

35  
214

Mos B 731

Dott. ROMEO VIRGILI - ass. v.

Della Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Roma.  
Direttore: Prof. U. Cerletti.



# Le psicosi malariche

*Estratto da «CLINICA NUOVA»*

Luglio 1946

A. II - N. 7

«CLINICA NUOVA»

RASSEGNA DEL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE

ROMA - VIALE XXI APRILE, 13 - TEL. 82458



Il concetto di malattie mentali dipendenti dalla malaria non è nuovo chè risale a Sydenam. Nella seconda metà del secolo scorso lo studio di tali psicosi viene ripreso e dobbiamo a Schüle il primo tentativo di classificazione e la descrizione di accessi periodici e di disturbi mentali che sostituivano gli accessi febbrili malarici e ne seguivano lo stesso ritmo, quotidiano o terzanario (intermittente larvata). Col nome di « psicosi tipica » Krafft-Ebing disegnò nei disturbi psichici transitori che accompagnavano o sostituivano gli accessi febbrili; negli intervalli fra gli accessi tali disturbi mancavano. Sia Schüle che Krafft-Ebing distinguono psicosi che si istituiscono sul terreno della malaria acuta e psicosi che si istituiscono sul terreno della malaria cronica. Successivamente molti AA. hanno portato contributi su particolari quadri clinici di psicosi malariche. Così Pasmanik, dall'esame di oltre cento casi di tali psicosi, ha distinto forme di melancolia agitata negli adulti, forme stuporose nella cachessia palustre. Questo A. ritiene generalmente favorevole la prognosi di tali psicosi. Sono stati poi descritti casi di eccitamento maniacoale con allucinazioni, forme pure di mania, forme pseudoparalitiche, sindromi di Korsakow.

Un'altro tentativo di classificazione è opera di Bethg., che distingue tre categorie: febbre pernicioso delirante, psicosi tipica, psicosi della cachessia palustre. Papastratigakis e Winchon e più tardi Pokrowsky richiamano l'attenzione sugli stati angosciosi legati all'accesso febbrile. Il primo ha rilevato tendenza alla fuga e all'aggressione, allucinazioni del gusto e dell'odorato, che si accompagnano in genere a cattivo funzionamento dell'intestino e talora a rifiuto del cibo.

Masson (1924) riferisce sui casi di psicosi malariche insorti anche a distanza di tempo dalla manifestazione febbrile, in cui l'etiologia era provata dalla presenza del plasmodio nel sangue e dal benefico effetto della cura chininica. Come già Papastratigakis, questo A. ritiene il malarico particolarmente sensibile all'alcool e pensa che si debba tener conto dell'eredità e dell'alcoolismo quali concause nelle psicosi malariche. Per ciò che riguarda gli stati di eccitamento, Masson ammette una disposizione costituzionale. Invece, in casi analoghi, Colone considera preponderante l'importanza etiologica della malaria per la dimostrata efficacia

della terapia chininica sulla psicosi. Perelmann (1925) divide le psicosi malariche in tre gruppi: primarie (quando i disturbi psichici appaiono nel periodo degli accessi febbrili, con dimostrazione del parassita nel sangue periferico); secondarie (quando i disturbi psichici si manifestano sul terreno della malaria latente; nel sangue periferico in genere non si trova l'ematozoario, ma si trova generalmente leucopenia con mononucleosi relativa; è frequente trovare segni somatici di malaria); accessorie (quando la malaria, in veste di causa occasionale, provoca la comparsa di una malattia mentale ben definita, che non rientra nei quadri caratteristici di una psicosi esogena). Perelmann mette in evidenza disturbi psichici prodromici ed enumera le seguenti forme cliniche di psicosi malarica: 1° delirio allucinatorio onirico. 2° confusione mentale acuta. 3° stati maniaci o depressivi con fenomeni allucinatori deliranti. 4. stati di eccitamento epilettiforme. 5° stati stuporosi. 6° stati deliranti paranoidi. 7° sindrome amnestica di Korsakow. 8° sindrome pseudoparalitica. Questo A. ritiene che la comparsa dell'una o dell'altra forma clinica è in rapporto con la costituzione del malato: così, negli schizoidi, ha osservato prevalentemente stati stuporosi, deliri paranoidi o confusione mentale acuta. Le forme più comuni sono il delirio allucinatorio onirico e la confusione mentale acuta. Non vi è alcuna relazione fra il tipo di psicosi e la qualità del parassita; le psicosi insorgono più frequenti nella malaria da falciparum e sono pertanto più comuni nei paesi del Sud e nella stagione corrispondente alla maggiore intensità dell'infezione estiva-autunnale. Il cosiddetto « Amok » dei malesi sarebbe un eccitamento ansioso di natura malarica. Per conto altri AA., tra cui Pansini e Caccuri, nei propri casi, trovano il pl. vivax. Per il decorso, Perelmann distingue sia nelle psicosi primarie, che nelle secondarie forme continue, più o meno prolungate, e forme intermittenti che designa col nome di psicosi tipica e, se senza febbre, di intermittente larvata. Le psicosi accessorie hanno il decorso proprio della malattia mentale rivelata. Le recidive sono causa frequente di psicosi. Perelmann enuncia alcuni caratteri differenziali psicopatologici delle psicosi malariche, ma in definitiva conclude che si tratta di psicosi esogene di origine tossinfettiva. Una delle caratteristiche, l'apparizione massiva delle allucinazioni, è notata anche da Carnevali. In un caso di Angriani un grave stato allucinatorio terrifico andò diminuendo per ricomparire in relazione con secessivi accessi febbrili. Casi di omicidio e di suicidio in seguito a disturbi psichici da malaria sono riferiti da Uribe Cualla e rispettivamente da Kuzel e da Schinizer. Osipowa mette in rilievo anche quadri più lievi a tipo neurastenico. Sklar, dall'esame di 180 casi, trova una netta prevalenza di psicosi a tipo esogeno e una minoranza di psicosi endogene croniche e neurosi. L'A. conclude che non esiste una psicosi malarica specifica. Distingue due gruppi, il primo analogo alle psicosi primarie di Perelmann, il secondo comprendente le psicosi secondarie e

