



R. ALBERGO DEI POVERI - NAPOLI
SANATORIO « S. MARIA DELLA VITA »
Direttore: prof. V. DE BONIS

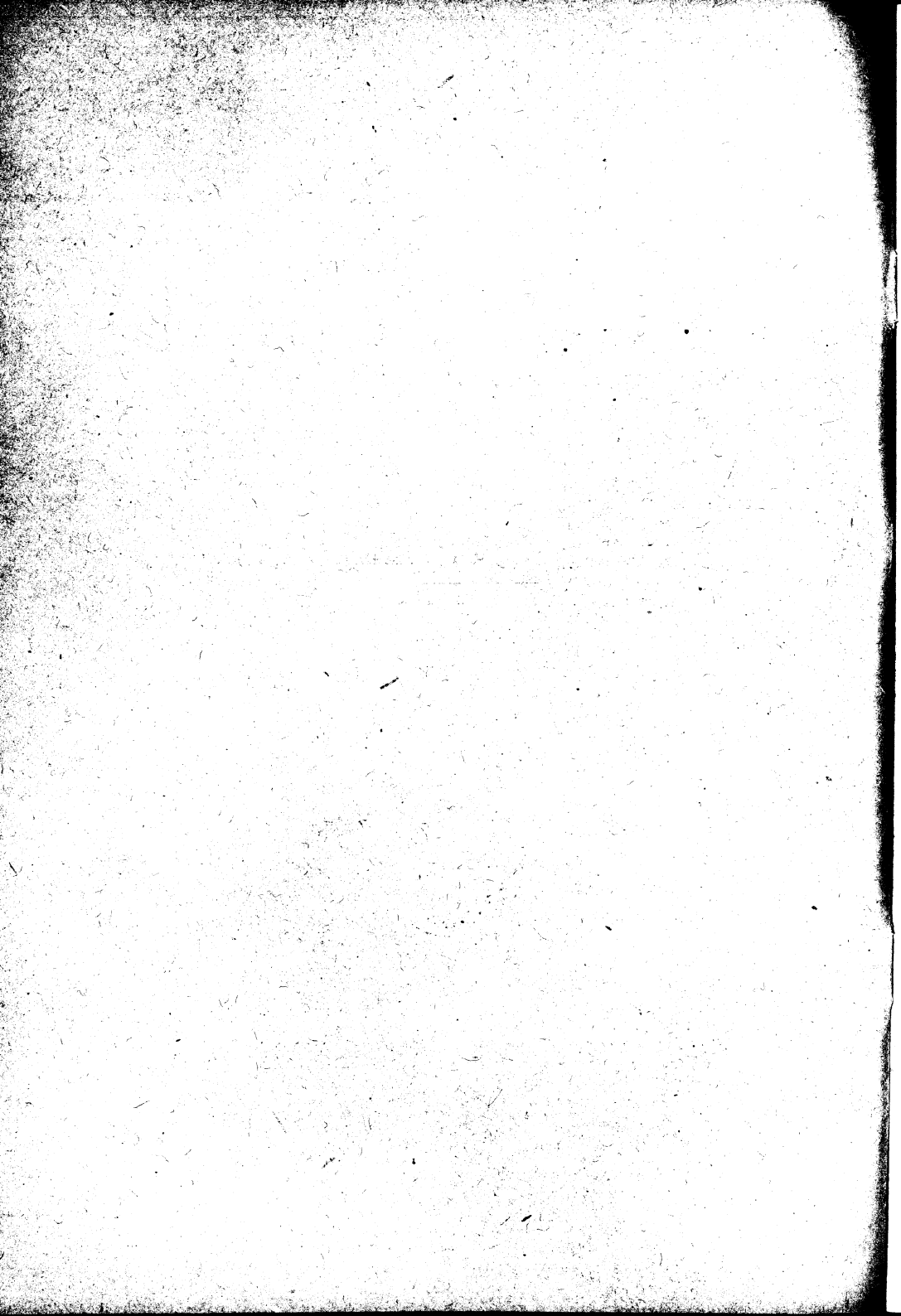
Prof. PAOLO STANGANELLI
Libero docente e primario

Turbe mentali nel corso della tubercolosi polmonare

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno IX, n. 5 - Maggio 1938 XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



