri rappresentino il risultato di informazioni, sicure per sè, ma di un valore relativo per il fatto che dei rimanenti malati non possiamo dire non siano ereditari, ma soltanto (per i più) che la loro eredità non è nota, tuttavia noi vediamo, fra le altre cose, l'eredità materna superare l'azione dell'eredità paterna. Questo fatto è già noto (\*) e sta ad indicare come la donna meglio trasmetta i caratteri degenerativi, ai quali forse l'uomo più soggiace e poi quali più facilmente soccombe. D'altra parte si può trovare anche qui una conferma del fatto che la donna ha maggiore resistenza alle forme organiche, che essa tende a trasformare in funzionali: viceversa l'uomo (\*\*). Infatti basterebbe pensare un momento ai rapporti di sesso e di eredità nell'isterismo e nella demenza paralitica per convincersi che questa opinione contiene, per lo meno, una buona parte di verità.

L'eredità nelle singole forme morbose ci si presenta più o meno grave o frequente, e le nostre osservazioni non recano che poco o punto di nuovo nei concetti che generalmente si hanno sopra quest'argomento (v. Tav. X).

Mettendo in ordine decrescente le forme rispetto alla percentuale degli ereditari, si ha in primo posto l'epilessia, poi successivamente la paranoia, le psicosi periodiche, la frenastenia, l'isterismo, la pazzia morale, la malinconia, la mania, le frenosi pellagrose, le alcooliche, la demenza paralitica, la confusione mentale e la demenza senile.

Pur tenendo conto di quanto abbiamo obbietato al valore reale di questi dati, non ci possiamo nascondere che tali risultati hanno un certo interesse.

Le forme più gravemente degenerative risultano avere massimo il coefficiente ereditario. Tre forme danno una percentuale pressochè identica, pellagra, alcoolismo e demenza paralitica, tre forme di intossicazione cronica, nel meccanismo di produzione delle quali adunque — anch'esse forme di degenerazione — la disposizione ereditaria a malattie mentali influisce per un terzo almeno.

Quanto alla condizione sociale, è stato detto nelle classi elevate della società presentarsi prevalentemente alcune forme degenerative. Dalla Tav. X risulta una percentuale relativamente alta, per la quantità dei piccoli possidenti. Il numero delle persone agiate si presenta massimo nella paranoia, poi nella demenza paralitica e successivamente, sempre minore, nell'isterismo, nell'epilessia, nella frenosi alcoolica, pazzia morale, pazzia periodica, mania, melanconia, confusione mentale, frenastenia, demenza senile, e finalmente, nella pellagra dove la percentuale degli agiati è ridotta a 0.

(\*) v. citazioni in Roncoroni - Trattato dell'Epilessia 1895 p. 5 e seg.

(\*\*) I. Orchansky - L'eredità nelle famiglie malate. 1895.

Nessun pellagroso fu mai adunque nel nostro Manicomio che non avesse lottato con la miseria; i dementi senili, che possono vivere in casa, vi rimangono; quanto agli imbecilli agiati, e ce ne sarebbe da riempire venti manicomi, essi vivono fuori, perchè per mezzi di cui dispongono e per l'ambiente che li circonda essi hanno molto meno occasioni di diventare pericoli; e poi, dacchè mondo è mondo, l'abito ha sempre fatto il monaco, e la civiltà offre loro il modo di apparire la più brava e la più buona gente che ci sia.

Molto significativa l'alta percentuale di benestanti nella frenosi alcoolica, cosa che, mentre conferma la poca diffusione dell'alcoolismo, può denotare o una minore resistenza negli agiati, o una pazzia d'occasione; ma non significherebbe che l'alcoolismo non c'è perchè non c'è l'alcool, non provenendo gli alcoolisti dai paesi viniferi più che dalle altre parti della Provincia.

Quanto all'opinione che nelle classi elevate le psicosi assumano un carattere più netto e spiccato, noi possiamo ammetterla come giusta, in quanto una psiche intellettualmente più colta, un'educazione sociale più perfetta, anche attraverso il disordine, il disorientamento, o la distruzione di un edificio mentale, possono rivelarsi in espressioni e contegno caratteristici. Non solo, ma, per l'unico fatto di appartenere a classi sociali elevate, un individuo è predisposto a vizi mentali, e in esso più facilmente si sviluppano i germi della degenerazione.

La massima proporzione di agiati si ha nella paranoia e nella demenza paralitica. Alle cause morbose, le classi inferiori reagiscono in modo più acuto, e la forma ha sempre meno i caratteri degenerativi: la frenosi sensoriale, le confusioni mentali recidivanti, la mania grave febbrile, il delirio acuto, possono corrispondere sovente in una psiche semplice, poco elevata, rozza, organizzata, alle forme di deliri sistematizzati e ai vari quadri della frenosi paralitica in altri individui di classi sociali superiori.

Del resto noi forse, nella prevalenza già notata di forme melanconiche e confusionali, non vediamo reso abbastanza evidente il rapporto causale della miseria nella popolazione della nostra provincia.

In un paese agricolo non si verificano che molto difficilmente quelle fami acute dei paesi industriali; si può però avere la fame cronica, quando questo paese dia grani deficienti e insufficienti e acqua salmastra. La miseria inoltre è anche relativa alle abitudini, all'attività di una popolazione: ed è, dal punto di vista sociale, massima, quando non è soltanto economica, ma si estende a tutte le fasi e le manifestazioni umane. Nel qual caso ultimo essa fa risentire assai meno i suoi effetti nel campo patologico di quello che nel dominio della attività complessiva. E questo vale per la Provincia di Ferrara, dei cui abitanti abbiamo già brevemente abbozzato il carattere.



**Tavola X.**  
EREDITÀ E CONDIZIONE SOCIALE

FORME	Malinconia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolica	Frenosi pellagrosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenastenia
% ereditari	34.64	33.51	25.83	48.19	52.17	31.88	32.48	31.68	18.50	43.29	69.50	41.66	45.96
% ricchi e benestanti	18.30	18.62	15.82	22.03	46.73	28.98	—	34.65	13.38	32.64	29.88	22.22	14.91

*Illegittimi.* Anche con l'*ufficialmente*, la cosa denotata non è chiara: fra legittimi ed esposti esistono molte condizioni intermedie, difficili ad essere espresse con semplici numeri.

Lasciamo da parte la questione che sulla legittimità ufficiale del 50 0/10 dei nati ci si può mettere il punto interrogativo, ciò riguarda più l'ereditarietà: qui c'interessano essenzialmente gli esposti. Il numero dei nati illegittimi a Ferrara è enorme: il 25, 28 0/10 delle nascite totali; tra questi sono compresi gli esposti, che danno di per sé il 7-9 0/10 (\*) e, ciò che è più notevole, non havvi che pochissima differenza nel numero delle nascite illegittime fra la città e la campagna: il numero degli esposti invece è in questa ultima di molto inferiore. Ma, come dappertutto, negli esposti si ha un numero molto notevole di nati-morti, e poi la loro mortalità è quasi tutta rappresentata da bambini dei primi cinque anni di vita: ora la nostra percentuale di 1.39 0/10 sugli entrati, quan-

tunque a primo aspetto sembri eccessivamente tenue, e per la percentuale generale del paese e per la nozione comune che gli illegittimi danno un notevole contingente di pazzi (\*), essa apparisce abbastanza elevata dietro le esposte considerazioni, e tanto più essa sembra elevata, se si pensa che in media il numero degli illegittimi presenti costituisce il 4,7 0/10 della popolazione manicomiale, mentre molto approssimativamente si può desumere che il numero degli esposti viventi costituisca circa il 0,2 0/10 della popolazione della Provincia, e il numero complessivo degli illegittimi quasi il 2 0/10.

Ora bisogna che anche fra tutti i nostri pazzi ufficialmente illegittimi distinguiamo i semplicemente illegittimi dagli esposti. I primi non offrono nulla di interessante per la distribuzione delle forme e per l'età: essi sono in numero di 29. Degli altri 35 illegittimi esposti ecco analiticamente i dati che noi abbiamo trovato.

**Tavola XI.**  
PAZZI ESPOSTI

FORMA MORBOSA		Malinconia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolica	Frenosi pellagrosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenastenia
<b>Sesso</b>	maschi . . .	2	2	1	—	—	—	3	—	—	2	4	—	5
	femmine . . .	1	—	3	—	—	—	2	—	—	4	3	1	2
<b>Età</b> all'ammiss.	fino ai 20 anni . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	3	1	6
	21 - 50 . . .	2	1	4	—	—	—	4	—	—	3	2	—	1
	dal 50 . . .	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—

(\*) V. il periodico ufficiale, che ogni trimestre pubblica il Municipio di Ferrara: *Rassegna statistica trimestrale*.

(\*) Verga G. B. Esposizione degli infanti, delinquenza e pazzia. *Arch. ital. p. malattie nervose* 1891. p. 229.

Cristiani A. La pazzia negli illegittimi *Arch. di Psich.* XIV. 543.

Tenendo così conto soltanto degli *esposti*, abbiamo trovato adunque che essi rappresentano circa il 0,7 0/10 dei malati entrati e il 2 0/10 della popolazione del Manicomio; che fra di essi predominano gli uomini, mentre sul numero totale dei pazzi predominano le donne; che presentano indistintamente tutte le forme psicopatiche, ma che la maggioranza è data da isterici, epilettici e frenastenici, i quali ultimi vengono al manicomio nelle prime età della vita, mentre i psiconeurotici vengono nell'età media.

*Sesso ed età* - Senza fermarci a molte considerazioni, diamo uno sguardo alla Tavola XII.<sup>a</sup>, la quale riassume la distribuzione delle singole forme morbose nei due sessi e nelle varie età.

In generale in Italia c'è una leggera prevalenza di pazzi uomini: io credo siano tre o quattro soltanto i Manicomi in cui prevalgono le donne. Uno di questi è il nostro, nel quale a vero dire la prevalenza non è grande, ma però è stata sempre costante (\*). E le donne qui predominano appunto in quelle forme morbose, che, all'infuori dell'isterismo, abbiamo indicate come le forme dominanti, la *malinconia* cioè, la *pellagra*, le forme periodiche e, in minore proporzione, la *confusione mentale*, in cui la prevalenza delle donne è piccolissima. Che la *pellagra* colpisca più le donne è assai noto: esse in genere mangiano peggio degli uomini. Parlando del carattere dei Ferraresi abbiamo notato anche come le donne abbiamo di fronte agli uomini una certa energia superiore: forse un elemento etnico, che si rivela in questa particolarità del carattere, potrebbe entrare come fattore di questa prevalenza.

Un'avvertenza per i frenastenici, i quali appaiono superiori nel sesso maschile (129) che nel femminile (119). Il concetto esatto della distribuzione della frenastenia nella nostra Provincia l'abbiamo nella Tavola IX, in cui appaiono solo i frenastenici ferraresi e sono esclusi i recidivi: abbiamo così che nei 25 anni ultimi sono entrati nel nostro Manicomio 156 frenastenici, perfettamente divisi in 78 uomini e 78 donne.

Quanto all'età, ogni forma ha una curva sua propria, con massimi e minimi vari. Tuttavia in complesso è evidente che la grandissima maggioranza dei pazzi sono ammessi nel Manicomio nell'età matura, dai 20 ai 50 anni.

La *pellagra* è quella che presenta meno varietà; il suo contributo alla popolazione manicomiale è alto per tutte le età, dai 20 anni ai 70.

La *mania* non dà una curva, ma una linea discendente dalla giovinezza alla vecchiaia; mentre invece la *melanconia*, pur dando il suo massimo fra i 30 e i 40 anni, mantiene un coefficiente elevato fino alla tarda età.

(\*) v. Gambari. Sulla statistica del Manicomio di Ferrara 1871.

*L'abuso di tabacco* — non si sarà certo potuto cogliere e studiare a fondo attraverso le polizze informative dei nostri 4655 malati, dei quali, nei 149 designati, se l'uso fosse passato veramente ad abuso non possiamo naturalmente garantire; e tanto meno possiamo poi assicurare che siano 149 e non 200 o più quelli che hanno abusato di tabacco. È certo che però, anche tenuto conto della relatività dei dati, il rapporto del 3.20 0/10 sul numero dei malati entrati è notevole.

Ed è pure notevole che i dementi paralitici e gli alcoolisti sono quelli che danno il massimo contingente di fumatori smodati.

Si è da alcuni data molta importanza all'intossicazione nicotinic nell'origine delle neuro e psicopatie, e i lavori del Dornblüth (\*) del Richter (\*\*) e di altri (\*\*\*) hanno fatto talvolta sospettare perfino una psicosi nicotinic, a simiglianza di quella cocainica, e una pseudoparalisi nicotinic analoga alla pseudoparalisi alcoolica. Se noi non abbiamo fatti nè argomenti per ammettere queste forme, non possiamo nasconderci che anche il solo e arido dato statistico non può che appoggiare l'opinione che considera il tabacco come elemento eziologico non trascurabile nelle psicopatie.

Veramente, l'essere la provincia di Ferrara una regione che consuma relativamente molto tabacco, e il trovare sempre l'abuso di tabacco associato alla disposizione ereditaria e ad altre cause acquisite di alienazione mentale, toglie valore alla nostra percentuale. Tanto che noi in fondo tendiamo a considerare generalmente l'abuso di tabacco non più che una causa occasionale, per quanto potente, che agisce solo in terreni predisposti. Certo che nelle varietà individuali della personalità, che sfuggono al neuropatologo e al psichiatra, l'azione dell'abuso di tabacco si potrà rivelare con le più tenui sfumature, e gli studi iniziati dal Buccelli sopra i suoi 200 neuropatici serviranno indubbiamente a illuminare non poco tali problemi.

Nella quantità di veleni che noi quotidianamente usiamo, quale sia quello che agisce deleteramente, e in quale proporzione, sul nostro organismo, e come e perchè agisca, e perchè solo quello o quello insieme con altri, sono tutti punti oscurissimi, per noi ancora in gran parte inesplicabili; cosicchè, pur tenendo conto del dato statistico, non ce ne fideremo troppo per interpretazioni molto generali.

(\*) Dornblüth: Die chronische Tabakvergiftung *Volkmann's klin. Vortr.* 1877.

(\*\*) Richter Ueber chronische Nicotinvorgiftung durch abusum im Cigarrenrauchen. *Arch. f. Psych.* X. 1880. p. 1.

(\*\*\*) v. lavori italiani recenti del Venturi: in *Manicomio moderno*. 1886 e Buccelli in *Riv. di patol. nerv. e ment.* Firenze 1896-97. Lavori interessanti e che pongono le questioni relative in modo razionale ed esatto.

**Tavola XII.**  
**SESSO ED ETÀ DEI MALATI**

FORME	Melanconia		Mania		Conf. mentale		P. periodica		Paranoia		Fren. alcoolica		F. pellagrosa		D. paralitica		Dem. senile		Isterismo		Epilessia		Pazzia morale		Frenastenia	
	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.
Totale entrati	661		424		689		608		92		138		748		202		254		291		174		36		248	
SESSO	299	362	214	210	337	352	273	335	71	21	120	18	315	423	158	44	102	152	27	264	191	83	27	9	129	119
entrati a meno di 10 anni	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11 - 20	30	21	60	64	13	19	11	45	10	—	2	—	21	46	—	—	—	—	2	26	2	3	1	—	24	19
21 - 30	29	42	54	47	91	112	68	58	27	3	27	1	57	71	1	—	—	—	16	67	61	21	11	2	25	29
31 - 40	72	90	29	40	107	87	89	90	14	1	22	3	56	66	28	4	—	—	8	74	35	17	5	3	26	27
41 - 50	67	75	31	35	93	89	87	71	10	11	39	2	72	85	57	14	—	—	1	48	30	10	3	—	5	10
51 - 60	44	60	26	14	24	22	15	46	8	4	28	9	67	81	47	20	—	—	—	32	10	2	—	—	9	3
61 - 70	33	57	14	9	9	17	3	25	1	2	2	3	39	60	17	6	53	43	—	16	3	—	—	—	4	—
71 - 80	22	17	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	3	14	8	—	40	82	—	—	—	—	—	—	—	—
sopra 80	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	27	—	—	—	—	—	—	—	—

*Precedenti criminali* — Fra carcere e manicomio molto sovente, e sotto molti punti di vista, esiste un intimo rapporto, giacchè frenastenici, paranoici, pazzi morali, epilettici ed isterici trovano spesso asilo indifferentemente nel primo o nel secondo.

È infatti in queste forme che prevalentemente si sono presentati i sessantasei individui designati dalla nostra Tavola IV.

Disponendo questi individui analiticamente per forma psicopatica e forma di delinquenza abbiamo:

**Tavola XIII.<sup>a</sup>**  
**PAZZI DELINQUENTI**

Forma psicopatica	Melancolia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolica	Frenosi palignosa	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenastenia
Delinq. contro le persone	—	2	—	2	8	1	—	—	—	—	12	1	6
Delinq. contro la proprietà	—	—	—	—	—	—	—	4	—	7	—	3	1
Delinq. contro l'incolumità pubblica	—	1	—	—	2	—	—	1	—	—	2	—	2
Delinq. contro il buon costume	—	—	—	—	1	2	—	—	1	3	—	3	1

Nel Ferrarese la delinquenza, pure avendo forma mite, non sta al di sotto di altre provincie per la frequenza.

Nel 1896, p. es., vennero dall'Uff. del P. M. recati a compimento 2685 processi (\*). Se si pensa che nel 1896 nella provincia di Ferrara si condannarono nelle Preture 2261 persone, nel Tribunale pen. 503, nella Corte d'Assise 12, il numero dei condannati (2776) rappresenta l'1,04 0/10 della popolazione complessiva; se si aggiungono i 783, che furono assolti, o in altro modo uscirono incolumi da procedimenti penale su di essi istrutto, la percentuale degli individui con precedenti criminali sale a 1.34.

Ora il rapporto del numero dei criminali entrati col numero di tutti i malati entrati nel Manicomio è di 1.4 0/10: ma il rapporto dei criminali esistenti il 31 Dicembre 1896 con la popolazione del Manicomio è del 3.6 0/10: e questa percentuale, che è quella da confrontarsi con l'altra, data dai resoconti della statistica, è degna di molta considerazione.

Ma più degno di nota è che la maggioranza dei nostri criminali è costituita da omicidi, al qual fatto molte considerazioni possono diminuire valore, ma che in ogni modo è in opposizione con l'altro, che la forma di delinquenza quasi assolutamente

preponderante nella provincia di Ferrara è quella contro la proprietà e la fede pubblica.

I numerosi e interessanti rapporti che possono esser messi in vista da uno studio di criminali fra pazzi, non vanno in questo studio statistico ulteriormente analizzati: i fenomeni in questione sono troppo complessi perchè ci permettiamo di allontanarci dai nostri numeri con considerazioni teoriche.

*Le malattie comuni organiche* nei pazzi hanno sovente fornito argomento di studio sotto parecchi punti di vista. Noi abbiamo tenuto nota di quegli individui non già che presentarono casualmente fenomeni morbosi da parte dell'intestino, dello stomaco, del cuore, o dei polmoni, ma che abitualmente, o per lo meno durante un periodo della loro vita, hanno sofferto di affezione gastro-enteriche polmonari, o cardiache.

Disturbi digestivi abituali abbiamo trovato nel 26,32 0/10 dei melancolici e nel 28,74 0/10 degli epilettici: questa è la proporzione massima trovata, e per le teorie delle intossicazioni questo risultato è certo molto interessante. Poi abbiamo il 19,24 0/10 dei periodici, il 14,43 degli isterici o il 14,13 0/10 dei paranoici; il 12,31 0/10 degli alcoolisti, l'11,38 0/10 dei dementi paralitici, l'11,03 0/10 dei malati di confusione mentale, il 10,39 0/10 dei maniaci, il 10,08 dei frenastenici, il 5,50 0/10 dei dementi senili e finalmente 1 su 36 (2,77 0/10) pazzi morali.

Complessivamente noi troviamo una percentuale piuttosto elevata (13,75 0/10); e non abbiamo con-

(\*) v. Masotti - Op. cit.

tato i pellagrosi, i quali fra i sintomi cardinali della malattia hanno disturbi gastro-enterici prolungati e periodici, e che darebbero quindi per sé una proporzione del 100 0/0.

L'influenza della digestione sulla psiche, i rapporti sopra tutto con l'ipocondria, sono stati messi in rilievo fin dai medici dell'antichità: e gli studi recenti sulle variazioni della tossicità delle urine negli epilettici troverebbero un certo appoggio nel nostro reperto statistico.

La frequenza invece delle malattie cardiache e polmonari dà una gradazione diversa nelle forme mentali: il massimo è nella frenosi alcoolica (24,63 0/0), poi decrescendo abbiamo la frenastenia (16,53 0/0), l'epilessia (13,21), l'isterismo (11,69), pazzia periodica (10,19), mania (10,14), demenza paralitica (8,90), paranoia (8,69), demenza senile (8,66), confusione mentale (8,56), pellagra (7,88), melanconia (7,56) e pazzia morale (5,55).

Vera prevalenza per una forma non c'è, all'infuori che per l'alcoolismo. Nella frenastenia e nell'epilessia, sovente associate alla tubercolosi, come da lungo tempo è noto, la percentuale è alta. In tutte le altre forme la percentuale dei malati abituali di affezioni cardio-polmonari è così uniforme, da non dovere esser presa in molta considerazione. La media complessiva è 10,84 0/0.

Questo studio, fatto così dal punto di vista statistico, non conclude di certo gran che: mette solo in vista rapporti, che una ulteriore analisi clinica e patologica può rischiarare.

Ammesso come fatto ormai certissimo che la pazzia è una malattia, nella grande maggioranza dei casi, di tutto l'organismo, il riscontrare, nei malati di mente, quasi sempre dei malati di spetanza alla patologia interna ed esterna, mentre conferma la teoria, offre un terreno vastissimo e fecondo per lo studio della patogenesi delle forme mentali (\*).

L'umore, i cambiamenti di carattere nei malati dei vari organi rappresentano già sfumature di passaggio fra la salute e la malattia mentale; e, per quanto ancora ci sfugga il meccanismo dell'azione in discorso, l'accostare il problema da tutti i lati e tentarlo sotto tutti gli aspetti è nostro assoluto dovere.

*Demenze secondarie.* Bellissimi problemi e del massimo interesse clinico si connettono a questo argomento. Noi li accenniamo appena, non constatando che i risultati delle nostre ricerche.

Il massimo contingente di dementi secondari

(\*) cfr. J. Finzi. Psicosi febbrili. *Riforma medica* 1897. N. 88-89.

è dato dalle forme di confusione mentale (22,6 0/0). Sono queste le forme che più gravemente ledono la nutrizione dei centri nervosi. Anche la melanconia dà una percentuale elevata (14,6), e anch'essa infatti è messa in rapporto con alterazioni organiche dell'encefalo, e con lesioni del ricambio di non lieve momento.

Delle forme periodiche si è detto che più difficilmente danno luogo a demenza. Noi veramente abbiamo riscontrato al contrario una relativa frequenza di questo esito (14,4 0/0), quasi nelle identiche proporzioni della lipemania. Siccome le forme periodiche si sono messe tra le più caratteristicamente degenerative, e si ammette che abbiano più del funzionale, e con un substrato individuale che ha più dell'anomalia che della morbosità, si intese così di spiegare la relativa rarità della demenza consecutiva, così di queste forme come della paranoia e delle frenosi isteriche ed epilettiche.

Ma, innanzitutto, è questa scarsità così grande come si è creduto? E si può proprio ammettere che le forme periodiche siano meno di altre legate ad alterazioni organiche dei centri nervosi?

La varietà delle forme periodiche e circolari è grandissima, ed è forse vero che alcune di esse, tipiche, classiche, passano più difficilmente di altre a demenza. D'altra parte nell'isterismo (4,1 0/0) e nella epilessia (13 0/0), come nella paranoia e nella frenastenia, il sopravvenire della demenza è legato essenzialmente agli episodi psiconeurotici intercorrenti.

Noi abbiamo trovato un numero di paranoici passati a demenza relativamente elevatissimo, 20 su 92, cioè il 21,7 0/0. Che questo sia dovuto ad alcuni errori di diagnosi, avvenuti in un'epoca in cui si diagnosticavano le monomanie intellettuali, e che noi non abbiamo potuto correggere per mancanza di notizie, o ch'è sia dovuto a cause etniche o individuali, noi non discutiamo; resta il fatto, secondo noi, non privo di importanza.

Si potrebbe discutere anche se quei pellagrosi passati a demenza; erano veramente e solamente pellagrosi, alcuni non ammettendo che la pellagra per sé dia demenza: ma le forme depressive e confusionali che rappresentano i sintomi psicopatici di questa intossicazione cronica non hanno forse minore ragione, che le forme analoghe con eziologia diversa, di dar luogo all'indebolimento mentale definitivo.

Complessivamente, escludendo i dementi paralitici e i dementi senili, l'11,8 0/0 dei malati entrati nel Manicomio, dal 1872 al 1896, è passato a demenza. Confrontando la percentuale dei recidivi con quella dei dementi consecutivi, possiamo ancora trovare qualche dato interessante.

FORME	Malinconia	Mania	Confusione mentale	Pazzia periodica	Paranoia	Frenosi alcoolici	Frenosi pellagrosi	Demenza paralitica	Demenza senile	Isterismo	Epilessia	Pazzia morale	Frenastenia
% Recidivi	27.3	23.8	26.9	61.1	20.6	31.9	34.4	10.3	12.9	36.4	54.	19.2	36.6
% Passati a demenza	14.6	11.7	22.6	14.4	21.7	14.4	2.	—	—	4.1	13.	—	0.8

Mettendo in ordine decrescente le forme a seconda della recidività, abbiamo: periodici, epilettici, frenastenici ed isterici, pellagrosi, alcoolisti, melanconici, confusi, maniaci, paranoici. A seconda dell'esito in demenza, abbiamo: confusi, paranoici, melanconici, periodici ed alcoolisti, epilettici, maniaci, isterici, pellagrosi e frenastenici.

Recidivare in manicomio è ben diverso dall'avere una forma periodica, quantunque i periodici presentino il massimo (61.1 0/10) di recidivanti: questo dico perchè fra il numero dei dementi secondari e dei recidivi c'è quasi un ordine inverso di progressione, fatto che potrebbe servire a ipotesi molto probabilmente affrettate, e certamente parzialissime, per interpretare i rapporti accennati del più o meno facile passaggio a demenza.

Dalla somma non indifferente di fatti raccolti molte conclusioni più o meno generali abbiamo tratto qua e là.

Poco o punto resta da dire per riassumerci.

La provincia di Ferrara, non ostante che sia, fra le provincie italiane, una di quelle che più hanno migliorato le loro condizioni generali dopo il '60, non presenta tuttavolta quell'incremento notevole della pazzia, che in altre si verifica; non presenta nessuna forma morbosa così predominante da esserle caratteristica; non presenta infine fra la città e le campagne una grande differenza nel numero dei pazzi.

Tale impressione di calma e di uniformità, ricevuta da me nel movimento dei pazzi al Manicomio, corrisponde perfettamente all'impressione da me ricevuta nel movimento complessivo della vita della provincia.

La quale, per condizioni etniche, geografiche e sociali, e simile in questo a non poche altre parti d'Italia, non si trova punto eccitata dall'aculeo dell'incivilimento alla iperproduzione di lavoro e alle preoccupazioni febbrili della vita moderna.

A questa tranquilla serenità di esistenza si collega in parte un fatto, a cui ho solamente accennato, ma che, terminando, non voglio trascurare.

Un elemento di statistica, che in questo studio non è apparso, e che nella analisi della vita, che per un quarto di secolo ha condotto un Manicomio, potrebbe trovare un posto non del tutto insignificante, sarebbe la rubrica delle evasioni, dei suicidi, delle disgrazie varie, dei disordini multiformi, che non raramente in Italia e fuori presso simili Istituti hanno luogo. Questa rubrica io l'ho trascurata perchè da molti anni non esiste.

In parte, ho detto, l'apatia della popolazione, anche mentecatta, dà ragione del fatto: ma solo in parte. Sopra tutto ciò è dovuto ai criteri che informano la Direzione medica dell'Istituto.

La quale di ordine disciplinare, di moralità e di tecnica ha non solo nozioni, ma sentimenti giusti e forti e profondi.

J. FINZI

## CRONACA

**Per gli stabilimenti per idioti, epilettici ed alcoolisti.** Il Prof. Bonfigli, Deputato al Parlamento, ha mosso alla Camera la grave questione degli stabilimenti per idioti, epilettici, alcoolisti, raccomandando lo studio di essa all'On. Ministro dell'Interno.

Alle parole del Prof. Bonfigli, accolte da unanimi approvazioni, il Ministro dell'Interno, On. Rudini rispose, riconoscendo la giustezza della raccomandazione fatta e promettendo di occuparsi dell'argomento.

**Nuovi Manicomi.** Si sono già pubblicati gli avvisi d'appalto per la costruzione del nuovo Manicomio di Ancona.

Ci congratuliamo sinceramente coll'egregio nostro amico dott. Riva, il quale da tempo giustamente desiderava un asilo migliore per gli alienati affidati alle sue cure.

Anche la provincia di Cuneo sta per costruire un nuovo Manicomio, abbandonan-

do quello di Racconigi, insufficiente a contenere l'attuale numero di alienati.

**Società di M. S. fra le persone di servizio nel Manicomio di Voghera.** Leggiamo nella *Cronaca del Manicomio di Voghera* che in quell'Istituto sta per sorgere una Società di Mutuo Soccorso fra il Personale inferiore, avente per scopo di provvedere in qualche modo ai bisogni, in cui coloro che lo compongono si potranno trovare, in caso di malattia o quando siano resi inabili al lavoro.

Quando si pensi che nella maggior parte dei manicomi del Regno gl'inserienti non hanno diritto a pensione, risalta subito l'importanza della Istituzione, che sta per sorgere a Voghera. Auguriamoci che l'esempio venga imitato da tutti quei Manicomi, nei quali, come nel nostro, non sono state ancora adottate simili misure di previdenza.

## NOTIZIE

In seguito alla morte del Prof. G. A. Limoncelli, ha avuto luogo un importante movimento nel personale sanitario del Manicomio Intrepr. di Nocera-Inferiore. Il dott. Domenico Ventra è stato nominato Direttore, il dott. Raffaele Canger Vice-Direttore, il dott. R. Fronda Segretario, il dott. F. Del Greco Medico Primario.

Agli egregi colleghi le nostre più vive congratulazioni.

## NOTIZIE SANITARIE



### Uomini

*Ferrara* — C. B., L. P., A. G., P. G., N. P., E. R., E. I., C. M., G. V., A. L., G. M., A. M., A. B., M. D. P., G. M., P. I., A. D., P. P., M. S., Sono tutti dementi, epilettici, paranoici divenuti cronici, la di cui salute fisica è ottima, ma invariabilmente malata la loro psiche - S. C., I. I. due vecchi che vanno migliorando. S. C. sempre eccitato.

*Alberone (Cento)* — I. P. eccitato i primi giorni, ora è di molto migliorato.

*Argenta* — D. C., D. C. due dementi cronici in buona salute fisica.

*Berra (Copparo)* — A. M. si lamenta ancora e sempre dei soliti dolori allo stomaco e all'intestino, ma mangia con molto appetito e ingrassa. Solo la sua imbecillità rimane allo *statu quo ante*.

*Bondeno* — M. B. il suo temperamento epilettico lo rende di tanto in tanto pericoloso. T. P. buon vecchio emiplegico e che presenta un curioso, interessante disturbo della favella.

*Casumaro (Cento)* — L. C., A. C., L. R., dementi cronici.

*Cento* — E. O. sempre demente e più che mai sudicio. L. G. ancora eccitato; vorrebbe che i parenti gli mandassero danaro per comperare tabacco.

*Codifiume (Argenta)* — O. M. è più tranquillo dei tempi andati, ma è sempre un demente agitato.

*Codigoro* — R. B. era nei tempi andati un periodico, e, durante un certo lasso di tempo, tra un accesso e l'altro, era possibile mandarlo fuori. Ora la periodicità si mantiene soltanto in quanto ha dei periodi in cui è meno agitato, ma siamo costretti a tenerlo sempre in sezione agitati.

*Dosso Pievese (S. Agostino)* — V. L. Dagli accessi epilettici è meno tormentato, ma ha in questi giorni una lieve enterite. Soffre molto dalla sospensione del tabacco.

*Filo (Argenta)* — P. A. al solito.

*Fossanova S. Biagio (Ferrara)* — R. V. ha rare convulsioni, ma è più che mai tormentato da parestesie, che lo eccitano e lo fanno alle volte darà in escandescenze.

*Gaibana (Ferrara)* — R. R. le convulsioni si sono fatte molto meno frequenti. Sta meglio fisicamente.

*Gambulaga (Portomaggiore)* — D. A. ha presentato l'identico decorso dell'altra volta. Ora, contro sua voglia, mangia e si alza; guarirà presto.

*Guarda Ferrarese (Copparo)* — S. F., essendo tornato a bere, è tornato anche al Manicomio. La vita regolare lo ha già migliorato.

*Massafiscaglia* — P. B. sta bene e si è scritto perchè i parenti vengano a prenderlo.

*Monestirolo* — E. I. al solito.

*Pieve di Cento* — A. A. ora non vi ha più dubbi sulla sua forma, la quale, purtroppo, come dubitavamo, è una demenza inguaribile.

*Pilastrì (Bondeno)* — L. B., C. M. dementi cronici in ottima salute fisica.

*Porotto (Ferrara)* — F. G., A. C., I. M. dementi che stanno al solito.

*Portomaggiore* — M. B. fisicamente sta bene. Dal punto di vista psichico, è un paranoico che si avvia a gran passi alla demenza.

*Poggiorenatico* — C. G., L. C., C. G., G. C., A. C. al solito.

*S. Agostino* — L. P., P. S., P. M., V. A. al solito.

*Bari* — C. Z. è nella fase di eccitamento e di confusione.

*Poggetto (S. Pietro in Casale)* — A. V. è un imbecille isterico, che in un accesso commise, prima di entrare qua dentro, un orribile delitto, e che è ora d'animo più mite e più tranquillo. Ha una vivace passione per la musica, e si esercita da due tre ore tutti i giorni sull'organo.

*Chiesa Nuova (S. Giovanni in Persiceto)* — L. F. è un malato già entrato in demenza, è laceratore e sudicio.

*Altedo (S. Pietro in Casale)* — C. C. ipocondriaco, sta al solito.

*S. Pietro in Casale* — E. S. ha qualche volta convulsioni. Sta seriamente meglio e chiede di andare a casa.



**Donne**

*Ferrara* — E. C. la solita demente più o meno noiosa. C. Z. una delle più chiacchierone e disturbatrici fra le malata, sempre uguale a sè stessa. C. B. nulla di nuovo, indisciplinatissima. A. L. è di fresco tornata in Manicomio, si mostra la solita frenastenica innocua.

*Alberone* — D. B. ha spesso accessi epilettici che ottundono sempre più la sua mente già debolissima. M. G. è peggiorata, sudicia, seccante; fisicamente benone.

*Ambrogio* — C. M. C. da molto tempo inquieta più del solito. B. A. ved. M. sempre identica.

*Argenta* — M. B. frenastenica e pazza morale piuttosto grave, è tutto quello che di più refrattario all'educazione e alla disciplina si può immaginare. A. M. G. va press'a poco lo stesso. Ha delle giornate buone e si vede talvolta lavorare, sorridere, conversare: ma la lipemania non cede, e la guarigione è forse ancora lontana.

*Berra* — A. C. è un campione di resistenza, non tanto per la durata, quanto per la forma particolarmente grave di demenza paralitica che l'ha colpita. Da quasi un mese ha ricevuto l'Olio Santo, ma chissà quanto ancora potrà vivere.

*Boara* — G. V. bambina molto allegra e vivace, che potrà tornarsene a casa fra non molto.

*Bondeno* — A. M. F. nulla di nuovo.

*Burana* — L. F. va molto meglio: è soltanto ancora deperita e soffre di disturbi intestinali.

*Cento* — C. O. C. - M. C. - T. B. - M. B. - R. F. - E. G. nulla di nuovo.

*Cocomaro di Cona* — M. P. G. piuttosto male. Litigiosa con gli altri, pericolosa per sè, ha bisogno di una speciale sorveglianza.

*Codifume* — M. S. ved. V. è più o meno sempre la stessa maniaca, isterica, rumorosa, delirante.

*Codrea* — S. M. è la solita imbecille. M. S. sta meglio, è molto ingrassata, ma ancora non dà sufficiente garanzia per dimetterla.

*Cologna* — T. A. ancora stuporosa e muta come il primo giorno. G. G. molto migliorata di mente e di fisico.

*Comacchio* — A. F. B. nessunissimo cambiamento.

*Consandolo* — R. B. B. sta meglio, ma non è guarita e forse completamente non guarirà mai.

*Contrapò* — R. S. M. va meglio.

*Copparo* — R. P. nulla di nuovo. R. R. ha dei periodi buoni, alternati con delle settimane di lieve esaltamento.

*Gaibana* — E. D. va abbastanza bene, ma sempre assai debole di mente.

*Gradizza* — M. R. C. complessivamente si può dire peggiorata. G. P. B. molto meglio.

*Gualdo* — B. S. è ancora molto eccitata e non si può alzare.

*Longastrino* — T. B. C. comincia a star meglio; ma già si sa che essa è una periodica, e sicuramente guarita non lo sarà mai.

*Masi Torello* — T. R. ved. Z. nulla di nuovo.

*Massafiscaglia* — V. M. C. sempre uguale.

*Mirabello* — C. P. G. è a letto con febbre e disturbo gastro intestinale; del resto nulla di nuovo. E. C. va alternando periodi buoni con periodi di grande agitazione. Questi ultimi durano da una settimana a un mese. R. P. ved. N. buonissima vecchia affetta da demenza postapoplettica.

*Ostellato* — M. C. sempre la solita idiota.

*Penzale* — C. F. R. spesso eccitata; complessivamente sempre lo stesso.

*Pieve di Cento* — M. V. B. - E. C. sempre uguali. E. P. G. non va male, ma il suo carattere è così eccitabile, che diventa perfino pericolosa; ha anche accessi epilettici abbastanza spesso. A. R. ved. G. è in un periodo buono.

*Porotto* — M. B., T. è un'epilettica demente, e che forse difficilmente uscirà dal Manicomio.