accessorie di quello A. Anche Sklar richiama l'attenzione sull'importanza del terreno: ritiene superflua una costituzione predisposta, che avrebbe trovato solo nel 29,4 % dei casi, ivi comprese le psicosi endogene croniche. delle prime ritiene normalmente responsabile la malaria estiva-autunnale, mentre le altre possono essere causate anche dall'a. terzana benigna e dalla quartana. Non vi è parallelismo, secondo questo A., tra la quantità dei parassiti e l'entità dei quadri morbosi e cerebrali. Gli AA. citati sono soltanto una parte di coloro che si sono interessati dell'argomento: moltissimi hanno portato il contributo di casi isolati, talora interessanti, ma che possono rientrare nell'una o nell'altra delle forme cliniche ricordate sopra.

### DESCRIZIONE DEI CASI

Riferirò brevemente su cinque casi, osservati in clinica in questi ultimi tempi.

1° - C. L., anni 40, carrettiere. — Nulla da rilevare nella anamnesi familiare e personale. E' moderato bevitore. 4 giorni prima dell'ingresso in clinica presentò un accesso febbrile di tipo malarico. L'indomani, sfebbrato, uscì di casa e si recò in campagna con alcuni conoscenti per ragioni di lavoro. Colto da malessere e febbre, presentò grave agitazione psicomotoria. Fu legato e trasportato a casa, e di qui perdurando lo stato di agitazione, ricoverato in clinica.

All'ingresso (9-8-1944) il p. si presenta confuso e clamoroso. All'esame obiettivo si notano grossolani rumori bronchiali senza importanza e un notevole tumore di milza. L'esame neurologico è negativo. Nei giorni seguenti lo stato peggiora: il p. è in preda a violenta agitazione psicomotoria. Il 12-8-1944 il p. è calmo, ma non ricorda gli avvenimenti che hanno preceduto il ricovero. Il giorno seguente è nuovamente agitato e manifestamente allucinato. I giorni 14, 15, 16, 17 agosto accessi febbrili malarici (da pl. vivax). La febbre viene interrotta con somministrazione di chinino (due gr. al giorno) e parallelamente migliora la sintomatologia psichica. Una sopravvenuta piodermite migliora rapidamente in seguito a cura sulfamidica. Il 10 settembre le condizioni psichiche del p. sono normali; persiste una lacuna mnemonica concernente l'inizio della malattia e i primi giorni del ricovero. Il 16 settembre il p. è dimesso guarito.

2° - V. R., anni 13. — Ha due fratelli e 4 sorelle, tutti affetti da malaria. Il p. ha sofferto le comuni malattie dell'infanzia e ha contratto malaria un anno fa. Alcuni giorni prima dell'ingresso in clinica ha avuto brividi e febbre. Il 6 maggio 1945 improvvisamente si spogliava e si gettava in un fosso, gridando che un apparecchio lo stava mitragliando e che alcuni coetanei lo volevano picchiare. Portato a casa fu irrequieto, gridò, ebbe allucinazioni visive. Un medico prescrisse chinino e sedativi. Il giorno seguente, dopo una notte agitata, viene ricoverato in clinica.

All'ingresso (7-5-1945) il p. si presenta francamente eccitato; è lucido e abbastanza bene orientato. L'esame obiettivo dimostra epatosplenomegalia. L'esame neurologico è negativo. Le condizioni psichiche migliorano nei giorni seguenti: il 20 maggio il p. è calmo, lucido, orientato. Dal 28 maggio al 6 giugno 8 accessi malarici (da pl. vivax). Lo status psichico peggiora rapidamente fino a ripetere quello iniziale;

lo stato di agitazione si mantiene per tutta la durata delle febbri e non diminuisce negli intervalli di apiressia. Si somministra chinino per os. (un gr. al giorno). L'8 giugno il p. è nuovamente calmo. Il 14 giugno è trasferito all'Istituto di Malariologia per prosecuzione cura. Rientra in clinica il 19-7-1945 in stato di eccitamento analogo ai precedenti, insorto contemporaneamente a nuovi accessi malarici. Il 26 luglio il p. è di nuovo calmo, lucido e orientato. Il 29-7-1945 viene dimesso.