R. ALBERGO DEI POVERI - NAPOLI
SANATORIO « S. MARIA DELLA VITA »
Direttore: prof. V. DE BONIS

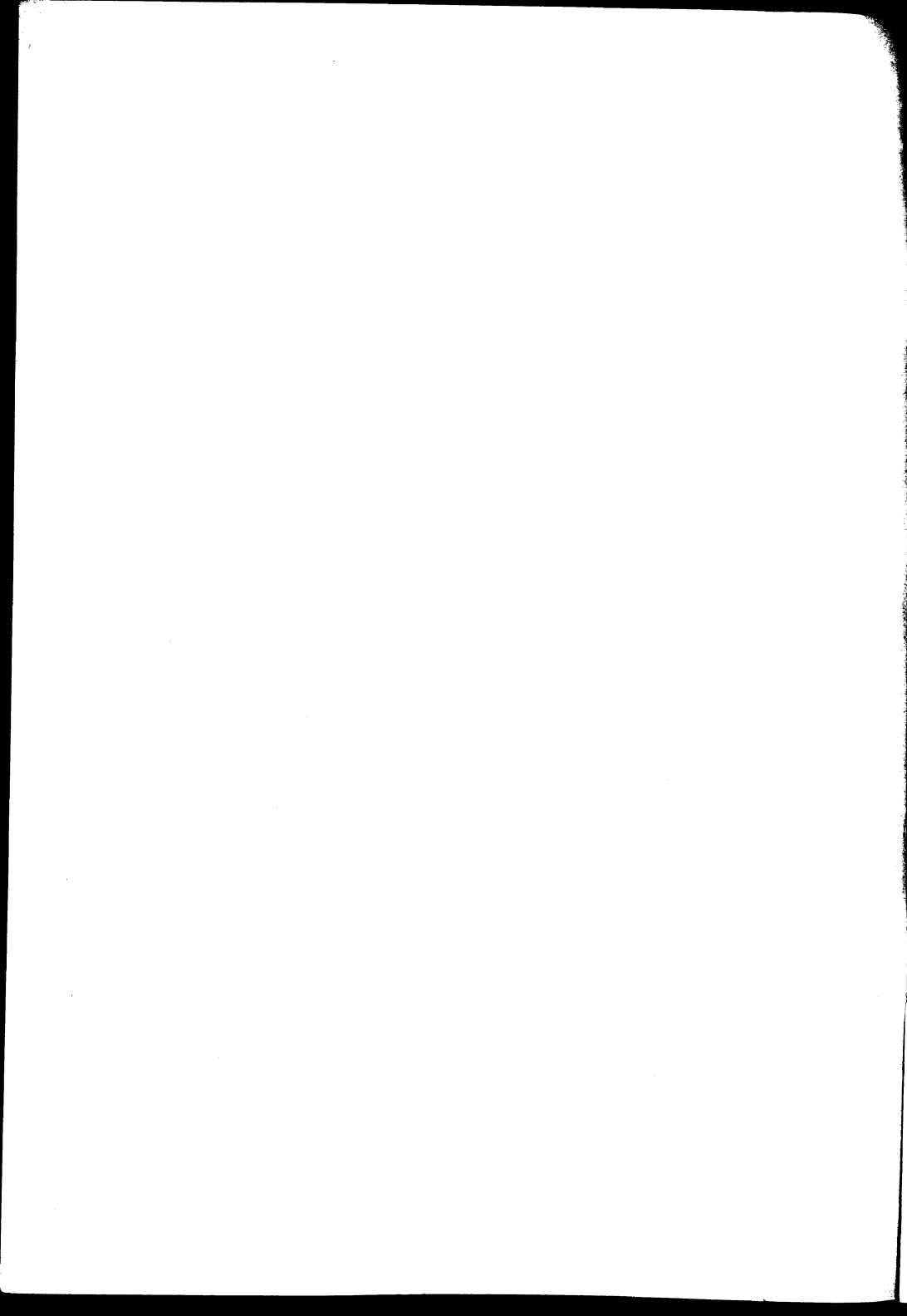
Prof. PAOLO STANGANELLI
Libero docente e primario

Turbe mentali nel corso della tubercolosi polmonare

Estratto dalla Rivista " **Lotta contro la tubercolosi** „ - Anno IX, n. 5 - Maggio 1938-XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Che la tubercolosi eserciti poca influenza sulle funzioni psichiche era opinione fino a ieri condivisa pressochè unanimemente, ma le nostre esperienze e le moderne vedute autorizzano un riesame dell'argomento. Il fatto che, anche a malattia avanzata, si osservano individui dotati di forte intelligenza e in tutto esenti da decadimento della sfera intellettuale, quadrava col vecchio *cliché* del tubercolotico in genere di umore lieto, facile alle illusioni e alle speranze, anche negli stati più avanzati, facile agli stati di ipereccitabilità nerveo-muscolare.

Ora, è certo che ogni medico, anche di limitata pratica, sa che la stanchezza generale, l'insonnia ostinata, la svogliatezza al lavoro, ecc., possono essere i segni premonitori di una tubercolosi.

Non è raro il caso di soggetti che si lamentano di cefalea, di capogiri, di esauribilità mentale e solo dopo parecchi mesi compaiono sintomi obiettivi di tubercolosi evolutiva. Esiste una *forma nevrosica della tubercolosi polmonare*, sulla quale da tempo è stata richiamata l'attenzione, come di una forma subdola, larvata, iniziale: astenia, eccitabilità, agitazione psichica, cefalea, insonnia, tachicardia, cardiopalmo: questa forma sfumata rientra nel quadro delle disestesie vago-simpatiche e del basedowismo tubercolare, che rappresenta il tipo delle nevrosi vegetative pre- e para-tubercolari ed esprime un particolare atteggiamento umorale-dinamico della costituzione, su cui la tubercolosi polmonare attecchisce come sul suo *optimum*.

Non pochi sono i malati di tubercolosi polmonare che, per lunghi mesi, non si lagnano affatto di disturbi respiratori, ma presentano tutta una serie di disturbi nervosi, vaghi e persistenti, che facilmente possono essere confusi

con le forme neuro-asteniche, isteriche, distimiche, pure e semplici. Un esame sistematico e completo del torace, fatto da un medico competente, può, il più delle volte, mettere al riparo da simili errori, che durano finchè una emoftoe o la comparsa di una febricola serotina o altri fenomeni non facciano scoprire la vera natura del male. Il quadro neuro-psichico, invero, è tale da autorizzare appieno la diagnosi di nevrosi, specialmente se ai sintomi sopradetti si associano pigrizia al lavoro, facile esaurimento dell'attenzione, ipersensibilità ai cambiamenti di tempo e ai rumori, crisi di eccitabilità, di irritabilità, di depressione del tono dell'umore. Questi soggetti hanno non di rado il presentimento e la fobia della malattia tubercolare: è una risonanza della coscienza splancica che essi hanno, in modo spiccato, con la proiezione dell'organo, profonda e inconscia: sono mobilissimi, queruli, ipocondriaci. Talora hanno crisi di pianto diretto. Non mangiano, non dormono, deperiscono. Talora vi è lieve movimento febbrile serotino, eppure questo sintomo prezioso sfugge nel corteo dei sintomi psichici e nervosi che, nell'assenza di reperti respiratori di sorta, dominano assolutamente il quadro.

