

Monc B.70/33.

~~33~~

PROF. GAETANO BOSCHI

33



Acquisizioni recenti e prospettive
nella clinica del sistema nervoso

ESTRATTO DA "MEDICINA E BIOLOGIA" - VOL. V, 1945

Esemplare fuori commercio per
la distribuzione agli effetti di
legge.

PROF. GAETANO BOSCHI

Acquisizioni recenti e prospettive
nella clinica del sistema nervoso

ESTRATTO DA "MEDICINA E BIOLOGIA", - VOL. V, 1943

GAETANO BOSCHI

ACQUISIZIONI RECENTI E PROSPETTIVE
NELLA CLINICA DEL SISTEMA NERVOSO

NON posso nascondere un senso di turbamento di fronte al compito che mi spetta. E mentre il mio animo vibra di riconoscenza verso il Ministro della Educazione Nazionale che, assumendomi alla Cattedra così com'egli fece, ha conferito alla mia opera un prestigio di cui però sento, anche, l'onere, e mi ha offerto lo « spazio vitale » in cui possa sfociare il frutto di lunghi studi e di attenta esperienza, sento insieme la responsabilità inerente all'essermi affidata una scolaresca da cui è doveroso trar buoni frutti, sveglia e volenterosa come è quella di Modena; sento l'alta portata incitatrice ma insieme anche intimidatrice che ha il fatto della colleganza con Maestri quali sono coloro i quali compongono questa illustre Facoltà medico-chirurgica; e provo poi una particolare commozione nel sapere di ascendere alla Cattedra che fu tenuta da due fari della Clinica Neuropsichiatrica italiana: da Augusto Tamburini e da Arturo Donaggio.

Non io rievocherò oggi le due grandi Figure: del primo disse a suo tempo splendidamente il Donaggio; di quest'ultimo parlò recentemente proprio qui il Rettore Magnifico Ruggero Balli, trasfondendo nella rievocazione e nella esegesi quella fiamma di propulsione ideale e quello spirito scientifico di critica, vicendevolmente armonizzati da un alto senso umanistico, che fanno di Lui uno dei forgiatori massimi della radiologia intesa quale Egli la intende, come « radiologia integrale ».

Alla mia diletta Ferrara, ai suoi vecchi Istituti di studio in cui palpita perennemente, entro una sfera di divino silenzio, l'afflato dei Grandi che, ispirati da quell'atmosfera di poesia e di grandezza, accesi dagli aspetti della bellezza che colà è nume indigete, vi crearono e vi insegnarono nei secoli, si rivolge l'animo mio con profondo riconoscente affetto. E non so dire quanto e quanto mi sia caro vedere oggi qui Rappresentanti eminenti di quella mia città: col Magnifico Rettore Prof. Filippo Calzolari, il Rettore emerito Sen. Pietro Sitta, il Preside dell'Amministrazione provinciale e preposto allo stesso Istituto Psichiatrico e Collega chirurgo Prof. Giulio Dialecti e i Direttori sanitario e amministrativo dottori Nando Calzolari e Romolo Stanchi anche in rappresentanza del Presidente dell'Arcispedale di S. Anna comm. Bonsi.

E agli altri Colleghi tutti, tanto egregi e tanto cari, di Ferrara qui presenti – e vorrei nominarli ad uno ad uno – rivolgo anche ad essi il più caldo saluto.

Ruggero Tambroni, Presidente Onorario della Società italiana di Psichiatria, mio predecessore nella direzione dell'Istituto Psichiatrico ferrarese, Maestro mio e di tanti Psichiatri ospedalieri, impedito di intervenire per l'età greve, mi ha scritto che intensamente dal suo studio avrebbe pensato a me in quest'ora. Senta Egli in quest'ora il mio cuore battere accanto al suo con sentimento filiale. Ricordo con la più viva cordialità i miei Assistenti e Collaboratori – molti di essi non sono presenti per le ragioni contingenti che tutti sappiamo e che moltiplicano in me l'attaccamento – e dirò i nomi dei principali: i Proff. Barison, Bonazzi, Campailla, Cori, Vincenzo Neri, Oggioni, Tanfani, Visalli; e i Dottori: Bennati, Bonazzi Junior, Fallas, Ghillini, Maccanti, Montemezzo, Poltronieri, Alessandro Sandri, Telatin, Corrado Tumiat, Adelchi Zambler, Vittore Zanetti.

Ringrazio in modo particolare del loro presenziamento i Colleghi universitari e segnatamente quelli che, assumendosi il disagio di venire di fuori, vollero accentuare la significazione della mia Lezione inaugurale conferendomi un onore al quale sono tanto sensibile da sentire in me quasi un senso di esitanza nel proferirla.

Ringrazio dal profondo cuore quelli tra i Colleghi direttori di Ospedali Psichiatrici che sono qui intervenuti. So però che rappresen-

tano tutti o quasi tutti gli altri: perchè dai Colleghi psichiatri io ebbi tale collettiva manifestazione di bontà, tanta espressione di affetto, da rendermi avverso a chiunque scetticamente neghi che la società umana sia capace della più nobile generosità. Certo, al costituirsi di tali doti superiori occorre, oltre ad una natura eletta originaria, anche l'esercizio quotidiano della pietà e la consuetudine di un'opera riordinatrice, di una vera ortopedia, dello spirito, attuata per altri e di riverbero su di noi stessi, come è nella pratica della Psichiatria. Ognuno può comprendere quanto io mi onori di essere appartenuto alla loro schiera e di là provenire.

Un saluto cordialissimo rivolgo ai miei Collaboratori attuali immediati, Aiuti e Assistenti effettivi e volontari. So di aver la fortuna che — a cominciare dal Prof. Vito Longo — sono uomini di valore. Studenti carissimi, quanto a Voi, potete contare su un sentimento paterno da parte mia. Vorrei propagginare in Voi qualche cosa che portasse l'impronta schietta della italianità. Ciò vuol dire la più alta delle aspirazioni. Pensiamo alle immagini fulgide dei Maestri che costellano il cielo della Patria nostra. Invochiamole propiziatrici e ispiratrici.

* * *

Allorquando, quasi quarant'anni or sono, iniziai la mia carriera quale studioso della materia che professo, la clinica del sistema nervoso, questa era anche allora una materia affascinante, ma da punti di vista ben diversi da quelli che le conferiscono saliente importanza al dì d'oggi. Allora, la clinica psichiatrica si limitava ad essere un meraviglioso campo di indagine naturalistica biologica e, attraverso il riflesso della psicopatologia, anche psicologica. Quanto alla terapeutica, si riduceva essa ad una pietosa oculata congegnata assistenza che si concretava nella « Tecnica manicomiale » e a qualche farmaco per lo più palliativo. La Neuropatologia, ingangata ancora in seno alla Medicina interna, non arrivava molto più in là dell'agonismo diagnostico; la terapia radicale riposava pressochè esclusivamente sulla speranza che, anche là dove non apparisse, il caso fosse di natura luetica; strettamente luetica: chè se fosse stata — come allor si diceva — metaluetica, ancora non ci sarebbe stato nulla di buono da fare.