3° - N. B., anni 17, contadino. — Nulle di notevole nell'anamnesi familiare e personale. Ai primi di aprile ebbe un accesso febbrile, iniziatosi con brivido e seguito da profusa sudorazione. Altri due accessi simili seguirono a giorni alterni. Durante la febbre il p. era agitato, diceva di essere chiamato dai compagni e rispondeva di non poter uscire di casa. Nei giorni di apiressia il p. era lucido, orientato, tranquillo e criticava i disturbi psicosensoriali del giorno precedente. Dopo questi tre accessi, curati con chinino, il p. stette bene per circa un mese. Verso la metà di maggio ebbe un quarto accesso febbrile seguito da un giorno di apiressia e da un quinto accesso. Fu curato con atefrina (5 compresse il giorno del secondo accesso e tre compresse in ognuno di sei giorni successivi). Fin dal quarto accesso il p. apparve ai familiari confuso e disorientato. Una diecina di giorni fa, mentre si trovava nei campi, si mise a fuggire urlando, credendosi inseguito da un cane. Si è così iniziato uno stato di intensa agitazione psicomotoria che ha reso necessario il ricovero.

All'ingresso (2-6-1945) il p. è torpido e confuso: narra di aver visto persone vestite civilmente venirgli incontro e parlargli, e anche in clinica talora ha atteggiamenti da allucinato. Manifesta blandi e incoerenti spunti persecutori. All'esame obiettivo subittero e tumore di milza. L'esame neurologico è negativo. Il 20 giugno il p. è calmo, lucido, orientato. Racconta di aver visto folle di omuncoli, «grandi come gatti», che gli saltavano addosso. Non critica le sue allucinazioni. Nei giorni seguenti comincia a riconoscerne la morbosità. Il 5 luglio viene dimesso guarito.

Rientra in clinica il 10-8-1945. Il padre riferisce che il p. è stato in perfetta salute per un mese. Ha poi presentato tre accessi febbrili a giorni alterni, con le solite caratteristiche. Durante il terzo accesso disse frasi sconclusionate, e si alzò dal letto, scavalcò una finestra, si calò su un tetto e si introdusse per una finestra in una abitazione vicina, coricandosi in un letto matrimoniale e causando un comprensibile scompiglio. Aveva allucinazioni uditive, asseriva di avere spine per il corpo, gli occhi guasti; e si lavava continuamente. Gli furono praticate quattro iniezioni di chinino e la febbre si interruppe. Rimase però confuso e sitofobo. Viene ricoverato in clinica il 10-8-45. All'interrogatorio si dimostra lucido e orientato, un po' apatico. A precisa domanda dichiara di ricordare le escursioni nell'appartamento vicino. Il 24-8-45 viene dimesso guarito. La ricerca del parassita malarico nel sangue è risultata negativa.

4° - P. M., anni 19, sarta. — Uno zio è stato ricoverato in ospedale psichiatrico. La p. non ha sofferto precedentemente malattie degne di nota. Ha contratto malaria nel giugno 1940. 20 giorni prima dell'ingresso in clinica ha presentato tre accessi febbrili di tipo malarico, curati con chinino. Dopo dodici giorni ha cominciato a fare discorsi sconnessi, a cantare, a denudarsi.

All'ingresso (7-5-45) la p. è clamorosa, assume pose teatrali, sputa su le coperte e in direzione dei presenti, è scarsamente accessibile all'interrogatorio. Obiettivamente lieve subittero e tumore di milza. L'esame neurologico (difficile a eseguire) permette di escludere fatti grossolani. Quattro giorni dopo, la p. è più calma, ma ancora confusa. L'11-5-45 è nuovamente eccitata e clamorosa, e presenta temperatura subfebrile. Negativa la ricerca del parassita malarico. La formula leucocitaria mostra

una leucopenia con mononucleosi relativa. Si somministra chinino per os. (un gr. al giorno per una settimana). Perdurando inalterate le condizioni psichiche, la p. viene sottoposta a elettroshock. A un iniziale miglioramento subentra una ricaduta nelle condizioni iniziali. Il 15-6-45 la p. è definitivamente calma, lucida, orientata; attende a qualche lavoretto in corsia, ha un contegno corretto, chiede di essere dimessa. Esce il 9-7-45, dopo aver subito 23 applicazioni di elettroshock.

5° - D. A., anni 21, contadina. — Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi personale. La p. ha contratto malaria nell'agosto 1944. Il 19, 20, 21 dicembre ha presentato tipici accessi febbrili. Ricoverata il 22 dicembre all'ospedale di Priverno, è stata emoscopicamente accertata la presenza del pl. falciparum. E' stata curata con chinino e dimessa il 25 dicembre in preda a disturbi mentali con la raccomandazione di ricoverarla in clinica adatta.

