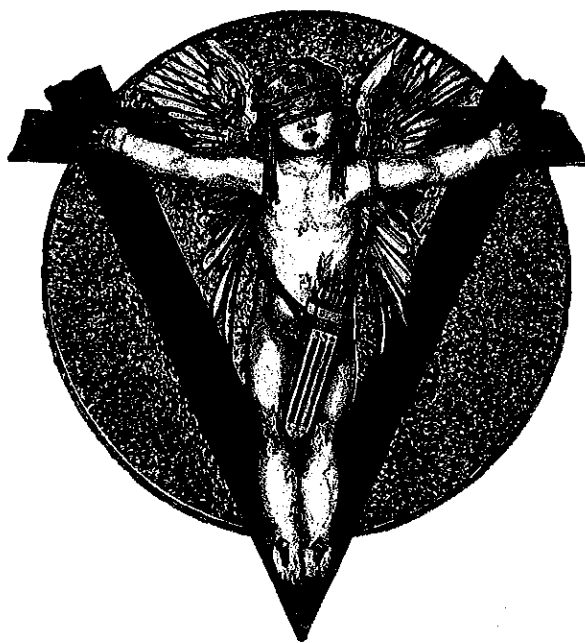


Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare

Intorno alla sifilide
Un incontro tra Storia e Malattia

Volume I



A cura
di
Antonio Tagarelli
Anna Piro

separava sostanzialmente due gruppi di studiosi che, pur parlando dello stesso argomento, adoperavano lingue diverse e si realizzarono le premesse indispensabili per giungere al risultato che la sifilide terziaria è una malattia neurologica che può dare sintomi psichici.

**UN APPROCCIO ALLA SIFILIDE
NEL BASSO PIEMONTE
IL CASO DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO
S. GIACOMO DI ALESSANDRIA**

Germana Pareti

Dipartimento di Filosofia, Università di Torino, Torino

La paralisi progressiva, tra teoria e pratica - Nel 1863, riferendosi al sessennio 1857-62 del manicomio di Alessandria, il medico capo Giuseppe Ludovico Ponza osservava che *il numero sempre crescente di alienati altamente commosse gli statisti, i filosofi, i medici e i legislatori di ogni nazione civile*¹. Ponza attribuiva questa *marea montante di sventure* alle seguenti cause: all'abnorme aumento della popolazione in Europa, all'educazione che ingenerava preoccupanti bisogni fisico-morali, alla miseria, ai disordini cui si abbandonava il proletariato, agli sconvolgimenti politici, alla prostituzione sfrenata e precoce, all'abbruttimento dell'alcolismo, all'epilessia, alla pellagra, a un'agitazione febbrile *che occupa l'umanità, onde quasi tutta turbini in una ridda infernale per meglio e più sfrenatamente godere, smania di subiti e favolosi guadagni, a una disposizione ereditaria e, infine, all'occulta lue che contamina le esistenze*².

Tra le forme di follia rilevate dalla medicina mentale più progredita faceva la sua comparsa la paralisi progressiva, *la quale per un insieme di cause fisico-morali smidollanti il sistema nervoso [...] giornalmente fa più vittime che non si pensi*³. Dall'apertura dell'asilo, nel 1785, al 1862, in base a una suddivisione in 12 sessenni, da 12 uomini e 4 donne si era passati a 316 uomini e 202 donne. In genere, gli uomini erano più numerosi, perché *facilmente e subitamente più pericolosi*.

¹ PONZA GIUSEPPE LODOVICO. *Intorno ad alcuni prospetti statistici del manicomio di Alessandria, considerazioni del medico capo G.L. Ponza*. Alessandria: Tipografia Gazzotti; 1863.

² PONZA GIUSEPPE LODOVICO. *Intorno ad alcuni prospetti statistici del manicomio ...*, p. 22.

³ PONZA GIUSEPPE LODOVICO. *Intorno ad alcuni prospetti statistici del manicomio ...*, p. 23.

Nondimeno la paralisi progressiva non era nel manicomio di Alessandria così diffusa come in Francia: *Qui prevale il colono sul proletario nelle popolazioni, i di cui costumi meno corrotti non gli hanno ancora inoculata questa lue*⁴.

Secondo Ponza non era possibile correlare la paralisi progressiva a fattori che abitualmente rientravano nell'eziopatogenesi di molte infermità mentali. In tal senso non erano determinanti l'influenza delle stagioni, la provenienza e le professioni dei malati, l'altitudine sul livello del mare, lo stato atmosferico, il clima, la durata, i temperamenti e i caratteri, correlati sì alla follia, ma non nello specifico alla paralisi progressiva. Tuttavia, riconoscendo la complessità del sistema nervoso, *suscettivo di offese*, Ponza concludeva: *Se poi le guarigioni non corrisposero alle speranze che l'eccellenza dei metodi curativi seppero suscitare, ne vuol essere accagionata l'epilessimania che crea una caterva di alienati già condannati, e la paralisi progressiva che insidiosamente tarla le esistenze che ha fulminate*⁵, *ragion per cui nel mezzo del cammin di nostra vita accade di riscontrare il maggior numero di alienati.*

L'uomo dai 25 ai 50 anni è tutto un tumulto, una rivoluzione fisico-morale e da quando la paralisi progressiva fu studiata più approfonditamente (e se ne individuò un'entità distinta per la patologia mentale), si verificò come *questa modalità morbosa, la quale va estendendosi quotidianamente per le ragioni alle quali accennai altrove, fosse propria anche della virilità*⁶. Eppure, nel volume manoscritto (1863) dei "Prospetti statistici dei ricoverati nel Manicomio di Alessandria dal 1857-62", le forme di alienazione suddivise tra mania, melancolia e demenza, secondo il sesso, lo stato civile, la provenienza, le professioni, le stagioni, le condizioni atmosferiche, l'età, il temperamento (sanguigno, bilioso, linfatico, nervoso), il carattere (allegro, titubante, melanconico, leggero) e le cause (fisiche, morali, fisico-morali, sconosciute) comprendevano l'encefalite, ma non la sifilide né la paralisi progressiva.