Oggi i due rami clinici, quello neuropatologico e quello psichiatrico, hanno realizzato una meravigliosa fusione, e progressi giganteschi si sono avuti in ispecie da quello che io già ebbi a chiamare lo « approfondimento neurologico della psichiatria »; e il De Lisi, con espressione un po' bisticciata a dirsi ma espressiva, chiamò « neurologizzazione della psichiatria ».

Non che la clinica neuropsichiatrica voglia monopolizzare il culto della clinica neurologica. Ciò accuserebbe nel neurologo una limitatezza di visione e di sensibilità. Si tratta di « materie-crocicchio », dove lo studio e la pratica può incontrare campi limitatissimi i quali si giovano di una competenza estremamente, rigorosamente, strettamente specializzata, come quando si tratti di una affezione focalistica diagnosticabile per via odologica; una sirin-gomielia per esempio o una qualche paralisi spinale spastica; o quando si tratti — altro esempio — di una paralisi radicolare o plessulare dissociata. Ma la materia è vasta, varia, capricciosa e tutto lo scibile medico vuole, per certa casistica, esser chiamato a raccolta.

Ci sono casi, intrisi di interessenza endocrino-neuro-vegetativa con sconfinamenti e personalizzazioni di patologia viscerale, che meglio si addicono alla competenza del clinico internista. Un'altra parte della neuropatologia, che pur è di indole schiettamente neuropatologica, prospetta già di staccarsi, agli effetti della specialità del trattamento, dalla competenza del neurologo e gravita sulla figura di un chirurgo specializzato: il neurochirurgo. Non prenderò alla lettera l'affermazione di Clovis Vincent: « La neuro-chirurgia sarà sorta e potrà dirsi riuscita il giorno in cui un chirurgo sia pervenuto a dedicare ai propri interventi operatori ed ai propri operati tutto il suo tempo intieramente; il giorno in cui egli abbia compreso di doversi assumere *personalmente* la responsabilità tanto dell'intervento che della diagnosi ».

Il Clovis Vincent era originariamente (tolto un efimero garzonato di primo tempo) un neurologo, onde non avrebbe potuto dilatare, neanche se l'avesse voluto, una propria competenza chirurgica che non possedeva. Basterà porgli a riscontro Thierry de Martel, che invece è stato originariamente chirurgo generale ed ha seguito ad esserlo fino all'ultimo. Volendo io invece osservare un

eclettismo e perciò varietà nell'orientamento, dopo aver ottenuto, a Padova e a Ferrara, la prima realizzazione moderna sistematica neuro-chirurgica in Italia, con Donati, con Fasiani, con Serra, credetti bene incoraggiare un mio allievo, il Prof. Felice Visalli, a farsi puro e completo neuro-chirurgo. Egli collabora oggi nella atmosfera luminosa e propizia di Raffaele Paolucci di Valmaggione. Ma in Italia avemmo di mira che la specializzazione ad oltranza può farsi e sta bene quando presuppone la ricostruzione sintetica attraverso il lavoro multanime e la competenza plurima. Onde, nel fondare una Società scientifica su questo obbietto, ci ricordammo degli apporti preziosi che la fine approfondita radiologia può portare e, memori noi italiani, e memori noi neurologi italiani in ispecie, dei contributi scientifici portati alla Clinica del sistema nervoso da radiologi quali Balli, Bertolotti e Busi; mentre in Francia, in Germania, in America si seguiva, come del resto si seguita, a parlare soltanto di « neuro-chirurgia », abbiamo fondato una « Società radio-neuro-chirurgica italiana »; che, rigogliosa fin dall'inizio, attrasse partecipazione anche di eminenti studiosi stranieri. La tecnica chirurgica applicata alla cura del sistema nervoso ha realizzato progressi cospicui; ma il miglioramento dei risultati è dovuto in grandissima parte alla possibilità della precisazione diagnostica e alla tranquillanza che l'animo del chirurgo assume grazie alla conoscenza *previa de visu* offertagli dalla radiologia corredata dai noti mezzi fotomeccanici di contrasto.

È ozioso che io ricordi qui ancora il contributo offerto alla diagnostica radio-neuro-chirurgica da altre discipline: qui come altrove sorvolerò sulle cose che siano già molto note.

Nella congerie di elementi atti a contribuire alla diagnosi radio-neuro-chirurgica certamente però spicca il contributo, che vorrei dire elementare e sintetico ad un tempo, e perciò fondamentale, della Neuropatologia. Relatore con Bastianelli e con Bertolotti al congresso Radio-neuro-chirurgico di Milano del 1934, io conchiudeva: « La maggior parte delle contingenze, la diagnostica clinica ordinaria, esame diretto dell'ammalato, manometria cefalo-rachidiana, esami di laboratorio, può risolverle da sè. Può e deve ». Queste possibilità sono venute alla diagnostica neuro-chirurgica da un insieme convergente di apporti. Ma limitandoci a quelli propri ed

intrinseci della Neuropatologia, possiamo distinguerne due ordini: la scoperta di sempre nuovi segni, come quello descritto da Visalli nei miei Istituti secondo cui la cheratite conclamata e praticamente considerevole nelle paralisi del facciale è indizio di compartecipazione del V° paio e quindi segno probabile di un *tumor anguli*; o l'affinamento di segni già esistenti quale, per esempio, la sensibilizzazione attraverso una manovra tipo Strümpell della provocazione del segno di Babinski, o anche il cosiddetto « Babinski da sforzo », fine utilissimo segno ben descritto dall'Oggioni. Questi soltanto io cito trattandosi di esemplificare. L'altro ordine di apporti nella fattispecie riposa sull'indirizzamento del pensiero diagnostico verso una visione del caso che si abbia sott'occhio individualizzata caso per caso attraverso il prisma della anatomo-fisio-patologia anzichè coartarlo rigorosamente entro gli schemi delle prefisse sintomatologie, dei quadri diagnostici. Applicazioni di queste direttive Voi potete leggere nei lavori sui tumori endocranici che pubblicai in collaborazione col Campailla su « Minerva medica » negli anni 1935 e 1936.

Rientra in detto orientamento la interpretazione di opacità o di rarefazioni ossee rilevabili nella immagine radiografica quali espressioni di alterazioni fisiopatologiche riflesse, spesso a norma di metamorfia cranica, conforme le antiche vedute sulle turbe di ordine riflesso di Charcot, Vulpian e Hunter e quelle più recenti di Babinski e Froment per le membra e di De la Farge per il capo. Ed anche i fenomeni che suggerirono a von Monakov la interpretazione secondo il concetto di *diaschisi* ed altri congeneri potranno apparire, anzichè capricci della natura che vengano a fuorviare il diagnostico di sede, modalità invece rispondenti a leggi che nella diagnostica portino essenziale aiuto. Ma, in ordine ad applicazioni diagnostiche delle congetture sulle basi della anatomo-fisio-patologia, un cenno speciale merita quanto si riferisce alla fisiopatologia del liquido cefalo-rachidiano.