All'ingresso (29-12-44) la p. si dimostra lucida e orientata, ma euforica e clamorosa. Non si mettono in evidenza idee morbose, nè disturbi psicosensoriali. Obiettivamente subittero e lieve tumore di milza. Esame neurologico negativo. Si somministra chinino per os. (un gr. al giorno per sette giorni). Lo status psichico si mantiene invariato. Il 2-1-45 la p. viene sottoposta a elettroshock. La sintomatologia psichica migliora progressivamente: lo status del 25-1-45 nota che la p. è tranquilla, ordinata, corretta. Sono state praticate sei applicazioni di elettroshock. Dimessa guarita il 27-1-45.

### CONSIDERAZIONI

I casi riportati sono troppo pochi perchè si possano fare considerazioni di indole statistica. Si prestano però ad alcuni rilievi di un certo interesse.

I principali AA. che si sono interessati dell'argomento, portando la propria osservazione su una larga casistica, sono di opinione che la psicosi malarica si può presentare nelle varie forme tipiche delle psicosi esogene; a lato di queste forme ve ne sono altre (psicosi accessorie di Perelmann) col carattere di psicosi endogene croniche. Anche i nostri casi non escono da questo ambito.

Un carattere differenziato notato da molti AA. (Perelmann, Carnevali) è la frequenza delle allucinazioni. Nei nostri casi queste sono presenti nei primi tre casi che sono poi i tipici casi a carattere esogeno. Ma per poter porre la diagnosi di psicosi malarica non è certamente su questo carattere, così comune anche nelle altre psicosi esogene, che ci si può basare. Sklar, ad esempio, nega l'esistenza di ogni carattere differenziale delle altre psicosi tossinfettive. E' pertanto opportuno rivolgersi ai segni somatici della malaria veramente caratteristica, e vedere poi se la psicosi in atto può essere considerata dipendente da essa. L'indagine si svolge in due tempi: in un primo tempo si ricerca l'esistenza di una malaria; in caso positivo si esamina se i disturbi psichici possano dipendere da questa.

1° tempo: Storia di precedenti accessi febbrili, provenienza del p. da zona malarica, caratteristiche e ritmo di tali accessi, diagnosi di mala-

ria poste precedentemente, esami microscopici praticati in occasioni delle febbri. Rilievo dei segni somatici caratteristici (colorito della cute, tumore di milza, tumore di fegato). Ricerca del parassita malarico nel sangue col sistema della goccia spessa e dello striscio. Conta dei globuli bianchi e forma leucocitaria.

2° tempo: Se i disturbi psichici accompagnano gli accessi febbrili, cessando o diminuendo nei periodi di apiressia (psicosi tipica), oppure tengono il posto degli accessi febbrili (intermittente larvata) col caratteristico ritmo, la diagnosi corretta può essere posta subito con certezza. Ma ciò si verifica in una minoranza di casi. E allora entrano in campo altri criteri:

Criterio psicopatologico: i disturbi psichici si presentano in forma di psicosi esogena.

Criterio cronologico: i disturbi psichici si iniziano durante una malaria avuta, o nella convalescenza di una malattia acuta, primitiva o recidiva. I disturbi psichici si ripresentano o si aggravano in occasione di una recidiva che insorga nel decorso della psicosi.

Criterio terapeutico: la cura chininica guarisce o influenza beneficamente la sintomatologia psichica.

Naturalmente bisogna potere escludere la presenza di altre cause tossiche o comunque bisogna tenerne il debito conto.

E' ovvio che non è necessario che questi criteri debbano essere tutti presenti. E' pacifico che un reperto microscopico positivo debba fare accettare per malaria anche una malaria febbrile con decorso atipico. Ma reciprocamente, quando siano presenti tutte le caratteristiche degli accessi malarici, è lecito porre tale diagnosi anche senza l'accertamento microscopico, o quando la ricerca nel sangue sia risultata negativa, specie se tale ricerca è stata eseguita dopo l'inizio del trattamento terapeutico. Non mi sembra perciò di poter condividere l'opinione di alcuni AA. (Pansini e Caccuri, Ameghino e Gonzales, Papastratigakis) che ritengono indispensabile il reperto microscopico positivo, purchè la diagnosi di malaria possa essere posta in base a tutti gli altri criteri.

Uguale considerazione va fatta per i criteri che tendono a collegare i disturbi psichici a una diagnosticata malaria. Se sono tutti presenti, la diagnosi è di assoluta certezza. Una psicosi a carattere esogeno, che si inizi durante un accesso malarico, in un soggetto non predisposto, in cui non si dimostri la possibilità di altri momenti etiologici, che cede alla cura appropriata, è certamente una psicosi malarica. Ma non cessa di essere tale se, fermi restando gli altri criteri, si riscontra nel soggetto in esame una eredità psicopatica, o se ha fatto abuso di alcool, o se la psicosi non cede alla cura chininica. Sotto questo riguardo gli AA. sono discordi: Papastratigakis ritiene che la cura chininica non ha influenza notevole sull'evoluzione delle turbe mentali; Joelsas in alcuni casi ottenne la gua-



rigione delle psicosi, in altri no; Masson riporta gli stessi risultati incostanti, ma con una buona percentuale di successi. Ne segue che, dato l'incostante azione del chinino sulle psicosi, il criterio terapeutico ha valore solo in caso positivo. Nei nostri casi 1° e 2° l'azione favorevole della cura chininica è evidente. Nel caso 3° lo è meno. Nei casi 4° e 5° non si nota alcuna azione favorevole.