I. — MALATTIE MENTALI E TUBERCOLOSI

La grande mortalità per tubercolosi che vi è nei manicomi veniva spiegata con la circostanza che nei manicomi la tubercolosi facilmente può fare delle vittime, trattandosi di malati cronici, talora indeboliti e cachettici, sudici e spesso nemici di ogni regola igienica. Tuttavia, parecchi autori (COLELLA, LÖW, WOLFER, GIASLIM, LIEBERMEISTER ed altri) hanno rilevato che, a parità di condizioni ambientali e di periodi di degenza, non tutte le malattie mentali danno lo stesso contributo alla tubercolosi: per es. molti dementi precoci, il 60-70 %, muoiono di tubercolosi con una frequenza tanto grande, in confronto di altre psicosi, da far pensare che tra demenza precoce e tubercolosi possano esistere rapporti tali da essere considerati come di effetto e causa. Quando poi LÖWENSTEIN trovò col suo discusso metodo una percentuale di culture di b. di Koch positiva nei dementi precoci così elevata (in 142 casi su 232 esaminati!), parve trovata la maniera di recidere il nodo gordiano.

ZALLA, del resto, aveva trovato che fra le varie forme morbose ricoverate negli ospedali psichiatrici la demenza precoce offre una percentuale di morte per tubercolosi molto superiore alle altre, raggiungendo la cifra del 68,12 %, e che fra le altre forme morbose solo le cerebropatie infantili danno una percentuale di morti per tubercolosi non molto lontana da quella della demenza precoce, mentre nell'amenza è 6,95 %, nella paralisi progressiva è 6,21, nell'alcoolismo cronico 9,09. Anche negli ospedali psichiatrici la tubercolosi predilige i giovani, e ZALLA osserva che anche le altre forme prevalgono nei giovani, e nella demenza precoce l'alta mortalità per tubercolosi non è in relazione nè con la più lunga degenza dei malati negli ospedali psichiatrici, nè col disordine della loro vita, sicchè oggi è ancora *sub judice* la questione

se la tubercolosi abbia o no importanza causale diretta o indiretta nel determinismo della demenza precoce.

WOLFER invoca l'azione di una tossina tubercolare capace di produrre la sindrome schizofrenica in individui con disfunzione endocrina, d'origine parimenti tossinica tubercolare: in sostanza, il demente precoce, secondo WOLFER, sarebbe un tubercolotico latente, che avrebbe nella sua storia un complesso primario.

La frequenza di turbe psichiche svariate nei tubercolotici, specialmente della demenza precoce, era già stata posta in rilievo da altri autori, e PAGÉS e TOYE, invocando l'acido formico, concepivano questa sindrome come una para-tubercolosi. Questi autori mettono in evidenza la nozione antica di alternative di *poussées* evolutive tubercolari e di episodi psichici, fatto che si ritrova nella discendenza dei tubercolotici.

Molto scarse sono le conoscenze sull'influenza che la tubercolosi ha nella etiologia e nella patogenesi delle altre neuro-psicopatie e della delinquenza. Dopo i bei lavori di COLELLA, MORSELLI, ecc., un certo accordo si è verificato nel senso che si ammette che la tubercolosi di per sé non sia sufficiente a determinare stati morbosi di questo genere, anzi alcuni arrivano ad escludere addirittura la tubercolosi come causa occasionale in individui ereditariamente predisposti alle neuro-psicopatie e alla delinquenza. Invece, le nostre ricerche, esperite su diverse centinaia di tubercolotici polmonari, inducono a ritenere che le sindromi nervose e psichiche che compaiono nel tubercolotico vanno, in mancanza di altra etiologia accertata, attribuite al b. di Koch o ai suoi componenti chimici. Certo, è possibile che la tubercolosi apra la via ad altre infezioni oppure che si tratti di malattie che solo per caso hanno colpito un tubercolotico, potendo non essere tubercolosi tutto ciò che colpisce un tubercolotico. Ma come negare che la tubercolosi non abbia parte nelle psicosi, quando sappiamo che la tubercolosi è malattia squisitamente costituzionale e non risparmia alcun organo o tessuto? Sotto questo riguardo, appare tutt'altro che attendibile il criterio per il quale SCHUPFER negò che le psicosi polinevratiche dei tubercolotici si debbono attribuire alla tubercolosi, sol perchè in nulla si distinguono da quelle di altra natura.

D'altra parte, non raramente le sindromi depressive, specialmente psicaseniche e neurasteniche, sono legate alla tubercolosi. Tutte le peri-visceriti hanno importanza nel determinismo di queste turbe psichiche e PIERRE MAS insiste sul fattore acido-ossalico che questi malati presentano in sommo grado, ricordando i lavori di PAGÉS sulla parte che l'acido ossalico ha nella difesa antitubercolare e sulla nozione delle sindromi para-tubercolari.