È strano come, anche nell'esercizio della scienza, lo spirito umano — dev'essere in obbedienza alla legge del minimo sforzo — ma obbedienza cieca o almeno ambliopica in questo caso — o perchè — forse — persiste nell'uomo adulto, e più in colui che si mantenga più fresco ed alacre, un tal quale residuo dell'uomo fanciullo — lo

spirito umano tenda al semplicismo. Un esempio ci è offerto proprio dalla tendenza a una spiegazione rigorosamente meccanicistica di tanti fenomeni clinici del nevrasse. In casi di tumori del cervello è dato riscontrare — è arcinoto — un aumento della pressione endocranica: e senz'altro si attribuisce, e si continua ancora ad attribuire, quell'aumento di pressione all'aumento della massa istituitosi entro le rigide pareti della cavità cranica per la presenza della massa estranea del tumore; non pensandosi — e avrebbe dovuto farsi subito — che la spostabilità e la rimovibilità dalla cavità cranica di una corrispettiva massa liquida, in definitiva la sua esclusione, avrebbe potuto correggere e praticamente annullare o quasi, come succede, la esuberanza di massa portata dalla massa neoplastica. Nè bastò la documentazione offerta, a riprova, dei numerosi casi di tumori endocranici — ed io stesso ebbi a descriverne uno della grossezza di un pugno — nei quali la pressione endocranica non risulta per nulla aumentata.

La ipertensione quando c'è, ha una genesi differente: fisiopatologica e neurovegetativa. L'elemento estraneo patologico in continua crescita costituito dal tumore provoca reazioni difensive ed espulsive. Tra di esse, *in primis*, la iperproduzione di liquido cefalo-rachidiano; a scopo inizialmente detersivo. Come suol accadere in sede di reattività neurovegetativa, la reazione del centro regolatore della circolazione cefalo-rachidiana, della cui esistenza io enunciai l'ipotesi basata su certi ordini di fatti clinici già parecchi anni or sono, può venire poi ad eccedere in senso quantitativo; la reattività prende la mano — per dir così — alla natura che l'ha disposta. Allora soltanto, attraverso questa genesi biologica, si verifica la conclamata ipertensione endocranica. E si capisce quindi come essa possa trovarsi anche in casi di processi endocranici che non siano neoplastici. Ne sono esempio gli idrocefali primitivi.

Ma non è poi detto nemmeno che sempre alla ipertensione si accompagni la sindrome che suol chiamarsi « di ipertensione endocranica »; mentre, inversamente, gli stessi sintomi possono presentarsi nella quasi totalità anche in assenza della ipertensione. Cosicché, se tali sintomi continuiamo a considerarli univocamente quali effetti puramente e semplicemente meccanicistici, rischiamo errori di interpretazione ed errori di diagnosi; e conseguentemente errori nelle direttive terapeutiche.

Non che si voglia con ciò escludere una portata patogenetica del fenomeno pressione. Aggazzotti e la sua Scuola rilevarono e precisarono alterazioni dei tessuti anche per semplici modificazioni della pressione ambiente; ma non mancarono di segnalare il fenomeno della acclimatazione quale espressione di adattamento dell'organismo alle variazioni dei tessuti.

La quasi totalità della sindrome cosiddetta di « ipertensione endocranica » può essere suscitata da fattori biochimici irritativi e da provocazioni riflesse indipendentemente — come si è detto — da ragioni ipertensive. Ne è prova un caso che feci pubblicare recentemente sullo « Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie » dell'anno scorso da un mio Allievo, il Dr. Pio Carlo Bonazzi, in cui feci diagnosi di *meningite sierosa*, malattia che si riterrebbe per eccellenza ipertensiva; e per l'appunto si ottenne la guarigione con la estrazione di *liquor*; ma questo pur essendo risultata la pressione endocranica, lungi dall'essere elevata, addirittura al di sotto di quelle che su per giù sogliono darsi come cifre normali.

Ho accennato a fenomeni che si connettono con la circolazione del liquido cefalo-rachidiano. Parecchi studiosi, e citerò, tacendo altri molti pur molto autorevoli, Davide Giordano, Gian Giuseppe Palmieri, l'anatomico Luigi Giannelli, lo storico della Medicina G. P. Arcieri — il clinico neuropatologo di Tolosa Riser, forse oggi il più competente fra gli studiosi francesi di fisiopatologia del l. c. r., ha dichiarato che « si accosta giorno per giorno alle mie vedute » — mi hanno dato atto che, grazie ai contributi sperimentali miei e dei miei Collaboratori ed alla ideologia da me coordinata ed enunciata, la circolazione del liquido cefalo-arachidiano, anche se non siamo ancora riusciti a far veder questo balzante come polla da una roccia, nei suoi tratti essenziali può tuttavia oggi dirsi abbastanza conosciuta. Richiamo qui l'oggetto anche per accennare alle derivazioni terapeutiche, innovatrici, che ne sono venute.

Si inseriscono esse sulla concezione nuova circa il meccanismo d'azione della puntura lombare, dalla quale concezione è derivata già tutta una serie di indicazioni nuove di quel procedimento terapeutico confermate ormai da larga esperienza effettuata in tutti i Paesi. La concezione nuova, ancora una volta, sostituisce un concetto meccanicistico con un concetto biologico; al concetto

che attribuiva alla puntura lombare la virtù di decomprimere – donde la indicazione limitata ai casi che mostrassero ipertensione – sostituisce una interpretazione del meccanismo terapeutico nel senso di una provocazione riflessa di meccanismi fisiologici di deterzione e di difesa; reattività, vale a dire, in sostanza, neuro-vegetativa come è implicito nel concetto di « revulsivo nel senso di De Giovanni » che richiama, ad interpretazione del meccanismo terapeutico di cui si tratta, già nella mia Relazione al Congresso di Trento della Società Freniatrica Italiana nel 1927.

Ma questo meccanismo così concepito della puntura lombare per molti e molti casi clinici più ardui, più radicati, più resistenti doveva essere intensificato. Ed ecco il delinearsi in pieno e lo svolgersi di quelle che ho chiamato per la prima volta nel 1937 « cure dia-cefalo-rachidiane »; che in sostanza riposano sul principio che una violazione della integrità degli spazi aracnoidei, che può andare dalla semplice puntura delle meningi fino alla immissione entro gli spazi stessi di una impurità, provoca una reattività neuro-vegetativa che si palesa grandemente salutare nella più parte – può dirsi – delle affezioni croniche o subacute del sistema nervoso. Da allora si è saputo della seguente acquisizione della Terapeutica neurologica: che, cioè, senza confidare nel potere farmacologico di questa o quella sostanza (che del resto l'esperienza aveva mostrato troppo spesso fallaci o insufficienti), dalla semplice attuazione di quello che io ho chiamato il « meccanismo terapeutico dia-cefalo-rachidiano » si possono rimediare perfino malattie di quelle che fin qui si erano palesate assolutamente refrattarie ad ogni conato della terapeutica, quale la sclerosi laterale amiotrofica. Un risultato considerevole in questa affezione comunicai, documentato da un film, alla Società di Neurologia di Parigi nel 1935. Però su molte decine di casi curati di questa malattia, di aspetti di guarigione, a dire il vero, non ne ricordo che un paio. Costituiscono già una conquista; ma soprattutto una affermazione del metodo; una prova del fuoco. Autori americani del Sud, seguendo i miei principi e il mio metodo – che onestamente essi citano – pare che già da parecchi anni abbiano ottenuto, in questa che pur è fra le malattie più disperanti, risultati cospicui. Certo, anche là dove un risultato veramente brillante non sia dato di otte-

nere, in casi numerosi si riesce almeno a dissipare quelle turbe angoscienti della deglutizione di cui ci ha dato la veridica e drammatica descrizione che ben conoscete il Trousseau.