I criteri più importanti sono i primi due: il psipatologico e il cronologico. Il primo deve essere sempre presente: i casi di psicosi endogena cronica rivelati in occasione di una malaria non sono vere e pure psicosi malariche: abbiamo visto che Perelmann le classifica come psicosi accessorie; Sklar le classifica tra le psicosi malariche, avvertendo che la malaria rappresenta la causa scatenante. Nella letteratura sono riportati numerosi casi di psicosi endogena cronica da riferire a malaria: la ricerca di una predisposizione in tali casi è spesso infruttuosa. Gli AA. concordano nel tenere in conto l'importanza del terreno in cui si svolge l'infezione. Lasciando in sospeso la questione, resta però che le pure psicosi malariche devono ripetere le forme psicopatologiche di una reazione a noxa esogena.

Il criterio cronologico è di grande importanza per le psicosi che accompagnano o seguono una malaria acuta. Uno stato confusionale ad es., che accompagni un accesso febbrile, con il massimo delle probabilità dipende dalla stessa causa di quello. Scarsa importanza ha invece nelle psicosi che si istituiscono sul terreno della malaria latente. Ma in queste occorre molta prudenza per attribuirle alla malaria. Qui più che mai è doveroso escludere tutte le altre possibili cause, e poi sceverare quanto è dovuto alla malaria in sé e quanto è dovuto alle lesioni determinate dalla malaria nell'organismo affetto. Papastratigakis dà grande importanza all'anemia e all'insufficienza epato-renale. In questo caso non si tratta di vera e propria psicosi malarica. Rimanendo nel campo del criterio cronologico, quando una psicosi, iniziatisi contemporaneamente ad un accesso febbrile malarico e poi migliorata o guarita, peggiora o si rinnova in occasione di una recidiva, la diagnosi giusta viene posta agevolmente. Nei nostri primi tre casi tale recidiva della psicosi si avvera nel caso 1° una volta, nel caso 2° due volte, nel caso 3° due volte. Da notare che le turbe psichiche possono non solo accompagnare o seguire, ma anche precedere l'accesso febbrile. Ciò si è verificato nel nostro caso 1°, in cui la sintomatologia psichica, che già si era attenuata, riesplode con violenza, durante la degenza in clinica, un giorno prima di una recidiva.

Nei nostri primi tre casi la diagnosi di psicosi malarica va posta con certezza assoluta. Infatti, sempre seguendo lo schema propostoci, nel caso 1° esistono i segni somatici dell'a malaria e la ricerca del plasmodio nel sangue è positiva: a malaria in atto è quindi accertata. Si tratta di uno stato confusionale, insorto durante un accesso febbrile, aggravatosi in corrispondenza di una recidiva, che guarisce con la cura chininica, in

cui non sono dimostrabili altre cause. Si nota un parallelismo fra la sintomatologia somatica e psichica raro a trovarsi.

Nel caso 2° la malaria è accertata microscopicamente. I disturbi psichici consistono in uno stato di eccitamento, con inizio allucinatorio, insorto dopo alcuni accessi febbrili. Lo stato di agitazione psicomotoria migliora ma si ripresenta ancora due volte, in forma di stato maniacale puro senza il carattere allucinatorio, in corrispondenza con due recidive, verificatesi durante il periodo di degenza. La cura chininica ha un benefico effetto. Non sono dimostrabili altre possibili cause della psicosi.

Nel caso 3° manca il reperto microscopico. Ma il p. proviene da zona malarica, ne presenta i caratteristici segni somatici, gli accessi febbrili sono tipici, a ritmo terzario, la cura specifica tronca gli accessi. Il p. giunge in clinica con l'ipotesi diagnostica di psicosi di intossicazione acridinica (atebrin).

In questa diagnosi differenziale il criterio psicopatologico non ci soccorre: in entrambi i casi si tratta di psicosi esogene.

Ma l'anamnesi ci rivela che gli accessi precedenti, curati con chinino, sono stati accompagnati da una psicosi tipica. La diagnosi si sposta quindi verso la psicosi malarica. Il p. guarisce e viene dimesso, con la raccomandazione rivolta ai familiari di non usare atebrein in caso di recidive, ma chinino. Sopravviene una recidiva, curata secondo le istruzioni, e accompagnata da disturbi psichici di breve durata: l'ipotesi dell'intossicazione acridinica ormai è da scartare sicuramente. Non esistono altre possibili cause, eliminato l'atebrin per le ragioni già esposte. I disturbi psichici sono di breve durata e beneficamente influenzati dalla cura chininica.

Il 4° e il 5° caso sono psicosi accessorie, secondo la classificazione di Perelmann.

Nel 4° caso la malaria non è microscopicamente accertata; e però presente la caratteristica formula leucocitaria.