*Quarlesana* — L. G. M. nulla di nuovo.

*Reno Centese* — C. C. è una demente tranquilla, per ora innocua, ma forse inguaribile.

*Voghiera* — M. D. è una melanconica ansiosa che, non ostante presenti già un lieve miglioramento, è ancora piuttosto agitata, rumorosa e non si può alzare di letto.

*Zocca* — M. L. F. è una vecchia maniaca già migliorata e più calma, ma non ancora del tutto tranquilla, e sempre indebolita nella mente.

**Direttore** — R. TAMBRONI.

**Redattori** — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - J. FINZI

*Movimento dei malati nel mese di Luglio 1897*

Appart.	Esistenti	Entrati	USCITI						Morti	Rimasti							
			guariti		miglior.		non migliorati	per trasf.			per non ver. pazz.						
			U	D	U	D						U	D	U	D		
{ alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	155	167	11	8	3	3	1	1	1					4	2	157	169
	21	11			2											19	11
	176	178	11	8	5	3	1	1	1					4	2	176	180

*Movimento dei malati nel mese di Agosto 1897*

{ alla Prov. di Ferrara ad altre Provincie	157	169	4	12	2	1	3	2								156	178	
	19	11					1									1	18	10
	176	180	4	12	2	1	4	2								1	174	188





— Ferrara 10 Gennaio 1898 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio

Somma precedente	.	L. 336. —
Frutti dell'anno 1897	.	» 11. 23
Offerta P.	.	» 20. 80

Totale L. 368. 03

### Alcune note intorno alla neurastenia pulsante (Dana)

Nel *trattato della neurastenia* del Müller si leggono, scritte dall'Hösslin, queste parole che io riferisco.

« Ci sono molti neurastenici i quali sentono pulsare con veemenza l'aorta addominale, massime alla regione epigastrica, ciò che torna loro assai molesto; ed è in alcuni fatto passeggero, in altri permanente.

Queste pulsazioni epigastriche sono di frequente sensibili colla palpazione e con l'ispezione, senza che nello stesso tempo si mostri più gagliardo del solito l'urto della punta. Sono molti anni che io ebbi l'opportunità di esaminare con diligenza l'aorta in un ammalato che era di e notte molestato da questa pulsazione e di ciò faceva tutte le possibili lamentazioni ipocondriache. Un giorno andò per consiglio da un Chirurgo, il quale, davanti a quella pulsazione così veemente, entrò nella persuasione che si trattasse di aneurisma e propose

la laparotomia. L'infermo assentì con piacere alla proposta, e la laparotomia mise in vista un'aorta del tutto normale, così che la cavità del ventre fu tosto richiusa. Dopo l'operazione il malato, che ho potuto osservare a lungo, fu libero dalle sue pulsazioni e dalla molestia che gliene seguiva, *jedenfalls eine suggestive Wirkung* » (1).

Un caso somigliante lo racconta il Roncati; ma questa volta al cattivo consiglio non fu data esecuzione, e l'avvedimento di quell'illustre clinico impedì che un pover uomo abbandonasse la propria vita alle mani omicide di un chirurgo ignorante. « Io ricordo (scrive il Roncati) di aver visto un contadino ipocondriaco, nel quale la pulsazione dell'aorta addominale era a giorni intensissima, in altri invece non punto sensibile obbiettivamente, sebbene per l'infermo fosse anche in tal tempo molestamente sensibile in modo subbiettivo: chè anzi un certo chirurgo, rozzo artefice e feroce accoltellatore (mi si perdoni l'espressione), aveva proposto al povero ipocondriaco nientemeno che la legatura dell'aorta addominale; e già il gonzo del malato stava per acconciarvisi » (2).

I trattati, che sono più comuni nelle mani degli studiosi, appena fanno parola di questo fenomeno di cui quei due chirurghi mostravano così scarso conoscimento: ma, leggendo libri vecchi di medicina, si trova frequente la descrizione di pulsa-

(1) Müller. *Handbuch der Neurasthenie*, 1893, pag. 128.

(2) Roncati. *Indirizzo alla diagnosi ecc.* 1868, pag. 168.

zioni esagerate nel ventre degli ipocondriaci, alle quali quegli osservatori hanno supposta o giudicata un'origine nervosa. Forse anche Ippocrate vi fermò sopra la sua portentosa facoltà d'osservatore: stando al Testa « in qualche parte delle opere di lui è fatta menzione di taluna di quelle fugitive sembianze aneurismatiche che si vedono proprie dei corpi estenuati e deboli » (3). Ma, senza risalire tant'alto nella storia della medicina, mi piace di ricordare come nell'opera « Dei mali ipocondriaci » scritta in Italia nell'aprirsi del secolo decimosettimo, Paolo Zacchia, nel disegnare di questi stati morbosi un quadro per molte parti mirabile di verità, descrivesse il fatto che ci occupa con queste parole che seguono:

« Sentono alcuni infermi nell'ipocondrio sinistro un certo noioso battimento e massimamente nell'ora della seconda digestione (perciocchè, riscaldandosi allora queste parti, l'arteria che i medici chiamano celiaca, situata appunto in questo luogo, viene e per l'oppressione degli umori e pel molto calore a battere con molto maggior forza che naturalmente non suole). Questo battimento agli infermi è molestissimo e altera talora per modo tale la loro immaginazione che si persuadono molte cose fuori d'ogni ragione del loro male (4).

Dopo, molti altri, separati di tempo e di luogo, si sono incontrati nello stesso fenomeno e ne hanno lasciata memoria. Se io mi proponessi di riferire distesamente la storia delle loro osservazioni, farei opera noiosa e vana; mi restringerò quindi ad accennarla con un indice bibliografico per vantaggio di chi, interessandosi all'argomento, volesse saperne la storia.

Lancisi — De motu cordis.

Morgagni — De sedibus ecc. *passim*.

Albers — Ueber Pulsationen in Unterleibe. Leipzig, 1803.

Allans Burns — Observations on some diseases of the heart and preternatural pulsation in the epigastric region. Edinburgh, 1809.

Testa — Malattie di cuore 1810 *passim*.

Matthew Baillie — *Medical Transactions*, 1813 vol. IV (chiamava l'attenzione dei pratici ai casi di aumentata pulsazione dell'aorta all'epigastrio, simulante un aneurisma e della durata in alcuni casi di 25 e più anni, nei quali essa altro non era che l'espressione d'una digestione imperfetta in soggetti di costituzione debole ed irritabile).

Heine — De pulsatione abdominali. Berolini 1826.

Hohbaum Karl — Ueber die Pulsationen in der Oberbauchgegend als begleit Symptom des Indigestion, 1836.

(3) Testa. Malattie di cuore, 1810.

(4) Zacchia. Dei mali ipocondriaci: libri tre, 1617.

Macario et Sandras — Pulsations abdominales idiopathiques (*Union méd.* 1852).

Vigla — Sur le memoire de Macario sur les pulsations abdominales idiopathiques. 1868.

Bouillaud — *Traité de nosographie*, T. III 1846 pag. 490.

Sergeant — Des palpitations arterielles idiopathiques de l'abdomen (Thèse de Paris 1874).

Macario — Des pulsations abdominales idiopathiques (*Gazz. méd. de Paris*, 1874 e 77).

Axenfeld — *Traité des nèvroses* (Paris 1883, pag. 536).

Ozanam — La circulation et le pouls 1886. p. 819.

Senac, Laennec, Stockes — Opere *passim*.

Ed ecco alcune particolarità del fenomeno come si trovano descritte da alcuni dei migliori clinici viventi.

Roncati — È carattere qualificativo delle pulsazioni aortiche da nevrosi che esse improvvisamente possono comparire e svanire — che il punto pulsante può migrare dall'alto al basso ed inversamente, oggi all'epigastrio domani all'ombelico — che manca ogni ritardo di pulsazione alle crurali e che l'aorta presenta alla pressione una sensibilità dolorosa.

Il tratto pulsante può essere distintamente sentito in molti casi come un corpo cilindrico dell'ampiezza d'un' aorta normale o quasi.....

Per altro molti osservatori convengono nell'affermare che il tratto pulsante dell'aorta appare talvolta distintamente dilatato nella diastole più che le porzioni del vaso superiori ed inferiori, le quali sembrano invece comparativamente anguste e ristrette; nè una tal dilatazione parziale dipenderebbe già da alterata struttura delle pareti o da sfiancamento aneurismatico, conciossiachè dall'un giorno all'altro, anzi quasi dall'un momento all'altro, tal dilatazione possa venir meno fino all'ultima traccia.

Grocco (*Annali universali di Medicina*, 1884).

La pulsazione dell'aorta addominale in soggetti ipocondriaci — Non è raro l'imbattersi in soggetti nervosi, ipocondriaci, i quali si mostrano preoccupati per l'arteria che loro batte troppo forte nel ventre, specialmente dopo aver mangiato. Ed il riscontro afferma all'epigastrio una siffatta pulsazione esagerata, la quale, potendosi eventualmente accoppiare ad un percepito rumore di soffio anemico ed a sofferenze nelle parti intorno, fa talora cadere in inganno qualche curante che credesi in faccia ad un aneurisma.

Una tale forma angionevrosica capita sovente di trovarla al nostro ambulatorio medico; ma parmi importante il ricordare della stessa una modalità avvertita ora sono più che due anni in questa clinica. Trattasi di un paziente, affetto da catarro gastrico cronico con ipocondriasi manifestissima,



nel quale, per un polso cardiaco e radiale proporzionati e di modica forza, normale essendo la mole del cuore, avevasi ad intervalli una pulsazione dell'aorta addominale davvero esagerata e molestissima al malato. E quello che importa in ispecie di ricordare è che a riprese si seguiva all'addome una ineguaglianza di tale battito che, per il grado, tornava facile a chicchessia di rilevare ed a cui non rispondeva un'imparità di polso al precordio e alla radiale. Questo fatto veniva rilevato più volte nella visita del dopopranzo, a tre ore circa dopo il pasto.

De Giovanni. Contribuzione alla patologia delle arterie (*Rif. med.* 1887).

« Un contadino provava da lungo tempo sintomi gastrici e vaghe sofferenze nervose nell'addome, accompagnate dalla pulsazione epigastrica. Questa era manifestissima; si vedeva all'occhio e tanto meglio si percepiva al tatto. Dalla esplorazione semplice passai alla forte compressione dell'aorta e, dopo alcuni secondi, tornai all'esplorazione semplice, la pulsazione era notevolmente diminuita; il medesimo paziente, ignaro di ciò che facesti, me ne avvertì con soddisfazione. Levai la mano dalla parte esplorata, pregando il paziente di avvertirmi se la pulsazione tornasse forte come prima, ciò che avvenne dopo pochi minuti. Allora ripetei l'esperienza ed ottenni il medesimo risultato, che questa volta venne avvertito con la sola ispezione e confermata dalla sensazione di benessere, come per lo innanzi ».

Non è l'aorta addominale il solo tratto arterioso del quale si possono vedere le pulsazioni esagerate in soggetti neurastenici: Laennec (5) ha asserito lo stesso fatto per l'aorta toracica: altri, con più evidente dimostrazione, l'ha descritto nelle carotidi e senza una concomitante ipercinesia della contrazione del miocardio. Non è dunque privilegio di qualche affezione cardiaca o del morbo di Flaiani l'esagerare il palpito della carotide.

L'osservazione è del De Giovanni (*Rif. medica* 1887).

« Un giorno mi si presentò un collega, impensierito, anzi allarmato per un fatto morboso, che egli ed altri distinti medici osservavano, e sul quale pendeva incerto il giudizio essendo gravi i sospetti. Si trattava di una pulsazione straordinaria della carotide del lato destro che, in confronto con quella del lato sinistro, appariva anche sensibilmente dilatata. La sensazione molesta dell'impulso vasale e tutte le possibilità che poteva concepire un medico pel fatto dell'aumentato calibro del vaso generarono uno stato d'animo che ognuno può comprendere. Io era invitato a giudicare il caso. . . . . Mi diedi all'esame e rilevai precisamente che questa arteria era più ampia e pulsava molto più dell'altra.

(5) Laennec. Trattato dell'ascoltazione, 1836 Vol. IV.

Escluso che nel centro vascolare esistessero anomalie anatomiche e funzionali, presi nuovamente ad esplorare le due carotidi ad un tempo, quindi a fare su quella di destra — avvertendone il collega — una forte compressione, dopo la quale rilevai manifestissima contrazione del polso, con la scomparsa dei fenomeni morbosi inerenti alla esagerata pulsazione . . . . . Giova notare come il fatto morboso non fosse continuo, ma a volte a volte si pronunciava con intensità varia e stesse in rapporto con due fatti, che io credo importanti, l'uno l'indole erettistica dell'individuo, l'altro la persistenza di fenomeni dispeptici che contribuivano a produrre certi altri fenomeni nervosi ».

Fra i clinici che più recentemente hanno trattato della neurastenia, il Löwenfeld, descrive come frequenti, in soggetti neurastenici nei quali pure è normale l'azione del cuore, le palpitazioni vivaci delle carotidi che possono talvolta durare molte ore di seguito, ed asserisce che quando questi fatti, dovuti a uno stato vasoparalitico, si ripetono spesso, portano ad una dilatazione transitoria o permanente del vaso: *ich habe solche wiederholt an einer Karotis am Halse bei Neurasthenikern gesehen* (6).

Ora viene la volta dell'arteria temporale. Scriveva in proposito il De Giovanni (7) che « l'arteria temporale normalmente è poco o punto visibile; ma può avvenire che si faccia tumida, fortemente pulsante o no . . . . . Mi è occorso di interrogare pazienti così esatti e minuti osservatori che seppero indicarmi il fatto su cui è parola colla desiderata certezza . . . ; in alcuni casi di insolite sofferenze vaghe, ma riferibili ad attuali o pregressi disordini dell'apparato digerente, ho constatato che l'arteria temporale si faceva più tumida in prima, diveniva pulsante, poi cessava la pulsazione e rimaneva turgida, finalmente scompariva anche l'insolito turgore ».

Già Pomme in una delle migliori descrizioni di fenomeni neurastenici che siano state fatte nel secolo passato, nota che « *plusieurs* (de suoi ammalati) *sont incommodés du battement des artères temporales* » (8). Ma poi ai nostri tempi Runge osservò gli stessi fatti nei suoi ammalati di *Kopfdruck* che erano la maggior parte neurastenici (9), e Löwenfeld moltiplicò queste osservazioni in giovani ammalati di neurastenia, fermando soprattutto l'attenzione su l'abnorme ed enorme serpeggiamento dell'arteria temporale in questi soggetti (10).

(6) Löwenfeld. Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 1893, pag. 187.

(7) De Giovanni. *Annali universali di medicina* 1878.

(8) Pomme. *Traité des affections vaporeuses* 1749 Paris.

(9) Runge. Ueber Kopfdruck. *Archiv für Psychiatrie* 1876.

(10) Löwenfeld. loc. cit. pag. 187.

Nella retina dei neurastenici il Rahlmann (11) ha visto frequente la pulsazione delle arterie. I suoi ammalati si lamentavano di « *Augenflimmern* ». Le arterie retiniche erano qualche volta molto ristrette, di regola non passavano mai il calibro normale, mostravano uno straordinario serpeggiamento per tutto il loro decorso, e dove si piegavano in curve apparivano le pulsazioni con aspetto di locomozione. Di queste « *Arterienpulses* » egli non sapeva darsi spiegazione.

Ai fenomeni obiettivi si associano frequentemente i soggettivi: avviene cioè che i malati accusino un senso molesto di battimento a quelle parti dove infatti l'esame obiettivo scopre il palpito visibile di qualche tratto arterioso. Ma questa corrispondenza e questa concordia di fatti obiettivi e subiettivi non si trova sempre. In certi ammalati il corpo è tutto quanto attraversato da un senso penoso di pulsazione, mentre il sistema arterioso batte con forza normale, o la sola aorta addominale, per l'energia del suo battito, è ribelle alla calma generale che governa la circolazione periferica.

Io ne ho trovato un esempio descritto con chiarezza mirabile in un « *consulto medico* » del Redi. Il grande naturalista e medico aretino descrive così i mali che « dal decimo settimo anno fino al trentesimo quarto, quasi continuamente, avevano afflitta, una monaca ipocondriaca ».

« Si lamenta continuamente di un senso molesto sotto lo stomaco..... Inoltre si querela talvolta di una somma prostrazione di forze e di una indicibile languidezza di tutto quanto il suo corpo. Si duole di un certo che, che ella chiama « oppressione di cuore. Si querela della gravezza ed ottusione della testa, che non le permette « l'applicare a' consueti lavori delle donne: di più « è incappata in una malinconia e fastidiosaggine « d'animo tale che facilmente prorompe in sospiri « ed in pianti.... Ma quel che più la molesta si è « una pulsazione, la quale, conforme ella va sempre dicendo, la tormenta dalle piante dei piedi « fino alla più alta cima del capo, ancorchè in verità cotal pulsazione non apparisca al giudizio « del tatto se non nella cassa del ventre inferiore « all'intorno del pancreas e dei canali eeliaci: « imperocchè il di lei polso, quando ella non febbricità è piuttosto piccolo e riposato che grande « è impetuoso » (12).

Al Redi parve di dover riconoscere nell'inferma quel male di cui ha scritto un lungo e dotto libro quel medico famoso romano chiamato Paolo Zacchia....

Somiglianti fenomeni descrisse in sè stesso Gian Giacomo Rousseau in un passo delle

(11) *Virchow's. Archiv.* Bd 102, 221.

(12) Redi. *Consulti* Firenze. 1863, pag. 165.

sue celebri *Confessions*, che mi piace riportare qui nella sua integrità:

« Un matin que je n'étais pas plus mal qu'à l'ordinaire, en dressant une petite table sur son pied, je sentis dans tout mon corps une révolution subite et presque inconcevable. Je ne saurais mieux la comparer qu'à une espèce de tempête qui s'éleva dans mon sang et gagna dans l'instant tous mes membres. »

« Mes artères se mirent à battre d'une si grande force, que non seulement je sentais leur battement, mai que je l'entendais même et surtout celui des carotides. Un grand bruit d'oreilles se joignit à cela, et ce bruit était triple ou plutôt quadruple, savoir: un bourdonnement grave et sourd, un murmure plus clair comme d'une eau courante, un sifflement très aigu et le battement que je viens de dire, et dont je pouvais aisément compter les coups sans me tâter le pouls ni toucher mon corps de mes mains. Ce bruit interne était si grand, qu'il m'ôta la finesse d'ouïe... Je repris ma vie ordinaire avec mon battement d'artères et mes bourdonnement qui depuis ce temps là, c'est à dire depuis trente ans, ne m'ont pas quitté une minute (13).

Questi sintomi erano indubbiamente neurastenici; e tali parvero anche al Möbius, che ha scritto la storia della malattia del filosofo ginevrino: *Nach der jetzigen Ausdrucksweise würde man die Krankheit Rousseau's wohl als Neurasthenie bezeichnen* (14).

In qualcuno dei più recenti trattati sulla neurastenia queste sensazioni che salgono alla coscienza nella diastole delle varie diramazioni dell'albero arterioso sono ricordate e descritte. Così l'Höslin afferma che « ogni ondata del polso è sentita dagli ammalati (neurastenici) nelle tempie, più raramente alla punta delle dita, als klopfende Empfindung. Così anche il pulsare delle arterie è sentita con molestia dentro gli orecchi, specie nel sinistro, quand'uno giace da quel lato » (15).

Il Binswanger parla addirittura di dolori vascolari. « Se si fa, egli dice, una analisi sottile delle sensazioni dolorose dei neurastenici, si trovano frequenti quelle di origine vascolare... Parecchi infermi intelligenti mi hanno spontaneamente affermato che si sentono propriamente fluire il sangue nei vasi. Nella quiete del corpo e dello spirito queste sensazioni, a vero dire, non davano pena, ma divenivano dolorose se il moto del sangue era fatto più rapido e forte dalle commozioni e dal lavoro (16).

(13) Rousseau. *Confessions*, lib. VI.

(14) Moebius. *Rousseau's Krankheitsgeschichte*. 1889.

(15) Loc. cit.

(16) Binswanger. *Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie* 1896, pag. 86.

Nel 1895 il Dana (di New-York) mandò fuori una breve nota, nella quale, recando esempi di fenomeni non dissimili da quelli che noi abbiamo visto fin qui, si provava a mettere in rilievo un tipo speciale di neurastenia, la *pulsating neurasthenia*; persuaso che l'attuale tendenza a distinguere tipi clinici, non che ad ingombro torni a vantaggio della neurologia; e nel caso speciale valga a dissipare quella indeterminatezza vaporosa di fatti che ci è suggerita alla mente e significata dalla parola neurastenia.

Al nostro studio conviene riferire distesamente i fatti interessanti narrati dal Dana (17).

« Ho avuto sei malati che presentavano tutti dei sintomi molto distinti e singolari. Venuti a me in vari tempi, la somiglianza dei sintomi loro mi ha colpito e indotto a riconoscere in loro un tipo distinto di disordine funzionale.

Caso I. - Era un pellicciaio, Inglese, di 29 anni, ammogliato; sua madre aveva una malattia di cuore, gli altri di sua famiglia erano sani. Egli fu sempre un forte ed attivo giovane, benchè nervoso. Da ragazzo aveva usato con eccesso di tabacco e di birra: non ebbe mai sifilide nè mali abiti sessuali. A 18 anni fu preso da improvvisi svenimenti e qualche giorno più tardi da tremore. Evidentemente questi attacchi erano cagionati dall'eccessivo fumare. Duravano ancora questi attacchi quando gli è cominciato un senso di pulsazione generale per tutto il corpo. Non soltanto il cuore, ma il tronco e la testa anche pulsavano insieme col cuore. Questa pulsazione persiste in lui giorno e notte e in ogni posizione presa dal corpo: nè il riposo nè l'attività la modifica sensibilmente e nemmeno l'astensione dal tabacco e dall'alcool. Raramente ha vertigine, ma nessun tintinnio negli orecchi. I suoi sintomi si sono mantenuti con intensità varia fino al presente, ed ora è peggiorato. L'esame dimostra un uomo sano e nervoso: le sue mani sono scosse da un fine tremito. La dermatografia è manifestissima a tal punto che un nome scritto sulla pelle vi rimane impresso distintamente 30 o 40 minuti. La pelle è umida e rossiccia, il polso compressibile, le pulsazioni sono in media 80 per minuto.

Non v'è gozzo esoftalmico: qualche volta leggiere vertigini. Normali le sensibilità. Nessuna atrofia o paralisi. Vi è un po' di esagerazione nel balzo del ginocchio e un considerevole grado di atassia statica che io trovo comune nei neurastenici. Il cuore è normale, pulsa fortemente: però non è ipertrofico nè si sentono rumori. C'è una molto manifesta pulsazione epigastrica e vi si sente un rumore sistolico. Facendo pressione sulle carotidi, diminuisce subito il senso di pulsazione nella testa.

Questo disturbo lo rende nervoso e lo inquieta, cosicchè con fatica attende a' suoi affari. Nè un lungo riposo nè un viaggio di mare nè l'astensione dal tabacco e dall'alcool hanno migliorata la salute. In seguito a cura il male si è attenuato: due anni più tardi stava meglio, ma la pulsazione lo tormentava ancora.

Caso II. - Questo è più importante del primo per l'efficacia della cura. Era un uomo di 27 anni, celibe, venditore di ostriche. Aveva molto lavorato e s'era esposto al freddo ed all'umidità. Negava ogni eccesso. Aveva avute quasi tutte le malattie dell'infanzia, ma fuor di queste stette sempre bene. Nel 1884 ebbe il tifo. Nel maggio dell'89 improvvisamente e senza causa apparente fu preso da accessi di palpito di cuore. Poi gradualmente passò ad uno stato, nel quale sentiva una pulsazione in tutto il corpo, un battito generale sincrono col battito del cuore. Questo battito era molto più forte nella testa e qui era accompagnato da un senso di pressione nella regione occipitale. Non aveva dispepsia o dolori: ma era molto nervoso e depresso e diceva di non dormire affatto. Io lo vidi la prima volta nel Marzo 1890. Non aveva sintomi oggettivi; normali i polmoni e i visceri addominali.

L'azione del cuore non era forte: non si trovavano rumori nè dilatazione dell'area: il ritmo normale, il polso, di bassa tensione, aveva da 70 ad 80 pulsazioni. Mani e piedi freddi e facilmente congesti. Era forte la dermatografia: una impressione sulla pelle era ritenuta cinque ore. C'era una pulsazione epigastrica.

La pressione sulle carotidi fermava il battito nella parte della testa dove s'era fatta la pressione. Un po' grande la tiroide, ma non esoftalmo, non tremore, non sudore, non senso di calore. Riflessi e sensibilità normali. Normali le urine, p. sp. 1026.

Nessun rimedio facendogli profitto, lasciò il lavoro: allora lo mandai all'ospedale, facendolo sorvegliare come sospetto di masturbazione. Il riposo, la compressione delle carotidi, i tonici, i sedativi, l'ergotina, la digitale ed altri rimedi non valsero a migliorarlo: solo il sulfonal gli conciliava il sonno. E come egli voleva tentare qualunque genere di cura, io lo mandai alla fine dal Dr. Powell, che gentilmente si prestò a legargli la carotide comune: l'operazione fu fatta con buon successo all'ospedale *Post Graduat* nell'autunno del 1890. Dopo l'operazione l'ammalato si sentì libero completamente dalla pulsazione solo nella parte destra della testa e del corpo: ma il sollievo che provava era tanto, che poteva passabilmente sostenere la molestia delle pulsazioni nel lato sinistro.

Lasciò l'ospedale e riprese il lavoro. L'abbiamo visto poi ad intervalli, e sempre continua nel miglioramento. La pulsazione non è tornata più a destra, ma continua dal lato sinistro.

Caso III. - Un giovane di 22 anni, di sani antecedenti, di temperamento nervoso, negava ogni

(17) Dana. On a new type of neurasthenic disorder-angio paralytic or « pulsating » neurasthenia (*The Journal of the American Medical Association*. 1895).



eccesso, fuorchè l'intemperanza nel bere. Nella primavera del 94, continuando apparentemente buona la sua salute, gli avvenne una mattina di svegliarsi con senso di vertigine e di agitazione nervosa, ed apparve la sensazione di battito. Ciò lo fece molto inquieto e depresso, tanto che non poteva più raccogliere la mente per nessuna applicazione.

La sensazione di battito era sentita nella testa e nel petto continuamente e dava grande noia; s'aggiungeva mal di testa e insonnio e come un tintinnio negli orecchi. Quando lo esaminai trovai il polso della frequenza di 85 con bassa tensione, cuore normale, estremità fredde, dermatografismo, pulsazione epigastrica (benchè non tanto distinta come negli altri casi). L'esame degli occhi rilevò astigmatismo e pulsazione venosa retinica. Ma i sintomi più molesti erano i battiti, la depressione nervosa e quell'indescrivibile sentimento di impotenza a lavorare e a godere la vita che occupa i neurastenici. Egli s'era provato a dominare le sue sensazioni, ma quelle non lo lasciavano mai.

Gli altri casi che ho visti non sono stati così gravi e pertinaci come i riferiti, ma si sono presentati con polso di bassa tensione, debolezza vasomotoria delle estremità, senso soggettivo di battito più forte nella testa, pulsazione epigastrica, dermatografismo, insonnio, nervosità, depressione psichica. E sempre, fuorchè una volta, s'è trattato di uomini, giovani o adulti, sotto i quarant'anni; il tabacco, l'alcool, gli eccessi sessuali erano stati agenti provocatori del disordine. »

Tali le osservazioni del Dana. Se sia giusto ravvisarvi un tipo di malattia neurastenica, io non so; certamente meglio che dalle considerazioni diagnostiche e patogenetiche che sto per fare, risulterà dall'esperienza clinica futura, se le osservazioni si moltiplicheranno, se nello studio completo di questi ammalati si metterà quella minuta diligenza d'analisi che, si può dire, fin ora è mancata.

(continua)

ALBERTO VEDRANI

## X Congresso della Società Freniatria Italiana

La Società Freniatria Italiana, nell'adunanza straordinaria tenuta a Milano il 5 Dicembre u. s., ha deciso di rimandare il X Congresso, che doveva aver luogo nell'ottobre 1898 a Napoli, al venturo anno 1899.

### Nomine

Il Dott. Ernesto Belmondo è stato nominato professore straordinario di Clinica psichiatrica nella R. Università di Padova.

Il Prof. Giuseppe D'Abundo è stato nominato professore ordinario di Clinica psichiatrica nella R. Università di Catania.

## Musei della nuova Clinica Psichiatrica di Pietroburgo

È stata testè inaugurata, in un fabbricato apposito, la Clinica delle malattie mentali presso l'Accademia Imperiale militare di Medicina di Pietroburgo, e il Prof. Bechterew ha pensato di fondare due Musei, uno psichiatrico ed uno nevrologico, dove vorrebbe raccogliere tutti i dati (d'ogni genere) circa l'assistenza e la cura dei pazzi, con le fotografie loro, quelle dei medici, i documenti che riguardano la storia dei diversi Manicomî ecc.; così pure dei crani, dei cervelli, dei preparati microscopici di sistema nervoso ecc. Per questo il Bechterew si è rivolto, per mezzo dei giornali scientifici e delle Presidenze delle Società psichiatriche a tutti i medici di Manicomio, per avere, oltre alle cose sopra indicate, anche i piani degli stabilimenti e le fotografie dei diversi alienisti colle loro firme, le monografie pubblicate da questi ecc.

Noi abbiamo già spedito alla nuova Clinica delle malattie mentali di Pietroburgo la raccolta quasi completa del nostro *Bollettino* e buon numero di monografie pubblicate dai medici del nostro Manicomio.

## CRONACA

Nel Settembre u. s. il dott. Jacopo Finzi, che per più di un anno aveva coperto il posto di medico assistente, lasciava il nostro Manicomio per recarsi a continuare i suoi studi alla Clinica Psichiatrica di Kraepelin in Heidelberg. A sostituirlo veniva eletto il dott. Alberto Vedrani allievo delle Cliniche di Bologna.

Coi primi di Dicembre abbandonava il nostro Stabilimento anche il dott. Giulio Obici, il quale per circa tre anni era stato nostro compagno di studio e di lavoro. Egli è stato chiamato, come aiuto, dal Professor Belmondo alla Clinica Psichiatrica di Padova.

Ai valenti colleghi perduti il nostro più affettuoso saluto e l'augurio più sincero di splendida carriera; all'egregio dott. Vedrani il nostro cordiale benvenuto.

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - J. FINZI  
A. VEDRANI



*Movimento dei malati nel mese di Settembre 1897*

	Esistenti		Entrati		USCITE						Morti		Rimasti						
	U	D	U	D	guariti		miglior.		non mi-gliorati		per trasf.		per non ver. pazz.		U	D			
					U	D	U	D	U	D	U	D	U	D					
Appart. {	alla Prov. di Ferrara		156	178	6	6	8	3	2	2						2	3	150	178
	ad altre Provincie		18	10		1			1									18	10
			174	188	6	7	8	3	2	3						2	3	168	188

*Movimento dei malati nel mese di Ottobre 1897*

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		150	176	6	6	2	1	2	3						1	1	151	176
	ad altre Provincie		18	10	1													19	10
			168	186	7	6	2	1	2	3						1	1	170	186

*Movimento dei malati nel mese di Novembre 1897*

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		151	177	3	2	1			3	1					2		150	177
	ad altre Provincie		19	10	1	1												20	10
			170	187	4	3	1			3	1					2		170	187

*Movimento dei malati nel mese di Dicembre 1897*

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		150	176	12	5	1	1	1							1	2	159	176
	ad altre Provincie		20	11	3													23	11
			170	187	15	5	1	1	1							1	2	182	187

**Epilogo del movimento dei malati nell'anno 1897**

	Esistenti al 31 Dic. 1896	Ammessi nel 1897	TOTALE	USCITI			MORTI			Totale usciti e morti nel 1897	Rimasti al 31 Dic. 1897	Giornate di presenza del 1897
				degli esistenti	degli ammessi	TOTALE	degli esistenti	degli ammessi	TOTALE			
Uomini . . . . .	162	112	274	15	47	62	14	16	30	92	182	62214
Donne . . . . .	171	81	252	14	30	44	7	12	19	63	189	65333
	333	193	526	29	77	106	21	28	49	155	371	127547

Media giornaliera dei malati nel 1897 . . . . .	N. 349. 443
Proporzione degli usciti sugli ammessi . . . . .	54. 92 %
» dei morti sul totale . . . . .	9. 31 %



— Ferrara 15 Aprile 1898 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio

Somma precedente	.	L. 368. 03
Proventi straordinari	.	» 488. 98
Offerte malati	.	» 15. 15
		Totale L. 872. 16

### PSICHIATRIA TEDESCA

Il dott. Jacopo Finzi, che, come annunciammo nel numero precedente di questo *Bollettino*, trovasi da qualche mese in Germania presso la Clinica del Prof. Kraepelin, ha mandato al nostro Direttore la seguente corrispondenza, prima di quelle che l'Egregio Collega, al suo partire dal nostro Istituto, gli promise sulla Psichiatria tedesca.

I

Heidelberg, Marzo 1898

Sono così poche le verità acquisite e dimostrate per tutti nel dominio di una disciplina scientifica, che non si può veramente parlare di una scienza come di un insieme di dati obiettivi superiore e indipendente dalle nostre ricerche, ma soltanto di scienziati, di individui che coltivano un dato ordine di studi. Giacchè, fra questi ricercatori del vero, il *carattere na-*

*zionale* forma una prima serie di aggruppamenti, distinti fra loro sopra tutto per la qualità intrinseca della produzione, riflettente l'indole e le tendenze del popolo. In una seconda serie di gruppi vengono gli scienziati divisi dalla *scuola*, gruppi che si distinguono per la qualità del metodo, e riflettono essenzialmente momenti vari nello sviluppo storico di quella data scienza. Finalmente l'*individualità* dei cultori li divide ancora in modo più complesso e multiforme, ed è questa la serie di aggruppamenti più importante di tutte, in quanto rappresenta le divergenze progressive d'indirizzo generale e speciale.

Nulla forse, meglio della psichiatria tedesca, può dare una prova di ciò, nè offrire un quadro più completo di principi, criteri e fini diversi nel dominio di una specialità.

Carattere nazionale spiccato, metodi opposti, concezioni assolutamente personali: tutto ivi si trova.

Io credo pertanto non possano non interessarle alcuni appunti, che io sono andato raccogliendo in questi ultimi tempi sulla scienza delle malattie mentali in Germania.

Senza perdermi in generalità, comincio subito con un grande Maestro, il Kraepelin.

La clinica psichiatrica di Heidelberg sorge sulla riva sinistra del Neckar con un elegante edificio isolato, di costruzione tutt'affatto moderna. Essa può contenere fino a cento venti ma-

lati, divisi, così gli uomini come le donne, in un comparto di osservazione, un comparto tranquilli e un comparto agitati. La clinica non è annessa a nessun manicomio, ma, e per la sua ampiezza e per la sua organizzazione, essa è già di per sé un piccolo manicomio. Essa riceve tutti i malati dei distretti settentrionali del Baden e può trattenerli indefinitamente a profitto dell'insegnamento: poi, li manda in uno dei grandi stabilimenti Badesi, a Pforzheim, o a Emmendingen (1).

Il numero dei malati, che annualmente passa per la clinica, è da 2 a 300: nel 1897 il loro numero è stato di 282.

La clinica consiste essenzialmente in tre fabbricati distinti. Il primo, più grande, contiene i malati tranquilli e quelli in osservazione, più, nella parte centrale, separante gli uomini dalle donne, la scuola e i laboratori. Il secondo, con solo piano terreno, costituisce la sezione agitati. Nel mezzo fra i due, e prolungantesi nella parte centrale dell'edificio agitati, gli ambienti del macchinario per riscaldamento, illuminazione e cucina.

Il servizio è fatto tutto da infermieri e infermiere, il cui numero è di 1 ogni 4 malati. Il *non restraint* vi è usato nel senso più rigoroso della parola: gl' infermi molto inquieti sono essenzialmente trattati col bagno caldo, prolungato perfino a giorni e a settimane, e, il meno possibile, con l'isolamento in una cella. Mentre si fa limitatissimo uso di medicinali (ipnot. trional e paraldeide, sedat. ioscina), il semplice trattamento al letto (*Bettbehandlung*) è usatissimo.

L'importanza, sotto questo punto di vista, e l'utilità di un *comparto d'osservazione* sono indiscutibili. Il suo ordinamento, perfettamente identico a quello delle comuni sale d'ospedale, non solo favorisce lo studio clinico delle forme morbose, ma giova anche direttamente ai malati che a tale comparto sono particolarmente destinati.

La clinica psichiatrica non è qui materia obbligatoria per gli studenti di medicina: essa è però frequentata, posso assicurarlo per ripetuta osservazione personale, con non minore assiduità delle altre cliniche, praticamente più importanti.

1) Nel granducato di Baden trovansi inoltre la clinica psych. di Friburgo, la casa di salute di Illenau e alcuni istituti speciali per idioti, alcoolisti ed epilettici.

Il Prof. Kraepelin fa tre lezioni alla settimana, e, come è costume in quasi tutte le cliniche della Germania, egli non fa mai lezioni teoriche. Non solo, ma, come fa ugualmente per la clinica delle malattie nervose il Prof. Erb, egli s'interessa di istruire nella psichiatria dei medici pratici, e non mai di far dei psichiatri.

Fin dalla prima lezione del semestre, egli porta in scuola un malato (le cui alterazioni psichiche, in principio facilmente afferrabili, diverranno, col succedersi delle lezioni, sempre più complicate e difficili); insieme con uno studente, nel quale non si suppone altra preparazione che la sua cultura medica, rileva i sintomi, cerca l'anamnesi, costruisce un quadro clinico e formula una diagnosi. Tutto ciò nella forma più semplice e piana possibile: il malato non è già l'occasione che serve al Professore per una bella e dotta conferenza, ma solamente l'obiettivo di una ricerca clinica. Negli ultimi due mesi del semestre gli studenti fanno col Professore una visita la domenica, in una sezione; e in quest'occasione, ogni volta, quattro o cinque studenti si preparano ciascuno sopra un caso determinato. Ma questo lo fanno da soli, una mezz'ora prima, con l'aiuto dell'anamnesi che è loro data da leggere. Potrebbe lo studente approfittare di lunghe discussioni teoriche? Sarebbe egli in grado di raccogliere anamnesi e stati presenti? Non mai. Allo studente è presentata quella parte della scienza bell'e fatta, al massimo un po' schematizzata; e specialmente lo si educa ad osservare. Antropologia? Psicologia? Istologia? Chimica fisiologica? Criminologia? sono scienze ausiliarie: non clinica psichiatrica; e lo studente le imparerà nei corsi speciali. E nella clinica stessa si fanno infatti altri corsi.