Ma è implicito, perchè inerente ad un meccanismo difensivo assiale dell'organismo, che le indicazioni siano molte ed anche attinenti a processi non strettamente nervosi, come certi processi artritici o artrosici. Comunque, radico-neuriti, atrofie ottiche, oftalmoplegie, nevralgie del trigemino, mieliti, sclerosi a placche, tabe dorsale, nevrosi diverse e perfino qualche caso di epilessia non puramente sintomatica. E la teoria elencativa potrebbe continuare. Veggo citate fra le indicazioni da qualche Autore con una certa frequenza le aracnoiditi. Io non costumo usare questa diagnosi. Nel Volume giubilare per il Puusepp, comparso negli *Acta Neurologica Estoniana* dell'anno accademico 1935-36, mi dilungai sul concetto che la aracnoidite rappresenti per lo più una reazione di superficie ad un processo originariamente insito nelle profondità del parenchima nervoso. Questo concetto, che del resto avevo già formulato sul « Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia » qualche anno prima, l'avevo esposto anche, relatore col Claude e col Barrè, alla XIII Riunione Neurologica Internazionale di Parigi nel 1933; e vi tornai su' nel numero del *Paris Médical* del 1936 uscito in omaggio alla Medicina Italiana. Per cui la diagnosi di « aracnoidite » è per me in generale una diagnosi evasiva se non elusiva o una diagnosi di attesa. Per questo la si ritrova raramente tra la casistica che ha mostrato a me le indicazioni.

Lo studio della introduzione sottodurale o endoaracnoidea di sostanze a scopo terapeutico ha subito intanto così una profonda innovazione. Lo sperimentatore oggi sa che attua con ciò implicitamente una cura dia-cefalo-rachidiana, dalla quale isolatamente, indipendentemente dalla sostanza in particolare che egli impieghi, sa, o dovrebbe sapere, che può ripromettersi quei risultati di miglioramento o di guarigione nelle più svariate affezioni del sistema nervoso conforme già acquisito alla esperienza ed alla pratica delle cure dia-cefalo-rachidiane, pubblicate da anni. Per rilevare poi se la sostanza in particolare che egli adottò aggiunga qualche cosa a quanto di effetto salutare è noto esser proprio del meccanismo dia-cefalo-rachidiano in sè, egli deve evidentemente fare

una comparazione fra le note possibilità inerenti alle cure dia-cefalo-rachidiane altrimenti provocate e i risultati suoi propri. Ricerca senza dubbio lunga, che richiede statistiche su grandi cifre, apprezzamenti fini e delicati. Negli Istituti che avevo l'onore di dirigere prima dell'assunzione a questa Cattedra io e i miei Medici abbiamo sperimentato su parecchie centinaia di casi le piccole varianti suggerite da questo o quello Autore, consistenti nel variar la sostanza mediante cui provocare la reattività dia-cefalo-rachidiana: così abbiamo sperimentato l'introduzione endodurale di stricnina conforme Borgarello, quella di jodio (mediante il Triod o simili) conforme Buscaino, quella di urotropina (mediante l'Uretina) conforme Perna ed altre ancora. Differenze apprezzabili non ci è stato dato di rilevarne, per cui usiamo adottare a caso un mezzo o l'altro, e molto spesso adoperiamo semplicemente dell'acqua pura e semplice. Dell'acqua bidistillata mi sono servito nella cura di quei primi sette casi di tetano in esclusione del siero, di cui diedi notizia al Congresso Internazionale di Chirurgia di guerra tenutosi in Roma l'anno scorso. L'una sostanza, acqua compresa, vale l'altra e tutte mostrano di ridursi in fondo al comun denominatore dia-cefalo-rachidiano.

Nè varrebbe cercar di scovare il segno di specificità di azione propria alla sostanza introdotta, in questa o quella reattività che si ricercasse alle indagini di laboratorio. Interessanti sempre siffatte ricerche dal punto di vista dell'analisi e della dottrina. Io stesso cercai di approfondire o analizzare o illuminare con ricerche di laboratorio il meccanismo d'azione di svariate modalità di cure dia-cefalo-rachidiane a cominciare dalla modalità più semplice che — per quanto siamo venuti dicendo — è la puntura lombare terapeutica intesa secondo i nuovi criteri e adattata in conformità alle nuove indicazioni. Ed assegnai ai miei Assistenti e Collaboratori il compito relativo. I primi risultati furono comunicati dallo Zanetti alla allora Accademia delle Scienze med. e nat. di Ferrara nel giugno del 1932; e più tardi altri furono comunicati da Telatin e Bussadori nel giugno 1940; ed altri ancora da Poltronieri e Zavarini nel dicembre dello stesso anno.

Ma in tema di terapeutica vale in definitiva soltanto il risultato terapeutico — e mi richiamo qui a quanto dianzi. Esso costituisce

risponso di quello cui il De Giovanni tanto teneva, capace di finalità complesse, l'*esperimento clinico terapeutico*; che implica anch'esso esercizio di scienza ed anch'esso esige finezza di avvedutezze ed ampiezza di visioni e di sintesi. Il resto è frammentario e potrebbe portare ad aspetti capziosi e sviamenti e niente affatto a visioni essenzialistiche.

Intanto, come derivazione del concetto di cure dia-cefalo-rachidiane va facendosi strada l'idea che la via del rachide non sia la più adatta per la somministrazione continuativa di farmaci ai centri nervosi; costituisca essa di fronte a tale mira una via antifisiologica. È possibile pensare che la sostanza porti al trattamento qualche sfumatura sua propria; ma da che io mostrai i risultati che qualcuno chiamò perfino « sorprendenti » che si possono ottenere colla semplice introduzione di acqua, anche perfino dello stesso liquido cefalo-rachidiano appena prelevato al paziente; e per giunta è dato constatare che il risultato benefico quando s'è da ottenere, compare — subito oppure dopo una attesa, di giorni o di settimane — per lo più già a seguito di una soltanto introduzione di quella qualunque sostanza che si impieghi; così stando le cose, parrebbe che colui il quale si ostinasse a voler attribuire l'azione curativa al farmaco introdotto mostrasse un atteggiamento di spirito — nella migliore delle ipotesi — estraneo se non avverso alla critica.

Cosicchè risultano sempre più numerosi gli Autori che, trattasi di sulfamidici o di sieri, preferiscono somministrarli attraverso il circolo generale; e l'impiego della via endolombare si usa, in concomitanza o meno, per la provocazione di un meccanismo dia-cefalo-rachidiano o introducendo l'aria come il Säker o l'acqua bidistillata come il Dumont; l'uno e l'altro rigorosamente ortodossi, come si vede, ai principî attinenti a quel meccanismo ed alla relativa *praxis*.