II. — OSSERVAZIONI PERSONALI

Il più elevato livello intellettuale e il grande incremento delle campagne antitubercolari fanno sì che oggi quasi tutti i malati sanno di essere talora sfuggiti dagli altri e talora fatalmente votati alla morte, ciò che agendo in

soggetti con anomalie costituzionali e con larga tara neuro-psicopatica, con eretismo neuro-muscolare e sensibilità spesso esagerata, che è appannaggio di molti tubercolotici, può determinare l'esplosione di forme nervose e mentali, che altrimenti non si sarebbero verificate. E sebbene possa dirsi che nulla vi sia di specifico, e possa avverarsi anche per altre malattie croniche esaurienti, per altre intossicazioni, tuttavia è innegabile che vi sia un rapporto diretto come tra causa ed effetto per le neuro-psicopatie che si verificano nel corso della tubercolosi polmonare, non potendosi escludere che vere e proprie localizzazioni del b.t. possano verificarsi nelle meningi e nell'encefalo.

La sindrome mentale del caso di LÉPINE (confusione mentale grave con delirio melanconico ed allucinazioni di carattere mistico), in cui oltre ai segni di una tubercolosi polmonare vi era febbre alta, Kernig, aumento della pressione del liquor, strabismo, emiparesi sinistra va certamente riferita, secondo la nostra esperienza di casi simili occorsi in Sanatorio, alla tubercolosi. Sono quasi tutte sindromi terminali, in mezzo alle quali cala il sipario sul gran dramma della tubercolosi. Il quesito che fino a ieri si poneva, se si tratta di psicopatie in soggetto tubercoloso o di lesioni vere e proprie del cervello, causate dal b. di Koch, oggi, secondo la nostra esperienza, può essere risoluto ammettendo che l'impregnazione tubercolinica è capace di scomporre siffattamente le cellule e i tessuti nervosi da produrre le più svariate sindromi mentali.

Su 4807 infermi ricoverati al Sanatorio « S. Maria della Vita » dal 1925 al 1936, dei quali 2502 uomini e 2305 donne, furono trasferiti all'Ospedale psichiatrico provinciale 21 infermi, dei quali 11 uomini e 10 donne.

1. *P. G.*, anni 19, calzolaio. Infiltrazione perilare a destra, forma emoftoica, Koch negativo. Trasferito al Manicomio Provinciale per accessi epilettici il 16 settembre 1930.

2. *L. G.*, marmista, anni 43, invalido di guerra. Bronco-alveolite bilaterale, forma emoftoica. Trasferito all'ospedale psichiatrico per sintomi schizofrenici il 10 maggio 1927.

3. *G. G.*, anni 46, contadino, invalido di guerra. Pleurite bilaterale e bronchite nel 1917, residuando deperimento generale e tosse. Dal 1930 convulsioni a tipo epilettico. Entrato per infiltrazione apicale e stato tossiemico, viene trasferito all'ospedale psichiatrico per una sindrome di agitazione psicomotrice il 14 giugno 1930.

4. *M. M.*, anni 31, domestico. Durante il servizio militare ascessi freddi alla regione sopra- e sotto-clavicolare destra. Infiltrazione bilaterale prevalente a sinistra, forma emoftoica. Koch positivo. Trasferito all'ospedale psichiatrico per disturbi confusionali e impulsività il 31 maggio 1930.

5. *F. F.*, anni 38, tappeziere. Padre morto per tubercolosi polmonare. Sifilide pregressa. Otto anni prima avvelenamento con sublimato corrosivo con consecutiva nefrite tossica. Da qualche anno sofferente di accessi epilettici. Infiltrazione apicale destra. Accessi convulsivi e stato di agitazione psicomotrice. Trasferito il 13 maggio 1930.

6. *M. E.*, anni 41, carrettiere. Infiltrazione apicale sinistra. Aggressivo, litigioso, ha spunti paranoici contro gli infermieri. Ha aggredito un infermo per futili motivi colpendolo di coltello e rimanendo a sua volta colpito da un seggiolino alla regione parietale. Trasferito il 4 dicembre 1929.

7. *B. G.*, anni 42, tessitore. Riformato dal servizio militare per epilessia. Infiltrazione bilaterale prevalente a sinistra. Koch positivo. Laringite tubercolare. Forma emof-

toica. Stato delirante a contenuto persecutorio, tentativo di suicidio, disorientamento di luogo e di tempo. Questo episodio, durato alcune ore, si è ripetuto per diversi giorni di seguito, ripristinandosi ogni volta la lucidità mentale. Trasferito il 17 maggio 1930.

8. *D. L.*, anni 39, barbiere. Infiltrazione bilaterale ai lobi superiori. Koch positivo. Cefalea intensa. Stato confusionale. Trasferito l'8 dicembre 1929.

9. *B. E.*, anni 19, sarta. Ulcero-caseosi bilaterale. Koch positiva. Fortemente febbrile. Condizioni generali scadute. Stato confusionale. Trasferita il 20 dicembre 1930.

10. *P. G.*, anni 21, donna di casa. Infiltrazione apicale destra. Koch negativa. Agitazione psicomotrice demenziale. Trasferita nell'ottobre 1929.

11. *C. M.*, anni 22, sarta. Ulcero-caseosi bilaterale, forma emoftoica, da due anni. Koch positiva. Fortemente febbrile. Condizioni generali molto scadute. Stato di agitazione psicomotrice. Trasferita il 25 ottobre 1931.

12. *D. R.*, anni 35, sugheraio. Fibrotorace sinistro con spostamento degli organi mediastinici e piccole escavazioni. Aortite. Koch negativo. Lue pregressa. Trombosi cerebrale tre anni prima con parestesie residuali. Accessi convulsivi di tipo epilettico, durante uno dei quali cercava di colpire un infermiere ed un infermo. Trasferito il 21 maggio 1932.