Il Prof. Kraepelin ogni lunedì dalle 5 alle 7 pom. svolge, con medici, studenti e legali, casi di pratica giudiziaria. Corsi di semeiotica delle malattie mentali, di psicologia criminale e di psichiatria forense vengono ogni semestre tenuti irregolarmente dai valentissimi Dottori Fr. Nissl e G. Aschaffenburg. I quali poi, con quella competenza di specialisti ormai troppo nota nel mondo scientifico, perchè vi si debbano spendere sopra molte parole, tengono, il primo un corso di Istologia dei centri nervosi, il secondo un corso di Psicologia sperimentale, regolarmente, ogni semestre.

Questo per ciò che riguarda l'insegnamento ufficiale; insegnamento, che, per quanto nei metodi, nelle dottrine, nelle particolarità didattiche

rifletta già un indirizzo, miri a un dato fine, rappresenti una *scuola*, è ben lungi però dal dare un'idea completa del lavoro che si compie nella clinica del Prof. Kraepelin.

Infatti il laureando, che intende diventare psichiatra, o il medico che desidera perfezionarsi nella materia, o lo specialista che viene a prender conoscenza della clinica, o a lavorare sotto la direzione del Kraepelin, è iniziato a ben altri ed alti studi, è condotto per ben più difficile e faticosa via. A lui son date le chiavi della clinica, acciocchè o col professore, o con gli assistenti, o solo, possa ogni momento osservare ciò che dei malati e di quanto i malati riguarda più gl'interessa; a lui sono aperti i laboratori, in cui troverà mezzi e materiale di lavoro senza limite; a lui ad ogni istante sarà dato di usufruire del consiglio e dell'aiuto, che il Prof. Kraepelin e i suoi assistenti, con una cordialità e gentilezza straordinarie, sono sempre pronti ad offrire.

La psichiatria del Kraepelin non è sempre stata quella che è oggi. Attraverso le cinque (e fra poco sei) edizioni del suo trattato si osserva una evoluzione progressiva verso un ideale, che non solo oggi pochi tentano di raggiungere, ma che è generalmente sconosciuto: la psichiatria clinica.

Caso raro assai dappertutto, ma particolarmente in Germania, il Kraepelin ha, ed ha sempre avuto, della sua specialità un concetto vasto e completo.

Fin dai primi anni della sua carriera egli divise la sua attività fra la clinica e la patologia da un lato, e la psicologia sperimentale dall'altro. In ambedue i domini egli ha portato una impronta originale, alta, severa.

Io non intendo però fare qui della storia: bensì solamente riferire quanto si insegna e quanto si fa nella clinica psichiatrica di Heidelberg: perciò mi limito a quanto ho udito e veduto.

Se nella clinica ciò che ha il massimo valore è l'osservazione lunga e spassionata, nelle scienze sperimentali il metodo è tutto.

Studiare le malattie mentali è incontrare la massima delle difficoltà cliniche, perchè si tratta di malattie lunghe, a decorso irregolare.

Sottoporre la psiche alle ricerche di laboratorio è incontrare la massima delle difficoltà sperimentali, perchè si tratta di un oggetto essenzialmente mutevole sotto l'influsso di mille cause, in mille diverse direzioni. In fatti ge-

neralmente non si fa della clinica, ma della sintomatologia psichiatrica; non si fa della psicologia scientificamente sperimentale, ma bozzetti psicologici.

Di buona parte della letteratura psicologica non si può affatto tener conto, giacchè:

- 1.° non si controllano gli apparati,
- 2.° non si variano le condizioni d'esperienza solo una alla volta,
- 3.° non si ripetono gli esperimenti un numero di volte sufficiente a dare le caratteristiche individuali di ogni soggetto.

Ora, invece, solo sopra una tal triplice base si può fondare una psicologia sperimentale scientifica. Ma ciò richiede una fatica, un tempo, un'abnegazione, una pazienza, che non tutti possono avere. E questa schiera di sperimentatori, che si servono reciprocamente da soggetti di ricerca somiglia in realtà a una falange di eroi. O si tratta di farsi svegliare per molte settimane di seguito, ogni notte, un numero indefinito di volte, per ottenere le curve della profondità del sonno; si tratta di far lavori semplici, come sommare, imparare a memoria numeri o sillabe, leggere in date condizioni, per una o due ore, una lunga serie di giorni, alla stessa ora, senza aver preso alcool, caffè ecc.: si tratta, a dati intervalli, di stare 24 o 48 ore senza mangiare nè bere, o lavorare una intera nottata, per vedere l'influenza della fame e dell'esaurimento sull'attività psichica; o, nel miglior caso, si tratta, per una serie di settimane, di ricercare su diverse persone, un paio d'ore al giorno, una data modalità di percezione, di movimento, ecc.

Il rigore e la lunghezza di tali esperienze, che ad alcuno sembrano eccessivi, ma che sono semplicemente necessari, hanno, oltre che lo scopo di fornire dati sicuri, anche il fine di offrire un punto di partenza sufficientemente fondato per potere, sulle persone incolte e sui malati, adoperare un metodo convenientemente semplificato e molto più spicciativo.

L'Archivio « *Psychologische Arbeiten* » resta documento solenne di questo metodo sperimentale modello. Esso deriva in verità direttamente dai « *Philosophische Studien* » del Wundt: ma le vedute sono più larghe; le applicazioni sono più pratiche e numerose; i criteri sono meno unilaterali e più fundamentalmente precisi.

Esclusa così nel modo più assoluto qualsiasi forma di diletterantismo scientifico, osservati e controllati nel modo più scrupoloso i tre ri-

cordati principi sperimentali, lungamente e ponderatamente elaborati, sempre sotto la diretta guida del Kraepelin, i dati così accuratamente raccolti, vanno pubblicandosi, o stanno per pubblicarsi i faticosi lavori sul sonno, sulle associazioni, sull'azione di medicinali, sulle facoltà di raccogliere e ritenere impressioni più o meno fuggevoli, sulla fatica, sulle oscillazioni dell'attenzione, su alcune modalità di fenomeni psicomotori, ecc. ecc.

La costante cura rivolta a coltivare il lato clinico o pedagogico di questi temi sperimentali, forma pure una delle qualità essenziali di tali lavori. La clinica è qui specialmente il punto di mira a cui tutto converge. Il laboratorio di istologia, in altro campo, ha metodi e fini analoghi: il rigore cioè nella tecnica, la prudenza nelle interpretazioni, lo scopo di illuminare la clinica.

Ma il Nissl affermava al congresso di Karlsruhe lo scorso Novembre che l'istologia dei centri nervosi non ha portato alla Clinica psichiatrica ancora il benchè minimo giovamento, egli, che per primo ha finalmente sviscerato la compagine della cellula nervosa! I mirabili studi che qui nel campo istologico si vanno facendo sugli avvelenamenti, sui deliri febbrili, sulla demenza paralitica, d. senile e d. ebefrenica, aprono nuovi ed ampi orizzonti alla fisiopatologia della corteccia cerebrale e formeranno il primo e fondamentale nucleo di dati positivi per una anatomia patologica delle malattie mentali.

Un laboratorio di Chimica fisiologica sarebbe dal Kraepelin vivamente desiderato: ma manca lo specialista, che, possedendo i metodi con quella perfezione che il Kraepelin esige nelle ricerche sperimentali, acconsenta ad essere semplice assistente in una clinica psichiatrica. D'altra parte il Kraepelin non vuole ricerche incomplete, infondate, non controllabili nella Clinica stessa, e perciò un laboratorio di Chimica fisiologica nella clinica psichiatrica di Heidelberg non esiste.

Lo studio dei malati si fa con criteri e con metodi, che forse non hanno esempio altrove.

Formulare una diagnosi deve equivalere a stabilire una prognosi: la denominazione nosografica deve quindi fondarsi sul decorso clinico complessivo della malattia. D'altra parte noi dobbiamo sempre sforzarci di analizzare così i sintomi, da potere porre una diagnosi solo dallo stato presente.

Attorno a questi due punti cardinali si muove la Psichiatria del Kraepelin.

Nelle due ore che quotidianamente, senza eccezione, il Kraepelin dedica, insieme con gli assistenti e praticanti, ai malati, facendo la visita un giorno dagli uomini, un giorno dalle donne, egli spiega, discute, comunica tutte le possibili questioni e difficoltà, sostiene e combatte teorie e metodi, offre insomma, sotto la forma di una animata e familiare conversazione, un quadro meraviglioso della psichiatria clinica. Non è qui l'esposizione facile ed elementare delle lezioni: qui lo scopo è fare dei psichiatri: il mezzo, osservare esattamente i fenomeni che i malati presentano, mettendoli a confronto con quanto si legge nei libri della specialità. È un rifare ogni giorno la strada che unisce i fatti alle interpretazioni, in tutti i diversi indirizzi dei vari autori: è una critica serena e severa, a cui i fatti stessi offrono appoggio: è una continua e quotidianamente più solenne conferma della superiorità di quei criteri clinici, che, elevati a principio nell'incompletamente riuscito tentativo del Kahlbaum, formano il fondamento e l'onore della psichiatria del Kraepelin.

La diagnosi deve contenere la prognosi: la diagnosi deve poter esser fatta dai sintomi: due proposizioni, che rappresentano due serie di sforzi, due tendenze, due fini da raggiungere: nè l'una nè l'altra possono oggi avere una soluzione, s'intende: il momento scientifico è sempre provvisorio, l'avvenire deciderà. Ma la ragione pratica di tutta la medicina sorge qui, nel caso speciale, manifesta: deve forse la diagnosi non avere altro scopo che giustificare concetti teorici? E che utilità può avere, in ogni caso, se non si pone entro il più breve tempo possibile? Sicchè, una razionale classificazione delle malattie mentali e un metodo positivo di diagnosi devono essere i fini essenziali e diretti della psichiatria clinica.

Da tali concetti, per lunghi anni applicati nei minutissimi diari raccolti sotto la guida diretta del Professore da provetti assistenti, e per lunghi anni controllati per mezzo delle notizie dei malati, periodicamente ricevute da tutti gli asili, dove essi hanno avuto successivo ricovero, ne sono venuti quei criteri che informano l'ultima edizione del Trattato del Kraepelin.

Il posto esatto dell'Amenza; l'unità delle forme maniaco-depressive; il concetto della Melanconia come malattia senile; l'entità clinica della Dementia praecox, comprendente le due



forme Ebefrenica e Catatonica; la demenza paranoide; la sindrome « stupore maniaco »..... sono tutti concetti originali, sui quali il Kraepelin insiste, combattendo tutti quegli apprezzamenti puramente sintomatici, che conducono alle diagnosi di paranoia acuta, frenosi allucinatoria, mania semplice, mania transitoria, delirio acuto, stupore, ecc., denominazioni, che designano solo sindromi e non malattie.

Tale è, Egregio Direttore, toccata nei suoi punti principali, la vita scientifica nella clinica psichiatrica di Heidelberg. Questo non è tutto: io non sono sceso a molti particolari, nè ho riferito ogni cosa per intero. Ho fiducia però che quanto ho detto basti a dare una idea della scuola. Quanto al Kraepelin, credo necessario aggiungere che egli non pone qui termine alla sua attività. Egli non è solo un maestro, nel senso classico e più solenne della parola, non è solo un capo scuola nei limiti di una clinica. Ma dovunque i fini pratici della psichiatria lo spingono, egli si trova. E lo si trova infatti a combattere nelle prime file contro l'alcoolismo, contro i metodi d'insegnamento nelle scuole primarie e secondarie, contro i pregiudizi volgari e le difficoltà amministrative riguardanti le questioni manicomiali. Questi tre campi d'attività lo rendono qui sul luogo e presso ogni classe di persone più noto che tutti i suoi lavori più propriamente scientifici: e questo è molto bene sia noto ai lontani, perchè si facciano il concetto di un uomo completo, che non mette nulla di mezzo fra la teoria e la pratica, fra la scienza e la vita.

Per quanto obbiettiva, questa mia relazione lascia troppo bene trasparire il mio sentimento, perchè io debba aggiungere un giudizio qualsiasi.

Apprezzamenti e confronti ne farò, quando Le avrò comunicato qualche cosa sullo stesso argomento da altre cliniche.

La prossima volta Le scriverò da Jena, dove sono i Professori Binswanger e Ziehen.

JACOPO FINZI

## La quistione della donna dal punto di vista biologico e sociale

Conferenza tenuta all'Associazione filodrammatica  
Nocerina, il 23 Dicembre 1887

dal dott. GAETANO ANGIOLELLA

*Signori!*

La prima volta che la Presidenza di questo Circolo concepì il pensiero d'inframmezzare dei trattamenti su quistioni varie alle scene emozionanti o gaie che leggiadre ed intellettuali signorine ed eletti giovani rappresentano dinanzi a voi, nell'animo dei componenti la Presidenza stessa era il proposito di invitare ad inaugurare tale serie di conferenze il nostro defunto Direttore Prof. Limoncelli.

Consentitemi, quindi, che ora che, per uno strano contrasto, è proprio l'ultimo dei suoi discepoli quello che lo sostituisce in questa inaugurazione, io cominci ricordandovi il nome di lui, la cui memoria dolce e soave è sempre viva in tutti coloro che da vicino lo conobbero e ne apprezzarono le doti dell'animo nobile e generoso. Certo non io potrò intrattenervi piacevolmente ed istruttivamente com'egli o altri avrebbe potuto, ed è grave il sacrificio a cui siete questa sera condannati, di ascoltare, cioè, la noiosa chiacchierata di un noioso chiacchierone, il quale, per colmo d'audacia poi, viene a parlarvi proprio di voi, o gentili Signore, di quell'eterno femminino, che è un argomento sempre arduo e scabroso, per tanti e svariati motivi, non ultimo fra i quali quello di essere stato da tanti e poi tanti trattato, giacchè, come dice Ferdinando Martini in un proverbio che è stato appunto dinanzi a voi recitato, la donna costituisce l'eterno indovinello attorno a cui l'uomo da secoli si affatica, e ne capisce sempre meno di prima. Ma, proprio perciò, l'argomento è sempre ricco e fertile, tanto vero che, per quanto se ne sia detto e discusso, se ne torna ancora a discutere ed a parlare, e la quistione ha sempre l'apparenza di freschezza e di attualità, quasi come se ora fosse stata messa sul tappeto; e di fatti, quando avevo già divisato di intrattenervi su questo argomento, mi è venuto fatto di leggere l'annuncio di una conferenza che l'illustre Prof. Margheri terrà domenica appunto al Filologico di Napoli sull'« ora presente del problema femminile » e in un catalogo librario ho visto annunciata *La donna nova* di Scipio Sighele.

Ed è precisamente sull'interesse che la cosa per sè stessa deve destare, indipendentemente e, direi quasi, malgrado la persona che ne tratta, che io confido, oltrechè sulla cortesia e benevolenza vostra, e spero che l'audacia mia vorrete perdonarmi in vista delle mie buone intenzioni. Affinchè, però, queste non sieno fraintese, occorre che io metta in guardia le rappresentanti del sesso gentile, rivolgendo loro una calda preghiera, cioè di non lasciarsi impressionare a mio disfavore da alcune cose che sarò costretto a dire nella prima parte del mio discorso; questa infatti potrebbe sembrare alquanto ostica e non molto galante, ma non vi sgomentate e non mi accusate, perchè bisogna che badiate alle conclusioni: *dulcis in fundo*, o Signore.

Ciò premesso, entro difilato in argomento. Non è uopo che io dica come di contro all'odierno movimento femminista che si propone, magari esagerando in un certo senso, la completa equiparazione dei due sessi dal punto di vista giuridico, sociale e intellettuale, vi sia chi tali aspirazioni combatte, in nome della scienza positiva, affermando che nell'organismo fisico e psichico della donna vi sieno delle note che indicano in lei un tipo di organizzazione sotto tutti i punti di vista inferiore a quello dell'uomo, tanto da arrivare a definire la donna un uomo ad un grado minore di evoluzione e id

perfezione. È perciò, aggiungono costoro, che essa è stata sempre ed è tuttavia socialmente sottoposta all'uomo, e tale dovrà rimanere in avvenire, giacché è incompatibile con la sua missione biologica, cioè con la parte maggiore che prende nella riproduzione della specie, una ulteriore evoluzione intellettuale e morale di essa.

Quanto in questo vi sia di giusto e di esatto, quali sieno queste note d' inferiorità, quale sia la loro genesi, il modo come si sono prodotte, cioè per quanta parte esse sieno davvero legate a condizioni biologiche permanentemente inerenti all' organismo muliebre, e per quanta invece tengano a mutabili e modificabili condizioni sociali, e quindi quali corollari possano dedursi circa il grado di perfettibilità della donna, e circa la parte che probabilmente essa potrà essere chiamata a rappresentare in un più o meno lontano avvenire della società umana: ecco quello che mi propongo di discutere in brevi termini dinanzi a voi, e dico in brevi termini perchè a trattarne *ex professo* non sarebbero sufficienti parecchi volumi.

\*\*

Studiando l' organismo della donna, così come oggi è costituito, sia dal punto di vista della sua conformazione anatomica, sia da quello del modo come si esplicano le sue funzioni fisiologiche, sia, infine, da quello delle sue facoltà intellettuali e psichiche in genere, si riscontrano in esso delle note che difatti la pongono in una condizione d' inferiorità rispetto a quello dell' uomo. Per citare, di queste, alcune, dirò p. es. che il peso e la statura della donna sono, in media, inferiori a quelli dell' uomo in tutte le età della vita, a cominciare dalle fasi intranterine dello sviluppo, e ad eccezione di un' età sola, cioè quella della pubertà, che va dai 12 ai 15 o 16 anni, quando invece la donna supera l' uomo di uguale età, mentre in appresso gli è inferiore. Ciò indica che il suo sviluppo è più precoce di quello dell' uomo; e si sa che nella scala zoologica gli esseri più perfetti si sviluppano più tardi dei meno perfetti. Predomina nella organizzazione della donna il tessuto adiposo su quello muscolare, a differenza di ciò che accade nell' uomo, ed è noto che fra i tessuti che costituiscono il nostro organismo quello adiposo ha un valore più basso di quello muscolare che è più specificizzato.

Non mi fermerò sulle varie differenze che si riscontrano nello scheletro dei due sessi, per non entrare in particolari troppo tecnici; accennerò soltanto che lo scheletro della donna presenta minori caratteri individuali, che lo distinguono da altri dello stesso sesso, mentre tali caratteri sono più facili a riscontrarsi negli scheletri degli uomini, ed è anche questo un carattere d' inferiorità, perchè gli esseri più bassi nella scala zoologica sono più uniformi fra loro, mentre sono più differenziati quelli che hanno un posto più elevato, sicchè riesce difficile p. es. distinguere l' uno dall' altro due o

più molluschi o pesci o anche mammiferi inferiori, mentre noi abbiamo dei caratteri personali che, pur accomunandoci nella razza, differenziano nettamente ogni singolo individuo.

Perfino il cuore è più piccolo nella donna, perchè il suo peso medio è stato calcolato in quest' ultima di 250 gr., nell' uomo invece di 300 gr.

Il numero dei globuli rossi del sangue raggiunge nell' uomo la media di 5.500.000, nella donna di 4.700.000 per mm. c.

Il cranio è più piccolo; infatti la circonferenza orizzontale di esso è, in media, nell' uomo di 52 cm., nella donna di 49, ed ha una capacità minore, nella donna 1266, nell' uomo 1367 c. c. in media, nelle razze europee. Lo stesso dicasi del cervello, il cui peso, secondo i calcoli del Manouvrier, starebbe a quello del cervello maschile come 89:100.

Contrariamente all' opinione generale che crede la donna più sensibile dell' uomo, indiscreti e poco galanti fisiologi, scrutando con metodi minuti d' indagine, han dimostrato che tutte la sensibilità, tattile, olfattiva, gustativa, visiva ed acustica, sono più ottuse nella donna, nel senso che l' uomo ha maggior potere discriminativo, che gli fa percepire certe piccole differenze e particolarità che la donna non risente. Così p. es. un uomo sente l' odore dell' essenza di cedro diluita in 250.000 volumi d' acqua, mentre la donna l' avverte solo in una concentrazione doppia; l' uomo sente il sapore amaro della stricnina diluita in 570.000 volumi d' acqua, la donna solo in 514.000; l' uomo sente il battito dell' orologio a 17 cm. dall' orecchio, la donna soltanto a 14; e così via dicendo. E perfino la sensibilità dolorifica è minore nella donna, la quale può sopportare dolori e operazioni dolorose molto più facilmente dell' uomo, non per maggior forza d' animo e maggiore imposizione della volontà, ma perchè la sensazione dolorosa è meno intensa.

Vi sono alcuni lati dell' intelligenza nei quali la donna supera l' uomo. Essa, cioè, ha maggiore il potere d' intuire a colpo d' occhio delle cose e soprattutto delle particolarità degli oggetti o del carattere di un individuo o il lato giusto di una posizione di fatti, che l' uomo, spesso, non scorge se non dopo un certo tempo e un certo lavoro cerebrale. È perciò che spesso ha più spirito pratico e maggior penetrazione dell' uomo stesso, ed è perciò che p. es. un libro scritto da una donna è spesso pregevole per il rilievo di certi particolari e per certi studi e sfumature psicologiche cui l' uomo più difficilmente arriva. Ha, inoltre, maggiore il potere assimilativo, e chi istruisce delle donne si accorge di leggieri che esse apprendono e ritengono più facilmente degli uomini, ond' è che p. es. riescono bene nello studio delle lingue. Per altri lati molteplici, però, essa è superata dall' uomo.

Il suo carattere principale è quello di essere più esauribile, meno capace di sforzi prolungati ed intensi e, quindi, meno adatta a quel metodico e as-

siduo lavoro che è necessario per le ricerche e gli studi scientifici, ed in generale per tutto ciò che importa un minuto esame analitico di cose e di fatti. Predomina, invece, l'immaginativa, ed è per queste molteplici ragioni che anche le donne intelligenti e colte si danno più facilmente agli studi letterari ed artistici, anzichè a quelli scientifici. Più difficile è nelle donne la concentrazione dell'attenzione su d'un unico argomento, e minori sono in lei i poteri d'astrazione, cioè di elevarsi ai concetti generali dalle immagini e dalle idee concrete delle cose particolari. La donna più facilmente individualizza, e quindi p. es. è più proclive ad incolpare un individuo di qualche fatto che invece l'uomo ascrive al fatale andamento delle cose. L'altro carattere suo principale, poi, è la mancanza di produttività ed originalità, per cui anche donne molto intelligenti difficilmente segnano orme nuove in un'arte o in una scienza, ma per lo più seguono quelle già da altri tracciate. Fenomeno questo, il quale si collega, e in parte è la causa di quel misonismo, di quell'avversione a tutto ciò che è nuovo, per cui la donna diventa spesso il più efficace sostegno dei poteri costituiti, giacchè essa, riproducendo nel campo psichico quella monotonia ed uniformità in tutte le sue manifestazioni che abbiamo riscontrata nel campo anatomico, è eminentemente conservatrice, così in politica, come in religione, come in arte, come in tutto.

E siccome la ricerca e la produzione del nuovo è ciò che essenzialmente costituisce quel che diciamo genialità, così si spiega come tale genialità appunto faccia difetto nel sesso femminile, e non solo per il numero, ma anche per la potenza dei geni, giacchè, pur essendovi fra le donne quelle geniali, non ve n'è però alcuna che sia assunta all'altezza di un Dante, di uno Shakespeare, di un Michelangelo, e neanche fra le cultrici di quelle arti belle che più frequentemente formano oggetto dei loro studi, come p. es. la musica, è possibile trovarne alcuna che equivalga ad un Beethoven o ad un Wagner.

L'uomo è, indubitatamente, portato all'azione più di quello che sia la donna, appunto perchè è minore in essa la forza della volontà, intesa come parte agente della nostra psiche. Sono più rari fra le donne così i grandi ardimenti come la costanza e la tenacia nel perseguire per lungo tempo uno scopo, superando tutti i possibili ostacoli, appunto perchè essa è più volubile, più facile a mutare intenzioni e propositi, e, come sono fra esse meno frequenti i geni dell'intelligenza, così sono meno frequenti ancora quelli che potrebbero chiamarsi i geni dell'azione, quali sono i grandi rivoluzionari come Mazzini e Garibaldi, i grandi esploratori come Stanley e Nansen, i cui miracoli di attività e di energia di volere ci lasciano nell'anima un senso di ammirazione non inferiore a quello che ci desta la lettura della Divina Commedia o dell'Amleto.

Hanvi sentimenti delicati e gentili, i quali costituiscono il patrimonio quasi esclusivo del sesso femminile. Prima di tutto si è giustamente osservato che se della donna è propria la bellezza fisica, che il Tonnini chiama il genio della femminilità, tale bellezza va e deve andare necessariamente congiunta con una certa bontà e dolcezza di carattere, senza la quale i tratti del viso, anche irreprensibili dal punto di vista artistico ed anatomico, non avrebbero quella grazia, quel fascino, che sono, più ancora della perfezione delle linee, l'elemento principale dell'attrazione e della seduzione. E poichè ogni donna naturalmente tende ad aumentare la sua bellezza e le sue grazie, tende inconsciamente ancora a dare ai tratti del viso l'espressione della bontà e della dolcezza, ed è perciò che, come dice il Fouillèe, essa, esercitandosi ad esser bella, si esercita ancora ad esser buona. È frequente nella donna la virtù del sacrificio tranquillo e silenzioso, per cui molte di esse, nascoste nell'oscuro cantuccio dell'ambiente domestico, rappresentano l'anima vera e l'elemento motore dell'organismo familiare. E soprattutto, poi, prevale nella donna il sentimento materno, anzi essa è essenzialmente madre, ed è nell'affetto pei figli che versa tutti i tesori del suo cuore ed esplica la parte migliore delle sue attività psichiche.

D'altro canto, però, fan difetto in lei alcuni sentimenti, che si sviluppano con un grado elevato di cultura e di intelligenza. Così p. es. i sentimenti estetici, l'amore della patria, quello della umanità in senso largo, quello della scienza sono meno intensi nel sesso muliebre, e sebbene non manchino gli esempi di donne che han fatto sacrificio dell'esistenza a uno di questi ideali, sono, nondimeno, tali casi meno frequenti, senza dubbio, di quel che sieno fra gli uomini.

Fa difetto quel senso di equanimità nei giudizi, e quel senso di sociabilità per cui ognuno limita l'esplicazione del proprio io sin là dove va ad urtare coi diritti del vicino, ond'è che le donne sono meno facili ad adattarsi alla vita in comune; e meno facilmente ancora si comprende da loro quella religione del dovere, intesa nel senso più elevato, del dovere, cioè, che si compie a qualunque costo e senza prospettive di premi o di pene, quella morale pura ed astratta che consiste nel regolarsi a norma del giusto e dell'onesto, si sappia o non si sappia, ne venga bene o ne venga male. E queste gentili signore mi permetteranno che io dica che predomina nella donna la vanità, che è più frequente in essa la tendenza alla menzogna, e che vi si riscontra, non di rado, una notevole tenacia negli odi e nel desiderio di vendetta, senza dire poi che vi sono molte donne abbastanza crudeli, o nel comandare ai loro dipendenti, o nell'eseguire le vendette stesse; e difatti, per quanto sia numericamente minore la delinquenza femminile, per altrettanto essa ha non di rado un carattere di ferocia maggiore.

Più intense e più sentite sono nella donna le istantanee emozioni, ma meno frequenti, invece, quelle passioni forti e tenaci, che spesso animano la vita intera di un uomo e lo rendono capace or di sublimi ed eroici sacrifici, or di pazzie e di delitti; ed è perciò che p. es. son più frequenti nel nostro sesso i suicidi per amore, mentre che, senza offendere chicchessia, mi sia lecito affermare che non accade di rado vedere una signorina facilmente consolarsi di un amore perduto, o andar lietamente a nozze dimentica di colui che per lei si è ucciso.

\*  
\*\*

Ora io non vorrò entrare nella discussione se il sentimento in genere abbia un valore eguale o superiore a quello dell'intelligenza. È vero, infatti, che è il sentimento quello che ci spinge all'azione, che la pura e fredda ragione rimane sterile quando non è animata da un soffio affettivo; che la idea non ha valore se non quando diventa un ideale; ma è vero d'altra parte che l'intelligenza rappresenta un portato ulteriore, più nobile e più elevato, che il progresso dell'umanità è segnato da una continua sostituzione delle facoltà intellettuali a quelle affettive, e che è uomo più elevato colui che nelle sue azioni si lascia guidare dalla fredda ragione o da un sentimento ragionato, e non da mutevoli affetti e passioni spesso in contraddizione con la ragione istessa. Qualunque cosa, però, si possa su di questo pensare, abbiamo visto che, anche dal lato sentimentale, la donna è alquanto inferiore all'uomo, perchè in lei difettano quei sentimenti più elevati, che sono l'indice di una evoluzione più progredita, come lo dimostra la circostanza che i sovraccennati sentimenti costituiscono il patrimonio esclusivo delle razze umane più nobili e civili, mentrechè gli altri, come p. es. gli affetti di famiglia, l'affetto per la prole, in sostanza li abbiamo comuni anche con animali situati molto in basso nella scala zoologica.

Non è quindi da questo lato che può intavolarsi la discussione. Piuttosto è da vedersi se questa inferiorità, non contestabile, della donna, così come oggi è costituita, sia davvero in rapporto con un grado inferiore di evoluzione biologica, o coll'essere i due sessi derivanti addirittura da due specie differenti, come, esagerando alquanto in questo senso, è arrivato a supporre il Venturi; o se essa non debba, almeno in parte, attribuirsi alle condizioni sociali nelle quali da una lunga serie di secoli la donna si è trovata. In altri termini, la donna è meno sviluppata, è inferiore fisicamente e intellettualmente, perchè tale la fa la sua missione biologica, o perchè tale l'abbiamo fatta noi uomini tenendola, per una lunga sequela di generazioni, in una posizione sociale depressa e sottomessa, ed atrofizzandone così l'intelligenza e la parte più nobile della sua psiche e del suo sistema nervoso?

Che alcuni dei caratteri sopraricordati possano essere spiegati dalla preponderanza che hanno le

funzioni di riproduzione nella vita della donna, non è da revocarsi in dubbio. Così, si capisce che le cause molteplici di esaurimento cui essa va soggetta per le varie esplicazioni e le varie fasi delle funzioni della maternità, rappresentino una delle cagioni p. es. della povertà del suo sangue in globuli rossi, e quindi della maggiore gracilità di tutto l'organismo a causa della deficiente nutrizione degli organi e dei tessuti. Ed, in generale, s'intende che, concentrandosi la massima parte delle attività psichiche e fisiche sulle sopradette funzioni, ne vengano a soffrire le altre energie organiche, e si produca una quasi atrofia o almeno ipotrofia, cioè uno sviluppo deficiente di altri sistemi ed apparecchi, tra cui il cervello ed il sistema nervoso in genere. Vi sono, però, parecchi fatti che c'inducono a pensare che queste circostanze non spiegano in tutto, ma soltanto in parte, l'inferiorità soprattutto intellettuale della donna. Se diamo, infatti, uno sguardo alle specie animali inferiori, ci accorgiamo di leggieri che in parecchie di tali specie, il maschio è molto più piccolo e meno sviluppato della femmina, non solo, ma le è sottoposto in quelle in cui vi è organizzato uno stato di vita sociale; e, se poi da queste ascendiamo all'umanità preistorica ed ai selvaggi attuali, vediamo che i caratteri differenziali fra i due sessi erano e sono molto meno sviluppati di quel che sieno fra i popoli civili. Quando, infatti, avete visto dei ritratti di donne selvagge, avrete certamente notato in loro un tipo di fisionomia virile e che poco differisce da quella degli uomini della stessa razza, certo molto meno di quel che sieno visibili tali differenze nei popoli europei, dove una donna a tipo virile sembrerebbe quasi un'anomalia, e nessuna di voi desidererebbe esser tale. Anche le differenze nel peso e nella statura, e perfino quelle nel volume del cranio e nel volume e peso del cervello, sono lì minori fra i due sessi; e così dicasi della forza muscolare, sicchè lì le donne pigliano parte alle guerre, hanno pressochè le stesse occupazioni degli uomini e non se ne allontanano di molto neanche nello sviluppo intellettuale. I caratteri sessuali secondari, dunque, che sono per la donna caratteri di inferiorità, sono un portato ulteriore, sopraggiungono in un periodo più inoltrato della storia dell'umanità, e quindi non possono considerarsi scompagnati dalle condizioni sociali nelle quali la donna con lo sviluppo ulteriore della civiltà si è trovata. Delle cause esaurienti, infatti, cui dianzi accennavo, non devesi esagerare l'importanza, perchè se esse agiscono sulla donna, d'altro canto sull'uomo agiscono altre, cioè gli eccessi di lavoro intellettuale ed emotivo, che oggi si considerano come cause di esaurimento più gravi di quel che sieno le condizioni organiche. E che infatti queste ultime per le donne non abbiano molta gravità, lo dimostrano i casi frequenti di floride ed opulente signore, che in età non del tutto giovane, e dopo aver dato vita e nu-

trimento a numerosa prole, sono ancora in tutta la pienezza delle loro forze e in tutto lo splendore dei loro poteri di attrazione e di seduzione. Occorre, dunque, come dicevo, ricorrere ad altre cause di natura sociale.

Nella serie animale la superiorità del maschio sulla femmina comincia a determinarsi in quelle specie in cui da un lato il numero minore delle femmine produce la lotta sessuale, e dall'altro la difficoltà sempre crescente di trovar nutrimento, (giacchè si sa che quanto più le specie sono evolute e perfette, tanto più tal nutrimento è per loro scarso) tale difficoltà, dicevo, dà origine alla lotta per procurarselo.

Ora, qualche cosa di analogo avvenne nelle epoche primitive dell'umanità. Fino a quando fu facile ai nostri lontani antenati procurarsi il vitto, l'umanità visse sotto il regime del diritto materno e del comunismo; non esisteva, cioè, nè la proprietà privata nè la famiglia così come oggi è costituita, ma la *gens*, che era formata da tutti i discendenti della stessa donna e della quale quest'ultima era a capo. È questa l'epoca del *matriarcato* o *ginecocraxia* in cui la donna imperava sulla famiglia e quindi sulla tribù, e l'uomo le era sottoposto, a somiglianza di quel che accade in parecchie società animali, come quelle delle api e delle formiche.

Mano mano, però, che col moltiplicarsi della razza, divenne più difficile procurarsi da vivere, si cominciò a determinare la lotta per la conquista del cibo, cioè la lotta per l'esistenza, che fu sostenuta a preferenza dagli uomini, appunto perchè la donna era tutt'occupata alla direzione della famiglia, allo stesso modo di quel che si verifica nelle sopraricordate società animali, dove la femmina alleva la prole e il maschio va attorno alla ricerca del cibo. Senonchè nella razza umana la lotta per l'esistenza diè origine allo sviluppo di svariate industrie, tra cui principalmente l'agricoltura, nell'esercizio delle quali l'uomo potè, a preferenza della donna, sviluppare le sue forze così muscolari come intellettuali. D'altro canto la difficoltà sopraddetta di procurarsi i mezzi di sussistenza fè sì che chi una volta se li era procurati volesse serbarli per sè e non metterli in comune con gli altri, non solo ma trasmetterli ai propri figli, donde si originò un nuovo stato di cose, cioè la famiglia monogamica e la proprietà privata, conseguenza necessaria la prima della seconda, perchè non si poteva trasmettere la proprietà se non quando si aveva la certezza della prole, cioè il matrimonio, l'unione stabile di un solo uomo con una sola donna. La famiglia, dunque, così come oggi è costituita, surse su di un fondamento esclusivamente economico, e per ragioni economiche si stabilì ancora la soggezione della donna verso l'uomo, perchè l'uomo si avvale della condizione di fatto che metteva in sua mano i mezzi di sussistenza, per mutare le basi dell'ordinamento sociale, sostituendo la sua all'egemonia

della donna, il diritto paterno a quello materno, il patriarcato al matriarcato. D'allora la donna divenne schiava dell'uomo, esclusivamente per ragioni economiche, come per ragioni economiche lo è anche ora, perchè, non c'illudiamo, o Signori, noi comandiamo in famiglia perchè rappresentiamo la forza viva finanziaria e finanziariamente produttiva, e difatti nelle famiglie in cui il marito è economicamente sottoposto alla donna la sua autorità morale diminuisce di molto.

Non è, dunque, esatto che la missione biologica della donna la fa, di necessità, sottoposta all'uomo, perchè essa ha dato prova di poter esplicare le sue funzioni, avendo nello stesso tempo la direzione materiale e intellettuale della famiglia; non è esatto, cioè, che la sua inferiorità psichica e fisica spiega la inferiorità sociale, ma è vero, invece, il contrario, cioè che la condizione sottoposta della donna è quella che in massima parte spiega il minore sviluppo della sua intelligenza e la minore elevazione del suo livello morale.