* * *

Non è stato così importante il sapere che la corteccia cerebrale costituisce la sede che ha diretta attinenza collo svolgersi della suprema funzionalità psichica, quanto avere constatato e preci-

sato che molta funzionalità psichica, anche di ordine superiore, è regolata da centri vegetativi collocati in sedi sottocorticali. Ma ho avuto sempre l'impressione che su questo punto, sedotti dagli importanti rilievi, i ricercatori, come paghi di essi o dubitosi nell'andare più oltre, non si siano dati abbastanza la pena di chiarire e distinguere.

Chi guardi un po' distanziandosi, così da avere una visione panoramica ed essenzialistica d'insieme, i centri e le vie dell'encefalo, è colpito anzitutto da due aspetti fondamentali delle costruzioni: da una parte, la volta che limita l'insieme dei gangli della base, una volta che arieggia quella corticale ma le è sottoposta; corrispondentemente, questa volta in cui ha limite l'insieme delle masse gangliari è morfologicamente più rozza, più elementare, meno anfrattuosa, meno sviluppata, meno ricca. Ma arieggia la volta corticale, assumendo proprio l'aspetto di un cervello in sottordine se per un momento volessimo chiamare cervello nel senso fisiologico del pensiero la sola corteccia.

Effettivamente un insieme di fatti consente di ammettere che la centralità cerebro-spinale sottocorticale sia sede di una funzionalità psichica; mentre, nè il meraviglioso esperimento di Förster che in sede operatoria suscitò sindrome maniaca toccando certi punti dell'ipotalamo, nè le ricerche pur considerevoli della Zilberlast Zand, nè altre ancora, mi persuasero mai che siano sede diretta di funzionalità psichica i centri neuro-vegetativi. Essi influenzano la funzionalità psichica con la regolazione vasomotoria e colla diretta regolazione trofica o comunque per via dinamo-gena o inibitoria, verosimilmente a mezzo di veicoli biochimici; ma in modo diretto agiscono sul sistema di relazione che viene ad essere in tal guida come un intermediario indispensabile, e perciò esso l'esibitore diretto, della funzionalità psichica. In questo senso potrebbe accogliersi anche l'ipotesi di Hascovec della sede del fenomeno della coscienza sulle pareti del III ventricolo.

Su di una funzionalità psichica sottocorticale siamo stati edotti fra l'altro da quella miniera di reperti sperimentali ottenuti dalla stessa Natura elettivamente sull'ambito sottocorticale, di cui diremo tosto qualche precisazione, che fu la casistica dell'encefalite epidemica. Fui da tale casistica portato ad enunciare io stesso,

una dozzina di anni fa, un centro nel senso fisiologico dell'istinto di conservazione individuale, avendo avuto occasione di studiare ripetuti casi di encefalite cronica, più o meno frusta, con poche sofferenze, in cui si era verificato un suicidio autonomo, un suicidio cioè senza che risultassero congrui motivi psicologici. E qui è d'uopo accennare all'altro dei due aspetti morfologici fondamentali cui si accennava, consistente nell'incrocio, a mo' di raggi attraverso il foco di una lente, delle vie conduttrici nervose attraverso il foco sito nel tronco encefalico; ove le vie conduttrici si scontrano a delineare la loro opposta destinazione somatica: le une, quelle sottoposte, si portano verso la maggior estensione corporea e più o meno nettamente si portano verso il suolo; le altre, meno estese, verso la parte eminente del cervello esposta agli spazi. Quella regione di incrocio delle vie designa la *opposizione* di collocamento fra la corteccia cerebrale e il resto della visceraglia. Vi è in questo disegno qualche cosa che si armonizza col fatto della centralità vegetativa suprema sita precisamente in quell'ambito. Il ragionamento teleologista non è da escludere: esso può valere come una specie di proiezione raffigurativa, come una maniera espressiva, di congetture in ordine fisiologico; più ancora: esso azzarda un presupposto filosofico, ma chi ne assuma il contenuto come ipotesi di lavoro, può attingerne lumi efficaci. La corteccia cerebrale può essere considerata, dal punto che qui ci interessa, alla stregua di ogni altro viscere che, mentre ottempera ad una funzione sua propria, abbisogna di una vitalità intrinseca di nutrizione, regolata questa dal sistema neuro-vegetativo. Non possiamo dire fino a che punto la funzionalità specifica del viscere corticale sia subordinata all'influsso neuro-vegetativo; certamente lo è; ma lo è meno di quanto lo siano gli altri visceri. Nella filogenesi, col progredire nella scala zoologica vediamo semplificarsi la struttura citoarchitettonica della massa diencefalo-ipotalamica corrispettivamente allo svilupparsi e complicarsi della corteccia ed al corrispettivo evolversi della funzionalità psichica. Certamente, il semplificarsi della citoarchitettura diencefalo-ipotalamica deve essere in rapporto col decentrarsi dal complesso dei visceri verso il viscere più nobile, quello corticale, della complessiva attività biologica dell'organismo; e così col fatto della

devoluzione alla corteccia, e sua sublimazione, di tanta parte della vita di relazione.

I centri elementari della vita di relazione, invece, i gangli della base, li vediamo strettamente e intimamente connessi coi centri neuro-vegetativi. Vedremo qui come la patologia — e accade spesso — venga a lumeggiare la fisiologia.

Già il Gley ed altri fisiologi avevano scorto una complessiva individualità fisiologica nella regione intramezzata entro il tronco ed i gangli della base alla quale non si sentivano di assegnare una corrispettiva netta delimitazione anatomica; e diedero alla regione stessa l'appellativo di *mesocefalo*, espressione che ha il solo torto di prestarsi alla confusione con l'appellativo anatomo-embriologico di « *mesencefalo* » che corrisponde, come è noto, a più ristretta sede. Io adottai l'espressione e il concetto di Gley adattandoli a criteri clinici: intendendo sotto l'appellativo di « *mesocefalo* » l'insieme delle formazioni della base (e si estenda pure il concetto alle insinuazioni di queste sin entro la corteccia) comprendenti sia la suprema centralità neuro-vegetativa e sia le sedi di quella funzionalità psichica di relazione di rango sottoposto che, come nelle sedi anatomiche, così nelle sue modalità funzionali, mostra più stretta connessione col sistema vegetativo: quella categoria cioè di funzionalità psichica di relazione che presenta un rapporto più o meno diretto con la conservazione della vita individuale e della specie. Così, in essa, la funzionalità psichica che suol chiamarsi la « *sensibilità incosciente* », riferentesi in particolare alla nozione del nostro soma; così la funzionalità automatica; e molta per lo meno di quella che si comprende sotto l'appellativo di « *subcosciente* ». È da avvertire che erroneamente si designa talvolta sotto questo appellativo una attività psichica che viceversa è *ultracosciente*, quando consenta un prodotto concettivo e creativo d'eccezione mercè una astrazione massima in uno stato di grazia di profonda concentrazione attentiva. Veniva così la possibilità di individualizzare e qualificare con un certo fondamento di sede affezioni che fin qui non trovavano nè appellativo, nè interpretazione. Fin qui si diagnosticavano le nevrosi e le psiconevrosi soltanto a norma di una sola categoria delle manifestazioni, quella psicologica. Ma dove classificare certe forme morbose che vengono alla nostra osserva-

zione quotidianamente in cui, per esempio, riscontriamo una ipermotività, una subansiosità ipocondriaca, paracenestesi o allucinazioni paracenestesiiche diverse, ed insieme una esauribilità generale ed una poliuria ed una alterazione del ricambio dei grassi, e segni vari di debilità nella sfera riproduttiva?