13. *C. F.*, anni 30, calzolaio. Infiltrazione bilaterale con escavazioni prevalenti a destra. Orecchio-epididimite tubercolare. Morfinomane. Stato delirante con allucinazioni. Trasferito dopo tre anni di degenza al manicomio l'8 novembre 1931.

14. *D. L. C.*, anni 41, donna di casa. Infiltrazione apicale sinistra con micro-caverna. Koch positiva. Stato allucinatorio con agitazione psicomotrice: tentativi di battere la testa al muro. Trasferita al manicomio il 12 settembre 1936.

15. *D. R.*, anni 22, sarta. Infiltrazione fibrosa e produttiva al campo superiore sinistro, sede ascellare. Forma emoftoica. Koch positiva. Inizia il pnx. Stato di agitazione psicomotrice, tentativi di strapparsi i capelli e percuotersi; successivamente stato di arresto psicomotorio con negativismo: rifiuta il cibo, stato demenziale. Trasferita all'ospedale psichiatrico il 23 febbraio 1937.

16. *C. G.*, anni 19, donna di casa. Partorita da 4 mesi, presenta note di bronco-alveolite bilaterale. Forma emoftoica. Convulsioni epilettiche dall'età di 14 anni. Accessi epilettici, durante uno dei quali si produce lesioni con una forchetta ad un braccio. Trasferita al manicomio il 27 aprile 1934.

17. *D. A.*, anni 27, modella. Infiltrazione bilaterale prevalente a sinistra. Koch positiva. Stato malinconico. Querula, non mangia perchè dice che non può digerire, si lagna di debolezza generale, vuole uscire perchè non può sopportare il ricovero in Sanatorio. Cerca di usare violenza al personale. Trasferita il 21 settembre 1932.

18. *S. A.*, anni 20, novizia Suore Riparatrici. Polisierositi, epatite. Stato di disordine, incoerenza, negativismo. Convulsioni di tipo epilettiformi, strabismo, Kernig, emiparesi sinistra. Sporca il letto, si alimenta poco. Questa sindrome dura una settimana, dopo la quale i sintomi neurologici dileguano e dominano quelli psichici: si agita continuamente, si scopre, dà fastidio agli altri ammalati. E' incoerente, agitata, verbigeratrice, lurida. Trasferita il 17 settembre 1931.

19. *F. M.*, anni 21, ricamatrice. Complesso primario alla base destra. Forma emoftoica. Laringite di lieve grado. A 15 anni ebbe tifo con complicanze meningee ed encefaliche: ricoverata in manicomio vi rimase per tre anni, dimessa in prova e sotto controllo. Dopo un mese di degenza in Sanatorio, si stabilì gradualmente uno stato malinconico, accentuazione della depressione umorale con la quale era entrata: depressa, in contrasto con le condizioni fisiche polmonari, apirettica e abacillifera, rifiuta sistematicamente il cibo, se ne sta rannicchiata nel suo letto, torpida, inerte, abulica. Minacciata di alimentazione forzata, persiste nel rifiutare il cibo. Trasferita il 30 agosto 1935.

20. *S. A.*, anni 35, donna di casa. Ulcero-caseosi bilaterale, più estesa a destra. Koch

positiva. Stato di agitazione psicomotrice. Tentativi di lanciarsi dal balcone e commettere atti violenti. Trasferita il 1° giugno 1935.

21. T. E., anni 19, meccanico. Ulcero-caseosi bilaterale. Koch positivo. Trasferito per accessi epilettici il 20 ottobre 1932.

Raggruppando questi ventuno casi trasferiti in ospedale psichiatrico a seconda delle forme mentali:

Accessi epilettici	N. 6
Sindromi di demenza precoce	» 8
» » » » paranoide	» 2
Stato confusionale	» 3
» allucinatorio	» 2

E raggruppandoli a seconda della forma tubercolare:

Complesso primario	N. 1
Peliosisite	» 1
Infiltrazione monolaterale	» 6
» » forma mista con lue	» 1
» bilaterale	» 5
Ulcero-caseosi monolaterale	» 1
» » bilaterale	» 5
Fibrotorace con lue	» 1

Quanto al rapporto forma e stadio della tp. e sindrome mentale:

il complesso primario ha dato: 1 volta la demenza precoce;

la peliosisite: 1 volta la demenza precoce;

l'infiltrazione monolaterale: 1 volta l'epilessia, 3 volte la demenza precoce, 1 volta la demenza precoce paranoide, 1 volta lo stato confusionale;

l'infiltrazione monolaterale mista con sifilide: 1 volta l'epilessia mortale;

l'infiltrazione bilaterale: 1 volta la demenza precoce, 1 volta la demenza precoce paranoide, 1 volta lo stato confusionale, 2 volte l'epilessia;

il fibro-torace con sifilide associata: 1 volta l'epilessia;

l'ulcero-caseosi monolaterale: 1 volta la sindrome allucinatoria;

l'ulcero-caseosi bilaterale: 1 volta lo stato confusionale, 1 volta la demenza precoce, 1 volta lo stato allucinatorio, 1 volta l'epilessia.

Da questi dati si possono trarre le seguenti deduzioni:

1) che non esiste un rapporto tra stadio e fase della malattia tubercolare, potendo tutte le forme mentali presentarsi in qualunque stadio non solo della malattia, ma anche dell'infezione tubercolare;

2) che la demenza precoce è frequente in tutto il corso dell'infezione della malattia tubercolare;

3) che nelle forme avanzate e gravi del morbo con fatti tossici imponenti e altamente febbrili, prevalgono le psicosi gravi a contenuto allucinatorio e con forte potere disgregante della personalità.