La malattia è stata precedentemente diagnosticata clinicamente, la provenienza è notoriamente da zona malarica, sono presenti i segni somatici della malaria. Si tratta di uno stato di eccitamento confusionale, insorto 12 giorni dopo una recidiva, in una p. con un precedente famigliare (uno zio ricoverato in un Osp. Psych.). L'andamento dei disturbi psichici è indipendente dalle condizioni fisiche; la cura chininica non ottiene apprezzabili risultati. Non sono dimostrabili altre possibili cause. Vista l'inefficienza della cura chininica la p. è stata sottoposta a Elettroshock ed è guarita dopo 23 applicazioni.

Nel 5° caso la malaria è microscopicamente accertata. Si tratta di uno stato di eccitamento maniacale; non si può sapere se, prima dell'ingresso in clinica vi siano stati elementi confusionali e allucinatori.

Tale sintomatologia psichica si è iniziata durante una recidiva mala-

rica. La cura chininica rimane senza effetto. Non sono dimostrabili altre possibili cause. Non vi è eredità psicopatica. La p. viene sottoposta a E. S.

Dopo 6 applicazioni viene dimessa guarita.

Nei casi 2-4-5- il quadro psicopatologico è molto simile, ed è fondamentalmente uno stato di eccitamento. Ma mentre il caso 2° può essere considerato una psicosi malarica sensu strictu, i casi 4° e 5° non pare possano essere interpretati come tali: nell'uno la psicosi ritorna con le recidive, cede alla cura specifica, negli altri ciò non si verifica. E pertanto il trattamento terapeutico fu, dopo un tentativo di cura chininica, il solito trattamento degli eccitamenti maniacali. La shock terapia ebbe faticosamente ragione del caso 4° (23 applicazioni), portò rapidamente a guarigione il caso 5° (6 applicazioni). Nel caso 4°, l'importanza del terreno appare notevole, e la malaria è propabilmente ridotta al ruolo di causa occasionale, nel caso 2° l'importanza della malaria è preminente e decisiva, i caso 5° è intermedio fra i due. Nei casi (come il 4° e il 5°) in cui può entrare in discussione l'importanza del terreno, dopo un doveroso tentativo di cura specifica, appare legittimo applicare, come noi abbiamo fatto, la shock terapia, ripromettendoci da questa gli stessi risultati che ci attendiamo nelle psicosi endogene croniche. A nostro parere la discussione se in casi del genere sia prevalente l'importanza del terreno (come sostiene Perelmann fra gli altri) o dell'infezione (come sostiene Colone) non può essere posta in senso assoluto. Il caso 2° darebbe ragione a Colone, ma il caso 4° sembra dargli torto; ed è verosimile pensare che in ogni caso vi sia una diversa partecipazione dei due elementi, e quindi che ogni caso va osservato e interpretato singolarmente.

E' stato già posto in rilievo che nel caso 1° si è verificato un brusco peggioramento della sintomatologia psichica un giorno prima di una recidiva malarica.

Anche in due casi di Joelsas i sintomi da parte del sistema nervoso precedettero di alcuni giorni la febbre e il reperto parassitario nel sangue. Probabilmente l'azione tossica dei parassiti si fa sentire prima sotto forma di disturbi psichici che sotto forma di febbre. E poichè manca il reperto microscopico nel sangue, se ne deduce che il numero dei parassiti può essere relativamente modesto anche in presenza di gravi disturbi psichici. Nel nostro caso 1° infatti l'esame microscopico ha messo in evidenza scarsi parassiti e lo stesso Joelsas nota che non vi è parallelismo fra le quantità dei parassiti e i quadri morbosi osservati. Si deve quindi ammettere un fattore predisposizione che molti AA. chiamano in causa anche per spiegare la circostanza che su un grandissimo numero di malarie poche sono le psicosi malariche.

Quanto al tipo di parassita, si ammette che sia il *falciparum* a dare più disturbi mentali (Ewald) ma sulla letteratura si incontrano frequente-

mente psicosi con reperto microscopico di pl. vivax. Nei nostri casi 1° e 2° si trattava di terzana benigna.

\* \* \*

Oltre i casi esposti nel presente lavoro, molti altri sono capitati nello stesso periodo di tempo sotto la nostra osservazione. Ma in tali casi la malaria era stata curata con preparati acridinici (atebrina, mepacrina). Ora, negli ultimi tempi parecchi AA. hanno descritto psicosi attribuite all'intossicazione acridinica, e si è d'accordo nel ritenere che altre dosi di atebrina possono provocare disturbi mentali anche in persone normali. In una recente comunicazione all'Accademia Medica di Roma, Lo Cascio e Vacchini, dell'Ospedale Psichiatrico di Roma, hanno riferito sui numerosi casi capitati alla loro osservazione. Ma nella pratica psicosi si presentano dopo le usuali dosi terapeutiche e in casi molto rari (12 casi su migliaia di malesi trattati secondo Kingsbury, 1 caso su 1207 trattati secondo Hoo 15 casi su un centinaio di trattati durante l'epidemia malarica di Ceylon del 1935 secondo Briercliffe, 0.1 % dei casi trattati secondo Field, 0,4 % secondo Gaskill e Fitzhugh). Stauss ritiene (e della stessa opinione è anche Kingsbury) che i disturbi psichici osservati in malarici atebrinizzati, possono dipendere: 1°) semplicemente dalla malaria. 2°) dalla rapida distruzione dei plasmodi per opera dell'atebrina con conseguente cospicua liberazione di tossine, che a loro volta scatenerebbero la psicosi. 3°) per una azione diretta dell'atebrina sul sistema nervoso.