È inutile, infatti, che io ricordi due leggi importanti della moderna fisiologia. La prima è che la funzione di un organo fa sviluppare l'organo stesso, mentre il non uso lo rende più gracile ed atrofico, sicchè il cervello si sviluppa di più in quelli che col cervello lavorano, di meno in quelli che si danno a lavori manuali, o addirittura all'ozio fisico e mentale, allo stesso modo di quel che accade per gli altri organi ed apparecchi, come per i muscoli o per certi gruppi di essi, i quali diventano più forti e robusti quando maggiormente si esercitano, e valgan d'esempio i muscoli delle gambe nelle ballerine, quelli del petto e delle braccia nei nuotatori, e simili. L'altra legge è che queste modificazioni derivanti dall'uso o dal non uso, o meglio dall'uso maggiore o minore di determinate parti del corpo, si trasmettono ereditariamente di una in un'altra generazione, rinforzandosi e divenendo più notevoli, quando per una non interrotta serie di generazioni si ripetono quelle stesse cause che avevan dato luogo alle primitive modificazioni. Onde è che p. es. in una famiglia in cui fosse ereditaria la professione di danzatore, a capo di parecchie generazioni, tutti i componenti di essa finirebbero per avere già congenitamente i muscoli delle gambe sviluppati di più che gli altri individui di uguale età. Poste queste leggi, si comprende agevolmente come si sieno determinate molte delle differenze fra i due sessi, dal momento che l'uomo, facendo suo monopolio l'esercizio delle arti e delle industrie, sviluppò maggiormente così le sue forze muscolari come quelle intellettuali, mentrechè, riducendo la donna alla quasi completa inattività, o, per lo meno, al poco uso così dei suoi muscoli come della sua intelligenza, ne rese più debole l'organizzazione fisica e psichica. L'intelligenza dell'uomo che si affinava sempre più nell'inventare nuovi mezzi e nuovi strumenti per la lotta per l'esistenza, e quin-

di, mano mano poi, nuove arti e nuove scienze, è naturale che dovesse lasciarsi molto addietro quella della donna, la quale languiva per difetto d' esercizio; e così si comprende come, in capo ad un numero infinito di generazioni, in cui tali condizioni si sono ripetute, per quell'intimo rapporto che decorre fra funzione ed organo, per cui la prima dipende dal secondo ed il secondo dalla prima, il cervello e il cranio muliebre sieno divenuti più piccoli e leggieri di quelli maschili, il sistema nervoso dell'uomo più evoluto e perfetto, e quindi la sensibilità sua più raffinata, e così via dicendo.

Qual meraviglia che la donna sia più misonista, più conservatrice, meno produttiva nella sua intelligenza, dal momento che, per secoli e secoli, essa non ha esercitato le sue facoltà fantastiche, non solo, ma non le ha neanche coltivate, vivendo continuamente della vita monotona ed uniforme della famiglia? Come volete che si sieno in lei sviluppati i poteri d'astrazione, le facoltà di minuta analisi, i sentimenti intellettuali, come il patriottico, l'estetico, lo scientifico, l'umanitario, dal momento che questi importano una cultura più elevata, quale la donna in generale non ha avuto che in rarissimi casi, perchè l'uomo ci ha tenuto ad atrofizzarne l'intelligenza appunto per tenerla soggetta? Come non comprendere che in lei sia ipertrofico e predominante il sentimento della vanità, soprattutto per i suoi pregi fisici, quando si pensi che questi pregi hanno rappresentato e rappresentano per la donna il solo mezzo per afferrare una posizione sociale, e sono l'equivalente di quel che è per l'uomo la conoscenza di un'arte o di un mestiere? È logico, allora, che ella li debba tenere in quello stesso conto in cui noi teniamo una laurea o un diploma che ci mette in grado di conquistare un posto nel mondo. È naturale che essa corra dietro alle piccole soddisfazioni dell'amor proprio, alle futilità della vita, dal momento che a lei non è dato avere nobili ed alte ambizioni, nobili ed alti ideali, che le son contesi dalla sua posizione di soggetta, dalla tirannia del maschio, il quale ci ha tenuto e ci tiene a svilupparne appunto i sentimenti meno elevati, il lato più basso dell'intelligenza, a solleticarne le meno nobili vanità, perchè ella non fosse altro per lui se non un oggetto di piacere, un balocco, un trastullo per i suoi momenti d'ozio! La stessa tendenza alla menzogna, come la crudeltà e il desiderio di vendetta, possono in gran parte considerarsi come gli effetti del lungo servaggio, della lunga posizione sottoposta del sesso femminile; ed infatti tali qualità, così fra i popoli come fra gli individui, si riscontrano a preferenza in quelli che han menato vita soggetta, anzichè in quegli altri che si reggono a libertà. Nè è uopo che io mi dilunghi a dimostrarlo, essendo noto a tutti come i freni imposti alla libera esplicazione di tutta la personalità individuale hanno per necessario effetto di dare maggior rilievo ai lati peggiori del carattere, laddove

la soddisfazione che deriva all'individuo dal sentirsi libero e padrone di sè, lo rende più buono, più nobile, più generoso. Altra volta, parlando dei delitti delle folle, ebbi a notare come la maggior ferocia che in essi si riscontra debba, in parte, attribuirsi al fatto che essi rappresentano, dirò così, le scariche di energie, di odi, di rancori, da secoli e secoli accumulati sotto la mala influenza del servaggio materiale ed economico. Quando le plebi, che subiscono sempre, si trovano una volta, in eccezionali circostanze, il potere nelle mani, qual meraviglia che ne abusino, inferocendo sui loro oppressori? E del pari qual meraviglia che la donna, la quale è stata ed è sempre la vittima dell'uomo, sia poi crudele quando compie una vendetta od esercita un potere, e faccia a chi le è sottoposto pagar le pene dei suoi dolori, o per lo meno faccia ad essi risentire la brama di comando sì a lungo repressa?

Datele invece una posizione sociale indipendente e tale da permettere la libera esplicazione delle sue attività, e subito si metteranno in evidenza i lati più belli e più nobili della sua intelligenza e del suo carattere. Così ancora, se nelle donne l'amore è meno intenso e riveste meno il carattere passionale, ciò deve da un lato all'educazione che le diamo, che tende a mettere in evidenza presso lei stessa più il lato socialmente utile dell'amore anzichè quello puramente sentimentale ed affettivo, e dall'altro al fatto che la donna oggi molto spesso non sceglie il compagno della sua vita, ma è scelta da uno, per cui le s'impone l'amore come un dovere, ostacolando spesso le spontanee inclinazioni del suo cuore. E difatti, quando una donna è in grado di seguire liberamente queste ultime, è anch'essa non meno dell'uomo capace di eroici sacrifici, di sentite passioni.

Qual è dunque l'avvenire della donna? E mi affretto a concludere, perchè mi accorgo di aver troppo abusato della vostra attenzione.

\*\*

Per quanta importanza abbiano nella vita psichica e fisica della donna le funzioni materne, non è detto che esse debbano necessariamente assorbirne tutta l'attività, nè, soprattutto, è detto che sieno incompatibili con uno sviluppo materiale e morale superiore a quello che attualmente si riscontra nella generalità, s'intende, del sesso femminile. Ecco la prima conseguenza che immediatamente si deduce da ciò che sopra si è esposto, e soprattutto dall'aver dimostrato che dell'attuale inferiorità della donna han colpa, in parte almeno, le condizioni sociali in cui si è trovata; dal che deriva che, mutando quelle condizioni, è possibile una ulteriore evoluzione del suo organismo fisico e psichico. Che difatti, poi, essa non possa in alcun modo considerarsi come esclusivamente destinata alla produzione della prole, lo dimostra, fra l'altro, una curiosa osservazione del Ferrero, il quale ha fermato la sua attenzione sui servizi che

presta in Inghilterra la numerosa classe delle nubili, le quali « sono l'anima e il sostegno di tutte le istituzioni filantropiche, si trovano in tutte le crociate sentimentali, in quella per l'abolizione della schiavitù alle colonie, come in quella per la riforma degli asili d'alienati, ardenti, infaticabili, felici di sacrificarsi al benessere di una folla di disgraziati, reali o immaginari, riproducenti talvolta il tipo del don Quichote, talvolta quello delle grandi sante, ma sempre simpatiche, sempre degne d'ammirazione e di rispetto. »

Prescindendo, però, da questo, perchè un tal numero di celibato costituisce sempre un fenomeno di patologia sociale, e considerando la donna vera, cioè la donna madre, anche questa ci sembra suscettibile di notevole miglioramento nelle sue condizioni sociali ed intellettuali.

Nelle razze più inclini verso il progresso ed il nuovo, come p. es. le americane, si tende, oggi, alla completa equiparazione dei due sessi. Ivi, infatti, le donne non solamente esercitano le professioni di medichesse e di avvocatesse, ma occupano anche uffici pubblici elevati, ed alcune, per accentuare la loro indipendenza dall'altro sesso, arrivano al punto di fondare p. es. *restaurants* e luoghi di ritrovo esclusivamente per donne, di organizzare gite di piacere tutte di donne, comprese le macchiniste e le conduttrici dei treni, e così via dicendo. Ed anche più vicino a noi, tutti sapete che in Francia si è da poco fondato un giornale: « *La Fronde* » scritto e stampato tutto da donne, e quasi esclusivamente alle donne destinato.

Certo l'avvi in tutto questo dell'esagerazione, ma non vi è da far le meraviglie. Il progresso, si sa, è fatto di tre tappe: la prima che afferma, la seconda che nega la precedente ed afferma in senso recisamente opposto, la terza che piglia qualche cosa dall'una e dall'altra, sfrondandole entrambe da quel che vi è o vi può essere di eccessivo. Ogni volta che una nuova tendenza dello spirito si manifesta, vi è, naturalmente, l'inclinazione ad esagerarla, soprattutto da parte di quelli che ne sono i primi banditori; è il tempo quello che s'incarica di far la cernita di ciò che vi è di buono e di utile da ciò che vi è di esagerato, e ne nasce così qualche cosa che non è più quel che si era fatto nei primi momenti, ma non è nemmeno lo stato precedente. Così è dell'attuale movimento femminista, del quale, certo, molta parte è destinata a cadere, ma del quale è del pari sicuro che molt'altra rimarrà e produrrà frutti utili per la società in genere.

Trovare la via di mezzo fra chi vorrebbe la donna sempre sottoposta ed inferiore all'uomo, da tutti i punti di vista, e chi, al contrario, tenderebbe a farne un uomo in gonnella, facendole esercitare tutti gli uffici che l'uomo esercita: è questo il problema; conciliare l'esercizio delle funzioni di maternità, intese nel senso più largo ed elevato, con una maggior cultura di essa, con un maggiore svi-

luppo intellettuale e con una posizione sociale indipendente: è questo il compito della società futura.

Già degli indizi di mutamento si vedono. A poco a poco cominciano a concedersi alla donna molte occupazioni anche in pubblici uffici che non molti anni fa pareva assurdo le si concedessero; se alcune professioni, come quella di avvocato, le sono ancora contese, per contro le si permette l'esercizio di altre, p. es. della medicina; e non è molto lontano il tempo in cui parecchie signore, anche di buone famiglie, erano analfabete o quasi, mentre oggi questo non si verifica più, non solo, ma aumenta ogni anno il numero delle giovanette che frequentano le facoltà universitarie e gli istituti superiori nelle varie capitali d'Europa. Molte iniziative, specialmente di pubbliche carità, sono prese da gentili signore, il che vuol dire che la donna, dai ristretti sentimenti familiari, comincia già ad assurgere a sentimenti più larghi, come son quelli umanitari; ed in complesso è evidente che la posizione della donna comincia a mutare, sicchè essa, pur adempiendo le sue funzioni di madre di famiglia, non è più quella cenerentola che prima si credeva necessario che fosse.

Come, insomma, la società umana, oramai da secoli parecchi, si regge e va avanti senza la schiavitù, il che vi fu un tempo in cui sembrava una utopia anche a spiriti illuminati, allo stesso modo quel che sembrava indispensabile all'andamento della famiglia, cioè che essa fosse diretta da una donna esclusivamente dedicata alla calza, alla rocca ed alla cucina, comincia oggi a riconoscersi come non più inevitabile, e si considerano buone madri di famiglia anche molte signore, le quali, oltrechè di questo, si occupano pure di qualche altra cosa, e coltivano il loro spirito con le lettere e con le arti, vivono della vita sociale un pò più di quello che le loro nonne non vivessero, assistono magari a delle più o meno sconclusionate conferenze, e così via dicendo.

L'utopia dell'oggi è la realtà del domani, e chi sa quali sorprese il domani ci prepara! Certo è che basta dare uno sguardo attorno a noi, all'ambiente sociale nel quale viviamo ed alle espressioni artistiche di questo ambiente, tra cui principali il teatro ed il romanzo, perchè possiamo facilmente accorgerci come si accumulino ogni giorno più i sintomi di un malessere così nella società come nella famiglia, malessere che è risentito, più o meno, da tutti, e che fa a tutti prevedere non lontano un radicale mutamento nell'organizzazione familiare e sociale. D'altra parte la storia c' insegna che nulla è eterno, che ogni fenomeno biologico e sociologico, dopo aver descritto la sua parabola fatale, è destinato a cadere per cedere il posto ad un altro; così è della materia che si evolve, così delle forze che si trasformano, così delle istituzioni umane, che nascono, crescono e fatalmente decadono.



Atteggiarsi a profeta, pretendendo divinare quale la nuova organizzazione sociale potrà essere, sarebbe opera stolta e vana; però non è arrischiato il dire che, poichè è dal lato economico che più si risente il disagio e, quindi, il desiderio di nuovo, è appunto nell'ordinamento economico che dovranno verificarsi le maggiori riforme e le più radicali mutazioni. Ora, col miglioramento economico generale, sarà sparita la causa principale di soggezione della donna, che, come dicevo, è appunto economica, anche perchè una delle ragioni per cui oggi ci opponiamo a che le donne entrino anch'esse nella concorrenza sociale è che ogni aumento nel numero di questi concorrenti ci nuoce. Snebbiate, perciò, queste preoccupazioni, molti ostacoli cesseranno. D'altro canto, come i progressi di alcune arti ed industrie hanno rese non più necessarie molte occupazioni familiari della donna, egualmente è possibile che l'ulteriore progresso delle industrie stesse ed un nuovo modo di organizzare la famiglia, diminuendo sempre più certi suoi incarichi domestici, le permettano una più larga partecipazione alla vita esterna e sociale.

Se un primo periodo, quindi, della storia dell'umanità è stato contrassegnato dal predominio della donna, ed un secondo da quello dell'uomo, il progresso deve consistere nella equiparazione dei due sessi, sia cioè dando alla donna una posizione economica indipendente, sia dandole uguali diritti giuridici, soprattutto nella gestione della famiglia e in ciò che concerne l'autorità sui figli, sia, infine, dandole una più larga parte nel governo delle pubbliche faccende. La coscienza della sua indipendenza, soprattutto economica, assieme alla maggiore e più vasta cultura, faranno, da un lato, sviluppare di più la sua intelligenza, dall'altro mettere in evidenza le sue migliori qualità morali. Vivendo un pò più della vita sociale, diventerà più equanime, più rispettosa degli altrui diritti di quel che ora non sia. Libera nella scelta dell'anima gemella dell'altro sesso, come son liberi due individui che per reciproca simpatia contraggono salda e duratura amicizia, amerà, per conseguenza, più intensamente, e, quindi, saranno meno facili, da parte sua, certe colpe che spesso hanno origine, appunto, da unioni male assortite, o da colpe del così detto sesso forte, che, inevitabilmente, dovranno in avvenire essere considerate con eguale severità delle altre, perchè la moralità e l'immoralità non possono essere monopolio di alcuno, e nessuno ha il diritto di infrangere i patti convenuti.

La cultura e l'istruzione che si daranno alle donne non dovranno essere del tutto simili a quelle degli uomini, nè rivolte direttamente allo scopo di farne delle professioniste o delle impiegate; ma tali da consentire queste tre cose: la prima di mettere quelle fra loro che sono in possesso di un'intelligenza superiore alla media, nella possibilità di manifestarla e svilupparla, in modo che

possano portare il loro contributo in prò del progresso delle lettere, delle arti, delle scienze, dell'umanità; la seconda di mettere le altre in grado di conquistarsi una posizione economica indipendente, mediante alcune occupazioni che più specialmente saranno trovate compatibili con l'esercizio delle funzioni materne; ed infine la terza, che è la più importante, è quella di mettere la donna in grado di esercitare queste ultime funzioni nel modo più alto e intelligente, sicchè la madre sia non solo la procreatrice e l'allievrice, ma l'educatrice della prole, ispirandosi, nell'allevarla e nell'educarla, a norme fisse di sana pedagogia, a principi scientifici, a sentimenti nobili ed elevati. Noi tutti risentiamo nel nostro carattere l'influenza dell'educazione ricevuta nei primi anni in famiglia, e poichè quest'educazione la dà a preferenza la donna, ognuno vede il vantaggio che potrà derivare alla società intera dall'essere più elevato il livello della cultura delle madri di famiglia. Senza dire, poi, che, per quanto noi altri ci tenessimo a crederci e definirci più forti, nondimeno assai spesso ci lasciamo consigliare dalle donne, e non soltanto nelle faccende domestiche; e, quindi, non si può negare l'utilità che queste consigliere, anzichè a capricci del momento ed a piccole vanità, si ispirino a larghe vedute ed a sani ragionamenti.

Questo sembrami il femminismo inteso nel senso giusto; non cioè quello esagerato ed utopistico, che vorrebbe, contro ogni ordine biologico e sociale, sopprimere le differenze fra i due sessi, ma quello che, tenendo conto della missione biologica della donna, tende a metterla in grado, equiparandola nei diritti sociali all'uomo e sottraendola alla schiavitù economica, di sviluppare la sua intelligenza ed i lati più belli della sua psiche e, quindi, di esercitare nel modo più elevato le funzioni materne. Questo mi sembra quel che si può dire, senza fare i profeti, sull'avvenire della donna, avvenire nel quale essa potrà concorrere al progresso dell'umanità, sia direttamente, per quelle che avranno da natura ingegno superiore, sia indirettamente, mediante cioè la intelligente e razionale educazione della prole.

\*\*

Ed ecco il *dulcis in fundo*, cui accennavo da principio e che si riassume in questo, cioè che l'inferiorità della donna è in gran parte colpa della tirannia che su di essa abbiamo esercitato noi, tenendola per secoli sommessa, mentrechè, quando spunterà per lei, come già è cominciata a spuntare, l'alba di quell'era nuova in cui essa sarà uguale a noi nei diritti e nei doveri, ci uguaglierà e forse ci supererà per le doti intellettuali e morali. Questo dite ai vostri detrattori, a chi vi rimprovera una minore evoluzione, che non può attribuirsi a colpa vostra se non in questo senso soltanto, cioè che avete tollerata la posizione fattavi dall'altro sesso. Dite questo e guardate serenamente in fac-

cia all'avvenire, che non può essere che vostro, pe-  
rocchè come fra gli individui non potrà non stabilirsi  
la più completa uguaglianza sociale, pur conser-  
vando ad ognuno la sua speciale funzione nel gran-  
de meccanismo della società istessa, del pari, pur  
rispettando le varietà biologiche fra i due sessi, e  
senza pretendere di voler annullare le leggi di  
natura, sarà certamente data loro una eguale posi-  
zione sociale, economica e giuridica.

Con che spero di aver meritato da voi, o gen-  
tili Signore, un duplice perdono: il primo per le  
cose un po' aspre e rudi che ho dovuto dire nel-  
la prima parte di questa chiacchierata, il secondo  
per aver procurato, con quest' ultima, a me un' ora  
di intellettuale godimento, trasportandomi in que-  
st' ambiente sereno e gaio da quello monotona-  
mente uniforme nel quale vivo, a voi invece una  
delle ore più terribilmente noiose della vostra esi-  
stenza.

## Alcune note intorno alla neurastenia pulsante (Dana)

(Continuazione)

### II

I fenomeni descritti fin qui preparano, noi l'ab-  
biamo visto, occasioni e pericoli di errori diagno-  
stici, dai quali non sempre torna facile difendersi,  
tanto vero che anche osservatori come Laennec  
e Bayle furono traviati dall'inganno di queste fal-  
se apparenze aneurismatiche. Le maggiori difficoltà  
alla diagnosi le prepara la pulsazione dell'aorta ad-  
dominale.

• Nell'aorta ventrale, scrive Laennec (18), il  
fenomeno è molto più frequente e spesso può far  
credere all'esistenza di un aneurisma che non c'è.  
Ho veduto commettere molto spesso questo sbaglio,  
il quale è molto più facile in alcuni casi nei quali  
il volume di un tumore aneurismatico può essere  
simulato da gaz racchiusi nell'arco del colon, ov-  
vero nel duodeno, e le sue pulsazioni dall'energia  
dell'arteria. Circa diciott'anni fa ho veduto, in con-  
sulto col Bayle, una giovane attaccata da una  
febbre pernicioso di tipo terzanario doppio. Nel por-  
tare la mano sul ventre, per vedere se l'epigastrio  
era dolente, ho trovato sotto a questa regione un  
tumore voluminoso quanto un pugno, resistente, il  
quale dava delle pulsazioni forti, isocrone a quelle  
del polso, ed accompagnate da un ben marcato mo-  
vimento di dilatazione generale.

Bayle ha ripetuto l'osservazione e non più di  
me dubitava che vi fosse un aneurisma nell'aorta  
a livello della celiaca. Però abbiamo amministrata  
la china per riparare al pericolo della febbre che  
fu agevolmente troncata. Durante più d'un mese

il tumore presentò i medesimi battiti: l'ammalata,  
sebbene senza febbre, restava sempre debolissima e  
provava molta agitazione nervosa. Soltanto dopo  
circa sei settimane e dopo cessati gli accessi feb-  
brili cominciò a riprendere forze e sentirsi in piena  
convalescenza. Verso quel tempo tornai ad esami-  
nare il ventre e con meraviglia non trovai più nè  
il tumore nè i battiti, che pure i giorni prima esi-  
stavano.

Comunicai questa osservazione curiosa a Bayle,  
il quale non trovò meglio di me vestigio alcuno  
dell'aneurisma che avevamo creduto di conoscere.  
Mi sono incontrato poi in vari casi affatto simili, e  
facilmente mi riuscì di distinguerli dal vero aneu-  
risma dell'aorta ventrale, in quanto che in questo  
ultimo il calibro dell'arteria non si sente, mentre  
che nel primo caso si sente benissimo che da per  
tutto ha il suo diametro normale. Riferirò qui bre-  
vemente due osservazioni di questo genere. Una  
donna di mezza età provava battiti molestissimi  
verso la parte inferiore sinistra della regione epi-  
gastrica. Nel portarvi la mano, si sentiva distinta-  
mente un tumore che dava battiti molto forti ed  
isocroni a quelli del polso. I giovani, che avevano  
visitata l'inferma prima di me, non dubitavano pun-  
to dell'esistenza di una dilatazione aneurismatica  
dell'aorta verso il livello delle arterie celiaca o  
mesenterica superiore. Anch'io a bella prima l'ho  
creduto; ma applicando lo stetoscopio sul punto nel  
quale si sentivano i battiti, ho trovato che l'impulso  
non era molto più forte che non sia in quelli che  
sono tanto unagri da lasciar sentire i battiti dell'aorta  
attraverso alla massa intestinale. Io sentiva passare  
il sangue attraverso l'arteria con un rumore di sof-  
fietto assai marcato, e lo stetoscopio mi dava la sen-  
sazione della forma e delle dimensioni dell'arteria  
il cui calibro appariva di dimensioni naturali.

Perciò non esitai a dichiarare che non vi era  
aneurisma; ed infatti, dopo un salasso e l'uso di una  
dieta dolcificante, sparirono tanto il tumore quanto  
le pulsazioni. Pochi giorni dopo ho riscontrato nel-  
la città un caso analogo in una signora di circa  
trent'anni sensibilissima, irritabile, soggetta a diver-  
se affezioni nervose, la quale coltivava con trasporto  
le belle arti e specialmente la pittura. In questa  
non solo si riscontravano colla mano delle pulsa-  
zioni gagliardissime verso il livello dell'arteria me-  
senterica superiore, ma non si poteva asserire se  
vi era tumore o no. Lo stetoscopio dava la sensa-  
zione del calibro dell'arteria, e gagliardissimi battiti  
in una estensione molto maggiore di quella in cui  
si potevano sentire colla mano.

La flaccidità delle pareti addominali lasciava  
seguire l'aorta pel tratto di sei pollici, e per tutto  
si trovavano i medesimi segni. Eguali rimedi otten-  
nero eguali ma più lenti effetti che nel precedente  
caso..... È in alcuni casi inesplicabile tanto il for-  
marsi quanto lo sparire del tumore, che in alcuni

(18) Trattato dell'ascoltazione 1836.

casi accompagna il simulato aneurisma dell'aorta addominale, se non si ammetta che sia formato da dei gaz in qualche modo racchiusi nel colon trasverso..... ».

Davanti ad una di queste pulsazioni epigastriche, può dunque l'acume diagnostico del medico trovarsi in una delle più difficili prove. Perché, anche prima di affermare ch'essa viene da malattia organica o funzionale dell'aorta, ci bisogna eliminare il sospetto di altre eventualità che ci si affacciano come possibili alla mente. Già si sa che una pulsazione all'epigastrio può essere per diverse condizioni patologiche trasmessa a quella parte dal cuore, e questa origine non è difficile in ogni caso accertarla. « Occorre che diffidiate anche, scrive in proposito il Potain (19), degli spasmi del diaframma: io ne vidi in soggetti nervosi di assolutamente ritmici, e la cui assoluta meravigliosa regolarità avrebbe potuto far pensare ai battiti cardiaci, se non che basta contarli per avvertire, dalla minore loro frequenza, che di battiti cardiaci non si tratta. »

Avevano forse una somigliante origine i battiti che Morgagni descrisse nella sua 39<sup>a</sup> lettera, e furono occasione ch'egli scrivesse quella mirabile dissertazione sulle pulsazioni epigastriche? Non senza fondamento lo si può supporre. Era una donna di 44 anni che cominciò a lagnarsi di prurito di palpebre e d'occhi e, com'essa diceva, di palpitazioni di cuore. « Divenute queste repentinamente più gravi e continuate, scrive Morgagni, fui chiamato. Allora l'ammalata, per indicarmene la sede, toccò non già il petto, ma l'epigastrio. Pongo dunque la mano su quest'ultima parte e sento muoversi e colpirla un corpo duro e voluminoso: di modo che si sarebbe detto che stava là sotto un gran tumore aneurismatico, le cui pulsazioni di quando in quando si raddoppiavano, e che occupava nel mezzo non piccola parte della regione superiore e media del ventre..... Io non poteva essere d'accordo cogli altri medici in quanto all'aneurisma, sia per diversi motivi, come perchè singolarmente i tempi di queste pulsazioni non si combinavano in conto alcuno con quelle dei polsi. In fatti gli intervalli delle pulsazioni erano molto ineguali, e lo stesso dicasi della loro forza, perchè la mano veniva spesso colpita con somma violenza ed altre volte in grado minore, mentre non si manifestava nessun cambiamento ai polsi dei carpi ».

Dopo un lavoro di eliminazione, quale potrebbe farlo un clinico moderno, il meraviglioso osservatore venne nel pensiero: che tutto quanto esisteva in quella parte si sarebbe potuto facilmente attribuire ad una affezione isterico-convulsiva, ed immaginava, per darsene ragione, una sua ingegnosa ipotesi. « Io opinai che derivasse da convulsioni isteriche interne, che qua e là stringendo con somma violenza alcuni intestini e i rami mesenterici

dell'aorta ad eguali intervalli, formavano con questi intestini una specie di globi distesi dall'aria rinchiusa e rarefatta; e nello stesso tempo forzavano l'aorta a battere con maggior vigore, perchè il versamento del sangue da questo vaso nei rami mesenterici era impedita, e così l'arteria spingeva il globo posto sopra essa ».

Ma se uno spasmo ritmico del diaframma, quale l'ha visto il Potain, o uno spasmo dei muscoli addominali, quale è descritto in una recente pubblicazione dal Ianet (20), è impossibile oggi non riconoscerli anche alla prima vista, non così è facile sempre escludere la possibilità di una di quelle affezioni dei visceri soprastanti all'aorta le quali ne rendono visibili i palpiti all'epigastrio, e suscitano colla pressione dei soffi arteriosi. Si sa come di frequente neoplasmii dello stomaco (Gabbi) o della testa del pancreas (Rovighi) diano luogo a pulsazioni epigastriche accompagnate da rumore di soffio, e questi fenomeni il Federici (21) vide riprodotti da ulcersi dello stomaco o del duodeno, le quali, promovendo un ingrossamento e una infiltrazione dei tessuti vicini, davano per ultimo effetto una stenosi vasale (22).

Quando con l'eliminazione di queste eventualità si è guadagnata la sicurezza che la pulsazione epigastrica esiste per malattia dell'aorta, rimane a stabilirne la natura organica o funzionale. Come si presentino e come si risolva il problema, valga in esempio questo caso clinico che riassumo da una lezione del Potain.

Una donna, profondamente anemica, soffre da qualche tempo di disturbi neurastenici: il minimo lavoro la esaurisce, ha punti nevralgici, le ultime vertebre dorsali e le due prime lombari dolgono alla pressione, soffre di nevralgie orbitali, la digestione si fa male, ha dispepsia flatulenta, enterite muco-membranosa ed una intermittente ruina della sua economia. Gli organi addominali sono mobili, specie il rene destro. Ma il fatto che più attrae l'attenzione è costituito dalle pulsazioni all'epigastrio, le quali sono assai dolorose, specie la notte in cui tolgono il sonno alla paziente: pulsazioni così forti che sollevano la mano applicata all'epigastrio. Lo stetoscopio lascia ascoltare un soffio diastolico pronunciato. Il cuore è normale, la pulsazione delle crurali non è apprezzabilmente in ritardo su quella del cuore.

Non bisogna aver fretta, dice Potain, di ammettere la diagnosi d'aneurisma: il soffio che è in-

(20) Nèvroses et idées fixes, pag. 309.

(21) *Il segno*, 1870.

(22) Sidney Phillips, trattando della « *pulsating aorta* » come di una forma morbosa autonoma, aggiunge ai sintomi che la sogliono accompagnare le emorragie gastro-intestinali, dovute secondo lui a paralisi vasomotoria delle piccole arterie. Forse egli descriveva, disconoscendoli, dei casi di ulcera del duodeno.

(19) *Gazzetta degli Ospedali*, 1894, N. 79.

tenso, ma artificiale, prodotto dalla pressione dello stetoscopio sull'aorta, la pulsazione che non si espande (23), il dolore che è notturno ed epigastrico e non ha l'intensità che suole nell'aneurisma (24), persuadono ad escluderlo. Sarà forse una leggera aortite subacuta, che menoma la resistenza della parete arteriosa? Ma no, risponde Potain: l'aorta addominale non è mai colpita sola, ma sempre insieme con la toracica; ora di un'aortite toracica qui non c'è segno; dunque neanche l'addominale si può ammettere. E allora che cosa altro si può pensare se non questo, che l'arteria pulsa con energia insolita per un vizio d'innervazione sotto l'influenza della neurastenia?

Gioverà alla diagnosi sapere alcune particolarità notate dagli osservatori nel decorso della « *pulsating aorta* ». Macario non vide nessun caso sotto i diciott'anni, e nessuno passati i sessanta. Si tratta sempre di soggetti neuropatici e in vario modo debilitati (nutrici-Lancisi), nei quali ai sintomi dominanti della neurastenia, si aggiungono qualche volta e si confondono le note dell'isterismo e dell'anemia. L'andamento di quest'affezione è intermittente e irregolare; i battiti si presentano e si aggravano, dispariscono e recidivano senza causa apparente o sotto l'influenza probabile di una folla di circostanze svariate: fra le quali vogliono essere annoverati i disordini della funzione digestiva e delle mestruazioni, il mancare di un flusso abituale, gli accessi di febbri intermittenti (Laennec e un caso di Legnani (25), le commozioni psichiche, la gravidanza (in un caso di Albers ad ogni gestazione si rinnovavano), la inalazione di polveri irritanti (nella trebbiatura del frumento per cinque anni di seguito in un caso di Macario). La durata

(23) Lasciando stare che nel giudizio di espansibilità di una pulsazione in questa regione, non di rado avviene, come diceva il Federici, che si scambi la realtà con le nostre opinioni, si sa che la proprietà espansiva non è sempre indizio certo di aneurisma. Il prof. Albertoni riferisce di un caso osservato nella clinica di Bologna, nel quale l'esistenza di un tumore pulsante, espansibile e con un soffio all'epigastrio, condusse alla diagnosi di aneurisma della celiaca. Non si trovò l'aneurisma. Il tumore era prodotto da un adenoma della porzione pilorica, il soffio dalla compressione del tumore sui vasi, e l'espansione dipendeva dalla compressione del gaz racchiuso nello stomaco, compressione determinata dall'onda sanguigna (Albertoni. Studio clinico sull'adenoma dello stomaco 1889).

(24) « In tutte le storie che mi sono cadute sott'occhio di aneurisma dell'aorta ventrale si registra come immancabile il dolore ai lombi, o ad accessi o continuo, ora acuto ora gravativo, capace talora di mentire un'alterazione del midollo spinale, tal'altra una colica renale o una lombaggine ». (Federici. *Rivista clinica* 1881).

« Gli ammalati per esso gridano e si arrotolano per terra » (Potain loc. cit.)

(25) *Archivio it. di clinica medica* 1893.

varia da pochi giorni a venticinque anni (Baillie loc. cit.). La loro insistenza suscita a lungo andare nei malati ipocondria, lipemania, e qualche volta disegni di suicidio: tutte le molteplici sofferenze della neurastenia possono essere accusate da questi infermi. Quanto al tratto pulsante dell'aorta, s'è già visto che, dove essa è palpabile, apparisce in qualche caso di ampiezza normale, in altri è dilatata, e qualche volta si palpa come un tubo o cordone cilindrico, teso, duro, mobile solo un po' in senso trasverso (Monari nella Clinica di Modena (26)).

La neurastenia pulsante di Dana ha grandi somiglianze con la malattia di Flaiani nelle sue forme fruste. Kahler (27) racconta di un malato di Basedow che provava un senso continuo di pulsazione straordinariamente penoso nel ventre: egli non aveva altro sollievo alla sua pena che accostando al ventre le gambe: ne derivò in capo a qualche mese una contrattura. Dana stesso riferisce di un caso che anche a lui pare più vicino alla malattia di Basedow, che non al tipo di neurastenia da lui descritto: ed è questo:

Una donna di 55 anni si è frequentemente lagnata della sensazione di battito. È piuttosto grande e pletorica: il suo temperamento è nervoso, da parecchi anni soffre di nervosità, d'insonnia, di fenomeni vasomotori. Adesso si lamenta principalmente del continuo battere, battere, battere nella testa e nel petto, e le pare d'esser certa che un vaso le scoppierà se non si pone rimedio al battito. Il polso è regolare, costantemente a 100. Non c'è assolutamente nè esoftalmo, nè gozzo, nè tremore (d'altra parte il gozzo esoftalmico non suole apparire a questa età). Il cuore è leggermente ampliato con rumore sistolico alla base. Curata con l'aconito, migliorò rapidamente, e tutti questi sintomi si dileguarono: dopo sei mesi si sono ripresentati in seguito a patemi d'animo, e adesso di nuovo accennano a dileguarsi.

Ma, nei casi tipici, la sindrome di Dana è ben distinta da quella di Basedow: noi abbiamo allora davanti « un malato neurastenico coi sintomi generali di quest'affezione. Il suo sintoma speciale è il senso di battito del quale non perde mai la coscienza. Il polso ha bassa tensione e ritmo normale od appena accelerato. Non ci sono palpazioni parossistiche come nel morbo di Basedow. Ci può essere o no tremore: ma c'è dermatografismo in alto grado e pulsazione epigastrica. La pressione fatta sopra una carotide fa cessare il battito nel lato corrispondente della testa. A tutto questo s'aggiungono insonnia, nervosismo, depressione mentale ».

Un'ultima notizia debbo io aggiungere e la tolgo da un libro del Murchison (28). Scudamore

(26) *Riforma medica* 1896.

(27) cit. da Möbius - *Zeitschrift für Nervenheilkunde* 1891 pag. 406.

(28) *Lezioni sui disturbi funzionali del fegato*.

riporta dei casi di pulsazioni nella testa sentite da gottosi, i quali soffrivano alternativamente di cardiopalmo e di pulsazione dell'aorta nella regione epigastrica. Anche Garrod parla di uno stato di irritabilità dell'aorta e di pulsazione delle più grosse arterie ch'egli ritiene effetti della disorasia gottosa.

(continua)

ALBERTO VEDRANI

## OSSERVAZIONI CLINICHE

### I

**Psicroestesia e piromania** — Questa espressione di « psicroestesia » usata, credo, la prima volta dal prof. Venturi nel descrivere la sensazione di freddo che un suo ammalato provava da vent'anni alla regione cutanea esterna della coscia destra (1), accolta recentemente da un medico inglese (2) per applicarla a un caso somigliante, io la riprendo per significare la sensazione di freddo dalla quale si diceva tutta penosamente dominata una donna che fu l'anno passato ricoverata in questo Ospedale. Strana conseguenza traeva da questa premessa nell'infievolimento de'suoi poteri logici il cervello ammalato di questa donna: sentiva freddo e per questo attaccava fuoco dove poteva. « Tende a bruciare (scriveva il suo medico) quanto le capita alle mani: ha bruciato una coperta, e avrebbe voluto bruciare anche il letto, dicendo che vuol scaldarsi perchè ha freddo. Tenta di buttarsi nel fuoco. »

M. B. di 41 anni aveva patito tutti i disagi della sua condizione miserabile: aveva la faccia pallida e l'aspetto di donna accasciata e sofferente. Qui dentro le seguì parecchio tempo questo senso di freddo penoso e invincibile che le metteva addosso un brivido continuo: ed era sentito per tutta la persona ma più intenso alla schiena. L'esame obiettivo confermò questa sua iperestesia al freddo: anche i corpi caldi erano percepiti come freddi. Del resto non si trovò cosa degna di nota, tranne una leggera enteroptosi, e l'esagerazione dei riflessi rotulei. Con una cura ricostituente venne migliorando e dopo tre mesi fu messa fuori guarita.

Ho voluto tenerne nota, perchè nella storia della piromania (almeno per quanto io ho potuto ricercarla) è raro incontrare un caso come questo, nel quale l'impulso incendiario si sveglia sotto l'influenza d'una psicro-estesia.

### II

**Caso raro di energia vescicale** — Una delle malattie più antiche di questo Ospedale, affetta da follia circolare, è morta recentemente di malattia infettiva acuta.

(1) *Riforma medica* 1896 N. 39. 40.

(2) On a case of Psychro-esthesia by L. Guthrie *Brain* 1897.

La forza del suo *detrusor urinae* resta memorabile a chi fu testimone delle sue prove veramente straordinarie: quando quest'ammalata giaceva supina nel letto, nel parossismo dell'agitazione maniaca, tra grida selvagge lanciava, come per una prova di forza, le urine a due metri di distanza, e la colonna liquida giungeva a bagnare le pareti.