Vi è in una siffatta sindrome una intrusione di sintomatologia psichica e di sintomatologia vegetativa che trova pieno riscontro nella connessione vegetativa e di relazione della regione mesocefalica concepita conforme dianzi.

La dottrina da me enunciata nel 1924 sull'isterismo, che sostenni in un dibattito col Baruk al Congresso di Brusselle del 1935, che credo costituisca l'ultima parola su questa affezione, in realtà viene a distruggere l'entità nosologica e si richiama alle possibilità cliniche prospettate dalla entità del « mesocefalo » e delle sue stratificazioni e connessioni cerebro-spinali e vegetative. Come sintomatologie di quest'ordine, svariatissime nei modi, sono straordinariamente frequenti, dovetti pensare a ragioni che rendessero il mesocefalo suscettibile di incontrare una particolare labilità; e queste ragioni ho riassunto scorgendo nel mesocefalo l'asse biologico della specie, il depositario delle usure subite nei disordini di vita dalle generazioni. Pur comprendendovi numerose assai sottodivisioni, isolai intanto quale affezione funzionale generica del mesocefalo, la « mesocefalosi »; malattia umana per eccellenza, in rapporto ai sopraffaticamenti, alle sferzate, alle intossicazioni, all'asservimento insomma, cui le esigenze della superiore biologia umana espongono l'asse biologico della specie. Ed indicai con l'appellativo di « ipomesocefalia » - di cui diedi notizia sulle *Archives de Neurologie* di Charcot del 1934 - la modalità costituzionale corrispondente.

Come si vede, la mesocefalosi non va confusa con la simpatosi centrale. Quest'ultima concezione non prevede, e non comprende, le sindromi che sono dovute a sconfinamenti della interessenza patologica dal « cervello vegetativo » verso quei centri della vita di relazione che sono a quelli vegetativi connessi. Gli studi moderni sulla fisiopatologia del dolore - di cui una esposizione riassuntiva, accompagnata da personali esperimenti, è apparsa qualche tempo fa ad opera di Buscaino e Pero - non basterebbero, per esempio,

a spiegare su base esclusivamente neuro-vegetativa quella sintomatologia tanto frequente nei malati di mesocefalosi, che si inquadra nella ipocondriasi, quella sintomatologia che rende i malati tormentati e tormentosi e pur li fece qualificare altra volta quali « malati immaginari » e soltanto oggi sappiamo che sono dei lesi nella centralità deputata alla cosiddetta « sensibilità incosciente » pronta essa a balzare importuna oltre la soglia ed entro la coscienza non appena stimoli abnormi vengano ad inquietarla. Scorrendo la bibliografia, scorsi nelle vedute che il Ratner espone la prima volta in una Rivista di Mosca nel 1925 dei punti di contatto con la mia duplice concezione di mesocefalosi e di ipomesocefalia. I punti di contatto però sono piuttosto apparenti che non sostanziali. In realtà il Ratner non ad altro addiviene che a lumeggiare una parte della fisiopatologia diencefalica, e questo circa la possibilità di trarne applicazioni nosografiche. Ma nè egli addiviene alla individualizzazione di un quadro, sebbene adduca un appellativo; nè collega in modo abbastanza definitivo un gruppo di quadri ravvisandone o una affinità di natura o una delimitazione anatomo-fisiologica abbastanza netta.

Nella concezione sua il Ratner è costretto a relegare dietro un punto interrogativo le alterazioni del tono muscolare, le quali, almeno in parte, sono basate su patologia del telencefalo anziché del diencefalo; e bellamente si inquadrano invece, sia nel senso anatomico come in quello della fisiopatologia, nella concezione della mesocefalosi o della mesocefalite.

Le stesse alterazioni sellari che egli indica come caratteristiche della sua « congenita insufficienza diencefalica » non hanno per noi gran valore dal momento che egli le riscontra scarsamente negli astenici e negli acromegaloidi, che sono degli ipomesocefalici schietti. Fu proprio il film di un soggetto gigantoide che suggerì a me l'idea che la piccolezza dell'immagine radiografica sellare sia indizio di ipoplasia, di ipobiotrofia, nell'asse biologico della specie. Le affinità di natura e le correlazioni anatomiche e biochimiche (cui tanto contribuito portarono Roussy e Mosinger) fra ipofisi e centri immediatamente soprastanti sono ben note.

Per cui ho il convincimento che (a parte i precedenti di cui può dirsi nessuna concezione umana sia scevra) la concezione costitu-

zionalistica delle ipomesocefalie e la corrispondente clinica della mesocefalosi, e l'implicito riferimento delle nevrosi alla corrispettiva base anatomo-fisio-patologica, concezione certamente personale, è una concezione originale nostrana.

Chi in Italia intuì e valorizzò meglio di ogni altro la detta concezione costituzionalistica fu un antropologo, il Di Tullio. In campo psichiatrico-forense me ne ero servito io stesso, in collaborazione col Montemezzo, in uno studio peritico pubblicato sulla « Giustizia Penale » nel 1933.

Le concezioni di « mesocefalosi » e di « ipomesocefalia » richiedono che si tocchi il problema delle correlazioni fra sistema neuro-vegetativo e ghiandole a secrezione interna. Oggi si è già pressochè d'accordo nell'attribuire in genere nella relativa fisiopatologia l'importanza maggiore e primigenia al componente nervoso del complesso neuro-vegetativo endocrinico, quando non sia vistosamente ammalata di affezione propria, per esempio tumorale, una ghiandola. Credo poter dire che il Maestro della Endocrinologia italiana, Nicola Pende, è di questo avviso.

Sono passati molti anni da che io dissi che sopravvalutando l'importanza patogenetica delle ghiandole a secrezione interna si veniva a concepire una specie di inversione biologica per cui l'elemento più evoluto, più nobile, più raffinato, sia meno labile di quello elementare.

Citerò il fatto, che ad ognuno sarà stato dato di osservare, della frequente mancanza di coincidenza cronologica fra menopausa nervosa e menopausa ovarica.

Soprattutto mi riattaccai però alle classiche conclusioni sperimentali di Camus e Roussy circa la efficienza patogenetica della ghiandola ipofisi in rapporto a quella del *tuber cinereum*.

Già da allora, dall'epoca di quelle loro ricerche e successivamente via via vennero profilandosi, o desunti dall'argomentazione clinica, o palesati dallo sperimento o dalla indagine anatomo e fisiopatologica, centri ipotalamici via via sempre più numerosi in accordo con la molteplicità delle funzioni vegetative: ai quali veniva a devolversi buona parte della elettività funzionale e risp. patogenetica lesiva che prima veniva attribuita esclusivamente a peculiarità biochimiche dei componenti ormonici. Così quel « pierre-marisme »

— che fu secondo me una buona intuizione di Léopold-Lévy — viene ad inquadrarsi in una modalità di ipomesocefalia, essendo oggi da ammettere un centro mesocefalico regolatore della morfogenesi (ossea).