Se modeste sono le cifre dei casi di alterazioni dei vari poteri e processi mentali che si verificano nel corso della tp. e consigliano il trasferimento in ospedale psichiatrico, molto più numerosi sono i disordini della psiche che non si presentano coll'intensità e col grado di una vera psicosi, ma abbigliano le varie forme della malattia e conferiscono loro un *cliché* particolare. Sono le forme non manicomiabili della tubercolosi quelle che s'incontrano ad ogni piè sospinto nella pratica e mettono a prova la sagacia del medico che deve, una volta di più, mostrarsi buon conoscitore della psiche dei suoi malati e fare della buona psicoterapia, associando alla terapia propria delle lesioni polmonari quella più modesta, ma non meno importante, delle alterazioni dei vari poteri e processi della psiche.

Quali sono queste alterazioni che, più o meno sfumate, si presentano nel corso della tubercolosi polmonare? La nostra esperienza ci consente di raggrupparle in cinque gruppi:

1) *Stati depressivi*: Vanno dalla semplice depressione dell'umore che è il *cliché* più frequente di questi malati, alle forme malinconiche e agli arresti psico-motori, e comprendono una vasta categoria di soggetti melanconici, irati, dubbiosi, sfiduciati. Uno sfondo di tinte melanconiche è presente anche nell'euforia che a tratti fa capolino anche in questi giovani che sanno di avere una malattia grave, forse irreparabile. Nella più gran parte, è presente quella concentrazione sentimentale su temi affittivi e dolorosi, che è legata alle loro condizioni di salute. La tubercolosi, al di fuori dei facili ottimismo e delle prepotenti allegrie, abbiglia di tristezza i più vari aspetti della vita. Solo gli individui più forti, dotati di un equilibrio psico-nervoso, con attivo ricambio mentale, possono mettersi in condizioni di superare l'attacco del morbo. Ma coloro che soggiacciono a idee tristi e malinconiche, che non sanno scacciare l'idea della camusa, che li agguanta irreparabilmente, e che si raccolgono, quasi per offrire minor presa e minor bersaglio, nel fondo di un letto, e mangiano poco, quando non rifiutano il cibo, e non partecipano a una qualunque vita dell'ambiente, finiscono per soccombere in breve tempo e con maggiore facilità.

Talora lo stato psichico non è proporzionato alle lesioni polmonari: vi sono individui depressi fortemente, che rifiutano i trattamenti curativi, le medicine e anche il cibo e non si muovono dal letto, torpidi, abulici, ipocondriaci, con lesioni anche minime, e individui tranquilli, vegeti, sereni, con lesioni gravissime, ciò che influisce, come è ovvio, sulla prognosi. Non vi è malattia, come la tubercolosi, che sia influenzata nel suo decorso dalle condizioni psico-nervose, la cenestopatia essendo insieme esponente e fattore dell'estensione e dell'evoluitività delle lesioni e dell'impregnazione tossiche. Se si potesse tracciare una curva del tono dell'umore, si vedrebbe una linea inversa a quella delle *poussées* evolutive e della curva termica. Altri sono corrucciati e irati, non reputando mai sufficienti le cure e il trattamento, attaccatissimi come sono a quella vita, da cui si sentono cacciati innanzi tempo.

Altri infermi sono queruli, preoccupati di un nonnulla, di una frase del medico, di una parola della suora, di un discorso degli altri ricoverati: allora vanno intorno, assediando il medico con voce supplichevole, rivolgono la stessa domanda e formulano gli stessi dubbi sulla loro salute quattro, cinque, dieci volte in una mattinata, chiedono visite, radiografie, controlli, mettono sopra il Sanatorio, chiamando anche di notte, e per futili motivi, medico di guardia e cappellano. Altri infine si lamentano di ogni cosa, trovano a ridire sul vitto e su mille altre cose, per una incapacità e una insufficienza dei loro organi al riposo, alla quiete, alla normalità delle sensazioni gustative, olfattive, visive, e delle funzioni vegetative in genere. Quasi tutti tendono all'ozio e occorre insistere perchè si pieghino ad un qualunque lavoro.

2) *Stati di eccitamento e di euforia*: Abitualmente sono fasi separate di ciclotimia e di distimia, più raramente stati puri, come espressione di una rassegnazione o di una indifferenza alle loro condizioni di salute, molto più raro espressioni di normale temperamento.

3) *Ciclotimie e distimie*: Molto frequenti, esse segnano l'avvicinarsi delle migliori e delle ricadute, delle fasi stagnanti e delle *poussées* evolutive del morbo.

4) *Alterazioni dell'istinto sessuale*: Non rare le simpatie morbose, anche per soggetti dello stesso sesso, le crisi di erotismo, gli amori lesbici, la libidine: molte inferme diventano prostitute per soddisfare a una esuberanza accessuale e periodica dell'istinto, altri si danno alla pederastia attiva o passiva: quasi tutti son facili agli amori e alle passioni.

5) *Amoralità*: Al difuori della tubercolosi dei detenuti e dei dimessi dai luoghi di pena, la amoralità si rivela sotto forma di egoismo, d'insofferenza alla disciplina, di anaffettività, di prepotenza, di violenze materiali: si bisticciano fra loro per un nonnulla, si colpiscono, si feriscono; fra le donne non è raro il turpiloquio e la contumelia oscena.