Mosso e Pellacani hanno ben notato che « la force de la contraction vésicale est beaucoup plus grande que l'on ne peut se l'imaginer au premier abord. Il suffit de dire que chez quelques chiens, qui avaient la cavité abdominale largement ouverte, nous avons vu que la vessie était capable de soulever par une contraction spontanée, une colonne d'eau d'un mètre cinquante et même de deux mètres de hauteur » (\*). Ma certo nella patologia umana fatti, come questo che ho riferito, non sono comuni.

Nessuna tregua di benessere ha mai interrotto in questa donna la successione continuata di fasi maniche e depressive. Negli ultimi tempi la sua vita psichica non ebbe quasi altra manifestazione che un imprecare continuo e violento ed osceno, una specie di turpe verbigerazione contro chiunque le si accostasse. E maledicendo e bestemmiano è morta, come un eroe di un dramma di Marlowe.

### III

**Delirio acuto** — Degna di nota è la relativa frequenza del delirio acuto nella provincia di Ferrara: nel solo anno 1896 ne furono accolti dieci casi nel Manicomio, la più parte in Maggio e in Luglio.

Nominando il delirio acuto, so bene che non pochi osservatori non gli riconoscono una entità nosologica e che una grande autorità scriveva, non è gran tempo: « Io non ho potuto ancora persuadermi della indipendenza (*von der selbständigen Berechtigung*) di questa forma morbosa » Ed è certo che sotto il nome di delirio acuto si sono accumulati casi sostanzialmente disparati, e che una sindrome somigliante possono suscitare cause diverse con diversa patogenesi. Anche recentemente (il 19 Marzo) fu accolto qui un uomo che offriva in sé il quadro tipico del delirio acuto: verso la fine di Marzo parve migliorare e rilevarsi dalla profonda paralisi psichica e recuperare un baleno di coscienza: poi improvvisamente il 1 Aprile è morto. Alla necropsia non trovammo altra lesione che l'epa tizzazione grigia del lobo superiore del polmone destro: anche una volta noi vedevamo coesistere in un pneumonico un delirio paralitico grave e la localizzazione del processo ad un apice. Non è qui il caso di discutere la importanza, oggi contestata (Bacelli), di questa localizzazione nella genesi del delirio pneumonico: quel che a me importa notare qui è la singolarità della lesione anatomica che sosteneva la sindrome clinica del delirio acuto.

(\*) *Archives italiennes de biologie* 1882.

Al quale tornando, debbo dire che la uniformità dei sintomi e del decorso e delle alterazioni anatomiche è tanta nei casi che si vedono qui, che certo non è audace presumere che un'unica e vera entità nosologica si vesta di queste parvenze sintomatiche sempre uguali. Aggiungerò che le ricerche batteriologiche, praticate in tre casi dall'egregio Dott. Cappelletti, ebbero esito negativo.

VEDRANI

## IV

**Guarigione tardiva della pazzia** — G. B. M., uomo di costituzione fisica eccellente, senza labe ereditaria, regolatissimo nel suo modo di vivere, all'età di 47 anni, in seguito a dispiaceri, per sopire i quali si diede temporaneamente all'abuso di alcool, presentò un certo grado di confusione mentale e di smemoratezza, che rapidamente scomparvero. A 54 anni, a cagione di nuovi dispiaceri, cambiò carattere, diventò progressivamente depresso e melanconico, mostrò idee deliranti di auto-rimprovero, allucinazioni e per tre volte tentò il suicidio. Fu allora rinchiuso in una casa di salute a Milano, dove rimase circa un anno. Scomparve in questo tempo lo stato ansioso, diminuì di molto la grave depressione melanconica, ma rimasero pressochè immutate le idee di auto-rimprovero. Condotta da Milano nel Manicomio di Ferrara, per alquanti mesi presentò un notevole grado di offuscamento psichico, di abbattimento, una tendenza molto spiccata a tutto vedere in senso pessimistico, una grande sfiducia di sè stesso, qualche idea delirante di auto-rimprovero. Poi a grado a grado questa sindrome fenomenica divenne meno accentuata, e ad essa si sostituì uno stato permanente di apatia, di indifferenza a tutte quelle cose d'indole intellettuale, che più seducono nella vita, un amore spiccatissimo al vivere comodo, tranquillo, alle delizie del mangiare, dei lunghi sonni ecc.

In sulle prime mostrò spesso desiderio di recarsi fuori dello Stabilimento a passeggio: ma poi anche questo desiderio disparve. Mai avvenne che il malato dimandasse poi di uscire e tanto meno di riacquistare la definitiva libertà. Egli trascorreva beatamente il suo tempo giuocando alle carte, schiacciando spesso qualche sonnellino, specie dopo gli abbondanti pasti. La vita sedentaria, il mangiare copioso, la grande serenità di spirito, che gli recava il supremo vantaggio di non provare alcuna emozione veramente dolorosa, avevano favorito quel considerevolissimo ingrassamento che a lui dava l'aspetto d'un pacifico fraticellone in abiti borghesi.

Poi, a un tratto, dopo 11 anni di infermità, ha cominciato a destarsi dalla sua abituale apatia, a interessarsi di politica, ha chiesto di leggere giornali, ha ripreso interesse per le cose del mondo, che prima sembrava avesse dimenticate. E fu poi un crescendo rapido, continuo verso la guarigione,

che, *completa*, si stabilì in brevissimo scorcio di tempo. Così che l'infermo, tornato a nuova vita dopo tanto tempo di disordine psichico, potè uscire dal Manicomio, ed ora, da due anni, è fuori in condizioni di salute mentale ottima.

Questa storia clinica non ha bisogno di speciali commenti. È manifesto come vi fossero molti dati per giudicare permanente l'indebolimento generale delle facoltà psichiche, susseguito al periodo di depressione melanconica, di idee deliranti ecc. Non errarono quindi quei Medici del nostro Manicomio che giudicarono l'infermo affetto da demenza consecutiva. Il ritorno, dopo 11 anni di disordine mentale continuo, alla più perfetta salute psichica non era in alcun modo prevedibile. Codesto caso rappresenta quella che dicesi *una guarigione tardiva*: fatto molto raro in patologia mentale, ma già da tempo e da diversi Autori osservato (Esquirol, Voisin, Riva e Algeri, Francis, Ventra ecc.).

CAPPELLETTI

## RIVISTE

(di scritti avuti in dono)

**L. Silvagni - Patogenesi e semeiologia della vertigine** — Tutto quanto la osservazione clinica e l'indagine sperimentale hanno affermato intorno alla vertigine, si trova in questa monografia riassunto con sintesi felice e sapiente.

La prima parte del lavoro è occupata dalla discussione della patogenesi. Nè la dottrina di Lussana, che poneva nel cervelletto una sede centrica della vertigine; nè quella di Woakes, secondo la quale tutte le vertigini sono auditive, perchè tutti gli stimoli che hanno potere di suscitare operebbero turbando in vario modo il circolo nell'orecchio interno; nè la teoria di Mendel, che a tutte assegna un'origine esclusivamente oculare, da turbamento di circolo nei nuclei dei nervi motori dell'occhio, nessuna di queste dottrine resiste all'esame dell'A., che ne tenta e ne scuote gl'ingegnosi ma deboli fondamenti. Dalla discussione l'A. è condotto a ritentare ed allargare le esperienze di Corin, e a confermarne le vedute sull'importanza del circolo del Willis, al quale è così riconosciuta la doppia funzione di abbassare la pressione arteriosa e di mantenerla costante. Un altro importante contributo sperimentale è quello che l'A. porta allo studio della vertigine galvanica.

E così in fine riassume il suo pensiero: « La vertigine è la sensazione cosciente del perversimento del senso dello spazio, che si accompagna a transitoria eccitazione degli elementi nervosi che servono a raccogliere, trasmettere ed elaborare le sensazioni di spazio, e che può essere provocata da mutamento circolatorio, da azione di sostanze tossiche e da rapido esaurimento degli stessi elementi nervosi ».

L'altra parte del lavoro è data allo studio clinico della vertigine, e vi è raccolto quell'enorme capitale di sicure conoscenze, che la medicina vecchia e la nuova hanno tesoreggiato.

Ma come ci scostiamo e ci dilunghiamo da questo sullo terreno dell'osservazione clinica, il cammino è pieno d'incertezze: la oscurità, dalla quale è tutta involupata la fisiologia dell'equilibrio e del senso dello spazio, getta le sue grandi ombre sulla genesi del disordine. L'opera dell'A. rappresenta lo sforzo maggiore per distillare quello che ha di più certo il materiale incoerente fin ora accumulato.

**Ziähen** - Eine neue Form der periodischen Psychosen — Oltre alla mania periodica, alla melanconia periodica e alla paranoia allucinatoria acuta periodica, la letteratura (afferma l'A.) non fa parola di altre psicosi periodiche. Solo si sa in generale che la mestruazione non di rado porta seco dei passeggeri sintomi neurastenici, che si potrebbero comprendere nel nome di disturbo periodico neurastenico. Ma fatti somiglianti si presentano anche indipendenti dalla funzione mestruale; e così negli ultimi tre anni l'A. ha rilevata una « paranoia acuta semplice periodica » contrassegnata da idee deliranti senza allucinazioni.

Riferisce in esempio la storia di un uomo di quarant'anni, neuropatico, che dal 1889 in poi ogni anno a primavera va soggetto ad accessi di paranoia acuta semplice che durano da quattro a sei settimane.

L'accesso s'inizia con disturbi gastro-intestinali: poi si stabiliscono idee deliranti e disturbi affettivi. Il contenuto delle idee deliranti è persecutorio, riferentesi a chi più gli vive da vicino, alla moglie soprattutto; e non è in ogni accesso sempre eguale. Durante l'accesso si nota una straordinaria irascibilità; l'associazione delle idee non è accelerata nè rallentata; non illusioni né allucinazioni; la coscienza della morbosità delle idee deliranti fa difetto completamente; le azioni si conformano al delirio: più d'una volta ha minacciata e percossa la moglie. L'accesso viene quasi improvviso e si dilegua del pari rapidamente: e lascia l'ammalato stanco ed accasciato per qualche giorno. Negli intervalli egli è un uomo completamente normale quanto alla psiche; ricorda ogni particolarità dell'accesso, e domanda rimedi che glielo risparmino.

Considerando queste particolarità del suo caso, l'A. esclude che si tratti di una forma cronica, di paranoia con remissioni, ma non esclude che tale non possa diventare in processo di tempo: tale è anche l'esito delle altre psicosi periodiche che sogliono cogli anni passare a forme croniche remittenti; ma quand'anche fosse questo l'esito del caso in discorso, non per ciò sarebbe men giusta la diagnosi di paranoia periodica semplice acuta.

Questa forma di psicosi periodica, se non è frequente nei manicomi, fuori e nella pratica forense soprattutto dev'essere tenuta in conto. VEDRANI

## C R O N A C A

**Premiazione** — Il giorno 20 Febbraio alle 2 pom. ebbe luogo la premiazione annuale degli inservienti del Manicomio. Alla cerimonia, puramente familiare, intervennero il Comm. Stefano Gatti Casazza, Presidente della Deputazione Provinciale ed il Sig. Conte Roberto Giglioli, Deputato provinciale delegato al Manicomio. Prese primo la parola il Comm. Stefano Gatti Casazza, il quale, dopo avere ad dimostrato la sua viva soddisfazione per il regolare funzionamento dello Istituto, rivolse con frase colorita ed affettuosa calde raccomandazioni agli inservienti perchè, sotto la guida giusta e l'impulso generoso del Direttore, circondassero sempre delle più amoroze cure i poveri infermi. Annunciò da ultimo come fosse suo intendimento di cangiar maniera alla distribuzione dei premi, per aggiungere ad essa valore e solennità, assicurando però che nei suoi disegni primeggiava quello di fare l'interesse del personale inservienti. Sorse poi a parlare il Direttore, il quale, dopo il consueto ringraziamento di dovere agli egregi intervenuti, fece brevemente la storia dei criteri che lo guidarono nella assegnazione dei premi. E pose bene in rilievo che il premio, se deve necessariamente cadere più spesso su chi alle buone qualità morali unisce elevati pregi intellettuali, non deve una qualche volta negarsi a chi, pur modesto nello intelletto, addimosta buoni e generosi intendimenti nella assistenza degli infermi, nel complessivo adempimento del suo servizio. Chiuse poi il suo discorso rilevando due fatti importantissimi: la notevolissima diminuzione della mortalità, in confronto degli anni precedenti, e l'avanzo nel bilancio, non ostante che il numero delle presenze degli infermi abbia superato di 4000 circa quello preventivato. Dimostrò così come l'accentramento nel Direttore d'ogni responsabilità medica, tecnica, amministrativa porti qui, a Ferrara, quei notevoli vantaggi da sì lungo tempo dagli alienisti predicati e da altrettanto tempo posti in dubbio o negati da alcuni che vivono lungi dal Manicomio e che, pur ignorandone affatto il complicato organismo, fanno le viste di conoscerlo dinanzi al credulo, incolto pubblico.

Diamo qui l'elenco dei premiati:

### Comparto Uomini

*Giorgio Tamarozzi* . . . £ 40

*Vincenzo Orlandini* . . . » 30

nominato capo sorvegliante ai lavori



<i>Augusto Galluppi</i>	£ 5
premio di	» 50
<i>Luigi Lambertazzi</i>	» 5
premio di	» 50
<i>Luigi Eginati</i>	» 5
premio di	» 50
<i>Gaetano Tosi</i>	» 5
premio di	» 25
<i>Eugenio Bianchini</i>	» 5
premio di	» 25
<i>Pietro Pamini</i>	» 22
<i>Paolo Cardi</i>	» 22
<i>Pietro Bergami</i>	» 22
<i>Giovanni Mirandola</i>	» 20
<i>Gustavo Ruggeri</i>	» 20
<i>Aroldo Mezzetti</i>	» 20
<i>Clodomiro Tieghi</i>	» 20
promosso scelto	
<i>Ludovico Chiarini</i>	» 20
promosso scelto	
<i>Primo Piccinini</i>	» 19
<i>Francesco Sordini</i>	» 18
<i>Giovanni Zagagnoni</i>	» 19
<i>Giuseppe Manservigi</i>	» 19
<i>Rodolfo Brugnoli</i>	» 17
<i>Camillo Faggioli</i>	» 17
<i>Carlo Federici</i>	» 17
<i>Ermanno Medini</i>	» 17
<i>Antonio Cavicchi</i>	» 15
<i>Cesare Franzoni</i>	» 14
<i>Attilio Mantovani</i>	» 6
entrato in servizio li 17 Luglio 1897	

#### Comparto Donne

<i>Erminia Giacomelli</i>	£ 40
<i>Fanny Ferrari</i>	» 30
<i>Adele Vecchi</i>	» 18
<i>Lucia Veronesi</i>	» 18
<i>Elvira Ferranti</i>	» 18
<i>Catterina Netroni</i>	» 25
promossa scelta	
<i>Adele Musacci</i>	» 5
premio di	» 25
<i>Eva Melloni</i>	» 5
premio di	» 25
<i>Clelia Bergami</i>	» 5
premio di	» 25
<i>Clotilde Cestari</i>	» 15
premio di	» 8
<i>Amalia Grillenzoni</i>	» 15
premio di	» 8
<i>Maria Veronesi</i>	» 15
premio di	» 8
<i>Cecilia Zecchi</i>	» 17

<i>Adele Perelli</i>	£ 17
<i>Evarista Pasqualini</i>	» 17
<i>Antonietta Mazzanti</i>	» 17
<i>Carolina Bonaccorsi</i>	» 17
<i>Elide Droghetti</i>	» 15
<i>Erminia Gardenghi</i>	» 15
<i>Rosa Ferranti</i>	» 15
<i>Margherita Baldo</i>	» 14
<i>Antonietta Bovolenti</i>	» 14
<i>Ildegonda Ganzerla</i>	» 14
<i>Anna Barbieri</i>	» 14
<i>Emma Soldati</i>	» 8
<i>Chiara Veronesi</i>	» 8
entrata in servizio li 15 Agosto 1897	
<i>Olga Canessi</i>	» 6
<i>Aldemira Cariani</i>	» 6

**Divertimenti carnevaleschi** — In Febbraio, oltre le solite feste da ballo, si sono fatte due rappresentazioni di burattini. Quest'anno la Direzione Medica ha preso il saggio provvedimento di non concedere alle famiglie degli inservienti d'intervenire, nel concetto che codeste feste sono e debbono farsi esclusivamente per gli infermi. Si è potuto così ammettere alle recite e alle danze la maggior parte dei ricoverati, ed il divertimento è riuscito perciò quasi generale. La sala fu addobbata molto elegantemente e con molta originalità dall'infermiere P. Pamini.

**Forno per il pane** — L'Onorevole Deputazione Provinciale, mettendo in esecuzione una deliberazione del Consiglio, ha fatto costruire nel nostro Istituto un forno sistema Werner e Pflleiderer di Cannstatt (Germania).

I lavori sono ultimati, e gli esperimenti eseguiti hanno avuto esito veramente splendido, superiore alla aspettativa. Nel Maggio il forno comincerà a funzionare quotidianamente, e da esso ci ripromettiamo rilevanti economiche e vantaggi infiniti.

**Nuovo Assistente** — Col 1 di Aprile è divenuto nostro collega e compagno di lavoro il dott. Ruggero Lambranzi, distinto allievo delle Cliniche di Bologna. All'egregio Dottore i nostri rallegramenti e un sincero *benvenuto*.

#### NOTIZIE

**Nomina** — Il dott. Paolo Amaldi, medico primario al Manicomio d'Imola, fu nominato direttore del nuovo Manicomio di Mendrisio nel Canton Ticino.

## NECROLOGIO

Il giorno 7 di Gennaio u. s. morì a Firenze in età di 83 anni il Prof. Francesco Bini, che, in quella città, dal 1845 al 1885, insegnò psichiatria al R. Istituto di Studi Superiori e diresse l'antico manicomio di S. Bonifazio. Il Bini nel 1840 fu aiuto nella Clinica medica del Bufalini, fu il primo, che, dopo Chiarugi, continuò l'insegnamento della Psichiatria in Italia e si distinse assai per le sue dotte lezioni, per i suoi studi sugli ordinamenti manicomiali e per varie altre pubblicazioni, fra le quali merita speciale importanza quella « *Della pazzia morale* » nel 1881.

Altamente stimato, anche per il suo elevato e sereno carattere, visse gli ultimi anni quasi appartato, soddisfatto, nella sua modestia, di quanto aveva prima operato a pro della scienza e degli infelici.

## NOTIZIE SANITARIE

### Uomini

*Ferrara* — G. V. ha avuto un periodo di confusione mentale consecutivo a ripetuti accessi epilettici; ora sta meglio ed è tornato al consueto lavoro di fabbro. A. M. perpetuamente eccitato. G. C. ha qualche giorno di benessere psichico, alternato con altri di eccitamento e di più o meno notevole disordine mentale. B. G. molto quieto, disciplinato; non ha più quei momenti di malumore che presentò nei mesi scorsi. M. G. ha un delirio di grandezza paradossale: si crede ricco a milioni, re dei re, padrone del mondo ecc. N. E. tranquillo, abbastanza laborioso.

### Donne

*Ferrara* — C. B. la solita pazza morale irrequieta e indocile - frequenti accessi epilettici. Z. C. sempre più inquieta e rumorosa. T. R. condizioni fisiche prospere; sempre più demente. M. S. Z. tormentata da preoccupazioni ipocondriache. A. G. tendenze erotiche spiccatissime, del resto quieta e in buona salute fisica. A. Z. frequenti accessi epilettici.

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - J. FINZI  
A. VEDRANI - R. LAMBRANZI

### Movimento dei malati nel mese di Gennaio 1898

	Esistenti		Entrati		USCITE										Morti		Rimasti					
					guariti		miglior.		non migliorati		per trasf.		per non ver. pazz.									
					U	D	U	D	U	D	U	D	U	D					U	D	U	D
Appart. {	alla Prov. di Ferrara		158	173	12	7	3	2	2	1									3	2	162	175
	ad altre Provincie		24	16	1		1		1												24	15
			182	189	13	7	4	2	2	2									3	2	186	190

### Movimento dei malati nel mese di Febbraio 1898

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		162	175	6	7	3	2		1									3	2	162	177	
	ad altre Provincie		24	15					1												1	23	14
			186	190	6	7	3	3		1										3	3	185	191

### Movimento dei malati nel mese di Marzo 1898

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		162	177	16	13	4	4	3	3		1									2	171	181
	ad altre Provincie		23	14			1		1												1	21	12
			185	191	16	13	5	4	4	3		1									3	192	193



— Ferrara 15 Luglio 1898 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Mantecomio

Somma precedente	.	L. 872. 16
Offerte malati	.	» 6. 85
<hr/>		
Totale	L. 879. 01	

## Per la classificazione delle malattie mentali.

### *Considerazioni preliminari.*

— 00 —

Questa nota preliminare ha il solo fine di esporre alcuni concetti, che possono servire ad una classificazione delle malattie mentali, concetti che non hanno altro vanto se non quello di essere dedotti dagli insegnamenti del Morselli e del Kraepelin.

Una classificazione di malattie non potrà mai essere una divisione logica di fenomeni, in quanto non può essere nè completa, nè assolutamente uniforme. Non completa, non così cioè che la somma delle parti sia eguale al tutto, giacchè i fenomeni organici, e, ancor più i fenomeni psichici, come prodotti sia di possibili combinazioni o di possibili associazioni, non possono essere limitati: non uniforme, cioè non così che le parti si escludano mutualmente, perchè i fenomeni fisiologici, e ancor più i fenomeni psichici, non si escludono mutualmente.

Essa sarà però una classificazione logica, se avrà un solo piano, un solo fine e sarà fondata su caratteri essenziali.

Primo punto capitale pertanto da prendersi in considerazione è lo scopo della classificazione. Trattandosi di malattie, lo scopo non può essere dubbio: è il fine pratico della prognosi e della cura, il quale si fonda sopra ciò che meglio sappiamo sull'intima natura della malattia stessa. Dato il fine clinico di una classificazione di malattie, alla stregua di questo criterio si giudicherà l'importanza maggiore o minore dei caratteri che devono servire all'aggruppamento. Giacchè classificare vuol dire porre insieme in singoli gruppi le malattie che hanno comuni non tanto il maggior numero di attributi, quanto gli attributi di maggiore importanza. Affinità profonde possono quindi essere inaccessibili all'osservazione immediata, mentre le somiglianze più evidenti possono essere solo superficiali. Dividere gli animali in terrestri, acquatici ed aerei, e ciascun gruppo a seconda del colore della pelle, corrisponderebbe ad una classificazione puramente sintomatologica delle malattie.

La classificazione in genere, dev' essere semplice: classificare una malattia non è definire una malattia, nè diagnosticarla. Giacchè, mentre riconoscerla al letto del malato è rilevare i sintomi e le loro associazioni e successioni caratteristiche, definirla è mostrarne l'intima natura, traendo profitto da tutti gli elementi no-



sologici che ad essa si riferiscono, classificarla è assegnarle un posto fra le altre, in ordine ad un determinato criterio fondamentale. Se noi ora cerchiamo nelle malattie mentali quali caratteri, o elementi nosologici, entrino nella loro definizione, ci accorgiamo tosto quanto sia difficile l'unità del piano in una loro classificazione.

Infatti, in primo luogo, il *sintoma psichico*, che forma la caratteristica specifica del gruppo, parrebbe, sotto un certo punto di vista, avere la massima importanza per una classificazione. Ma in realtà esso offre un assai labile appoggio alla distinzione clinica delle forme della pazzia, giacchè esso è il più variabile tra i suoi caratteri e quello che più sfugge al controllo obbiettivo, in quanto non esistono ancora dati sufficienti della psicologia sperimentale per potergli dare un valore sicuro, determinato e costante.

Il *sintoma organico* è certo più esattamente accessibile all'osservazione e all'esperimento, offre analogie all'interpretazione in tutte le altre branche della medicina, e dà perciò un punto di appoggio più solido del sintoma psichico per designare una forma clinica. Ma quale rapporto leghi i sintomi organici all'insieme del quadro morboso psicopatico, noi nel maggior numero dei casi non sappiamo: sicchè a noi il sintoma organico non dice nulla sulla natura della malattia, all'infuori di casi specialissimi molto rari; e, di più, una sintomatologia organica in molte forme di alienazione mentale (sebbene noi dobbiamo ammettere *sempre* un substrato o una concomitanza di lesioni materiali) fa difetto e sfugge ai nostri mezzi di ricerca. Di maniera che anche il sintoma organico non può essere preso come punto di partenza per una classificazione.

Una delimitazione scientifica dei quadri clinici potrebbe essere fornita dalle *lesioni anatomiche*, se queste fossero note. Il sintoma, così organico, come psichico, avrebbe la sua interpretazione, e il decorso della malattia sarebbe giustificato in una formula istologica od istochimica. Si vogliono pure considerare le forme di alienazione come malattie dell'intero organismo, esse sono però sempre essenzialmente malattie della corteccia cerebrale. Ora, l'anatomia patologica della corteccia cerebrale, possiede dati troppo slegati ed incerti, e infatti non può delimitare a tutt'oggi che il quadro della demenza paralitica.

Dal punto di vista pratico, per il trattamento, dal punto di vista scientifico, rispetto all'interpretazione delle lesioni anatomiche e dei

sintomi, *le cause* delle malattie mentali costituiscono l'elemento nosologico più importante di tutti; e prendere l'eziologia come criterio direttivo di una classificazione, dato il fine pratico di questa, è accostarsi nel modo migliore ai principi della logica.

Solamente, l'eziologia delle forme psicopatiche, all'infuori delle psicosi da infezione e da intossicazione, non è nota: in tutti gli altri casi noi non possiamo *mai* dimostrare il nesso che lega i quadri morbosi a quei fenomeni che noi siamo soliti considerare come cause. Noi vediamo quasi sempre le medesime cause produrre malattie differentissime, o cause assolutamente diverse dar luogo alla medesima malattia.

Ciò non ostante, noi dobbiamo sforzarci, fino a dove l'esperienza clinica lo permette, di fondare la classificazione delle malattie mentali, al pari di tutte le altre malattie, sopra l'eziologia.

La causa, che, nella produzione dei disordini psichici, gioca senza alcun dubbio una parte importantissima, è la disposizione ereditaria, e ciò che si chiama anche degenerazione. Tanto, che dal Morel in poi, la maggioranza dei psichiatri ha adottato una prima divisione delle malattie mentali in forme acquisite da individui già sviluppati e sani, e forme che accompagnano lo sviluppo dell'individuo, così da formare un tutto con la personalità già morbosamente predisposta. Espresso in varie forme, questo concetto si trova in quasi tutte le classificazioni moderne: da noi in Italia si è diffuso specialmente attraverso la traduzione del Krafft-Ebing. Ora, se il concetto è giustissimo, la applicazione che se ne è fatta è forse non completamente giustificata; e, di fronte ai malati, molte volte la distinzione non regge. In tutte le forme di pazzia, indistintamente, la predisposizione, ereditaria o acquisita, ha una parte: a seconda che tale predisposizione è più o meno grande, le diverse malattie possono assumere anche un andamento alquanto diverso; ciò si ammette come dimostrato dall'esperienza. Ora, siamo noi autorizzati a fare due malattie diverse di una forma che assume caratteri differenti in funzione della labe degenerativa? La tubercolosi, non ostante le sue varie forme, è sempre e solo tubercolosi sia che incolga un individuo perfettamente sano, sia si sviluppi in una persona malaticcia, gravemente predisposta. Sarebbe più logico, come era nell'antica patologia per le *diatesi*, separare la malattia dalla predisposizione, dividere cioè le malattie dalle anomalie mentali, a seconda del

concetto vasto e profondo sostenuto in Italia dal Morselli.

Esistono poi molte forme, di cui assolutamente non si può dire se siano degenerative o no. I tipi di forme non degenerative, cioè le *psiconeurosi* del Krafft-Ebing, possono benissimo e molto spesso, tenendoci alle regole diagnostiche del Krafft-Ebing stesso, essere prodotte da cause futili, accompagnare i periodi dello sviluppo individuale, aver grande tendenza alla recidiva, associarsi a fenomeni di neurosi, al pari delle forme degenerative.

Il concetto di degenerazione acquisita (per alcool, traumi, epilessia, malattie cerebrali ecc.) è già un termine di accordo, che può servire a qualche interpretazione; un concetto che la psicopatologia generale dimostra giusto, ma che fino ad ora non può essere utilizzato dalla clinica che entro limitati confini.

Riandando i diversi sistemi di psichiatria, che hanno dominato negli ultimi tempi, sembra in vero giustificato il pensare che non solo le interpretazioni dei fatti sono state diverse per le diverse scuole, ma i fatti stessi, il materiale di osservazione non sia stato uguale.

La dottrina delle degenerazioni non è per nulla sorta in Francia e non per nulla non ha essa trovato terreno opportuno per svilupparsi in Germania. Gli studi sull'epilessia e il delitto e sui rapporti generali dei disordini psichici con le condizioni sociali hanno avuto il massimo incremento in Italia... E come in Italia, per alcuni, tutti gli anomali sono epilettici, in Francia tutti, malati e anomali, sono degenerati. Questa degenerazione preoccupa e predomina come una tendenza fatalista la psichiatria delle razze latine. In Germania le cose sono diverse. Non ostante gli sforzi che il Biswanger fa per diffondere le dottrine del Magnan, i psichiatri tedeschi si occupano prevalentemente di quadri morbosi definiti, di *malattie* vere e proprie. E quando si dice che le forme tali del Magnan, Chaslin, Ballet ecc. corrispondono alle tali altre del Westphal, Wernicke, Kraepelin ecc., il più delle volte non è vero: si tratta di forme differenti.

Alla divisione in forme acquisite e in forme degenerative sembra adunque ora giustificato il sostituire la distinzione delle forme morbose vere e proprie dalle forme di predisposizione ereditaria o acquisita, dalle *diatesi psicopatiche*, cioè, le quali non costituiscono alcun quadro morboso, non sono *malattie*. Il Morselli è l'unico forse fra i psichiatri viventi, che, ap-

plicando i concetti dell'antropobiologia allo studio dell'alienazione mentale, vada sbrogliando l'intricata matassa. « Distinguiamo (egli insegna da anni; distinguiamo fundamentalmente le malattie mentali dalle anomalie mentali... » (1).

Solamente il difficile starà nel fissare quando un complesso sintomatico potrà considerarsi malattia vera e propria, fino a che punto esso potrà ritenersi eventuale manifestazione episodica di uno stato degenerativo.

Se noi per malattia intendiamo una determinata successione di sintomi con modo di iniziarsi, di decorrere e di terminare suo proprio (e naturalmente, sebbene non siano ancor note cause e lesioni anatomiche specifiche), mentre invece per anomalia intendiamo il terreno, la condizione generale di morbilità che si inizia, decorre e finisce con la vita stessa, o quasi, del soggetto, la distinzione non sarà tanto difficile: così almeno sembra. Con ciò, ad ogni modo, il problema è spostato non risolto; la difficoltà rimane quale era, o press'a poco. Vedremo più innanzi fino a che punto la clinica può concedere la distinzione.

Fra altre divisioni generali di malattie mentali abbiamo qua e là in molte classificazioni divise forme essenziali da forme sintomatiche, forme semplici da forme composte, forme primitive da forme secondarie, forme complete da forme parziali.

Tutte queste divisioni, al pari di quella in forme acquisite e forme ereditarie-degenerative, hanno senza dubbio ragione di sussistere nella psicopatologia generale. Infatti una intera categoria di disturbi mentali sorge, decorre e passa senza che noi nulla sappiamo della eziologia e della patogenesi (*forme essenziali*); molti altri invece, a ragione o a torto sempre non si può dire, sono da noi legati a lesioni organiche e a cause o a concomitanti noti, come ad es. malattie cerebrali, intossicazioni, infezioni, malattie renali, cardiache ecc. (*forme sintomatiche*). Nelle classificazioni ad es. per citarne due non molto antiche, del Ball e del Regis, questo concetto è usufruito, ma con un vantaggio assai problematico.

L'unica cosa che può domandarsi su questo argomento è se le forme mentali che casualmente (?) accompagnano malattie organiche, massime i due gruppi dei deliri febbrili e delle

1) v. Ballet - Morselli. Le psicosi nella trad. del Trattato di med. Charcot e Bouchard. Vol. VI. parte III. pag. 79.



psicosi da malattie cerebrali, hanno diritto di aver posto in una classificazione delle malattie mentali. In tali casi la diagnosi che si fa è generalmente quella anatomica: tumore cerebrale, sclerosi a placche, tifo, reumatismo articolare ecc., o più spesso *demenze* da... nei primi casi; *deliri* da... nei secondi. Certo dal punto di vista dell'eziologia, non esistono forme che meglio di queste abbiano il diritto ad un posto indipendente: e, di più, i malati di tali forme sono abbastanza spesso portati nei manicomi: e le sindromi morbose sono abbastanza caratteristiche; e l'anatomia patologica *in parte* aiuta nel delimitarle; e il decorso clinico, specie per i deliri febbrili, è tipico.

Considerazioni di valore puramente sintomatico hanno indotto psichiatri a distinguere forme semplici, o *pure*, da forme composte, o *complicate*, o *associate*: ciò che non era Mania, Melanconia, Demenza, Paranoia originaria, Frenastenia, sembrò ad alcuni essere il prodotto di qualche combinazione fra tali forme dette fondamentali: ciò trovasi in moltissime classificazioni: fra le moderne, in quelle del Marcé e dello Ziehen.

Non nel senso di questi autori, che ritengono quali associazioni o complicazioni di malattie, associazioni e complicazioni di sintomi; ma in un altro senso si potrebbero ammettere forme cliniche complesse, e precisamente nel caso di una malattia che si sviluppa in un anomalo, caso tutt'altro che raro. Allora la diagnosi completa sarà fatta dal nome della malattia e da quello dell'anomalia. Ad es. la demenza precoce sorge con grande frequenza nei frenastenici; la paranoia meno spesso: però anche in questi casi la denominazione di forme complicate o associate non sarebbe esatta. Le così dette associazioni di forme degenerative, per quello che noi oggi ne sappiamo, dovrebbero venire più razionalmente interpretate come associazioni sintomatiche varie della follia degenerativa, delle cui forme cliniche non può forse oggi ancora esistere una classificazione.

Problema più grave, e ancora degno di essere dibattuto, è quello delle forme secondarie e delle forme parziali. Che una malattia possa, trasformandosi, dar luogo ad un'altra, non si può naturalmente escludere in modo assoluto. Noi diciamo solamente che le successioni morbose delle forme mentali, come fino ad oggi l'osservazione clinica ce le ha fatte conoscere, ci autorizzano a credere che ciò che fu compreso sotto la denominazione di *forme secon-*

*darie* non rappresenta che uno stadio, per lo più lo stadio terminale, di alcune malattie note. Per conseguenza aggruppare gli stadi terminali delle diverse malattie mentali e chiamarli complessivamente *demenza secondaria* sarebbe lo stesso che considerare quale malattia a sè la « *cachessia consecutiva* » mettendo insieme cancerosi, tisici, malarici e tabetici all'ultimo stadio. Per demenza noi intendiamo, secondo il concetto dell'Hitzig, un *difetto psichico acquisito permanente*, che può essere generale o parziale, il quale conserva i caratteri propri della malattia di cui fa parte, o da cui deriva sindrome rappresentando quindi una di grandissimo valore diagnostico.

Quanto alle forme di pazzia *generali e parziali*, dobbiamo dire: è una fola la presunta unità della psiche, ed è vero che come nelle malattie cerebrali esistono sintomi di focolaio e sintomi generali, così nelle psicosi si hanno lesioni generali e lesioni parziali che possono costituire tutta la malattia, o, più spesso, tutta l'anomalia. Ma se la psiche è integra in alcune sue parti, la *personalità* del malato è sconvolta in tutta la sua compagine, e siccome noi riteniamo giustissimo il concetto del Morselli (1), secondo cui la pazzia è una malattia della personalità, così non ci sembrano giustificate clinicamente le forme parziali. (Monomanie di Esquirol, Vecordie di Kahlbaum. Fra le moderne, Die paranoische Zustände v. Wernicke).

Passiamo oltre alla serie delle classificazioni note: per quanto sia interessante l'indagare come il pensiero clinico sia andato a poco a poco organizzandosi in sistemi scientifici, e sebbene anche le dottrine più false contengano sempre qualche parte di vero e di utile, tuttavia per orientarsi in un aggruppamento di forme morbose, necessaria e forse spesso sufficiente è, fino a che le scienze sperimentali (non ci vengano in aiuto) e questo è il caso della psichiatria, l'osservazione clinica dei malati.

La storia della psichiatria rappresenta una delle più belle raccolte di errori umani. Oggi ancora, non ostante la convinzione che le malattie mentali si debbano studiare con gli identici criteri e dallo stesso punto di vista di tutte le altre malattie, la letteratura psichiatrica fa l'impressione come se l'antico alienista, filosofo-carceriere, viva sempre accanto al moder-

1) v. ad es. Manuale di Semeiotica ecc. Vol. II. Cap. 1 e 2.

no, anatomico-sperimentatore; ma i due non sappiano ancora fondersi in uno.

Le classificazioni delle malattie mentali risentono dell'incertezza di questo periodo di transizione. Forme morbose vengono create in gran numero sotto l'influenza del lavoro analitico, e aggruppate spesso per criteri unilaterali, a seconda di caratteri non essenziali.

Esistono però due capitoli nella medicina mentale, quello della paralisi progressiva e dell'epilessia, la cui storia è oltremodo istruttiva per dimostrare la superiorità dei criteri clinici.

Ai tempi di Baillarger e di Griesinger si considerava ancora la demenza paralitica come una eventuale complicazione psicopatica, a tipo determinato (idee di grandezza, debolezza di memoria ecc.), di date lesioni organiche. Oggi noi riconosciamo la forma come primitiva, e la diagnosticiamo indipendentemente dai sintomi organici, tenendoci ai caratteri specifici dello indebolimento mentale come guida per la prognosi, e comprendiamo in quest'unico quadro clinico forme sintomaticamente molto diverse. Quanto all'epilessia, dal concetto limitato ai disturbi psichici, quali eventuale e secondaria sindrome precedente o seguente all'accesso convulsivo, oggi siamo passati a comprendere nel quadro clinico tutti i così detti equivalenti, dal semplice atto impulsivo ai vari gradi di « stato crepuscolare », la dipsomania, l'emigrania oftalmica, ecc.