Ne prospettai la esistenza nel 1929 e ne diede successivamente un'ampia illustrazione il mio Aiuto Prof. Campailla. Argomenti anatomici probativi furono addotti dal Sacchetti della Scuola del Zalla e dal Severi, Aiuto del Costa. E — conforme ebbi ad accennare or ora — in certe ipomesocefalie che presentano segni acromegaloidei indicai a suo tempo quale dato obbiettivo caratteristico, morfologico localistico, anzichè il reperto di una espressione di esuberanza ipofisaria, proprio l'opposto e cioè le piccole dimensioni della sella turcica alla immagine radiografica, con ristrettezza per lo più dell'ingresso; segno che indica evidentemente una piccolezza della ghiandola ma insieme allude significativamente, al lume di vari elementi clinici, ad una esiguità costituzionale, con probabile risentimento particolare di certi suoi tratti, del complesso tuber-ipo-fisario, o, meglio, addirittura, mesocefalo-ipo-fisario.

Ma la trasposizione a centri vegetativi della primigenità di funzioni che prima si tendeva ad attribuire in modo pressochè univoco a ghiandole a secrezione interna trova parecchie importanti applicazioni cliniche e citerò a titolo d'esempio quello che ebbi ad enunciare nel 1929 a proposito di un caso di diabete mellito in cui sospettai una patogenesi da adenoma ipofisario argomentando che un adenoma ipofisario possa, indipendentemente dalla sua qualità e dalla corrispondente qualità di alterazione del suo chimismo, provocare sintomatologie differenti a seconda del centro o dei centri tuberiani che dallo sconcerto meccanico e biochimico dovuto alla condizione adenomatosa siano portati a dar segno di risentimento a norma di una individuale loro labilità connessa alla individualità del soggetto.

Allo stesso modo sappiamo che non sono necessarie certe modalità istochimiche di alterazioni ipofisarie perchè si abbiano sindromi adiposo genitali, siano pur queste in connessione con patologia ipofisaria; nè risulta indispensabile proprio un adenoma basofilo a che si abbia una sindrome di Cushing.

Come vedete, anche qui Achille De Giovanni — che ho il privilegio di avere avuto Maestro — e lo considero uno dei quattro pila-

stri della mentalità medica del mondo — anche una volta fa scuola. A Lui dobbiamo se le prime rivelazioni costituzionalistiche in psichiatria sono opera italiana; poichè chi vi parla, che enunciò la appartenenza degli organismi dei dementi precoci al gruppo della prima combinazione morfologica nel 1907 e cioè parecchi anni prima del Kretschmer sotto il cui nome vistoso va per il mondo la stessa concezione; e il Tommasi che contemporaneamente nello stesso Istituto rilevava e dava alle stampe la nozione che l'organismo dei maniaco-depressivi appartiene al gruppo delle II-III combinazioni morfologiche, anche questo molti anni prima del Kretschmer sotto il cui nome vistoso va per il mondo la stessa concezione; e D'Ormea e Maggiotto, e Lugiato e Ohanessian che portarono significativi contributi in conformità, anch'eglino circa a quell'epoca; sono tutti allievi di Achille De Giovanni.

* * *

È ozioso del resto attirar l'attenzione sulla cardinale importanza clinica che presenta la fisiopatologia del mesocefalo nel suo complesso; nel suo complesso, e nelle singole sue parti. È ozioso pure dar risalto alle quotidiane scoperte sulla funzionalità, e corrispettiva patologia, in ispecie della componente neurovegetativa; quella che potrebbe anche chiamarsi il « cervello vegetativo » se pur non si voglia in questa espressione abbracciar tutto il mesocefalo comprendendovi l'insieme di centri e funzioni sottocorticali che, pur appartenendo alla vita di relazione, sono, e per contiguità ed intimità anatomica e per la modalità del loro stesso contenuto funzionale, ligi alla centralità vegetativa e in qualche modo integranti funzionali di essa. Non credo accettabile il riferimento troppo limitativo che danno all'espressione di « cervello vegetativo » Lhermitte, Masquin e Trelles, i quali lo fanno coincidere coll'ipotalamo soltanto.

Tanto notevole è risultata l'importanza biologica di detta regione che lo Speranski ha impostato su certa fisiopatologia in attinenza con essa nientemeno che la « base di una teoria in Medicina », imperniata sulla concezione di un « centro neuro-distrofico » il quale (apparentato ideologicamente in qualche modo col « centro epilettogeno » del Salmon) verrebbe ad essere responsabile dei fal-

limenti come dei ricuperi dell'organismo di fronte alle più svariate situazioni morbose. La neurochirurgia persegue a valle il sistema vegetativo e prospetta o già realizza meraviglie terapeutiche come nelle miniature chirurgiche del nostro Gino Pieri.

Ma soprattutto pare a noi opportuno mettere in rilievo l'importanza grandissima offerta, nella stretta colleganza tra suprema centralità vegetativa e centralità sottocorticale di relazione, della reciproca intrusione di psichismo automatico e di funzionalità vegetativa centrale. È facile vedere come tale intrusione sia ricca di conseguenze per la biologia umana, realizzando essa un ponte di connessione fra psichismo ed organicità di manifestazioni. La nozione di essa è feconda di deduzioni e derivazioni pratiche di valore enorme. Anzitutto ci addita la via ad un trattamento organicistico delle psicosi — e di questo vedremo appresso; poi viene a spiegare come il psichismo intervenga anche nella difesa contro le malattie, anche quelle infettive. C'è bisogno di ricordare che il Métalnikov, allievo del Pavlov, suscitò reazioni immunitarie per via condizionata, e cioè attraverso una *idea*?

L'esistenza di questo crocicchio funzionale in cui vita psichica e vita vegetativa si incontrano e si influenzano e vorrei dire si traducono reciprocamente, invita più che mai la Medicina alla visione unitaria dell'uomo. La Neuropsichiatria ripaga così la Medicina interna dei contributi imprescindibili portati da questa alla neurologia come alla psichiatria. Oltre tutti quelli che sappiamo, c'è da menzionare qui come la psichiatria si sia oggi arricchita di mezzi terapeutici poderosi portando oltre i limiti della Medicina interna mezzi terapeutici che da questa le son pervenuti. Alludo ai nuovi preziosi mezzi costituiti dalle cure comatogene e convulsivanti a mezzo dell'insulina e del cardiazol; cui si aggiunsero il cloruro d'ammonio di Bertolani, l'acetilcolina di Fiamberti, e la variazione attraente anche in sé medesima quale mezzo di sperimentazione portata dal Cerletti, colla sua provocazione dello shock per via elettrica.

* * *

Non so lasciare l'argomento senza sostare, almeno un istante, in una considerazione che si riferisce ad un compito organizzativo

pregiudiziale agli studi psichiatrici ed alla assistenza psichiatrica integrale. L'esperienza quotidiana ci persuade, o Signori, che l'Umanità, per dar corso alla propria redenzione, e cioè per farsi umana, abbisogna di una « Igiene profilassi e cura precoce dei nervi »; e dico « dei nervi » e non « della mente », ligio al principio dell'approfondimento neurologico della psichiatria. Abbiamo superato l'appellativo di « Manicomio » traducendolo in quello di « Ospedale Psichiatrico »; dobbiamo superare anche quello di « malattia mentale » che è superficiale ed improprio.