Per concludere su questa parte, è necessario sottolineare il carattere grave di alcune di queste sindromi, specialmente di quelle che, importando pericoli agli infermi stessi e agli altri e richiedendo vigilanza rigorosa, impongono il trasferimento in ospedale psichiatrico: gli stati depressivi gravi e gli arresti psico-motori sono di grave significato prognostico e tali da far presagire il decesso a breve distanza, tanto che in molti casi il trasferimento diventa superfluo.

III. — LA PSICHE DEL TUBERCOLOTICO

L'indagine costituzionalista oggi in onore, soprattutto mercè i contributi della scuola italiana, mostra ai due estremi opposti della scala delle individualità un antagonismo di sviluppo dei due grandi segmenti della psiche, l'affettivo e l'intellettivo.

Iper-evolutismo somatico ed iper-evolutismo psichico coincidono assai

spesso, come ipo-evolutismo somatico e ipo-evolutismo psichico. Nel biotipo anabolico, ipo-evoluto, prevale un carattere affettivo, mentre nel biotipo catabolico, iper-evoluto, prevale un atteggiamento mentale più intellettuale. Inoltre, alla diversità del carattere psichico contribuisce il diverso orientamento del tono del sistema nervoso vegetativo: la vita affettiva, l'equilibrio cenestesico, il livello dell'umore risentono squisitamente dell'atteggiamento funzionale del para-simpatico e del simpatico. L'euforia si accompagna a un florido stato di nutrizione, mentre il malessere e la depressione sono causati da carenza delle sensazioni di piacere provenienti da una vita vegetativa per nulla esuberante e da esagerato dispendio di energia che importa l'istinto dell'offesa-difesa verso l'ambiente.

Dagli studi di PENDE e della sua scuola risulta che il biotipo anabolico, iper-vegetativo, para-simpatico-tonico è frequentemente euforico, espansivo, ottimista, mentre il biotipo catabolico, ipo-vegetativo, simpatico-tonico è abitualmente d'umore depresso, pessimista e tende all'isolamento, quasi ad evitare, col nuovo dispendio che imporrebbe ogni ulteriore contatto con l'ambiente, nuove fonti di dolore o di pena (BARBARA).

Ora, nel biotipo catabolico, che, per consenso di tutti, è appannaggio del candidato o del malato di tubercolosi polmonare domina un'esagerazione del tono del simpatico, un orientamento cioè del neuro-tono vegetativo verso la stimolazione delle funzioni cataboliche e verso il soddisfacimento dell'istinto dell'offesa-difesa verso l'ambiente, come vuole PENDE, ciò che spiega perchè in questo biotipo, al contrario di quello antitetico, l'anabolico, prevalga la vita di relazione su quella vegetativa e si abbia uno svolgimento esagerato di energia nelle funzioni di offesa-difesa verso l'ambiente. La formula ormonica del biotipo anabolico, come del catabolico, si accorda col particolare orientamento del neuro-tono, data la sua energia funzionale e le correlazioni esistenti tra simpatico ed ormoni ad azione catabolica prevalenti nell'uno e para-simpatico ed ormoni ad azione anabolica nell'altro.

Son queste caratteristiche neuro-vegetative e queste correlazioni che rischiarano i rapporti psiche-soma, fornendoci la spiegazione delle caratteristiche degli atteggiamenti mentali propri di ciascun biotipo e del carattere del tubercolotico o del candidato alla tubercolosi che la letteratura, da LAMARTINE e MANTEGAZZA e a DUMAS, ha contribuito largamente a fermare nella fantasia popolare.

La vita intellettuale, che questi individui presentano così intensa e ricca di fattori suscettibili di creazioni smaglianti nel campo del pensiero e dell'arte, è espressione dell'anabolismo e del catabolismo degli elementi cerebrali, e quindi dell'energia che si accumula nel cervello.

Essa però subisce l'influenza che il para-simpatico e il simpatico esercita sul trofismo dei centri destinati al pensiero. E quindi nel biotipo anabolico, para-simpatico-tonico, con metabolismo cerebrale deficiente e celere, reazioni psichiche più forti, poco rapide, ma più stabili; nel biotipo catabolico, simpa-

tico-tonico, con metabolismo cerebrale più lento e più ricco, reazioni psichiche vivaci, labili, facilmente esauribili.

La diversità dei caratteri psichici appare strettamente coordinata in ciascuna delle due opposte individualità alla loro particolare formula ormonica, la quale agisce, direttamente e pel tramite delle due opposte sezioni del sistema vegetativo, sul ricambio degli elementi nervosi cerebrali e quindi sulla vita affettiva e su quella intellettuale, esacerbando quelle differenze di caratteri che il PENDE ha descritto nei biotipi *bradipsichici* e *tachipsichici* (BARBARA).

Queste nozioni, rischiarando le caratteristiche psichiche dei candidati e dei malati di tubercolosi, forniscono altresì la spiegazione di quella mobilità e di quella ricchezza di vita intellettuale e ideativa, che quasi tutti questi soggetti, talora accesi dalla scintilla del genio e spesso cari alla poesia e all'arte, presentano. Quando, sul fiorire delle primavere, si assista al graduale distacco delle corolle della propria esistenza, individui dotati di quelle attitudini mentali, iper-evoluti mentalmente e neurologicamente, son facile preda della nevrosi, e ciò indipendentemente dalle influenze tossiche, bacillari od extra-bacillari, che pure è verosimile che si verificano.