E tali conquiste, solide come poche altre, sono dovute solamente alla clinica.

\*  
\*\*

Le malattie, che in tutti i tempi hanno occupato il primo posto nelle classificazioni, e che sono state con la massima frequenza diagnosticate, sono la *melanconia* e la *mania*, due forme di alienazione, che da Galeno a noi sembrarono sempre costituire i due poli di tutta la psichiatria clinica. Che questi due stati opposti potessero passare facilmente l'uno nell'altro già da molto si sapeva, e l'ammettere la frenosi circolare voleva già dire riconoscerne la parentela. Di più si sa che il maniaco, più che un vero e continuato esaltamento, possiede una grande variabilità di umore. Infine la mania è spessissimo preceduta da uno stadio, che si chiamò prodromico, di depressione; e la melanconia seguita spesso da uno stadio di lieve esaltamento, detto di reazione.

Se noi ulteriormente confrontiamo le forme che si dissero semplici, o psiconeurotiche, e le forme periodiche e circolari, o degenerative,

vediamo innanzi tutto che in ogni caso la malattia incoglie soggetti predisposti; che spesso sorge nella giovinezza, talvolta nell'età avanzata; che in ogni caso la malattia ha tendenza a ripetersi, e a che punto cominci la periodicità non si può dire; che il numero degli accessi non è mai determinabile; che la loro sintomatologia (esaltamento o depressione) come la durata e i periodi intervallari non si possono prevedere; e infine, punto capitale, che da un primo accesso non è mai possibile distinguere una forma così detta semplice da una forma così detta periodica. Le regole che dà il Krafft-Ebing non valgono di fronte all'osservazione dei malati. La prognosi insomma (dato che ciò si possa chiamare prognosi) in tutti i casi in cui si può con sicurezza diagnosticare esaltamento maniaco e depressione melanconica, è sempre una, cioè guarigione dell'accesso, costante possibilità di recidiva, sia nella stessa forma (fr. periodica) sia nella forma opposta (fr. circolare). Sicchè a noi sembra giustissimo il concetto del Kraepelin di considerare la mania e la melanconia come sindromi, dando posto nella classificazione a quella forma che sola ha il diritto di considerarsi come entità clinica, cioè la *frenosi maniaco-depressiva*, o *maniaco-melanconica*.

Naturalmente, oltre che la troppo breve e superficiale osservazione, se noi pensiamo alla frequenza con cui le diagnosi, anche di frenosi periodica e circolare, vengono fatte, e all'esito in demenza che viene spesso notato, si possono sospettare errori di diagnosi. Infatti si trovano talvolta descrizioni di forme designate come *mania*, *mania grave*, *mania con furore*, *melanconia ansiosa*, *stupore...*, che in realtà non hanno nulla a che fare con la mania e con la melanconia, ma che rispondono più o meno esattamente ai quadri clinici talvolta delle *Psicosi da esaurimento*, tal'altra alle forme irregolarmente periodiche della *Catatonia* e dell'*Ebefrenia* del Kahlbaum (senza parlare della *mania transitoria*, che per lo più è un episodio dell'epilessia). La frenosi maniaco-depressiva non ha che una assai lieve tendenza a passare in demenza terminale, carattere questo delle forme così dette degenerative.

La *Melanconia* è stata separata dal Kraepelin come entità clinica e messa fra le forme senili. La mancanza di arresto psichico (*Hemmung*) e il più facile passaggio a demenza dovrebbero precipuamente distinguerla dalla corrispondente forma periodica. Non contando



che la questione dell'arresto psichico non è ancora del tutto dimostrata, se si pensa che anche questa forma ha tendenza a ripetersi, e che il 13 0/10 dei malati avevano già avuto altri accessi, che il 19 0/10 muore nei primi due anni della malattia, che molti casi sono associati a confusione e passano a demenza, che altri vanno accompagnati da fenomeni isterici, e ci si pone dal punto di vista della prognosi, la quale è triplice: periodicità (f. periodica) esito letale (associazione di lesioni organiche, forma organica senile, demenza (demenza senile): noi vediamo che decorso, sintomi ed esito ci autorizzano a parlare solo di una melanconia periodica o di una melanconia senile, nel senso che ci inducono ad assegnare la forma ora alla fr. maniaco-depressiva, ora al vasto gruppo delle forme di demenza senile (quando alcuni casi non siano anche di paralisi progressiva).

Molto meno diritto di esistere come forma morbosa a sè ha lo *stupore*; sindrome di notevole importanza, e che assume caratteri speciali in diverse malattie. Abbiamo lo stupore melanconico e maniaco nella frenosi circolare; lo stupore catatonico nella demenza precoce; lo stupore paralitico, lo stupore epilettico. Se si voglia chiamare stupore anche lo stato di alcuni malati di psicosi febbrili, tossiche o da esaurimento, dove esso rappresenta la manifestazione più completa della paralisi psichica, si ha quella forma designata dagli autori come demenza acuta guaribile, e che per noi è una sottospecie di *Amenza*.

Queste forme acute gravi da oltre mezzo secolo si studiano senza che ancora si sia venuti a un chiaro ordinamento di esse.

La diagnosi ad esempio di *confusione mentale* si fa da noi e in Francia con una frequenza grandissima.

Tale denominazione ha una ricca sinonimia: *Amenza, demenza guaribile, demenza primitiva, demenza acuta, frenosi allucinatoria, delirio acuto, stupore, pazzia acuta mortale, confusione allucinatoria, delirio grave, ecc.* denominazioni che spesso designano presso autori diversi la medesima malattia, o presso lo stesso osservatore forme morbose distinte.

Se noi esaminiamo minutamente queste forme, ne possiamo tosto distinguere un primo gruppo, in cui il momento eziologico è ben definito, un secondo, in cui le cause sfuggono completamente.

Il primo gruppo di forme è caratterizzato

dall'insorgere acutamente, presentare confusione, allucinazioni, logorrea, ed eccitazione motoria o prevalentemente paralisi psichica: decorso acuto, durata da pochi giorni a molti mesi, esito spesso in guarigione: causa costante un' infezione o uno stato di esaurimento. È questa una unità clinica, in cui si potranno, a seconda delle cause specifiche, delle possibili lesioni anatomiche e della sintomatologia, riconoscere successivamente sottogruppi e forme speciali, ma che non può essere spezzata: in ogni caso la nomenclatura sarà successivamente suggerita dai singoli caratteri in ordine d'importanza.

Noi comprendiamo il gruppo sotto l'antico nome di *Amenza*, nome che il Meynert fece rinascere appunto per la sindrome caratteristica della malattia, cioè la confusione; e ci limitiamo a distinguerne sintomaticamente due forme, una agitata e una stupida.

Un secondo gruppo di malattie, a carattere ben distinto e assolutamente diverso dall'*Amenza* si può rilevare descritto e parzialmente rappresentato dagli autori sotto nomi diversi. Si tratta di una forma a cause ignote o futili o da puerperio, che insorge subacutamente, non presenta confusione, ma solo esaltamento e stupore, tende alla periodicità e conduce più o meno facilmente a demenza. Tale forma viene compresa non di rado nella frenosi circolare, oppure è descritta nei suoi singoli stadi, i quali vengono rappresentati come altrettante malattie: (*confusione mentale primitiva, frenosi sensoriale, pazzia della pubertà, ebefrenia, frenosi puerperale, paranoia acuta, paranoia allucinatoria, psicosi semplici acinetiche, ipercinetiche e paracinetiche, paranoia masturbatoria, dementia simplex, stupore, catatonìa, psicosi complesse, demenza secondaria, paranoia secondaria*).

Questa entità clinica ha ricevuto a poco a poco forma e corpo dai lavori del Kahlbaum, dell'Hecker, del Neisser e del Kraepelin. Quantunque non da tutti riconosciuta, essa risponde, come poche altre, a quanto si osserva nei malati, di fronte ai quali (Kraepelin) la prognosi è: demenza terminale grave nel 60 %, circa dei casi, lieve nel 30: molto incerta la guarigione ancora nel 10 % dei casi. Per tale forma può benissimo adottarsi la denominazione proposta dal Kraepelin di *Dementia praecox* (difetto psichico acquisito proprio della gioventù), e se ne possono distinguere tre forme: una a decorso subacuto con rapido passaggio a demenza (*dem. ebefrenica*), una a decorso irre-

golare, remittente, con notevoli disturbi della sfera psico-motoria e più o meno lento passaggio a demenza (*forma catatonica*: e una terza, in cui prendono un posto notevole idee deliranti labili e disorganizzate, mutevoli e assurde come nella demenza paralitica, forma spesso confusa con la paranoia, e che si può chiamare *forma paranoide* della dem. prec. Il Kraepelin della demenza paranoide, pur riconoscendone la stretta parentela con la demenza precoce fa una forma clinica a sè.

La diagnosi di Paranoia è in Germania una di quelle che occorrono più spesso.

Quivi, per un concetto aprioristico, che non si vuole confessare, ma che in realtà domina ancora, specie dagli allievi del Westphal, si denotano come Paranoia tutte le forme in cui si crede di poter constatare una lesione primitiva dell'intelligenza: la quale si manifesta sopra tutto con idee deliranti e con allucinazioni.

Se noi analizziamo infatti la psichiatria dello Ziehen, come quella del Jolly e degli altri, troveremo non solo le forme semplici, allucinatorie acute e croniche di paranoia, ma le forme melanconiche, maniache, alcooliche, epilettiche, ebefreniche di paranoia: e Jolly insegna che si ha la *melanconia paranoica* e la *paranoia melanconica*, secondochè la depressione domina o è dominata dalle allucinazioni e idee deliranti. Come si vede, si tratta di un ordinamento di sintomi, e non di malattie. Per ciò che riguarda la *paranoia secondaria*, essa è quasi sempre uno stadio della demenza precoce.

In Italia la paranoia è molto meglio riconosciuta, grazie ancora al lavoro fondamentale del Tanzi e Riva. Il concetto di questi autori è sostenuto nel modo più rigoroso in Germania dal Kraepelin, il quale definisce la Paranoia come l'insorgere lento di un bene organizzato sistema di idee deliranti, che dura lungamente con scarse modificazioni e non conduce in generale a demenza.

L'osservazione clinica ci fa naturalmente conoscere una serie infinita di casi intermedi, che, con tutte le sfumature possibili, riempiono i vuoti dei nostri schemi, e vanno dalla paranoia tipica, rispondente alla detta definizione, da un lato alla demenza precoce, dall'altro ai così detti stati psicopatici (folia degenerativa). Ciò è però ben lungi dall'autorizzarci a farne altrettante forme cliniche distinte.

Da noi in Italia una distinzione sola è fatta da alcuni, distinzione sostenuta dal Morselli, la *paranoia originaria* e la *paranoia tar-*

*diva*. Molti dei casi di paranoia tardiva (delirio cronico a evoluzione sistematica del Magnan) non si allontanano così dalla definizione del Kraepelin, da non potervi essere compresi.

Esiste in realtà un gruppo di malati, raccolti dal Kraepelin essenzialmente sotto la rubrica *Paranoia fantastica*, ma che rientrano in parte anche nel capitolo della *Demenza paranoide* del Kraepelin stesso e nei capitoli *paranoia allucinatoria, acuta, e tardiva* di altri autori, gruppo che non può essere compreso sotto la definizione che della Paranoia abbiamo adottato. Tale forma di malattia è caratterizzata da: inizio acuto o sub-acuto in persona generalmente prima sana, in età molto varia; allucinazioni specie cenestetiche precoci, idee deliranti che non rimangono fisse e sistematizzate molti anni; inerzia, indifferenza nel contegno; esito lento in demenza. Un nome speciale sarebbe opportuno per queste forme, che non sono nè paranoia, nè demenza precoce, ma rappresentano il ponte di passaggio dall'una all'altra, e che noi per ora ascriviamo a questa o a quella, a seconda che le somiglianze sono maggiori.

Senza procedere nell'analisi delle diagnosi che ordinariamente si fanno, fermiamoci un momento ai tipi clinici che fin qui abbiamo cercato, accennandone brevemente le ragioni principali, di separare.

Dato che la classificazione delle malattie mentali abbia il fine pratico di servire alla clinica, e l'aggruppamento debba esser fatto secondo l'importanza che i caratteri hanno in ordine a questo fine, la denominazione nosografica loro deve essenzialmente fondarsi, non servendo fino ad oggi, come lo dimostra la letteratura, il criterio eziologico, sopra l'esperienza clinica del decorso, prognosi ed esito dei quadri morbosi.

Che la diagnosi, per sè, si debba fare dai sintomi, è una cosa diversa. Noi dobbiamo anzi sforzarci di differenziare ed isolare così i singoli sintomi, da poter rendere possibile una diagnosi ad un primo esame. Ma a che cosa deve servire la diagnosi? non già a giustificare vedute teoriche, bensì ad orientarci sul giudizio prognostico e terapeutico: sicchè essa manca a questo scopo, ove non sia formulata in base all'esperienza clinica.

Attorno al tipo clinico dell'*Amenza* noi aggruppiamo i *deliri febbrili, tossici* e da *esaurimento*, dei quali l'*Amenza* non è in fondo che



una forma molto grave e molto prolungata. E per la perfetta analogia della causa, del decorso e sopra tutto dell'esito, noi mettiamo insieme le *intossicazioni croniche*. Il così detto *delirio acuto*, forma particolarmente grave a decorso rapido, o stadio terminale dell'Amenza, rientra nel gruppo; come pure la *psicosi polineuritica*, che, per cause, decorso, sintomi ed esito si riannoda alle intossicazioni croniche. Se non si vogliono qui aggiungere alcuni *stati neurastenici* da esaurimento, altre forme note non vanno incluse in questo gruppo, il quale è l'unico in cui l'eziologia e il decorso clinico si corrispondano in modo conosciuto.

L'*alcoolismo* e la *pellagra* danno però talvolta luogo a speciali processi organici di involuzione psichica caratteristica, che li allontanano dai quadri clinici delle intossicazioni tipiche. Così la *gota* e il *diabete*, forse in parte per sè, in parte per la senilità precoce, a cui danno luogo, si accompagnano con una demenza simile alla senile. Infine alcune malattie della glandola *tiroide*, (indipendentemente da quelle che danno nell'infanzia il cretinismo, e quelle che danno luogo al morbo di Basedow), sono causa, in parte almeno, di processi di indebolimento mentale. Queste ed altre sono forme di passaggio dalle intossicazioni alle demenze.

Attorno al tipo clinico della *demenza precoce*, si possono aggruppare pochi altri tipi di involuzione psichica. Oltre alle *demenze organiche* da ateroma, da apoplezie, da tumori e sclerosi cerebrali, non esistono che tre malattie, in cui il difetto psichico acquisito, inerente al processo morboso stesso, ne formi la caratteristica, in cui la prognosi sia sempre la demenza (progressiva, non ostante il decorso talvolta interrotto da remissioni); e sono la *demenza precoce*, la *demenza paralitica* e la *demenza senile*.

Le tre forme sono proprie di tre periodi determinati dell'esistenza: la pubertà, l'età matura e la vecchiaia; e il comparire di esse, troppo presto o molto tardi, va interpretato, oltre che con l'eventualmente precoce o tardiva azione di cause determinanti, anche col risvegliarsi di una disposizione ereditaria, degenerativa in un certo periodo dell'ontogenesi, che corrisponde a un dato momento della filogenesi, o, in generale, con una più o meno grave disposizione alla pazzia. Giacchè in queste malattie, quantunque si notino come momenti eziologici le lesioni organiche della senilità, la sifilide, gli strapazzi, malattie del ricambio, ecc., pure è

talvolta assai dubbio quanto debbasi attribuire alla predisposizione latente. E la demenza precoce, che pure ha tante analogie cliniche con la demenza paralitica, ne ha spesso altrettante con la frenosi circolare, con la paranoia e con l'isterismo. Nel suo quadro rientrano probabilmente alcune di quelle forme dette dal Magnan e dal Morselli *psicosi episodiche dei degenerati*.

Questo è il punto più difficile della classificazione. Le forme che gli autori (anche il Kraepelin nella V.<sup>o</sup> ed. del suo trattato) chiamano *degenerative*, si lasciano molto difficilmente aggruppare. Sebbene però queste forme morbose accompagnino spesso e facciano quasi un tutto con lo sviluppo psichico dell'individuo, esse non si possono considerare come anomalie in senso stretto. Esse sono: la *paranoia*, la *frenosi maniaco-depressiva*, l'*isterismo* e l'*epilessia*. La denominazione di *psicopatie costituzionali* è un termine medio opportuno, ma che non dice nulla; le *nevrosi* stanno bene aggruppate nella classificazione delle malattie nervose; ma le frenosi, che le possono accompagnare, sebbene talvolta associate, non hanno ragione di essere messe insieme in un gruppo a parte, distinto dalle forme periodiche e dalla paranoia, giacchè, se la sintomatologia ne è differentissima, il significato clinico ha straordinarie rassomiglianze. Che i disordini psichici dei neurastenici appartengano a questo gruppo, per la parentela con le nevrosi, non è forse da credersi; giacchè gli stati neurastenici, o sono forme congenite di pazzia degenerativa, e fanno parte delle anomalie mentali; o sono forme da esaurimento nervoso, e allora non possono razionalmente considerarsi che insieme alle psicosi tossiche. Può anche sospettarsi che alcuni casi, in cui si diagnostica frenosi neurastenica, siano forme lievi e guaribili di demenza precoce, e perfino anche di demenza paralitica, ma quest'ultima ipotesi è per ora molto arrischiata.

Tornando alle psicopatie costituzionali, notiamo che in esse il carattere netto di malattia va sfumando: i fattori eziologici esterni, di massima importanza nelle forme tossiche, di minore importanza nelle forme di demenza, perdono ancor più del proprio valore nella paranoia e nelle nevrosi, in cui l'elemento endogeno va prevalendo. La demenza precoce segna il punto medio. Già essa, ma più la paranoia, la frenosi circolare, l'isterismo e l'epilessia possono esistere allo stato, non morboso in senso stretto, di varietà individuali della personalità. I sintomi però che, comuni con tali entità cli-

niche, possono comparire episodicamente, isolati, o più o meno irregolarmente aggruppati e associati *negli anomali*, non ci autorizzano ad una delle diagnosi dette, le quali debbono corrispondere ad un concetto clinico ben determinato di malattia. In fatti anche l'isterismo, che più sembra sfuggire ad un quadro preciso, può cominciare, dietro date cause, anche nell'età avanzata, come pure, guarito, non dar più segno di sè in tutto il rimanente della vita. È vero che talvolta anche della pazzia morale si è potuto dire altrettanto, e che gli isterici, e più ancora gli epilettici, sono degli anomali. Qui c'è sempre dell'arbitrario. Soltanto, se noi fondiamo il nostro aggruppamento sopra concetti clinici e non su criteri puramente sintomatici, con le diagnosi di paranoia, fr. maniaco-depressiva, isterismo ed epilessia, non intenderemo mai il presentarsi episodico di qualche allucinazione o idea delirante, una eccitabilità di carattere e variabilità di umore, qualche atto impulsivo, depressioni o esaltamenti fugaci, ecc., ma bensì quelle successioni di sindromi morbose che hanno i caratteri di *malattia*.

Delle *Anomalie mentali* non ci vogliamo qui occupare. Esse comprendono *deviazioni della personalità e arresti di sviluppo psichico*. Di tali due gruppi, il primo, cioè i così detti *stati psicopatici* (pazzia morale, p. impulsiva, a idee fisse, psicopatie sessuali, ecc.) comprende una innumerevole varietà di forme, che noi non possiamo ancora definire; il secondo contiene tutte le gradazioni della *frenastenia*, le quali si manifestano come biopatie o forme teratologiche, cerebropatie infantili, e malattie del ricambio (cretinismo).

Riepilogando, un fatto risulta dalle nostre considerazioni ed è che *psicosi tossiche, processi d'involuzione psichica e psicopatie costituzionali* formano un graduale passaggio dalla malattia all'anomalia. Solamente, date le forme complesse che assumono certe forme di intossicazione cronica e la possibile origine tossica o autotossica di alcuni processi di involuzione, dato il carattere di psicopatia costituzionale assunto talvolta dalla demenza precoce, e le analogie cliniche di alcune forme di paranoia coi processi di involuzione psichica, è lecito chiedersi a che serva la distinzione dei tre grandi gruppi, mentre le singole forme cliniche accennate sono gradualmente concatenate l'una con l'altra.

Non solo, ma abbiamo, accennando, ritenuto d'altra parte per assodato che, dalla de-

menza precoce in poi, l'anomalia è sempre più intimamente connessa con la malattia. Sì, che raffigurando i due domini come due cerchi che s'intersecano, e ai quali è comune il campo fra la demenza precoce e l'epilessia, noi ci domandiamo se è abbastanza giustificata la distinzione delle malattie dalle anomalie mentali. La psicopatologia generale e speciale risponde sì: ma la clinica risponde forse no. Tanto, che, stati psicopatici e frenastenie potrebbero forse far seguito nella classificazione clinica all'epilessia, senza interrompere per questo il notato graduale passaggio dalla malattia all'anomalia.

I concetti molto sommariamente esposti in questa nota preliminare, sui quali certamente ritorneremo per svilupparli e per associarvi forse la seconda parte del lavoro: « *Per la classificazione delle anomalie mentali* », ci autorizzano ad uno schema provvisorio di classificazione, che, oggi ancora in gran parte difettoso e vuoto, dovrà essere successivamente riempito. I criteri che lo informano, in ordine di importanza, sono: criterio clinico, eziologico, anatomico e sintomatico. Se al primo sta oggi il diritto di fissare le malattie, agli altri spetterà successivamente di distinguerne e suddividerne le forme, i generi e le specie.

Seguendo il criterio clinico, abbiamo visto in breve quali argomenti possono indurre a separare fra le malattie mentali, come quadri clinici a sè, i deliri febbrili (da esaurimento e tossici), l'Amenza, alcune forme di Nevrastenia, le intossicazioni croniche, le psicosi che accompagnano lesioni organiche del cervello, la demenza senile; la demenza paralitica, la demenza precoce, la paranoia, la frenosi maniaco-depressiva, l'isterismo e l'epilessia.

Il criterio eziologico condurrà a dividere i deliri tossici, e l'amenza, a seconda dell'infezione specifica e del veleno, nelle singole forme corrispondenti, e così pure gli avvelenamenti in alcoolismo, morfinismo, cocainismo, pellagra, lattirismo ecc. Per gli altri gruppi il criterio eziologico non ha ancora dati positivi per una suddivisione. Il criterio anatomico offre pochissima base a distinzioni, e le uniche forme cliniche, in cui l'anatomia può servire, sono le demenze organiche. Ma siccome l'emorragia cerebrale o il rammollimento, o il tumore, ecc. non costituiscono veramente l'anatomia patologica delle psicosi, ma una causa di esse, così tali diagnosi anatomiche vanno ricondotte a funzione del criterio eziologico. Finalmente il criterio sintomatico è quello che offre maggiore facilità di

distinzioni. *Ma tutte le divisioni fondate sul criterio sintomatico, le quali non hanno divisioni corrispondenti nelle rubriche subordinate all' eziologia e all'anatomia patologica, rappresentano solamente delle ipotesi, le quali aspettano dalla scoperta delle cause e delle lesioni materiali conferma o smentita.*

Le principali, o se si vuole, le più opportune, per ora, fra queste divisioni sintomatiche, possono essere una forma confusionale e una forma stupida di Amenza; forme deliranti e forme dementi di intossicazioni croniche; della demenza senile una forma melanconica, una confusionale e una semplice o demente. Così pure della paralisi progressiva, col Kraepelin ed altri, si possono sintomaticamente distinguere una forma melanconica, una espansiva, una agitata e una demente. Della demenza precoce una forma ebefrenica, una catatonica ed una paranoide; della frenosi maniaco-depressiva le forme di mania e melanconia periodiche e le forme circolari; dell'epilessia gli equivalenti impulsivi e ambulatori, gli stati crepuscolari o deliranti, le depressioni (*Verstimmungen*) e la dipsomania.

Heidelberg 1 Maggio 1898

JACOPO FINZI

### Alcune note intorno alla neurastenia pulsante (Dana)

(Continuazione e fine)

Qualcuno si è domandato se le palpitazioni arteriose, allorchè durano a lungo, possano dar luogo a una lesione organica.

La risposta all'Hubard (29) non par dubbia, ed è, secondo lui, assolutamente negativa: i casi citati di aneurismi che succedono a palpitazioni arteriose sono errori di diagnosi o d'interpretazione: si tratta in realtà di dilatazioni aneurismatiche disconosciute nel loro inizio.

Noi soggiungeremo che questo passaggio dal disordine funzionale alla lesione organica, se non è clinicamente dimostrato, non è però fuori d'ogni verosimiglianza, dopo che il Lewaschew (30) potè dimostrare alterazioni di struttura nelle pareti di arterie, delle quali egli aveva irritati i nervi vasomotori corrispondenti.

Sul processo genetico di quest'ordine di fenomeni neurastenici portano luce le notissime ricer-

(29) Nelle note al Traitè di Axenfeld pag. 552.

(30) Virehow's *Arch.* 1883.

che di Anjel, che col pletismografo di Mosso mise in vista la debolezza irritabile del sistema nervoso vasomotore, e quella che si può chiamare la reazione vasomotrice dei neurastenici. La contrattilità dei tratti arteriosi pulsanti, prontamente ottenuta da De Giovanni e Dana colla compressione, prova una volta di più l'eretismo nervoso vasomotorio nei casi in discorso.

Nei casi suoi, nei quali la pulsazione è generale, tanto che uno degli ammalati sospeso all'apparato di Sayre lo si vedeva ritmicamente scosso simultaneamente col battito vasale, il Dana suppone un rilassamento anormale delle arteriole e dei capillari, così che il sangue è lanciato in tubi che hanno perduta la elasticità. Già Weber aveva, colle sue ricerche sfigmografiche, trovato che la debolezza della tonicità arteriosa è in ragione diretta e può dare la misura della gravezza di uno stato neurastenico.

L'altro elemento che va preso in considerazione è l'eccitamento sensitivo. Io ho ora in osservazione due donne; l'una, malata di gravissima neurastenia costituzionale, si lamenta da tempo memorabile di un senso di pulsazione generale, più intenso nella testa e nel ventre; l'altra, ipocondriaca, piange continuamente per un gran battimento da cui si sente martellare dentro il ventre ed il petto; nessuno ha mai rilevato in loro fatti obiettivi corrispondenti alle sensazioni che accusano. È questa una delle note fondamentali di certi stati neurastenici: l'ipercoscienza con introflessione diffusa, (Morselli); i fenomeni della vita organica, superando la soglia, salgono alla coscienza, occupandola penosamente.

A. V.

### NECROLOGIO

È morto Carlo Giacomini, il grande anatomico dell'Ateneo Torinese, uno dei più perfetti conoscitori della struttura del sistema nervoso, certo il migliore conoscitore della topografia cerebrale.

Ad altri il parlare di lui e della sua grandezza; a noi almeno il portare l'estremo *vale* all'illustre scienziato, che contribuì tanto con i suoi studi prediletti anche al progresso della Psichiatria e fu sempre amico degli Alienisti Italiani.



# LAVORI DEI MALATI

Professioni esercitate dai malati ed infermieri; numero dei lavoratori ed importo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori

1897

	Gennaio		Febbraio		Marzo		Aprile		Maggio		Giugno	
<b>Uomini</b> - Hanno atteso ai lavori di terra, alla cantina ecc.	N. 14	L. 50	N. 13	L. 50	N. 14	L. 50	N. 14	L. 50	N. 14	L. 50	N. 14	L. 50
» lavorato da calzolaio . . . . .	3	13 50	4	32 40	4	42 20	3	34 80	3	33	4	40
» muratore . . . . .	4	28	4	23 50	5	54	4	48	4	39 50	4	42
» falegname . . . . .	2	52	2	40	2	39	2	36	3	118	2	80
» tappezziere e materasso . . . . .	4	39 20	5	32 50	5	56 35	5	57 45	5	54 80	5	49 10
» canepino . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» sarto . . . . .	1	14 60	2	11 90	1	10 50	2	19 90	2	25 50	1	15 90
» pittore e verniciatore . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	3 20	2	14	1	5
» fabbro ferrai . . . . .	2	68	2	57	2	67 50	2	51	2	125	3	75
Si sono occupati, come cucinieri, attendenti alle pulizie, scrivani ecc. . . . .	12	—	14	—	12	—	12	—	12	—	12	—
<b>Totale dei lavoratori</b>	N. 42	—	46	—	45	—	45	—	48	—	46	—
<b>Totale dell'importo della mano d'opera</b>	—	L. 265 30	—	L. 247 30	—	L. 319 55	—	L. 290 35	—	L. 459 80	—	L. 357 00
<b>Donne</b> - Hanno cucito effetti nuovi . . . . .	N. 7	L. 29 90	N. 10	L. 37 20	N. 12	L. 52 60	N. 10	L. 36 30	N. 14	L. 64 07	N. 6	L. 18 75
» filato, dipanato ecc. . . . .	3	9 60	2	7 32	2	3 90	3	8 94	3	13 08	—	—
» cucito a macchina . . . . .	2	30 60	2	23 60	2	14 35	2	21 65	2	28 23	1	16 50
» tessuto pantofole . . . . .	1	2 50	2	3 50	2	16	2	27 50	2	15 50	—	—
» fatto lavori di maglia . . . . .	20	123 10	18	114 35	17	99 80	16	100 70	16	108 10	23	122 85
» atteso ai telai . . . . .	—	—	—	—	—	—	4	12	3	19 20	—	—
» rammentato biancheria, vestiti ecc. . . . .	23	208 39	22	194 42	22	210 20	20	195 51	18	186 53	25	177 33
Si sono occupate in servizi interni . . . . .	14	—	14	—	14	—	14	—	13	—	14	—
<b>Totale delle lavoratrici</b>	N. 70	—	70	—	71	—	71	—	71	—	69	—
<b>Totale dell'importo della mano d'opera</b>	—	L. 404 09	—	L. 380 39	—	L. 396 85	—	L. 402 60	—	L. 433 71	—	L. 335 43
<b>Importo complessivo della mano d'opera impiegata nei singoli lavori</b>	—	L. 669 39	—	L. 627 69	—	L. 716 40	—	L. 692 95	—	L. 893 51	—	L. 692 43



## NOTIZIE SANITARIE

## Uomini

*Ferrara* — M. M. parla poco, ma è perfettamente sereno; normali le funzioni della vita vegetativa — B. G. è sempre quieto, ubbidiente e rispettoso — S. C. - A. M. - G. C. di solito eccitati con brevissimi intervalli di calma; invariato il disordine mentale — A. R. presenta meno palese eccitazione psichica e meno produttiva scriborea.

*Fuocomorto* — P. L. è sempre in uno stato di leggera eccitazione, tuttavia buono e amante di lavorare.

*Cocomaro di Fuocomorto* — M. M. è gravemente agitato con notevole disordine mentale e paurose idee di persecuzione; stato febbrile, alimentazione difficile.

*Portomaggiore* — R. G. dopo pochi giorni di degenza si è fatto ordinato e tranquillo — M. A. invariato.

*Corpo di Reno* — A. A. è migliorato delle gravi condizioni generali in cui fu ammesso, ma è tuttora molto confuso; lievi elevazioni termiche serotine.

*Poggio Renatico* — C. F. è sempre piuttosto triste, piagnucola spesso pregando che gli taglino il collo; condizioni organiche discrete.

## Donne

*Ferrara* — A. F. vita laboriosa interrotta frequentemente da accessi epilettici gravi — D. A. P. dopo numerosi tentativi di autoviolenza ora, è abbastanza serena — E. B. il suo stato melanconico non accenna ancora ad attenuarsi — E. N. persiste il delirio di colpevolezza con autoaccuse — C. Z. - T. R. dementi agitate — C. B. la solita pazzia morale, tormento delle compagne: ha quotidiani accessi epilettici.

*Argenta* — M. B. sempre inquieta e clamorosa — A. M. buone le condizioni fisiche: progressiva la demenza.

*Codifume (Argenta)* — M. S. V. disorientata, vociferante, clamorosa.

*Bondeno* — G. C. presenta accessi isteriformi separati da intervalli di lucida coscienza e di perfetto benessere.

*Buvana (Bondeno)* — B. M. prospere le condizioni fisiche: ma la demenza sua non ha ancora offerto remissioni.

*Cento* — T. B. quanto più grassa, tanto più demente — C. M. presenta accessi epilettici gravissimi — M. B. la solita epilettica buona e laboriosa.

*Casumaro (Cento)* — M. Z. F. la demenza è completa e stabile: ma c'è una sosta nei fenomeni morbosi organici.

## Movimento dei malati nel mese di Aprile 1898

	Esistenti		Entrati		USCITE								Morti		Rimasti					
					guariti		miglior.		non migliorati		per trasf.						per non ver. pazz.			
					U	D	U	D	U	D	U	D					U	D	U	D
Appart. {	alla Prov. di Ferrara		171	181	9	8	7	5	2								2	4	169	180
	ad altre Provincie		21	12															21	12
			192	193	9	8	7	5	2								2	4	190	192

## Movimento dei malati nel mese di Maggio 1898

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		169	180	14	14		7	4	3	1						5	1	168	188
	ad altre Provincie		21	12	1														22	12
			190	192	15	14	7	4	3	1							5	1	190	200

## Movimento dei malati nel mese di Giugno 1898

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		168	188	18	13	7	6	3		1	1					7	3	168	191
	ad altre Provincie		22	12	1														23	12
			190	200	19	13	7	6	3		1	1					7	3	191	203



— Ferrara 1 Novembre 1898 —

### SOCIETÀ DI PATRONATO

per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio

Somma precedente	.	L. 879. 01
Offerte malati	.	» 21. 01
Totale		L. 900. 02

## Psichiatria Tedesca

II

*Carissimo ed Illustre Direttore*

A Lipsia la clinica psichiatrica è diretta dall'illustre studioso delle vie nervose centrali col metodo embriologico, il Prof. Flechsig.

La clinica contiene malati di mente insieme a malati nervosi, e in tutto ha circa 160 posti. Essa è costituita da un grosso ed unico edificio di uno stile già non più moderno. La divisione e l'ordinamento delle sezioni non presentano nulla di speciale. I mezzi coercitivi non sono assolutamente esclusi, giacchè si vedono alcune vesti di tessuto assai robusto, e chiuse nell'estremità delle maniche, e poi la così detta *rete appesa*, che io non avevo ancora mai veduta. Si adopera per solito per malati irrequieti, ma non straordinariamente eccitati, i quali qui si chiudono semplicemente in celle vuote, più spesso

pei vecchi, e consiste in un'ampia rete di corda sottile, la quale avvolge e contiene il malato (che giace in letto, e sta fissa ad uno di quei soliti sostegni che negli ospedali si fanno pendere dal muro per aiuto ai malati nel sollevarsi.

Il Prof. Flechsig non fa che molto irregolarmente la visita, e tiene quattro lezioni alla settimana: due di clinica, una di psicopatologia generale e una di psichiatria forense. Le diagnosi, con poche varianti, si fanno secondo la vecchia e superficiale psichiatria del Kraft-Ebing, e le varianti sono essenzialmente legate alle concezioni anatomiche del Flechsig.

Nel laboratorio non si lavora, dal professore e dai quattro assistenti, che in Anatomia col metodo embriologico.

I dati, che da questi studi risultano, non mancano certo d'interesse: Che la 2.<sup>a</sup> circ. frontale, la 3.<sup>a</sup> temporale e il *girus angularis* siano i più alti centri del pensiero, perchè gli ultimi sviluppati; che i vari centri sensitivi contengano solo fibre di proiezione e siano distintamente separati fra loro da piccole zone intermedie (*Randzonen*), a cui vanno solo fibre di associazione (centri associativi)... ecc. sono fatti e interpretazioni, che innanzi tutto aspettano conferma e che, se veri, potranno in avvenire giovare alla conoscenza di qualche fenomeno della neuropatologia e psichiatria: ma per ora essi sono ben lungi dall'illuminare la conoscenza delle malattie mentali.

Ciò che a Lipsia costituisce una grande e ben giustificata attrazione è la scuola del Wundt. Non si può immaginare un istituto scientifico più perfetto, sia per i metodi e i fini, sia per l'ambiente e l'insegnamento.

Il Prof. Wundt, sempre di un'attività meravigliosa e di mente freschissima, si occupa personalmente ogni giorno di tutto ciò che si fa nel laboratorio. Il quale solo per gli apparati possiede quattordici ambienti, ed offre quindi il modo di approfondire con la più minuta analisi sperimentale i problemi della psicofisica. Giacchè, indipendentemente dalla psicologia sistematica e dalle dottrine filosofiche, rimane il Wundt nel campo sperimentale sempre il rigido osservatore di quei metodi esatti, i quali più propriamente servono ad esplorare il dominio intermedio fra la psicologia e la fisiologia. Naturalmente, gli scopi pratici della psicologia sono a Lipsia perfettamente trascurati: quivi si cercano i fenomeni più semplici, elementari e fondamentali dei processi psichici, e, trovatili, si dimostrano matematicamente nei loro rapporti.

« In Heidelberg, (mi diceva un giorno il Prof. Wundt) i fini sono diversi: io considero i metodi del Kraepelin come un felice complemento *(eine glückliche Ergänzung)* della nostra maniera di ricerca; ma i due campi non hanno già in gran parte che assai poco in comune. »

Le lezioni del Wundt sono chiarissime, semplici, straordinariamente interessanti. Nel semestre d'estate egli fa « Psicologia fisiologica », nell'inverno per solito egli svolge la « Psicologia etnica », o la « Psicologia comparata ».

I suoi assistenti fanno corsi pratici di esercitazioni sperimentali. In ogni modo a Lipsia, così nella scuola di psichiatria, come nella scuola di psicologia, e indipendentemente dall'eccellenza di questa e dalla mediocrità di quella, per lo studio delle malattie mentali si produce poco o nulla.

Qui a Jena le cose sono essenzialmente diverse. Questa piccolissima e pittoresca città della Turingia è sempre stata un asilo e un centro di diffusione a idee liberali e geniali. Da molti anni insegna qui l'Haeckel, il primo e il più grande in Germania degli evoluzionisti-naturalisti: e qui oggi, per entrare subito nel campo nostro, due valentissimi maestri favoriscono lo sviluppo della psichiatria: Il Binswanger, il quale si sforza di far penetrare in Germania la dottrina della degenerazione con le teorie del Magnan, e cerca avidamente i rapporti fra malattie nervose e mentali; lo Ziehen, che so-

stiene contro il Wundt la psicologia associazionistica, e fa il coraggioso tentativo di fondare una psichiatria sulla psicologia.