Di espedienti negli assetti sociali se ne è escogitati e sperimentati tanti nei secoli e non si è riusciti ad avviare per niente alle manifestazioni di crudeltà e di balordaggine. Si impone dunque di modificare la natura dell'uomo. Religione e pedagogia trovano ostacolo nelle condizioni di piccola dissimulata psicopatologia di cui l'Umanità è intrisa.

Abbiamo accennato in principio allo affinamento dei piccoli segni diagnostici. La loro portata è più vasta che non il loro riferimento alle contingenze della clinica ordinaria: essi sono rivelatori spesso di ipobiotrofie nel rispettivo ambito, dalle quali è dato desumere la natura originariamente e fundamentalmente nervosa anche in ambiti diversi e più vasti. Se io veda che alla relativa stimolazione un alluce si flette meno dell'altro, questo non basterebbe a che io ne inferissi una schietta patologia delle vie piramidali; ma raccostando il segno ad altri posso interpretarlo come un indizio di una inferiorità evolutiva nel lato corrispondente. Che se il segno si riferisce in ispecie alle vie piramidali, non è detto che queste esclusivamente siano interessate dal difetto: gli è che le vie piramidali essendo più ricche di semeiotica debbono prestarsi a che noi attraverso la infirmità loro possiamo argomentare in singoli casi una infirmità più estesa.

Il concetto di « ipomesocefalia », i piccoli segni diagnostici dovunque attinti, gli indizi anamnestici e quant'altro valgono ad indirizzare l'opera preziosissima dello psichiatra ai fini della bonifica umana. Selezionare e smistare in base ai criteri offerti da quelle indagini è assai più prezioso che non orientare gli individui professionalmente a norma di attitudini previe in sede psicologica di presunta normalità.

La psicoterapia, anche quella più rigorosamente preventiva, deve essere compito quasi esclusivo degli psichiatri; ai quali però — naturalmente — un corredo congruo di cultura psicologica non deve mancare.

La pratica assurge quindi ad una portata sociale che la adegua quasi alla nobiltà della scienza. E lo studioso di clinica che non voglia coartarsi entro la parete tubolare del microscopio, ovvero entro quella, altrettanto tubolare ma anche più angusta, della provetta, deve portare la propria attenzione su quei grandiosi e imprescindibili strumenti di *praxis* che sono gli Ospedali psichiatrici; con tutta la loro attrezzatura interna e tuttavia non claustrati entro la materialità di una cinta ma insinuati, propagginati, ramificati quanto più estesamente si possa in seno alla società attraverso la citata opera di igiene e profilassi e cura precoce. Ma qui è d'uopo riconoscere che l'Ospedale psichiatrico occorre insieme per la ricerca scientifica, le Cliniche psichiatriche non essendo in paragone che dei *facsimili*, per la esiguità numerica dei ricoverati, ed anche per ragioni di ordinatura sociale. Alla clinica psichiatrica, disciplina clinica dell'individuo per eccellenza, occorre casistica e casistica, seguita a lungo, durante, dopo e prima della degenza.

Altra volta gli Ospedali Psichiatrici, sebbene più grezzi nella nomenclatura, furono fucine rigogliose di produzione scientifica, quando, attraverso la persona del Direttore, erano annessi alle Cliniche universitarie. Avvenuta la differenziazione, si impongono assetti nuovi nelle disposizioni organizzative. Ci sono dei Direttori di Ospedali psichiatrici di alto valore ai quali non riesce di creare una Scuola scientifica, come saprebbero, perchè i loro medici gravitano su altri Istituti più quotati nella borsa delle carriere e perchè, lasciati liberi dai Regolamenti, rivolgono la loro attività ad una personale professionale bottega tenendo il posto ospedaliero come base di un cespite fisso di guadagno sbrigandone la bisogna quotidiana nel modo più sbrigativo. Piccoli esempi di una situazione che frustra la possibilità che tante migliaia di sciagure umane, servendo allo studio, valgano ad ispirare la escogitazione e la adozione di sempre più larghi ed efficaci rimedi onde la Umanità possa rifarsi.

Studenti miei carissimi, avete sentito da me delle enunciazioni in gran parte personali non già perchè io intenda sopravvalutare la mia persona, ma perchè ho ritenuto dovere nella circostanza odierna fare della mia persona quale essa sia un poco di presentazione. Ma Voi sapete che il culto della Scienza esige il culto della Verità. E perciò a nessuna delle nostre enunciazioni personali dobbiamo conferire un senso che venga a rasentare il dogmatico. La funzionalità vegetativa e la funzionalità di relazione non s'incontrano soltanto a livello mesocefalico; ci sono condizioni psicologiche ricche di ispirazione vegetativa e quindi egotistica; e gli stati intellettivi appunto vengono ad incontrarsi con gli stati affettivi. Qui c'è il pericolo che la passione per l'idea che sia nostra ci veli lo sguardo dallo scorgerne le mende. In campo di lavoro scientifico, Giovani egregi, quando sentiate di avere conquistata una idea vostra, quello è il momento in cui è più assennato che mai di dubitare.

RIASSUNTO

L'A. invita ad orientare più di quanto non si faccia la diagnostica neuro-psichiatrica su nozioni di anatomo-fisio-patologia anzichè su schemi che raffigurino quadri sintomatologici di malattie. E richiama acquisizioni recenti le quali consentono nuove e larghe possibilità. Trattandosi di una Prolusione, l'A. crede opportuno citare massimamente produzione sua e della sua Scuola. Egli ricorda la dottrina sul meccanismo di produzione e di circolazione del liquido cefalo-rachidiano da cui provengono tante applicazioni circa la diagnostica non solo ma anche circa la interpretazione di malattie e di sintomi, segnatamente nel campo delle reazioni meninge e in quello della patologia dei tumori endocranici. Ricorda il concetto anatomo-fisiologico di *mesocefalo*, zona di incontro della centralità neuro-vegetativa colla centralità del sub-cosciente, donde una visione nuova ed una nuova classificazione delle nevrosi ad indirizzamenti nuovi nella loro terapia come pure nelle deduzioni medico-legali. Nella individualizzazione della « atassia ereditaria con paramiocloni molteplici tipo Unverricht » l'A. non volle foggare un appellativo come fece Ramsay Hunt che s'imbattè in forme simili nove anni più tardi: l'A. ebbe in vista quì la possibilità di aggruppamenti sintomatologici diversi su analoga base di patologia familiare. Anche per la « cura precoce, igiene e profilassi dei nervi » l'indirizzo anatomo-fisio-patologico e i concetti di « *mesocefalo* » e di « *ipomesocefalia* » che vi si inseriscono possono portare contributi e lumi; come pure alla esegesi di fenomeni antropologici come quello dell'« uomo di genio ». L'A. chiude il suo studio con una invocazione di carattere pratico: l'organizzazione sempre più schietta ad Istituti di ricerca scientifica degli Ospedali Psichiatrici, miniere imprescindibili per lo studio ed il progresso della Psichiatria.