Il dramma della tubercolosi è tutto qui, nella psiche del malato, che solo le ritempranti provvidenze della vita sanatoriale, con le festive emozioni della natura e dell'arte e colle virtù tonificanti del lavoro bene scelto e strettamente individualizzato, potrà redimere e agguerrire, sottraendolo a quelle stimolazioni ambientali e a quelle idee-forze, che sollecitano il suo neuro-tons.

D'altra parte, è sempre utile nella pratica, in casi di turbe mentali, specialmente di sindromi depressive, psicasteniche e neurasteniche, ricercare segni d'impregnazione bacillare, e nei fanciulli nati da genitori tubercolosi sorvegliare strettamente il sistema nervoso.

CONCLUSIONI

La frequenza dei disordini mentali più svariati nel corso della tubercolosi polmonare, dalle alterazioni dell'umore alle vere psicosi, deve far ritenere che non si tratta di evenienza accidentale, ma che uno stretto rapporto vi sia, indipendentemente da quell'atteggiamento psichico e dinamico, che costituisce il fondamento costituzionale di questi malati o dei candidati alla malattia, tra impregnazione bacillare e sindromi psichiche. Queste turbe psichiche precedono e accompagnano tutto il corso dell'infezione tubercolare e costituiscono un elemento prognostico di alto valore nelle varie tappe della malattia tubercolare. I disordini mentali che insorgono nel corso della tubercolosi, specialmente le sindromi depressive e le forme demenziali, devono indurre a una accurata ricerca di focolai latenti. Se modeste sono le statistiche di infermi che nel corso della malattia abbisognano di ricovero in ospedale psichiatrico, per converso frequenti sono quelle alterazioni cenestesiche e psichiche che complicano e aggravano il decorso, pur

consentendo il prosieguo della cura domiciliare o sanatoriale. Dal lato della terapia, la vita sanatoriale, con le festive emozioni della natura e dell'arte e con le virtù tonizzanti che il lavoro, bene individualizzato, ha sulla psiche, rappresenta quanto di meglio si possa fare anche per questa categoria di malati.

BIBLIOGRAFIA

- COLELLA: «Atti del V Congresso della Soc. It. di Neurologia», Siena, 1922.
LÉPINE: «Revue de Médecine», 1908.
MAS P.: *Psychasthénie et neurasthénie tuberculeuse - Essai sur les formes mentales de la tuberculose.*
«Thèse de Montpellier», 1934-1935.
SCHUPFER: *Trattato della tubercolosi del Deroto*, Vallardi.
ZALLA: «Atti del V Congresso della Soc. It. di Neurologia», Siena, 1922.

RIASSUNTO

L'A. ha studiato il rapporto tra le varie forme della tubercolosi polmonare e il disordine della psiche. Raggruppa, in ordine di frequenza, le sindromi psichiche riscontrate nel corso della tubercolosi: stati depressivi, demenza precoce, paranoide e non, accessi epilettici, stati confusionali, stati allucinatori, arresto psicomotorio. Mette in evidenza il carattere grave di queste forme, talune delle quali, come gli stati depressivi e gli arresti psicomotori, di grave significato prognostico. Dopo aver tracciato un profilo dei caratteri psichici che la tubercolosi polmonare produce nelle varie individualità, e al lume delle vedute costituzionaliste, l'A. conclude affermando che l'attenta osservazione sanatoriale smentisce il vecchio concetto che la tubercolosi non alteri i vari poteri e processi mentali.

RESUME

L'auteur réunit les syndromes psychiques, observés dans le cours de la tuberculose, selon leur fréquence. Il passe en revue les états dépressifs, la dementia praecox paranoïde ou non-paranoïde, les crises épileptiques, les étourdissements, les hallucinations, l'arrêt psycho-moteur.

Il met en évidence le caractère très grave de ces troubles dont plusieurs, comme l'état de dépression et l'arrêt psycho-moteur ont forcément un pronostic très sombre. Après avoir décrit les syndromes psychiques que la tuberculose produit dans les diverses individualités et après des considérations du point de vue constitutionnaliste, l'auteur conclut en affirmant que les observations diligentes sanatoriales ont démenti la vieille conception que la tuberculose n'altère point les pouvoirs et les procès mentaux.

SUMMARY

The author has collected — according to their incidence — the various psychic syndromes found during the course of tuberculosis; depression, dementia praecox — paranoic or not — epileptic fits, states of confusion, psychomotoric arrest. He explains the very serious character of these forms, some of which, as for instance depression or psychomotoric arrest, have a bad prognosis. After describing the psychic properties which tuberculosis produces in the various individualities and from the constitutional standpoint, the author concludes by affirming that attentive observation in sanatoria shows the erroneousness of the old conception that tuberculosis does not alter psychic and mental processes.

ZUSAMMENFASSUNG

Verf. stellt — ihrer Frequenz nach — die bei Tuberkulösen beobachteten psychischen Komplexe zusammen: Depression, dementia praecox mit oder ohne paranoischen Störungen, epileptische Anfälle, Konfusionszustände, Halluzinationen und psychomotorischer Arrest. Er erläutert die Schwere dieser Formen, von denen einige, insbesondere die depressorischen Zustände und der psychomotorische Arrest eine ungünstige Prognose haben. Nach Erläuterung der psychischen Symptome, die die Tuberkulose in den verschiedenen Individualitäten erzeugt und erläutert dieselben vom konstitutionellen Standpunkt aus. Er schliesst, indem er nochmals bestätigt, dass gewissenhafte sanatorielle Beobachtungen bewiesen haben, wie unrichtig die alte Auffassung ist, das die Tuberkulose die verschiedenen mentalen Fähigkeiten und Prozesse unberührt lässt.

~~321820~~

55533