L'insegnamento della psichiatria a Jena è ora sostenuto tutto dal Prof. Binswanger, direttore della Clinica. Questa consta di un unico grande edificio a tre piani: nel 1.° piano stanno i malati molto agitati e i cronici; nel 2.° tutti i casi di fresco venuti comparto d'osservazione; nel 3.° i convalescenti e i malati nervosi, i quali sono sempre in gran numero. Di più esiste un comparto speciale, isolato e a porte aperte, per malati da osservarsi allo scopo di perizie civili (massimamente psicosi traumatiche), di cui il Prof. Binswanger riceve un numero enorme.

La Clinica ha posto per circa 170 malati. Il loro numero raggiunge però assai spesso i 200. Il numero delle ammissioni annue è di circa 500. Dalla clinica i malati vengono per la massima parte mandati al Manicomio di Blankenhain.

L'edificio della Clinica non è in complesso, nella sua struttura interna, molto bello: assai belli e grandi sono i giardini annessi. Molto sviluppo è dato ai lavori pei malati. Trattamento a letto su larga scala; pochi bagni; nessun mezzo coercitivo, solo, assai raramente, vesti di tessuto non lacerabile; finestre quasi dappertutto senza inferriate.

Le lezioni del prof. Binswanger sono una miniera inesauribile di cognizioni pratiche e teoriche, di osservazioni scientifiche e di interpretazioni ingegnose. I malati sono lungamente esaminati e interrogati in scuola dal professore insieme con studenti: malati di mente vengono presentati insieme con malati nervosi anche nella stessa lezione, e tutti i casi di passaggio nelle psicosi neurasteniche, nelle demenze organiche, ecc., trovano il loro posto. L'arida ricerca del fatto clinico è alternata con brillanti discussioni di eziologia e patogenesi. Oltre a due lezioni così fatte, di un'ora e mezzo l'una, ogni domenica fa il professore una visita essenzialmente clinica nelle sezioni con gli studenti, con lo scopo principale di seguire il decorso dei casi già presentati in lezione.

Il Binswanger tiene anche un corso di clinica delle malattie nervose, svolgendo ogni semestre un capitolo. Ora (estate 1898) egli si occupa dell'epilessia e della corea.

La psichiatria del Binswanger è un bellissimo tentativo di eclettismo.

La classificazione delle malattie mentali, di cui egli ordinariamente si serve, ce ne dà un'idea:

### I. *Psicosi primitive semplici.*

#### A. Ps. affettive:

Mania,  
Melanconia,  
Ipocondria.

#### B. Ps. intellettuali:

##### 1. Ps. da esaurimento:

a. Stupore,  
b. Amenza,  
c. Delirio acuto,

##### 2. Paranoia:

a. semplice,  
b. allucinatoria ( acuta,  
cronica.

### II. *Psicosi secondarie complesse:*

#### Pazzia alcoolica,

« traumatica,  
« isterica,  
« puerperale,  
« da intossicazioni,  
« epilettica.

### III. *Stati psicopatici degenerativi.*

#### Congeniti: Idiotismo e imbecillità,

Pazzia morale,  
Frenosi circolare e periodica.

#### Acquisiti: Demenza secondaria,

Paralisi progressiva,  
Demenza senile.

Noto subito che il prof. Binswanger stesso ritiene questa classificazione nient'altro che uno schema a scopo didattico. Egli volge ora (come da molti anni va facendo) la sua attività principalmente ai due punti capitali che ho ricordati in principio.

In Germania la dottrina della degenerazione ha trovato è vero alcuni sostenitori, ma non è diventata popolare.

Lo Schüle, l'Arndt e il Kraft-Ebing, aggiungiamo ora il Binswanger, si sono più o meno opportunamente sforzati di diffonderla. Il Kurella, dal canto suo, è oggi l'apostolo delle teorie lombrosiane in Germania....

Sarà forse una manifestazione di Chauvinisme nei Tedeschi, non ostante Nietzsche e Nordau, ma sembra che essi non vogliano ammettere di essere anche solo appena tocchi di morbo degenerativo. Di più lo Schüle e l'Arndt hanno incorporato le loro dottrine in sistemi, così profondamente confuso il primo, così astruso il secondo, così impopolari tutti e due, che sarebbe del resto incomprensibile che per loro mezzo tali dottrine si diffondessero qui.

Il Binswanger, se così mi è permesso di esprimermi, ha trattato fino ad ora la questione un po' troppo platonicamente; non ha

sostenuto cioè con lavori di molta importanza (com' egli ha fatto invece in altri capitoli della psichiatria) le convinzioni che egli ha comuni col Magnan. Ora il sostenerle in conferenze, ai congressi e nelle ordinarie lezioni di fronte agli studenti, è troppo poco, o almeno non potrà portare che frutti molto lontani.

Frattanto egli diagnostica spessissimo follia degenerativa, trova nella grande maggioranza dei malati anomalie fisiche e psichiche congenite, riconosce dappertutto le stigmate dell'imbecillità, ammette la « Catatonia » come forma morbosa degenerativa.... ecc., trova insomma nella pazzia la degenerazione quale substrato inevitabile, il quale spiega tutto ciò che non si può spiegare altrimenti. E, massime, tutto ciò che non si può spiegare con l'esaurimento. Giacchè è questo pure un punto, che nella psichiatria del Binswanger occupa un posto importante, e le tre diagnosi ricordate nella classificazione tornano nella clinica psichiatrica di Jena spessissimo. Fra le altre specialità di questa clinica stanno anche le iniezioni di batteri patogeni fatte con lo scopo di influire per mezzo di una infezione acuta sul decorso delle psicosi. Ma i risultati sono nulli o dannosi.

Come profondo conoscitore della corteccia cerebrale si è già rivelato il Binswanger con i suoi studi sulla demenza paralitica. Ora egli procede nella separazione di tutti quei casi di sifilide cerebrale tardiva e dei vari casi di demenze organiche, oggi ancora generalmente ammassati e confusi sotto le due diagnosi di demenza paralitica e demenza senile.

E nei laboratori della Clinica (istologia e chimica fisiologica) si cerca l'appoggio sperimentale e anatomico di queste distinzioni. Anche la tabe paralisi vuole il Binswanger dimostrare essere una malattia a sè, nè tabe cioè nè paralisi, nè la combinazione delle due forme. Fino ad ora l'anatomia ha dato assai poco conforto di prove a queste vedute.

L'anatomia e la patologia del sistema nervoso vengono in Jena svolte e insegnate anche dal prof. Ziehen, già assistente del Binswanger ed ora professore di Psicologia. Il Ziehen divide infatti la sua enorme attività in campi abbastanza disparati. In questo semestre (come del resto ordinariamente ogni semestre) egli tiene quattro corsi di lezioni: 1. Anatomia del sistema nervoso centrale. 2. Neuropatologia. 3. Psicologia fisiologica. 4. Esercitazioni psicofisiche.

Lo Ziehen è un eccellente insegnante; la sua parola è lucidissima: egli schematizza e semplifica con arte perfetta.

Il corso di Psicologia fisiologica è un'esposizione sistematica per i principianti delle dottrine della nuova psicologia scientifica. Le esercitazioni psicotisiche (sei ore settimanali) sono una introduzione nella psicologia sperimentale. I pochi studiosi, con i pochi, ma sufficienti apparati, dispongono essi stessi e compiono, sotto la guida diretta del professore, tutte le esperienze relative alla sensibilità, specie rispetto alla misura del tempo e alle associazioni elementari.

Ciò che ha reso particolarmente noto il nome dello Ziehen è stata la posizione che egli ha preso di fronte al Wundt.

È una cosa straordinariamente interessante rilevare i punti di dissidio fra le due psicologie. Insegna Wundt:

« Dappertutto e in ogni momento in un organismo psichico troviamo sintesi di sensazioni e associazioni di immagini » (*Grundzüge* ecc. 3.<sup>a</sup> Ediz. II. vol. p. 226).

« Quando una percezione, per effetto della tonalità affettiva da essa prodotta, da un punto qualunque del campo della coscienza è portata nel punto di mira dell'attenzione, si ha quel processo detto *appercezione*. » (op. cit. p. 236).

« Il muoversi dell'attenzione da un punto all'altro del campo della coscienza è occasionato: a) dal succedersi delle impressioni esterne, b) da quelle proprietà della coscienza che si rivelano con la riproduzione e associazione di immagini » (op. c. pag. 261).

« Le associazioni delle immagini psichiche si compiono in tutti i gradi del processo cosciente, il cui punto più alto è l'appercezione (op. c. pag. 383), e sono insieme accompagnate più o meno chiaramente dalla coscienza di una attività interna, che, a seconda del grado di tale chiarezza, noi chiamiamo attenzione involontaria, o volontaria, senza che fra l'una e l'altra esistano netti confini e sostanziale differenza » (op. c. pag. 244).

Dice lo Ziehen:

« Nel momento in cui la sensazione si combina alla immagine mnemonica comincia l'azione varia dei motivi (*Spiel der Motive*), la riflessione (*Überlegung*), o l'attività associativa. Col nome associazione indichiamo la somma di tutti quei processi psichici che dalla sensazione fanno in fine sorgere l'azione » (*Leitfaden* etc. III. Ed. pag. 17).

« Che cos'è che dà la vittoria ad una associazione su tutte le altre possibili in un dato momento del decorso delle rappresentazioni mentali? Una teoria, detta dell'Appercezione, insegna che chi determina questa decisione o scelta è l'Appercezione, la quale dirige l'attenzione ora a questa ora a quella immagine, e che governa come da un trono il giuoco delle associazioni. Non è questo un ritorno ad una psicologia antinaturalista? Nella stessa associazione delle idee si trovano i fattori sufficienti alla spiegazione di quella scelta » (op. c. pag. 157);

« ... la scelta delle immagini è occasionata dalla forza della loro parentela associativa, dalla loro chiarezza e dal loro tono affettivo » (op. c. pag. 158)... « più da un quarto fattore che è la « costellazione » cioè un passeggero e alternato elevamento e abbassamento della intensità o energia delle immagini » (op. c. pag. 159).

« Noi vogliamo chiamare l'insieme dei quattro fattori, i quali decidono se una sensazione diventa oggetto dell'attenzione e determinano l'associazione delle idee — *Impulso associativo* delle sensazioni » (op. c. pag. 180).

« Il succedersi delle immagini mentali può essere compreso come un successivo volgersi dell'attenzione (*aufmerken*) sulle immagini stesse » (op. c. pag. 180).

« Wundt e i suoi scolari ammettono una speciale facoltà psichica che sta al disopra dell'associazione delle idee e che si chiama appercezione. L'associazione delle idee conduce innanzi all'appercezione continuamente materiale di immagini, e l'appercezione si volge ora a questa ora a quella immagine (e allora si chiama attenzione), ora fonde queste immagini in una rappresentazione più complessa, ora infine innerva movimenti e si chiama allora volontà » (op. c. pag. 173).

« La dottrina dell'appercezione è una teoria infondata e assai comoda, con la quale si può girare attorno alle difficoltà, e che viene spinta avanti ogni qualvolta c'è un processo psichico difficile a interpretarsi » (op. c. pag. 173, prefaz. pag. III. e passim.)

Ho voluto riferire ciò che io ho udito sotto forma di citazioni obiettivamente constatabili, per giustificare con prove le conclusioni assai strane, che dal confronto delle due dottrine ognuno facilmente deduce. E cioè:

Che fra di esse non sussiste alcuna sostanziale differenza di fatto, ma soltanto di parole.

Che ammettere un processo appercettivo nel senso del Wundt non è per nulla in con-

tradizione con le dottrine associazionistiche della psicologia inglese (Ziehen op. cit. prefazione III.)

Che lo Ziehen vede molto meglio le somiglianze che le differenze fra i fenomeni e perciò tende a sintetizzare più che ad analizzare: ma al contrario, quando si tratta della Psicologia Wundtiana, egli ne coglie solo alcuni elementi staccati e non la considera nel suo insieme.

Che il pericolo, contro cui lo Ziehen si scaglia, cioè di un ritorno a una psicologia « a facoltà indipendenti », non esiste.

Che la dottrina dell'Appercezione, quale la combatte lo Ziehen, è una creazione dello Ziehen stesso.

Quantunque oggi lo Ziehen non insegni Psichiatria, pure, siccome il suo trattato presenta un alto interesse storico, credo opportuno dedicare due parole anche allo Ziehen psichiatra.

Come è scritto nelle prime linee della prefazione del trattato, egli ha l'intenzione di applicare i suoi principi di psicologia alla psichiatria. Il tentativo è coraggioso altrettanto che lodevole. La lesione psichica è l'elemento specifico della alienazione mentale: un fondamento psicologico sarà dunque il criterio più razionale di analisi e di classificazione. Tale criterio ha dato alla psichiatria dello Ziehen una importanza e una originalità speciali, soprattutto in rapporto alla questione della *Paranoia*, nella quale egli ha spinto fino alle ultime conseguenze le vedute del Westphal. La lesione intellettuale, rappresentata da idee deliranti e da allucinazioni: ecco il carattere degli stati paranoici, donde, non solo una paranoia acuta, una paranoia periodica e una paranoia cronica, una semplice e una allucinatoria, ma una paranoia logorroica, una paranoia stuporosa, una paranoia incoerente, ecc. ecc.

Quello che vi ha di strano nella psichiatria dello Ziehen è una sola cosa, e cioè che, non ostante essa abbia come motivo dominante e filo conduttore l'analisi del sintoma psichico, pure lo Ziehen dice di seguire nello studio delle malattie mentali essenzialmente il criterio clinico, la via empirica, ( *Psychiatrie*. Jena 1894 pag. 341)....

Non è questa però una proprietà particolare allo Ziehen: ma una illusione che quasi tutti hanno.

Alcuni psichiatri fanno patologia speciale, altri psicologia, altri anatomia, altri psicopato-

logia generale: ciascuno parte dalla specialità che egli conosce meglio, e considera la clinica come una cosa affatto secondaria, una esperienza nè difficile nè lunga, di cui non vale la pena di occuparsi, giacchè per essa sono sufficienti le cognizioni teoriche e sperimentali. L'osservazione dei malati è perfettamente inutile.

D'altra parte tutti ci tengono a far della clinica, giacchè, se non compresa ed espressa, da tutti è in fondo sentita la sua importanza: e tutti dicono, e, chissà forse, sono anche realmente convinti, di fare della clinica!

Mi creda suo devmo

Jena Giugno 1898

JACOPO FINZI

### III

Finivo la mia lettera precedente da Jena col dire che tutti i psichiatri, qualunque siano i loro metodi e criteri di indagine, sono convinti di tenere un indirizzo clinico, ed ho subito qui a Breslavia trovata nel Wernicke una eccezione a quel « tutti ». Tale è il destino delle espressioni troppo assolute.

L'attività scientifica del Wernicke si è essenzialmente sviluppata sotto l'azione di quei maestri che pei primi hanno cercato di introdurre il pensiero anatomico nella psichiatria: il Gudden, il Westphal, il Meynert.

E l'influenza, che più direttamente questi due ultimi hanno esercitato su di lui, si può ancor oggi rilevare, quantunque egli non si possa chiamare allievo di nessuno.

Infatti come psichiatra, il Wernicke occupa un posto affatto indipendente. Egli non ammette sia a tutt'oggi possibile una psichiatria clinica nel vero senso della parola, nel senso cioè che si possano delimitare i quadri delle diverse malattie.

» È questo un sogno, dice egli, che si avvererà nell'avvenire: oggi dobbiamo tenerci solo alla sintomatologia; le nostre diagnosi nella maggioranza dei casi non possono essere che designazioni di sindromi. »

Egli porta così nella pratica la sincerità e la logica delle sue convinzioni fino alle ultime conseguenze.

» La differenza essenziale fra me e gli altri (mi diceva il Wernicke un giorno) consiste in questo, che io insegno solo ciò che vedo, ciò che so, ciò che capisco: io non costruisco nulla: io osservo, noto, descrivo; e mi limito quindi ad indicare i sintomi che posso, che tutti possono constatare; e niente altro ».



Senza dubbio, indipendentemente dalle conclusioni a cui un tal metodo conduce, l'insegnamento che il Wernicke impartisce nell'Università di Breslavia è degno della più alta considerazione.

Breslavia possiede un Manicomio cittadino che, in attesa della nuova clinica psichiatrica che si sta per fondare, serve all'insegnamento. Il Manicomio ha circa 250 posti, sempre occupati, e circa 600 ammissioni annue. L'edificio, bello esternamente, è assai mal disposto nel suo interno. Consta di tre piani, ha ambienti troppo grandi, corridoi e scale in quantità eccessiva, troppo poche camere di isolamento. Al primo piano stanno i malati in osservazione; al secondo i tranquilli e convalescenti; al terzo gli agitati.

Il Wernicke fa due lezioni settimanali di Clinica psichiatrica, di due ore ciascuna, e, si può dire, egli è tutto nelle sue lezioni. Il Wernicke non chiama mai studenti per l'esame del malato, ma fa l'esame egli stesso. E quest'esame consiste in un interrogatorio così particolareggiato, con tale arte condotto e tale sottigliezza, che lo « *status praesens* » riesce una analisi profondissima delle condizioni psichiche del paziente.

Aggiungo che forse in nessuna clinica i diari sono scritti con maggiori minuzie. In essi anche gl'infermieri e le infermiere scrivono tutto ciò che osservano negli ammalati. Il Wernicke fa ogni giorno la visita, e quantunque non si sentano da lui conclusioni diagnostiche e discussioni cliniche, si apprende però dal suo labbro un metodo di osservazione e di analisi che non ha superiori. Una diagnosi non è dal Wernicke richiesta mai: gli assistenti non debbono che aiutarlo nella descrizione e nell'analisi dei sintomi.

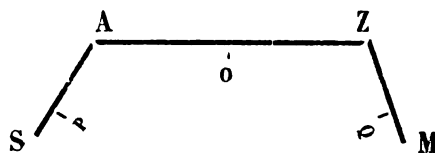
« Noi siamo modesti (mi diceva egli a questo proposito): noi non abbiamo nessuna classificazione delle malattie mentali; nel trenta per cento dei nostri casi noi confessiamo di non saper fare nessuna diagnosi. Le belle costruzioni di sistemi clinici addormentano lo spirito, che riposa sopra ipotesi, e limitano e impediscono una esatta analisi dei sintomi. »

Da questa analisi sale però il Wernicke lentamente ad interpretazioni e ad aggruppamenti. A poco a poco egli va costruendo un sistema, che oggi è ancora all'inizio e che, dato veda la fine, avrà però sempre solo un valore teorico. Giacchè innanzi tutto, per quanto nemico delle costruzioni, e sia pure solo nel campo sintomatologico, anche il Wernicke interpreta e

tende (del resto per necessità logica dei fatti) ad organizzare in sistema; in secondo luogo, come egli stesso ammette, studiando solo la sintomatologia, egli non potrà con ciò mai uscire dall'intricata rete della psicopatologia generale ad un sistema, che avendo a fondamento, non la malattia, ma l'individuo malato, presenti quella solidità necessaria agli scopi pratici della nostra specialità.

Ad ogni modo, più o meno consapevolmente, favorisce il Wernicke con la sua analisi sintomatologica i futuri progressi della clinica.

Il Wernicke, nelle sue lezioni, interrompe l'interrogatorio dei malati a quando a quando per svolgere le sue dottrine. Applicando uno schema analogo a quello dell'afasia, distinguerà innanzi tutto il Wernicke le lesioni sensoriali e motorie semplici dagli stati maniaci e melanconici.



Se S ed M rappresentano i domini sensitivi e motori della corteccia in comunicazione con la periferia, ed A e Z (*Ausgang, Zielpunkt*) i rispettivi centri ideativi, con le fibre associative transcorticali, data una lesione in P, od in Q, si ha una psicosi sensoriale o motoria; risiede la lesione in O, si ha mania o melanconia. Fra queste ultime e le forme di psicosi della motilità la differenza sta nella logica dei movimenti in quelle (*Thaten und Rededrang oder Hemmung*); la mancanza di scopo, di nesso, di ordine in queste (*Akynese, Parakynese, Yperkynese: Bewegungsdrang od. Hemmung*). Le psicosi sensoriali, come le motorie, possono poi essere circoscritte, o totali, a seconda che solo alcuni domini, o tutte le manifestazioni della vita motoria e sensitiva son lesi.

D'altra parte tutte queste sindromi sono da considerarsi come formali, e da mettersi in opposizione con i disturbi del contenuto psichico (*inhaltliche Störungen*). Questi debbono distinguersi in autopsichici, allopsichici e somatopsichici a seconda che si possono riferire alle impressioni esterne, al proprio io, o al proprio corpo; così, fra le sindromi essenziali di quest'ordine si avrà una confusione con disorientamento autopsichico, allopsichico e somatopsichico (*autopsychische, etc., Rathlosigkeit*). Tali disturbi poi possono anch'essi essere circoscritti o totali. Ad esempio, il delirium tremens è essenzialmente un'Allopsicosi acuta; una pazzia

a idee fisse è un' Autopsicosi circoscritta, tanto si tratti di idee coatte (*Zwangsgedanken*) cioè se i malati credono che i pensieri appartengano a loro stessi, quanto si tratti di idee autotone (*autoctone Gedanken*) cioè se i malati sono convinti che non si tratta di pensieri propri, ma in qualche modo a loro suggeriti od imposti.

Le lesioni del contenuto psichico, designate come somatiche, si riferiscono alle sindromi ansiose (*Angstpsychosen*), in cui l' ansia è primitiva, a differenza della melanconia (disturbo formale), o alle ipocondrie circoscritte, o alle forme ipocondriache con delirio di persecuzione, nei casi gravi accompagnate da disorientamento allopsichico.

Non procedo oltre, e mi contento di darle così all'ingrosso una idea del sistema del Wernicke, o per meglio dire di questi primi aggruppamenti, che costituiscono l'abbozzo di un sistema.

Le designazioni delle psicosi, alle volte molto semplici, ad es. allucinosi, psicosi ansiosa, ecc., sono alle volte complicatissime, giacchè una serie di tali denominazioni di sindromi o di sintomi entrano nella diagnosi. Attraverso questa nomenclatura non è però difficile intravedere le diagnosi cliniche che noi ordinariamente facciamo. I gruppi, ad es. delle psicosi motrici semplici, coi movimenti pseudo-spontanei, e il disorientamento somatico, e non allopsichico, che cosa sono altro se non una minuta analisi della Catatonia?

Senza dubbio facili tornano le critiche alle conclusioni del Wernicke, facili però se non si tien conto dei suoi punti di vista, giacchè e nei punti di partenza e nei criteri metodologici e nei fini che si prefigge, il Maestro di Breslavia non cade mai in contraddizione, e l'unico difetto, dato che questo si possa chiamare difetto, si trova nel fatto che il sistema è rigorosamente logico in tutte le sue parti e quindi non pratico.

L'altro fatto della incompletezza non potrà essere chiamato difetto che quando il Wernicke dica di avere un sistema completo di psichiatria. Fra poco, il terzo fascicolo delle Istituzioni uscirà col titolo di « Psicosi acute » ed amplificherà le vedute e riempirà parecchie delle lacune.

Ma questo non è tutto. Il Wernicke insegna anche clinica delle malattie nervose, col materiale del suo ricchissimo ambulatorio e in parte con malati del manicomio, in una delle

scuole della Clinica Generale. E qui egli si rivela un maestro sommo. Alla finezza e originalità e potenza dell'osservazione propria, egli unisce la limpida chiarezza del Westphal, la dottrina del Gudden e la genialità del Meynert. Io ricorderò sempre, fra le altre, due lezioni (25 Giugno e 2 Luglio) impiegate nella dimostrazione di un malato, entrato nel Manicomio con la diagnosi di demenza senile. Il malato ad un'osservazione superficiale pareva infatti non altro che un po' disorientato e confuso e con memoria indebolita. Ma una analisi molto accurata dei sintomi da lui presentati rivelò una forma non molto comune di afasia, e precisamente quella forma che il Wernicke stesso studiò per primo, e denominò *Asimbolia*. La rarità del caso era specialmente costituita dal fatto che non esisteva nessuna traccia di afasia motoria. Questo caso di passaggio fra malattia nervosa e mentale, in cui esisteva un disorientamento allopsichico rispetto alle immagini tattili e visive, ma in cui le vie di proiezione dovevano essere per lo meno in grandissima parte intatte, giacchè solo « l'identificazione secondaria » era alterata, diede campo al Wernicke di svolgere, sui dati dell'esperienza clinica e dell'anatomia patologica, quanto di positivo si sa sui rapporti fra localizzazioni cerebrali e lesioni psichiche. La lesione che doveva, nel caso in questione, essere simmetrica nei due emisferi, e riguardare solo i centri che raccolgono le immagini mnemoniche, o le fibre associative fra questi e i centri sensitivi, non rispondendo esattamente, per quello che si sa, al dominio di una arteria terminale, rimaneva problematica nella sua natura; e la conclusione non poteva essere sicuramente dimostrabile. Ma l'analisi e la critica, spinte fino a dove i fatti e la logica lo permettevano, lasciavano ciò non ostante soddisfatti.

Meno schematico, nelle sue lezioni, dell'Erb, più profondo del Binswanger e del Jolly, il Wernicke, che come psichiatra è assolutamente solo, come neuropatologo ha una scuola. Fra gli allievi Le ricordo solo il Lissauer (purtroppo morto giovanissimo), il Sachs, l'Heilbronner e il Bonhöffer.

Il laboratorio del Manicomio serve solo per studi anatomici. Le ricerche vi si fanno però in tutte le direzioni. Fra le altre, si cerca anche il controllo alle costruzioni del Flechsig: e fino ad ora sembra che, mentre alcuni fatti da lui osservati debbano ritenersi confermati, la maggior parte delle sue conclusioni siano da

smentirsi. Che ad es. ad alcune parti del mantello cerebrale vadano solo fibre proiettive, ad altre solo fibre associative, non si capisce come il Flechsìg abbia potuto pensarlo.

L'anatomia del sistema nervoso è svolta a Breslavia magistralmente dal Sachs, mentre il Bonhöffer tiene lezioni di psichiatria forense.

Mi creda suo devmo

*Breslavia, Luglio 1898*

JACOPO FINZI

## Pazzi e delinquenti nelle opere d'arte

Conferenza pronunziata la sera del 14 Marzo 1898, all'Associazione Filodrammatica di Nocera.

### *Signori! Signore!*

Lusinghiere parole mi presentano a Voi, e fanno più che mai esitante la mia involuta e disadorna favella. Temo seriamente, che lo spirito, inaridito da monotoni studi, mal si pieghi a quel calore d'immagini e sentimenti, indispensabile a chiunque voglia per poco intrattenere sì eletta adunanza. Voi mi perdonerete, guardando il buon volere e la nessuna esperienza mia.

Dice il Mantegazza, a proposito degli atteggiamenti e della fisionomia negli individui dei vari popoli d'Europa, che noi italiani siamo amanti dell'armonia anche nella posa e nella espressione, perchè abbiamo il privilegio dell'Arte; l'Arte è cosa nostra.

Infatti anche nell'epoca moderna, prosaica in verità, l'intera penisola di tanto in tanto va soggetta a dei lunghi brividi dall'uno all'altro estremo. Per brev'ora, davanti a fatti che eccitano la nostra immaginazione, divampa in noi quella passione del Bello, che sonnecchia sempre e muore giammai.

Così nei recenti fatti di Grecia tutta l'epopea garibaldina risuonava nell'anima nostra; così nella quistione, in cui vedemmo farsi avanti, con elevata coscienza, un letterato, Zola, e stigmatizzare con scottante parola alcuni personaggi del suo paese.

E questo cumulo d'entusiasmo, che è in noi, muove, più che dal cuore, più che da salde credenze ed abitudini, muove per l'opera della immaginazione. Immaginazione larga, pieghevole, che rispecchia e concilia le diverse forme della vita, le tendenze più diverse. Tanto è vero, che la prima radice d'ogni nostro entusiasmo sta nella immaginazione, e non nel cuore; che spesso noi ci facciamo scettici; e senza disprezzare la virtù, l'eroismo, diciamo che sono belle e nobili cose, ma la vita pratica ne consiglia altrimenti. Questa pieghevolezza non è dell'uomo che ha fede, e fede costante. In noi la volontà, il sentimento mettono

bagliori intensi, ma passeggeri; e non sorgono giganti, senza che sul fantastico orizzonte nostro non appaia qualche luminosa ridente imagine che ci commuova.

Perciò siamo artisti, artisti profondamente. La femminuccia dice: Quella Madonna è bella, non quella Madonna è santa. Siamo artisti, perchè dimentichiamo spesso tutto noi stessi: interessi, orgoglio, odi e rancori, davanti a certi nobili sogni!

E per meglio conoscere noi stessi, miriamoci in coloro, che sono l'espressione nostra più elevata e sincera. Guardiamo i poeti, appunto i grandi artisti d'Italia.

Ora dimostrano essi immaginazione vasta, serena, multiforme, in una ad intelletto, agile e sottile, che dà l'aria di cosa naturale, spontanea, anche ai lavori più ardui e peregrini; si accompagna a buon senso, arguzia, larghezza di idee e sentimenti. Come il poema dell'Ariosto, i Promessi Sposi, le prose del Galilei.

Il poema dell'Ariosto è una vastissima e scintillante tela, in cui si dispiegano valli fiorite, e montagne, e mari sconfinati, ed acque cadenti, limpide e sonore, di rupe in rupe. Fra quel mondo liettissimo si agita una umanità vera, reale, che ama e gode vivere. Guardate i quadri del Correggio e quelle formose madonne dalla chioma d'oro, perdute in un nimbo di luce e colori! Guardate le tele sapienti di Leonardo! Udite la sinfonia del Guglielmo Tell di Rossini, e davanti a noi tutta la vita pastorale della Svizzera si dispiegherà con precisione, come sotto allo sguardo.

Ora la immaginazione, da varia ed estesa, si fa intensa, serrata: si stacca dalla moltitudine delle cangianti forme qualeuna gagliarda, lucidissima, destando in noi passione ardente.

Sorge allora il profondo, religioso canto dell'Alighieri, che scolpisce nel marmo e col fuoco, direbbe il Carlyle, con precisione geometrica il mondo dell'al di là: sorge Michelangelo col suo Mosè, e con la cupola sublime di San Pietro. S'alza il grido straziante di Rigoletto, l'urlo assassino di Otello, il gemito profondo, dolcissimo, di Favorita presso al chiostro!

Noi del mezzogiorno abbiamo qualche cosa, che ci porta più a questa seconda maniera d'immaginare.

Leopardi, con quel suo dolore implacabile, divorante, — nota umana perduta fra i deserti di vasta, infinita natura —, è più vicino a noi. Guardiamo i nostri massimi pittori, Filippo Palizzi, per esempio, che sceglie a luogo d'idillio fra due leoni il deserto. La gialla, increspata arena si distende fino all'estremo orizzonte indefinito, e davanti si staccano due potenti figure; il leone disteso, rabbuffato nella superba criniera, e la flessuosa, molle leonessa, abbandonata sul fianco del suo signore. Guardate un altro suo quadro: una rupe emergente nell'aria serena, e sovr'essa un'aquila diritta, solitaria, con le ali semiaperte, infissi

gli artigli nella sottostante preda: dal rostro sembra già prorompa un grido di vittoria per la deserta immensità! Guardate una battaglia del Salvatore Rosa: un movimento infinito di figure, cavalli, cavalieri, gruppi d'armati, e fumo, e disordine. Invano cercate il distinto: ma da quel grande indistinto salta fuori una impressione di movimento, di agitazione straordinaria.

Adunque in noi meridionali, ora la fantasia oscilla a contorni indefiniti, non è precisa, distinta, come nei nostri del settentrione, dominandoci tutto un vago, mistico senso; ora qualche cosa di limitato, intenso, grande fra l'indefinito vasto appare, ed in noi suscita una potente eco.

È inutile: ora siamo gai, benevoli, scettici; ora profondi e concentrati, ma immaginosi sempre. L'Ariosto è il primo, Dante il secondo.

A noi non è dato vivere le profondità della coscienza, dell'anima, senza una passione, che ci divora. Con strazio profondo da questa lieta e ridente natura ci chiudiamo nei pallidi regni dell'intimo pensiero. Una passione impetuosa, gagliarda ci trascina, là, nell'abisso. Rare volte ogni imagine tace: fluttua soltanto la tempesta interna; come nell'Alfieri.

I paesi del Nord al contrario ci porgono scrittori, i quali dipingono serenamente, con mite dolcezza, tutte le riposte oscillazioni del sentimento: la vivono quella vita sotterranea e nebulosa, senza angoscia, senza terribili scosse. La vasta immaginazione nostra possono dispiegarla all'interno, come nel ciclo stupendo dei poeti e romanzieri inglesi, derivanti in retta linea dal grandissimo Shakspeare.

\*\*

Ogni paese ha la sua impronta caratteristica, e tutti nell'Arte contemporanea ripetono variamente la duplice tendenza, ora ricordata. Talvolta sono descrittivi, ricostruttori d'ambiente abilissimi, come lo Zola; tal'altra si chiudono, vivono tutto nell'intimo della coscienza, come il Dostojewski.

Sia per l'uno, che per l'altro mezzo, hanno essi dipinta, sfaccettata questa complessa e multiforme società presente, ritraendola in ogni linea, in ogni oscillazione: ed hanno posto cura singolare nel descrivere tutte le aberrazioni ed anomalie dell'anima umana, oscillante, negli aspetti più neri, dalla follia al delitto.

Sarebbe utilissimo il vedere, come presentasi la società contemporanea, riflessa nella sua letteratura: ma io vo' restringermi ad un proposito diverso assai. Voglio mostrarvi come autori d'altri tempi, nello studio profondo del cuore umano, abbiano dipinta la follia, il delitto, spesso con precisione ammirabile, divinando verità nuove e sottili. Divinazioni isolate del resto; sprazzi di luce intensa, ma fugace: perchè gli scopi dell'Arte sono ben diversi da quelli della Scienza. A profonde verità troviamo congiunti altri elementi, che, se nuocciono al vero, sollevano il pensiero ad orizzonti più vasti e ridenti.

Ricorderò frattanto qualche eroe dell'Alfieri, dello Skakspeare, del Cervantes.

\*\*

Il Saul dell'Alfieri. La favola della tragedia vi è nota. Il poeta ci trasporta ai tempi, in cui il popolo eletto di Dio combatteva contro i Filistei. Ci ricorda Saulle, il re guerriero; Davide umile pastore, che con la fionda vendicatrice abbatteva il gigante Golia, divenendo poscia la spada del popolo d'Israele. Il poeta ci delinea la sorda, tenace gelosia, che ha Saulle per questo Davide fatale. Gli ha dato in isposa la figliuola, lo ha colmato di onori, si sente attratto verso quest'uomo; ma non l'ama: ne è geloso profondamente. E Davide resta calmo, sereno davanti a tanta passione nemica: sempre dolce ed affettuoso, sfugge all'ira del Re, fino all'ora in cui, spinto dalla mano divina, raggiunge in Gelboè gli accampamenti di Saulle, che sono a fronte dei Filistei. E già fra essi è imminente un decisivo scontro.

Il re Saulle non è più duce: comanda il fido Abner, prode generale, ma cortigiano maligno e nemico del proscritto Davide. Il Re parla a costui della sua presente vita, del dolore ed insofferenza, che lo travaglia, ha idee di suicidio, ed aggiunge:

« Quanti anni or son, che sul mio labbro il riso  
 « Non fu visto spuntare? I figli miei,  
 « Ch' amo pur tanto, le più volte all'ira  
 « Movonmi il cor, se mi accarezzan.... Fero  
 « Impaziente, torbido, adirato  
 « Sempre; a me stesso incresco ognora, e altrui;  
 « Bramo in pace far guerra, in guerra pace;  
 « Entro ogni nappo ascoso toscio io bevo;  
 « Scorgo un nemico in ogni amico; i molli  
 « Tappeti assiri, ispidi dumi al fianco  
 « Mi sono; angoscia il breve sonno; i sogni  
 « Terror. Che più? Ch' il crederia? Spavento  
 « M'è la tromba di guerra; alto spavento  
 « È la tromba a Saul. »

Il vecchio Re si dibatte fra sospetti, stati d'animo contraddittori, violenti, e sorda paura. E quando ha rivisto Davide, lo ha accolto, ora affettuoso, come liberatore dei suoi mali, ora con ira. Persuaso alla fine dell'innocenza di costui, gli dà il comando delle schiere, confida nella vittoria: ma per brev'ora. Allorchè Davide confessa, che il sacerdote Achimelech gli ha dato, per difender-si, la spada del gigante Golia (spada conquistata dall'istesso Davide, appesa al tabernacolo di Nob, e che non doveva esser più cinta da fianco mortale), ricade Saulle in preda ad ira violenta, ai sospetti, all'angoscia.

« La pace

« Mi è tolta: il sole, il regno, i figli, l'alma  
 « Tutto m'è tolto!... Ahi... Saul infelice!  
 « Chi te consola? Al brancolar tuo cieco  
 « Chi è scorta o appoggio?... I figli tuoi son muti;  
 « Duri son, crudi... Del vecchio cadente  
 « Sol si brama la morte: altro nel core  
 « Non sta dei figli, che il fatal diadema,

- « Che il canuto tuo capo intorno cinge.
- « Su, strappatelo, su; spiccate a un tempo
- « Da questo omai putrido tronco il capo
- « Tremolante del padre... Ahi, fero stato!
- « Meglio è la morte.... »

Ed eccolo il permaloso vegliardo caduto in profondo ismarrimento. Invano gli sono attorno affettuosi i figliuoli. « In pianto il suo furor già stemprasi ». Davide allora gli canta d'altri tempi, di trionfi e vittorie.... Il Re dice:

- « Ben questo è grido dei miei tempi antichi,
- « Che dal sepolcro a gloria mi richiama.
- « Vivo, in udirlo, ne' miei fervid'anni.... »

Ma presto è mutato: per lui, vecchio, non dev' esservi che un desiderio solo, quello della pace. Davide piega il canto ad immagini di tenerezza, lo dipinge padre beato tra prole amorosa. Ed egli monta in ira; ira che tremenda esplose, quando l'incanto Davide ricorda le proprie imprese contro i Filistei.