E' facile notare che i primi due casi rientrano nell'ambito delle vere e proprie psicosi malariche: infatti, anche nel secondo caso, le tossine che provocano la psicosi sono di origine plasmodiale e la distruzione dei parassiti può essere causata dall'atebrina come da altri preparati antimalarici. Il terzo caso può essere ammesso per dosi elevate, ma, per dosi terapeutiche, bisogna andar molto cauti nell'attribuire all'atebrina una psicosi che si presenta in un malarico trattato con tale medicamento. E infatti gli AA. parlano di una combinazione di atebrina, malaria, idiosincrasia personale, sofferenze. Se consideriamo d'altra parte che per scarsità di chinino la grande maggioranza dei malarici viene curata con preparati acridinici, e aggiungiamo la nozione espressa sopra che i disturbi psichici in malarici atebrinizzati, rientrano certamente, nei primi due casi, nella categoria delle vere e proprie psicosi malariche, ne deduciamo che, anche ammettendo una azione diretta dell'atebrina sul sistema nervoso che si espliciti alle usuali dosi terapeutiche, il numero di psicosi da atebrina si rarefa molto; e dovendo anche nell'ultimo caso ammettere, se non altro, l'esistenza della infezione malarica e delle relative tossine, non si può mai parlare intransigentemente di psicosi da intossicazione

acridinica, ma, con locuzione più vasta ma più corretta, di psicosi in malarico atebtrinizzato. Nè il criterio psicopatologico ci soccorre nella diagnosi differenziale, poichè le forme già comunemente descritte nelle cosiddette psicosi da atebtrina sono gli stati di eccitamento e gli stati confusionali, frequenti, come abbiamo visto, anche nelle pure psicosi malariche.

Se poi ci fermiamo un istante a considerare le percentuali sopra riportate di psicosi di malati atebtrinizzati notiamo che, di fronte a valori bassi del 14 % si trova un valore del 15 % riscontrato durante l'epidemia di Ceylon del 1935: ora, poichè l'atebtrina è sempre la stessa, inammissibile sarebbe attribuirle una tale disparità di azione sul sistema nervoso; mentre è facile incolpare tutti gli altri elementi variabili, e in particolare una malaria con azione che si espliciti elettivamente sul sistema nervoso.

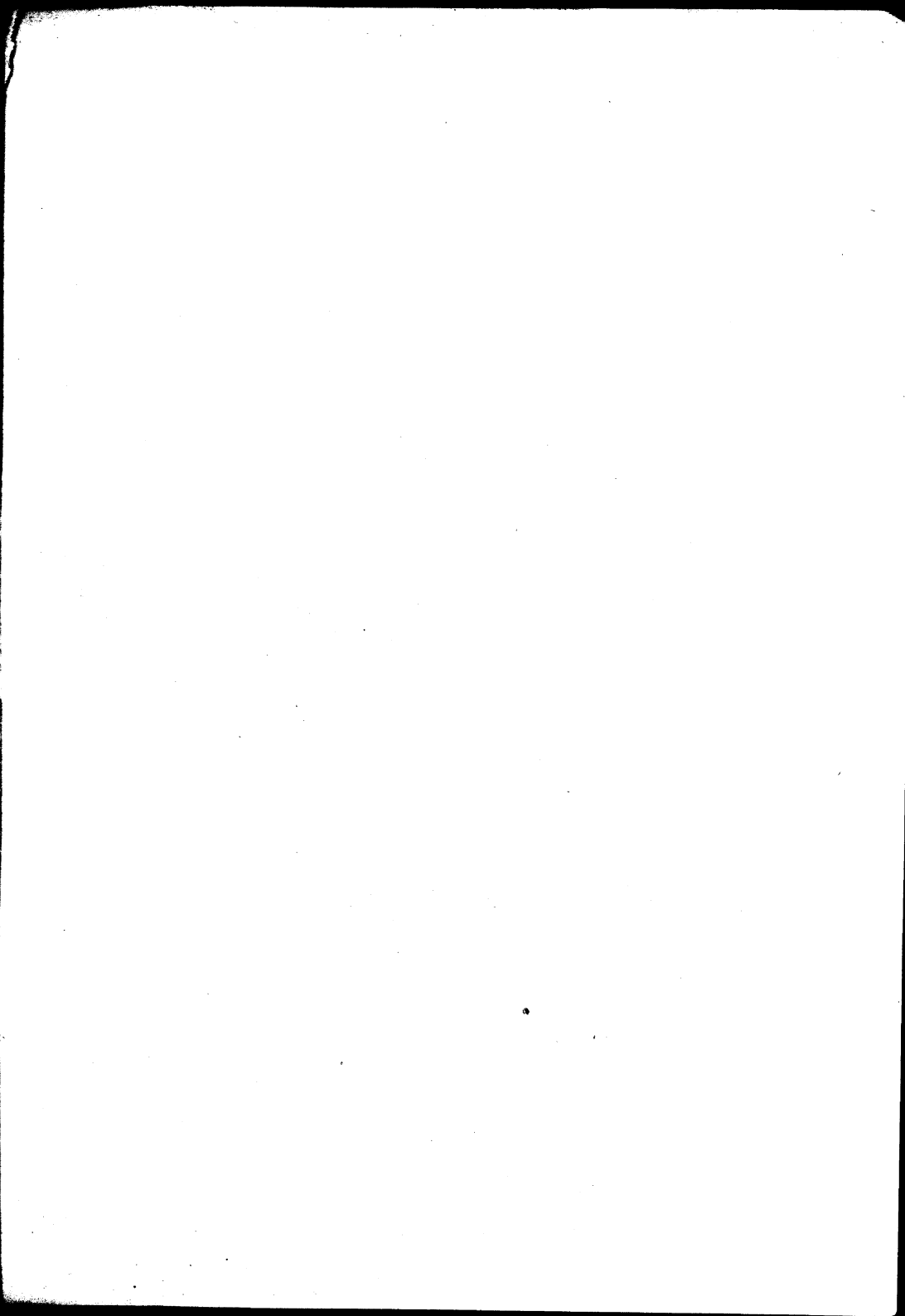
Nonostante tutte le considerazioni qui esposte portino a concludere che le pure psicosi da intossicazione acridinica siano problematiche alle usuali dosi, o comunque in netta minoranza rispetto alle psicosi malariche, pure non abbiamo ritenuto opportuno esporre i casi in cui un trattamento curativo acridinico poteva entrare in questione come concausa, perchè non eravamo in grado di escludere questa concausa. Ma reciprocamente, non avremmo in nessun modo potuto pronunciare per una psicosi da intossicazione acridinica. La diagnosi fu pertanto di « psicosi in malarico atebtrinizzato » dando rilievo all'uno e all'altro momento etiologico. Abbiamo fatto eccezione per il caso 3°, giunto in clinica con l'ipotesi diagnostica di psicosi da intossicazione acridinica, ma che, per una serie di considerazioni già esposte, deve essere sicuramente interpretato come una psicosi malarica.

#### BIBLIOGRAFIA

- Ameghino A., Gonzales J., *Z. Bl.*, 1927, vol. 48, pag. 787.  
Angrisani D., *L'ospedale Psichiatr.*, 1939, pag. 469.  
Bonhoeffer K., *Z. Bl.*, 1917, pag. 102.  
*British Med. Journ.*, Aug. 1945, pag. 162.  
Carnevali G., *Annali dell'Osp. Psic. di Perugia*, 1937.  
Cerletti U., *Histologische und histopath. arbeiten*, vol. 4.  
De Gregorio G., *Riv. di Pat. nerv. e Ment.*, 1937, pag. 557.  
Ewald, *Handbuch der Geisteskrankh.*, O. Bumke, Berlin, 1930.  
Hesnard A., *Z. Bl.*, 1922, pag. 538.  
Joeltas M., *Z. Bl.*, 1940, pag. 424.  
Kunzel W., *Z. Bl.*, 1932, pag. 807.  
Kingsbury A. Neave, *Lancet*, 1934, II, pag. 979.  
Marchiatava e Bignami, *L'infezione malarica*, Milano (Vallardi), 1902.  
Massoia, *Z. Bl.*, 1925, pag. 374.  
Osipowa, *Z. Bl.*, 1935, pag. 448.  
Pansini e Cecuri, *Riv. di Neurologia*, 1930, pag. 25.  
Papastratigakis G., *L'Enceph.*, 1922, pag. 105.

- Perelmann A., *L'Enceph.*, 1925, pag. 740.  
Pokrošsky P., *Z. Bl.*, 1929, pag. 214.  
Salkind B., *Z. Fl.*, 1924, pag. 399.  
Schneize, *Z. Bl.*, 1926, vol. 45, pag. 263.  
Sklar, *Z. Bl.*, 1937, vol. 87, pag. 529.  
Skleiar, N., Ribbowa M., *Monatschr. Psych.*, 1931, 78, pag. 1.  
Stauss H., *Z. Bl.*, 1939, vol. 94, pag. 423.  
Tatassov, Z. B., 1936, vol. 81, pag. 502.  
Uribe Cualla, *Z. Bl.*, 1936, vol. 82.  
Westphall, *Zeitschr. f. d. ges. Neur. U. Psych.*, 1939, vol. 164, pag. 417.  
Winchon J., *Revue Neurologique*, 1939, 164; 417.  
Winchon J., *Revue Neurologique*, 1922, pag. 1312.  
Zara E., *Osp. Psych.*, 1940, pag. 355.

N.B. — Il presente lavoro è stato eseguito sotto la guida del Prof. Lucio Bini.



353170