- « Chi, chi si vanta? Avvi altra spada in campo,
- « Che questa mia, ch'io snudo? Empio è, si uccida,
- « Pera, chi la sprezzò....

E la figliuola:

« Ti arresta, oh Cielo!

E il figlio:

« Padre, che fai?

Davide:

« Misero re!

E la figliuola a Davide:

« Deh, fuggi!

- « A gran pena il teniam, deh, fuggi, o sposo »

Saulle va di sospetto in sospetto. Fa uccidere il sacerdote Achimelech: guarda con odio i figliuoli: tutti allontana, e dice:

- « Sol, con me stesso, io sto. Di me soltanto
- « (Misero re!) di me solo io non tremo. »

Adunque Alfieri in questa figura di Saulle scolpisce i lineamenti di un uomo, un dì grande, ora abbattuto. La vecchiezza ha leso quello spirito, gli ha tolto ogni vigore e fiducia in sè stesso. Un sospetto, una sorda paura lo ricinge e mai l'abbandona: egli non trova quiete, nella veglia, nel sonno. Orgoglioso, invido, porge facile orecchio alle insinuazioni dei maligni cortigiani: poi contr' esse si adira. In preda ad impulsi opposti, ora apre le braccia a tenerezze intense, ora esplose in ire tremende.

Saul è grande, perchè grande è questa lotta. È una natura, che tenta rialzarsi dall'abisso, in cui è caduta; si agita, si divincola nella fatalità, fra le braccia della sua decadenza. Da alcuni scatti, da alcune parole intravediamo, che quell'uomo fu uomo di energia straordinaria, atto alle imprese più audaci e terribili. Ed ora, brama esser solo: « di me solo io non tremo. »

Triste espressione! Saul è più che al limite della follia, quando grida: « di me solo io non tremo! » La follia sta appunto nell'isolamento dell'anima nostra. Staccate l'uomo da tutti i vin-

coli sociali, di affetti e pensieri, ed avrete l'alienato di mente. Deboli usci e pochi infermieri bastano a tener rinchiusi centinaia d'infermi, perchè ogni infermo è isolato nella moltitudine.

Nell'ultimo atto della tragedia la mente di Saulle precipita per ansie e terrori. I Filistei già sono nel campo; splendono fra densa notte le faci nemiche: prossimo è l'incendio. E il Re, di tutto oblioso, entra sulla scena in preda a delirio: vede fiumi di sangue; vede l'ombra del tra'tto sacerdote che l'incalza, gli gitta fiamme addosso, lo brucia. Ed egli sguscia, si contorce, grida; fino a che un istante di lucidità gli apre la mente. L'alta, imminente rovina gli è sopra: fuggono i suoi: ei tutti sdegna, mette in salvo con tenerezza la figliuola, e dice:

« Oh figli miei! — Fui padre

- « Eccoti solo, o re: non un ti resta
- « Dei tanti amici e servi tuoi — Sei paga
- « D'inesorabil Dio terribil ira?
- « Ma tu mi resti, o brando: all'ultim'uopo
- « Fido, ministro, or vieni — Ecco già gli urli
- « Dell'insolente vincitor: sul ciglio
- « Già lor fiaccole ardenti balenarmi
- « Veggo, e le spade a mille... Empia Filiste,
- « Me troverai, ma almen da re, qui — morto. »

E si uccide.

Questa natura, che oscilla fra termini opposti d'ira e tenerezza, e davanti al supremo periglio si rialza, nella primitiva grandezza sua, per uccidersi; ne ricorda un temperamento ad energia intermittente, esagerato ed esplosivo nelle sue manifestazioni. Ciò è proprio dell'anima epilettica.

L'epilessia, questa terribile neurosi, lancia l'individuo fra stati opposti di pietà, di terrore, d'ira indomabile. E nella figura di Saul questi stati d'animo sono scolpiti con vigore intenso. L'Alfieri era uomo dalle passioni gagliarde, divoratrici; di temperamento bilioso, pare egli soffrisse a lunghi intervalli di disturbi epilettici: quindi ha tratto quell'anima dall'intimo suo.

Ma non al certo ha reso il quadro della follia epilettica, o meglio della senilità in epiletticoide. Egli ha soffermato il passo sulla soglia di queste; e dal cozzo esagerato dei sentimenti e pensieri, ha tratto l'altissimo effetto d'ingigantire il suo eroe. Con segni di anomalie e decadenza egli ha operato in modo sull'animo nostro da trasportarci in un giudizio opposto.

Questo vecchio, cadente e degenerato, di carattere abnorme, epiletticoide fin dai giovani anni; è la maestosa ruina di un titano, che desta ammirazione in quanti nutti la contemmano. Saul, anzichè un decaduto, finisce con l'apparire a noi non diverso da quel greco Prometeo, che sulla urente rupe del Caucaso si agita fra indissolubili catene.

Come vedete, o Signori, l'Arte in questo effetto ha vinto il vero, trasformandolo, rinforzando man mano alcune tinte, generatrici in noi d'alti

gagliardi sentimenti. Quella creazione ha paralizzata in noi ogni critica, facendó vibrare soltanto i cuori per intensa ammirazione.

Ma tocchiamo di qualche eroe dello Shakspeare. Questo poeta grandissimo ha ritratto delinquenti e folli, eroi e plebe, ha accolto nel giro dei suoi drammi immortali l'umanità intera: e noi ci facciamo dubbiosi nella scelta, come colui che si trova davanti ad una miniera inesauribile. Ogni pagina, ogni figura del poeta anglosassone (e ne sono moltissime) meriterebbe lunga e paziente disamina.

Guardiamo la figura del delinquente, più elevato e nobile, che abbia dipinta lo Shakspeare, quella di Macbeth.

Macbeth era un prode, un principe di Scozia. Visse in tempi lontanissimi, intorno al mille, quando gli scozzesi lottavano con gl'intraprendenti scandinavi. Macbeth, cinto di gloria, ha vinto i ribelli al suo re; in un giorno solo ha compiuto atti di valore straordinario. Ora, accanto al suo fratello d'armi, a Banco, si affretta verso il re Duncan, che trepido lo attendè. Traversano una densa foresta, e tre streghe si fanno avanti ai guerrieri, e dicono, fra le altre cose, a Macbeth:

« Oh tu, che re sarai, salve! »

Questa parola è la scintilla caduta nella polveriera. Una tempesta s'agita nel cuore del valoroso, facendo divampare la mal compressa ambizione.

Macbeth, in preda all'idea fissa di toccare l'estrema vetta d'ogni potere, avanza come un'ombra; e quando sente dal re Duncan che si apparecchia ad abdicare in favore del primogenito, ed, ancora, che ama passar la notte nel castello dell'istesso Macbeth, non sa più reggere al fascino del delitto.

Portato da rapido corsiero, giunge Macbeth, prima del re, al castello. Quivi gli si fa innanzi la consorte, che già per sua lettera ha conosciuto la terribile promessa delle streghe.

Lady Macbeth è risoluta, lo sferza con roventi parole, lo spinge. Compiono entrambi il misfatto. Il re Duncan viene trafitto nel colmo della notte.

Tanto incalzar di eventi, la scena, in cui Lady Macbeth appiana tutti i dubbî del consorte, e quelle, in cui l'orrendo fatto si compie, sono di una potenza tragica insuperata. Il poeta con una precisione straordinaria dipinge gli affetti, gl'impeti e le paure dei suoi personaggi. Ci dimostra in Macbeth una lotta interna angosciosa; l'idea fissa, la passione del potere, l'impulso al delitto, afforzato, dalle suggestioni dell'ambiziosa consorte, dell'ora e del luogo; e la coscienza, la severa coscienza, che ogni atto segue e condanna. Egli, ad ora, ad ora, non ha la forza di compiere il sanguinoso proposito: vede con una lucidezza spaventevole fino le estreme conseguenze di una tale azione. Si in-

tenerisce: ma, quasi ebbro alla fine, al suono d'una squilla, che la moglie qual segnale gl'invia, volgesi all'uccisione. Nel muovere verso la camera del dormiente re, scorge che lo precede la figura di un pugnale, intriso di sangue: egli giudica, che è un errore dei sensi, è il riverbero del suo pensiero, segno del profondo turbamento, in cui versa.

Questa lotta, intima, continua, segue l'eroe per tutta la tragedia.

Macbeth, divenuto re, è in preda a terrori indicibili; per sospetto e paura accumula delitto a delitto, in cerca d'una quiete che non trova giammai: l'ombra del trucidato Banco sorprende i suoi occhi, più volte, all'improvviso, e per brevi istanti, nella gioia di un convito e si dilegua. Il poeta fa dire a Lady Macbeth, volta ai convitati: « No, « assidetevi, nobili amici, non attendete a cose, « alle quali sua Macstà va soggetta fin dalla più « tenera infanzia. Rimanete, ve ne prego..., l'ac- « cesso durerà un istante. »

La malattia, che colpisce un uomo fino dalla più tenera infanzia, e cagiona smarrimenti, che durano un istante, è la epilessia. Una simile radice anomala nel carattere di Macbeth ci spiega i suoi continui terrori, i disturbi dei sensi, le azioni fulminee, l'impeto della passione, che lo spinge al delitto; e di delitto in delitto ad una fine immatura.

L'anima del nostro eroe (come ora ho detto) è in certo modo divisa in due, risulta come di due uomini: quello che opera, l'altro che giudica e condanna.

Un tale stato, noi alienisti, lo diciamo, nei casi più netti, *sdoppiamento della personalità*: si osserva in alcune psicopatie e stati abnormi, ed è la caratteristica, la base di tutta l'intima tragedia in Macbeth. Vero è, che potrebbe trovarsi a ridire su questa consapevolezza, su questo sdoppiamento in un epilettico. Nelle azioni di Macbeth, francamente, l'alienista non trova i totali obnubilamenti ed impeti ciechi, propri dell'epilettico.

D'altra parte, se il poeta avesse nel suo eroe fatta tacere quella meravigliosa lucidità, che, pari all'antica Nemese, segue il colpevole in ogni menomo atto e pensiero, oh quanti effetti tragici sarebbero andati perduti!

Le due figure di Macbeth e Lady Macbeth, poste sullo sfondo di una notte procellosa, in solitario castello, fra i misteri delle streghe, gli urli del lupo, assumono davanti al nostro sguardo proporzioni gigantesche: e Macbeth, con quell'alta ragione, che, nei campi della vita e della storia, vede le conseguenze del delitto, con la sua coscienza morale acuita, ed alle prese con l'impulso ad uccidere, ci impressiona, direi, ci esalta profondamente. Sopprimete fra quelle tenebre la luce della coscienza in Macbeth, ed avrete davanti allo sguardo un enorme, mostruoso delitto, che scuote malamente la nostra sensibilità, toglie ad essa quel fondo lontano di piacere, radice d'ogni emozione



estetica. Vi trovereste, in tal caso, davanti a certe mostruose figure, non rare ad incontrarsi nei romanzi di alcuni autori contemporanei.

E Lady Macbeth, così efferata e terribile, esita ad accostarsi al trafitto re Duncan, perchè quel vecchio rassomigliava a suo padre, mentre dormiva.

Ecco un raggio di luce, per quanto incerto e sottile! In seguito, forse, ci spiegherà qualche cosa dell'elemento morale, non estraneo all'aggravarsi dei disturbi nervosi in quella donna. A lei dice Macbeth: « Donna fatale e terribile! Oh non escano mai dal tuo fianco, fuor che uomini; chè l'indomita tua tempra mal si addirebbe ad altra femmina. » Queste parole valgono assai. È risaputo, per gli studi del Lombroso specialmente, che le donne, le quali tendono all'omicidio, a dispiegare energia sanguinaria, hanno caratteri maschili.

Ma la natura femminile di Lady Macbeth pur si rivela col tempo. Nella corsa precipitosa di Macbeth, fra stragi e delitti, la moglie, così decisa al primo passo, man mano trema e cade in preda a grave disordine nervoso, in cui mostrasi tutta l'indole abnorme della sua personalità.

Lady Macbeth è isterica; e nella notte s'alza di letto sonnambula; riproduce automaticamente, bianco vestita, con una torcia in mano, molti atti e parole dell'uccisione del vecchio re. Il poeta, davanti al medico ed alla dama, che sorvegliava la inferma regina, ci presenta la novissima scena di questa sonnambula, inconscia rivelatrice del delitto! Arrestandosi, emette essa un cupo, profondo sospiro, che fa dire al medico: « Qual sospiro è mai questo! Oh come quel cuore è travagliato! » E la dama aggiunge: « Non vorrei un tal cuore in seno per tutti i titoli di questo mondo.... Pregate Iddio per lei, signore! »

La scena, dal nostro punto di vista, è rigorosamente vera. Gli accessi di delirio isterico, o di sonnambulismo, ripetono non di rado emozioni, immagini, atti, che hanno determinato da anni parecchi la esplosione della malattia. Ciò è stato messo in luce da recenti osservatori. E frattanto lo Shakespeare già lo aveva intuito nelle sue creazioni immortali, quando la scienza moderna era ai primi vagiti!

Amleto è il personaggio di un'altra tragedia del nostro poeta; è la disperazione dei commentatori. Certamente, alla luce della psichiatria, qualche cosa si riesce a comprendere in quella enigmatica figura.

In Amleto la nota dominante è l'*alterazione della volontà*, l'abulia.

È noto, come ogni azione volontaria importi desiderio, deliberazione, sforzo. Ora nel nostro eroe non sempre presente, vivo, mostrasi il desiderio; debolissimo è lo sforzo; ed il pensiero appare incoordinato, senza un punto di mira, costante e pratico.

Sembra egli un uomo sotto l'impero di una tenace idea fissa: la vendetta da compiere del padre ucciso. Questa idea, complesso di sentimenti ed immagini, ha profonda radice nel suo pensiero, e talora, inconsciamente, gli si obbietta al di fuori, rivelandosi, or nell'uno, or nell'altro dei suoi elementi costitutivi; come quando egli vede, per es., l'ombra del padre, implorante amore, nell'acerbo colloquio con la genitrice.

Anche, a principio, il poeta ci fa scorgere in Amleto un visionario, allorchè, parlando con Orazio e gli altri amici, gli fa dire, a proposito del padre estinto: « Mi par di vederlo... con gli occhi dell'anima. »

Il nostro giovane eroe è di umor tetro, ha vaghe idee di suicidio; il mondo non solo gli sembra scolorito, senza attrattiva alcuna, ma ancora repellente, brutto: vi è in lui un principio di reazione. Questa reazione è debole, instabile, suscita colonne di idee, profonde, indeterminate, e senza quiete. Egli versa in uno stato di dubbio perenne: dubita di tutto, di sè stesso, della sua idea dominante ancora; parla cante, ed intravede sempre qualche cosa di spaventoso al di là di ciò che sperimenta.

Simula la pazzia: ed il poeta con talento finissimo ci dimostra una verità, ovvia all'ora presente fra gli alienisti; cioè che i simulatori della pazzia sono anch'essi non sani di mente.

Amleto è permaloso, accortissimo, subodora quanto si muove a suo danno, e velocissimamente trova il ripiego. Ha scatti di rabbia antipatica, è talvolta cinico, è omicida per paura; mentre di frequente appare saggio, dolcissimo e buono.

Ha qualche momento, in cui l'affetto si fa in lui gigante; ma svapora ad un tratto, e lo lascia triste ed abbattuto. Talvolta davanti a quella fissa idea si commuove; quasi piange; non trovando in sè alcun impulso ad operare.

In lui (ripeto) tutta l'energia mentale è assorbita da uno slegato ed inquieto meditare, e gli affetti si scolorano, hanno strane esplosioni ed incagli, guizzi e contorcimenti. La volontà è fiacca; un pugno oscillante, inetto a reggere le briglie di corsieri, fuggenti per vie diverse.

Amleto quindi sembra uno di quei neurastenici originari (1), affetti dalla sindrome, che va inadeguatamente, sotto il nome di « pazzia delle idee fisse. » È un disgregato, direbbe lo Janet. Si nota

(1) La Neurastenia dicesi *originaria*, quando l'esaurimento nervoso, ed i disturbi mentali, che tale malattia importa (evidentissimi in Amleto), rivelansi fino dalla prima età con anomalie di carattere e di sviluppo.

una piega paranoica (2) in quel carattere e temperamento esaurito: qualità che non manca negli infermi originari di idee fisse.

Le linee psichiatriche del tipo sono delineate con profondità ed esattezza singolare: ma non appaiono sempre accentuate, tal volta dileguansi in parte. E così dev'essere; perchè lo Shakespeare ritrae, non un pazzo, un caso clinico, ma l'eroe d'una tragedia. Da quella indefinitezza e molteplicità di linee, oh quanti effetti, che poesia profonda!

Il carattere d'Amleto, essere che vive tutto della vita interiore, che divora la sua stessa anima, è scolpito fin nell'ultima parola di morte: « Il resto... è un eterno silenzio. » Ed è il perno del dramma intero, che ha da lui, come da luce centrale, un riflesso strano e misterioso.

Dice bene lo Schlegel, che l'Amleto ha radici assai profonde, nell'abisso: e nell'abisso della coscienza sentesi l'eco di meditazioni, rare e nuove, sul destino della vita; di sentimenti, vari e diversi; e da esso rampolla, come bene affermò il Carcano, la malinconica filosofia delle epoche posteriori.

L'Arte non può dare una Filosofia compiuta, ma in frantumi, allo stato nascente, palpitante fra i nostri affetti, nel momento, che spiega le ali dall'affannata anima nostra.

Amleto senza dubbio è un personaggio metafisico, fatto, come direbbe lo stesso Shakespeare, del tessuto dei sogni: poteva nascere in un'anima del Nord.

Tanta mole di idee e sentimenti poggia frantanto, sviluppati in una tela dalle linee, bene definite, di un dramma spettacoloso, presentante caratteri veri!

Ed anche le disillusioni dell'amore sono state dal sommo ritratte con verità singolare.

Ofelia, la gentile figliuola del cortigiano Polonio, ama Amleto, lo crede impazzito, gli va incontro desiosa di richiamarlo alla ragione; ma il finto pazzo adopera con lei espressioni, strane e pungenti. La povera fanciulla è accorata, rosa da tale affanno. Un'ultima parola d'Amleto la ferisce profondamente.

Su quest'anima affaticata da passione, così tormentosa, ecco, scoppia un'emozione, nuova e terribile. Il padre Polonio, mentre spiava Amleto in colloquio di gravissime cose con la madre, fu dal principe sospettoso trafitto. È il colpo fatale. Ofelia impazzisce.

(2) Il *paranoico* è un malato di mente, che, fra gli altri sintomi, presenta costante sospettosità, disposizione a riferire a sé stesso qualsiasi evento, o fatto, che osserva. Ed il fatto viene da lui considerato, non come un semplice fenomeno, bensì come *segno*, o *effetto* d'individui, nascosti, operanti a suo danno od a vantaggio suo. Quindi il paranoico dà un *significato* ad ogni cosa, vi vede un dietro-scena, un mistero, quasi sempre pauroso.

La forma della malattia mentale di Ofelia è precisa: noi la diciamo « confusione mentale. » Da pochi anni questa malattia è stata dagli alienisti bene definita. Il delirio di Ofelia è esattissimo in alcuni particolari: vi sono vaghe idee di persecuzione, ricordi di amore tradito, della morte del genitore, espressioni slegate e confuse.

Ma il delirio di Ofelia non è certo un delirio simigliante a quello, che osserva il medico. Ha ben altri elementi, che lo fanno un canto divino, il quale commuove lo spettatore ad altissima pietà. Un soffio di poesia ricinge l'infelice giovanetta; e la regina, con i seguenti versi, ne descrive la morte:

« Nella prateria alle sponde di un ruscello  
« profondo sta un salice, che specchia le bianche  
« sue foglie nel cristallino dell'acqua; là ella è  
« ita con la testa coperta di ghirlande bizzar-  
« mente intessute d'ortiche, di rose, di margherite  
« e di quei fiori pallidi, che le nostre fanciul-  
« le chiamano fiori della morte. Mentre ella si  
« sforzava per salire ed appendere alle branche  
« più umili la sua ghirlanda, un ramo si ruppe e  
« l'infelice cadde nell'onde. Le sue vesti enfiate  
« l'hanno sostenuta per un po' di tempo come  
« una sirena, e così portata dalle acque cantava  
« frammenti d'antiche romanze, quasi insensibile  
« al suo pericolo, o come creatura nata in quel-  
« l'elemento; ma tal cosa non poteva durare; i  
« panni, inzuppatisi, la trascinarono in fondo, in-  
« terrompendo i suoi melodiosi concerti. »

\*\*

Come vedete, o Signori, la contemplazione del vero è sorgente d'alta poesia. Chi lo avrebbe creduto che dal sonnambulismo d'una regina, dal delirio d'una infelice giovanetta, potevano trarsi effetti, così maravigliosi e nuovi? Come ora ho detto, il delirio di Ofelia, anzichè un delirio, è un canto divino. Vi sono elementi, che insensibilmente mutano il vero, e ci commuovono profondamente.

Le figure di Macbeth e di Amleto, come quella di Saul, vere nelle linee fondamentali ed in molti particolari, in altri non sembrano perfettamente soggette ad una logica, direi, psichiatrica; o meglio si connotano a qualche cos'altro di personale al poeta, e che è radice d'ogni emozione estetica. In altra stupenda tragedia dello Shakespeare, in cui è dipinta la pazzia di Lear, vecchio re, di strano ed irascibile carattere, venuto in preda a follia per un cumulo di fatti, posti benissimo in luce; in quella tragedia, dico, la pazzia di Lear guarisce, sotto il magistero d'una musica dolcissima e delle cure affettuose della figliuola Cordelia. La scena presenta grandi verità: nondimeno su tutto un alienista potrebbe trovare a discutere. Eppure è quella una scena, piena di sentimento, di commozione infinita!

Egli è, che il vero nell'Arte, o Signori, non si presenta come nella Scienza. In quella il vero reagisce su noi, e suscita un sentimento, che vie

più incalzando, trasfigura il vero. Si arriva ad un punto, in cui sotto il rigore, il determinismo dei fenomeni esterni, si accentua per noi qualche cosa che li sposta. Il vero obbiettivo allora è come la scorza, la semplice prospettiva, da cui prorompe un'armonia che tutto trasfigura: dalla fosca realtà l'anima nostra è rapita in altre regioni. E per l'anima che ama, dice lo Schiller, non v'ha che il portentoso regno dei sogni, del miracolo!

Il sogno e la commozione di tutto l'essere nostro indicano pure una verità, ma diversa da quella obbiettiva, esterna. Non meno profonda ed utile, poichè sono alla radice dell'operare; indicano le aspirazioni, i segreti dell'anima umana.

Coloro, i quali vogliono mantenere una verità rigorosa, obbiettiva, in tutte le fasi della creazione artistica, negano dunque a questa l'essenza sua: rischiano di non fare opera d'Arte, senza pur lontanamente fare opera di Scienza.

Se vi fu poeta al mondo, studioso della verità nella dipintura degli uomini, fu certo lo Shakespeare. Ed appunto in lui vediamo i fatti assumere, come nel Macbeth, nell'Amleto, quasi un valore simbolico, esser circondati da un'armonia, da una risonanza d'idee e di sentimenti, che li trasfigura ed esalta. Pari a sinfonia possente, molteplice di suoni flebili e squillanti, e cupi, e profondi, espliciti in una complessità senza nome, in alta notte, sotto cielo stellato; quella poesia lancia il nostro pensiero in una contemplazione novissima!

Non certo un ignorante re di Scozia, vissuto intorno al mille, come Macbeth, poteva dir cose tanto profonde sulla vita e sulla storia, nè un principe di Danimarca, per quanto colto! Shakespeare quindi aggiunge ai suoi personaggi, fra le altre cose, il riflesso del suo pensiero: avvicina fatti lontani; e, nel momento più acuto, fa dire una espressione, che, pari a lampo in notte tempestosa, tutto illumina e trasfigura. Shakespeare traccia il quadro, giusto, preciso; ma lo porge a noi dietro la lente del suo intelletto sovrano, dei sentimenti suoi, profondi, fluttuanti nel vasto indefinito! Così l'Alfieri dà l'energia straordinaria delle sue passioni al cadente Saul: dà Schiller ai personaggi suoi l'onda lirica, prorompente, rapitrice della sua anima divina!

\*  
\*\*

L'esattezza di quanto affermo potete verificarla, arrestando per poco l'attenzione, sopra un'opera, di cui amo parlarvi, a mò di conclusione: il Don Chisciotte del Cervantes.

È il romanzo di un poeta spagnuolo, nato qualche anno prima dello Shakespeare. In quel romanzo due figure campeggiano, sono tutta l'opera: l'hidalgo Don Chisciotte ed il suo scudiero Sancio Panza. L'hidalgo è un buon diavolo impazzito, o venuto su tale, che a furia di leggere le istorie dell'antica cavalleria, le imprese di Amadigi e dei paladini della Tavola Rotonda, ha finito col ritenere

quelle là, non fantasie, ma storie vere, reali. Perciò ha ben fermato in mente di volere essere cavaliere errante, ed in tutte le regole. Riesce con quel magro suo avere di gentiluomo di provincia a mettere assieme una goffa armatura, spada e loricca; cavalca un povero cavallo, dal nome Ronzinate, e si rimorchia dietro, come scudiero, un credulo villano di quei dintorni, affascinato dalle storie, che gli va narrando di tesori nascosti ed isole misteriose, su cui regnare. Invano la nipote e la serva, come dopo il barbiere ed il curato del paese, vogliono impedire la fuga di quel matto. Don Chisciotte se la svigna bellamente: ed eccolo in giro per il vasto mondo.

Cerca titani, mostri, guerrieri, regine da liberare; e scambia un mulino a vento per un gigante; una torma di montoni per nemici, che muovono all'assalto; una barchetta legata alle sponde di un fiume per nave misteriosa su misterioso lido. Si caccia nella barca, va alla deriva per il fiume, poco manca non s'impiglia fra le ruote di un mulino. I mugnai, accorsi con forche ed ingegni, cercano di liberare quel pazzo. E Don Chisciotte crede quel mulino un castello, i mugnai tanti spiriti infernali, che tengono prigionie qualche infelice castellana. Egli vuole liberarla: mena sciabolate a dritta ed a manca: ne piglia di sonore ad ogni passo; e fa ritorno in casa la prima volta, chiuso in gabbia, e poscia in altra non eroica maniera.

Sancio Panza è un furbo, che le cose vicine le vede bene, ma non le rimote. Quindi si oppone ad ogni stramberia del padrone, talvolta lo inganna: ma non riesce a nulla. È vinto, affascinato nella sua credulità dalla energia, dalla fede di quell'uomo; e va anche lui a precipizio, per quanto sia il più mite e pauroso uomo del mondo.

Come vedete, o Signori, pare questa una istoria tutta gioconda; e l'autore sembra vi si compiaccia, enfiando, ad ora, ad ora, lo stile, d'ordinario un tantino pomposo, ma elegante, finissimo.

La pazzia di Don Chisciotte vi è dipinta con grande cognizione, ma qua e là alterata, trasfigurata. Quel pazzo, dopo tutto, non è un egoista: ha l'animo, pieno di nobili sensi e di coraggio; è devoto ad una missione. Sancio, quel credulo e furbo villano, è una buona pasta d'uomo, senza ombra di malignità. Eppure quei poveri diavoli vengono derisi, toccano busse a distesa, ad ogni occasione.

Dapprima si ride: poscia si incomincia ad amare l'hidalgo ed il suo scudiero. Il lettore, ad ora, ad ora, soffre nel vedere, che al povero pazzo si giocano continui tiri birboni; pensa che quanto dice Don Chisciotte non è poi tutto pazzesco: e guarda coloro, che gli sono a fronte.

Guarda popolo, e nobili, e sacerdoti, e vede, che tutti canzonano quegli ingenui errabondi, mentre da parte loro compiono prepotenze, ingiustizie ad ogni passo. A poco, a poco, un'angoscia profonda s'impadronisce dell'animo nostro. Finiamo col vedere, che questo è un gran brutto mondo, e bisogna non esser che pazzi, per credere di poter raddrizzarlo sul serio. Per colmo d'ironia, il poeta fa sì, che un duca, allo scopo di spassarsela con Don Chisciotte, nomina Sancio Panza governatore di una contrada, e lo manda laggiù. Chi lo crederebbe? L'ignorante contadino laggiù governa bene, con saggezza e giustizia, ed alla fine rinunzia spontaneamente ad ogni onore, disgustato del potere. I precedenti governatori erano stati ladri insigni e prepotenti.

Quel libro del Cervantes è un libro terribile! Non fu scritta opera, che attacchi così profondamente la società umana! Gli altri libri criticheranno ordinamenti, epoche, uomini; quello là

critica la natura umana, la dimostra squilibrata ed inconcludente.

Il Don Chisciotte, Signori, è un libro, in cui si ride. Ma quel riso è simigliante all'incresparsi dell'onda sugli abissi del mare.

Cervantes, l'uomo dall'anima profonda, in quel libro rispecchiò tutta la sua vita. Anche egli fu guerriero e valoroso, anch'egli volle al mondo il bene; ma alla battaglia di Lepanto si buscò una ferita, che per il resto dei suoi giorni lo fece storpio di un braccio. Misero operaio della penna, affamato, deriso, con moglie e figliuoli, meditò il libro fra le angustie d'una prigione, chiusovi per debiti. Anche nella figura il poeta spagnuolo rassomigliava a Don Chisciotte, lungo, ossuto, con una ispida barba.

In quell'anima adunque colpita, straziata da tante sventure, sollevavasi con impeto possente l'amore verso quanto vi è al mondo di grande, di nobile, di bello; ma la dura esperienza attaccava, rodeva quegli splendidi sogni: quindi l'ironia, il sorriso. Bene straziante doveva essere quel sorridere di sè stesso, d'ogni suo più nobile palpito, d'ogni suo orgoglio e gioia nella vita!

Sotto la verità della più o meno esatta dipintura del pazzo Don Chisciotte, del credulo Panza, di quella società, tutta ingiustizia e prepotenze; si cela una verità più profonda. Una verità di tutti i tempi, che vibra perenne nel cuore umano!

Il popolo di Spagna, che ha dato al mondo i più terribili nemici della Scienza, quel popolo istesso, ha dato a noi il canto del Cervantes. Da quello stesso misticismo, tinto dei bagliori di fiammanti roghi, delle stragi di Pizarro, e successori (anche contemporanei); da quel cupo, feroce misticismo, sorge pure una nota, flebile e profonda, che ci riempie l'anima di tenerezza.

Questa è l'Arte, Signori! Essa riproduce la realtà, ma nel tempo istesso l'eleva a simbolo; tra fluttuanti idee e sentimenti la trasfigura!

I primi poeti, o Signori, là, sulle sponde dell'antica Grecia (nostra comun madre) furono vati, profeti. I canti di Omero ed Esiodo contenevano tutto il sapere e la morale dei tempi antichissimi.

Il pensiero è nato, pronuba la gioia del canto: dritto sulla soglia del paradiso del nostro mondo morale, s'erge questo sfavillante cherubino dell'Arte.

E dell'Arte, come da lontane inaccessibili rocce, vengono due fiumi maestosi, il Buono ed il Vero, che all'Arte ritornano. L'Arte è una vibrazione di tutto l'essere nostro: fa risuonare in noi, tutto quanto è in noi; e matura, e moltiplica ogni nostro sentimento e pensiero. Quindi il suo alto valore educativo.

L'Arte per l'Arte è frase vuota di senso, è la degenerazione dell'Arte; è un fiore splendido, maraviglioso, ma fiore da serra, che l'aere attosca.

L'Arte è per l'Unanità: sorge e dispare nelle libere correnti della vita: ricompone l'essere nostro, lo innalza, solleva, e matura: si appunta in quanto vi ha di eroico, di più elevato nell'anime nostre!

È il lungo grido dell'Unanità attraverso i secoli. È il simbolo, la fiaccola della vita imperitura, che le generazioni si tramandano d'una in altra, nella corsa precipitosa; e brilla, e s'avanza, e perdesi nell'in nito!

Dott. FRANCESCO DEL GRECO



Dott. **Jacopo Finzi** — Breve compendio di Psichiatria — U. Hoepli — Milano 1899 — Un vol. di 220 pagine.

« Dovendo il libro essere piccolo ed essendo la materia sterminata, occorre scegliere; dir poco ma dire abbastanza, ecco il fine e la difficoltà. Ho creduto di limitarmi essenzialmente alla psichiatria clinica. »

A questo programma apparentemente modesto conformando la sua opera, l'Autore ha saputo condensare in una trattazione lucidissima tutto quanto di più sicuro insegna l'osservazione dei malati.

Il criterio clinico dal **Kahlbaum** e dall'**Hecker** sostenuto già così valorosamente: doversi tenere ben distinto anche in psichiatria il concetto di « complesso sintomatico » da quello di « processo morboso », principio quanto semplice altrettanto sconosciuto, che ha dato i suoi frutti migliori nell'opera di una scuola germanica illustre, ha guidato l'Autore in un felice aggruppamento delle forme cliniche, fatto in base al loro decorso complessivo ed all'esito.

Dopo tratteggiate nella parte generale le *sindromi psicopatiche* più importanti, fra le quali annovera la confusione mentale, il delirio acuto, la mania, l'eccitamento motorio semplice, la paralisi l'arresto l'intoppo psichico, il negativismo, la catatonìa, viene alla descrizione dei *processi morbosi mentali*, ridotti a pochi grandi quadri fondamentali, nel corso dei quali le sindromi si succedono e s'intrecciano. All'Amenza l'A. allarga i confini per comprendervi la cosiddetta demenza acuta e il delirio acuto, dove la gravezza speciale dei fenomeni dipende dall'intensità delle stesse cause o dalla disposizione particolare dell'organismo che le subisce. Accanto alla demenza paralitica e alla senile si leva la demenza precoce, dove l'A. stringe in un gran fascio, che può parere e non è disforme, l'ebefrenia la catatonìa la demenza paranoide.

Viene ultimo un vivace capitolo « Il Manicomio », nel quale, professandosi avverso alle alte mura, alle inferriate, alla chiusa atmosfera carceraria, che grava sulla maggior parte dei nostri manicomi, così irritante e mortificante agli infelici che hanno più coscienza, l'Autore da una parte riconosce che tutto ciò è meno colpa d'uomini e pervicacia di male consuetudini che non conseguenza del difetto economico; dall'altra osserva « che i concetti che informano generalmente le direzioni mediche non sono fondati sull'esperienza, giacchè il medico entra già nel manicomio con una folla di preconetti, e l'esperienza ch'egli fa in seguito bisogna sempre giudicarla in funzione dei metodi fino allora adoperati. »

La esposizione stringata e limpida dei fatti e delle induzioni, la moderna giustezza delle vedute sorretta da una salda col-

tura e dalla tendenza fervida allo studio del malato, meritano al lavoro del valentissimo alienista la maggiore fortuna; sebbene in Italia la stagione sia rivolta dal culto della psichiatria clinica, i cui problemi, altrove dibattuti appassionatamente, qui trovano spesso il disprezzo più superbo e la incuranza più neghittosa.

A. VEDRANI

## CRONACA DELL' ISTITUTO

Alla fine del semestre ultimo la cifra dei malati era, complessivamente fra uomini e donne, di 394. In questi quattro mesi il numero è aumentato: abbiamo avuto un massimo di ricoverati sul finire di Agosto (419), massimo che si è mantenuto presso a poco negli stessi limiti per due terzi di Settembre; ora siamo a 406. Sono stati accolti 96 malati: fra essi si contano parecchi casi di demenza paralitica, parecchi pellagrosi, dementi senili, alcuni nevrastenici e isterici ecc. Non v'ha predominio assoluto di alcuna forma morbosa: tutte le psicosi sono in quasi uguale misura rappresentate. I dimessi sono saliti al numero di 59: molti, benchè solo migliorati, furono rilasciati alle famiglie che li richiedevano, assumendosi la responsabilità della loro sorveglianza. La Direzione Medica, quando peculiari ragioni non lo impediscano, aderisce di buon grado al desiderio che alcuni dimostrano di riprendere, anche non guariti, i loro parenti

infermi: si ottiene così il doppio intento di diminuire l'addensamento de' malati nel Manicomio e di promuovere in certo modo « *le patronage familial* » degli alienati.

La mortalità è stata di 25 infermi, dei quali 12 hanno cessato di vivere per demenza senile e marasma in una età che varia dai 62 agli 80 anni. Nell'altra metà noi non possiamo contare che quattro soli morti per morbi infettivi: è codesto un fatto che dimostra la buona igiene del nostro Manicomio. Il numero dei vecchi, che in pessime condizioni di salute fisica vengono qui mandati, a mò di rifiuto, dagli Ospedali, Ricoveri ecc., arricchisce molto la statistica dei decessi, ma non ne altera il significato, il quale parla sempre in favore dello stato igienico dell'Istituto nostro.

La vita Manicomiale non fu, come di solito, turbata da spiacevoli avvenimenti, e si è svolta serenamente senza incidenti di sorta: ma di questo, come di tutto ciò che più particolarmente riguarda l'andamento dell'Istituto, parleremo con maggiore diffusione alla fine dell'anno.

L. CAPPELLETTI

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — L. CAPPELLETTI - G. OBICI - J. FINZI  
A. VEDRANI - R. LAMBRANZI

## Movimento dei malati nel mese di Luglio 1898

	Esistenti		Entrati		USCITE								Morti		Rimasti			
					guariti		miglior.		non migliorati		per trasf.						per non ver. pazz.	
					U	D	U	D	U	D	U	D					U	D
Appart. {	alla Prov. di Ferrara		168	191	22	15	6	2	3	1					1	4	180	199
	ad altre Provincie		23	12	2												25	12
			191	203	24	15	6	2	3	1					1	4	205	211

## Movimento dei malati nel mese di Agosto 1898

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		180	199	15	7	7	4	2	3	1				1		1	185	197
	ad altre Provincie		25	12	1				1									24	13
			205	211	16	7	7	4	3	3	1				1		1	209	210

## Movimento dei malati nel mese di Settembre 1898

Appart. {	alla Prov. di Ferrara		185	197	5	9	3	6	1	4		2			4	7	182	187
	ad altre Provincie		24	13					1									23
			209	210	5	9	3	6	2	4		2			4	7	205	206







UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07697 3976