Tuttavia, nel "Movimento generale" dei ricoverati morti nel sesennio dal 1857 al 1862, compariva la tabe dorsale, con 6 uomini e 3 donne. All'epoca, più precisamente tra il 1856 e il 1877, Ponza era il primo medico capo del manicomio alessandrino e il suo tipo di approccio alla malattia mentale

⁴ PONZA GIUSEPPE LODOVICO. *Intorno ad alcuni prospetti statistici del manicomio ...*, p. 36.

⁵ PONZA GIUSEPPE LODOVICO. *Intorno ad alcuni prospetti statistici del manicomio ...*, p. 119.

⁶ PONZA GIUSEPPE LODOVICO. *Intorno ad alcuni prospetti statistici del manicomio ...*, p. 95.

avrebbe caratterizzato anche l'opera dei suoi successori, in particolare del medico capo - direttore, dottor Luigi Frigerio con l'arrivo del quale alla direzione dell'ospedale nel 1884 si inaugurava una fase che sarebbe proseguita oltre la prima guerra mondiale, ispirata a metodi nuovi improntati al Positivismo e in particolare alle idee lombrosiane.

Ne "Estratto dalla cronaca del Regio Manicomio di Alessandria", anno III, fascicolo 2, pubblicato nel 1913, figurano le prime serie considerazioni statistiche sui pazzi criminali, riferite al ventennio 1893-1912 e a cura del successore di Frigerio, il medico primario Lorenzo Gualino. Quest'ultimo rilevava lo scarso contributo alla criminalità da parte dei malati di paralisi progressiva, ma anche degli affetti da encefalopatia organica, *sotto la quale denominazione vennero rubricati anche gli affetti di sifilide cerebrale*. Nella documentazione ufficiale del nosocomio psichiatrico alessandrino si stabiliva pertanto una corrispondenza tra sifilide e paralisi progressiva e nella tavola II, circa i criminali presenti nel manicomio dal 1893 al 1912, venivano correlati delitti e forme nosografiche e, più precisamente, si trattava di 6 affetti da paralisi progressiva e di 3 da demenze da encefalopatie i quali si erano macchiati dei delitti di peculato e falso (contro la pubblica amministrazione), di un reato di monete false (contro la fede pubblica), di un caso di atti di libidine e due di oltraggio al pudore (contro il buon costume), tre casi di furto e appropriazione indebita e, infine, uno di danneggiamento (contro la proprietà). Tuttavia nei fascicoli 3 e 4 dell'anno II, nel 1912, si leggevano le seguenti rilevazioni statistiche dalle quali emerge ancora una separazione tra sifilide e paralisi progressiva: i casi di frenosi sifilitica, fra il 1886 ed il 1890, erano 5; fra il 1891 ed il 1896 erano 5; fra il 1896 ed il 1900 erano 16; fra il 1900 ed il 1905 erano 11 ed al 1 settembre 1909 erano ancora 11; i casi di frenosi paralitica erano così distribuiti: fra il 1886 ed il 1890 erano 57; fra il 1891 ed il 1896 erano 60; fra il 1896 ed il 1900 erano 42; fra il 1900 ed il 1905 erano 74 ed infine, al 1 settembre 1909 erano 47.

Del resto, in Europa nella seconda metà dell'Ottocento, si tendeva a considerare la paralisi progressiva, e soprattutto la tabe dorsale più come *sequela degenerativa di sifilide che non vera malattia sifilitica*⁷. Nondi-

⁷ WILLIAM RICHARD GOWERS. *Manuale delle malattie del sistema nervoso*. Traduzione italiana dalla II edizione inglese del 1891. Volume I. *Malattie dei nervi e del cordone spinale* Milano: Società Editrice Libreria; senza data, p. 406 e seguenti. Gowers era consulente dell'University College Hospital nonché medico dell'ospedale nazionale dei paralitici ed epilettici.

meno, il termine "tabe dorsale" era stato applicato fin dai tempi di Ippocrate a sintomi dipendenti da eccessi venerei che si erano successivamente correlati ad atrofia del cordone spinale. In ogni caso, i medici concordavano sul fatto che tra le cause individuali della tabe primeggiasse la sifilide, in quanto la maggior parte dei pazienti affetti da tabe avevano avuto *un ulcero duro* e questa manifestazione compariva in tutte le classi sociali, più diffusa in città che in campagna, per quanto rara tra gli Ebrei e con un decorso generalmente latente nelle donne maritate. Tuttavia, in una percentuale inferiore al 10% dei casi, la tabe non pareva causata esclusivamente da sifilide, ragion per cui la si considerava non invariabilmente *malattia post-sifilitica*.

Ma l'abituale simmetria delle lesioni tabide induceva a ritenere che il meccanismo per cui la sifilide infettava il sistema nervoso andava ricercato in uno stato del sangue la cui causa immediata dipendeva dallo *sviluppo* dei microrganismi della malattia primaria piuttosto che dai microrganismi stessi. In particolare, le alterazioni degenerative del sistema nervoso sembravano differenziarsi dalle lesioni sifilitiche attive *per carattere e tempo* al punto da far pensare che dipendessero da qualche prodotto di *sviluppo* degli organismi sifilitici, non esclusa qualche sostanza chimica. Questa interpretazione spiegava perché le cure che potevano aver pronto effetto sulla sifilide, non ne avevano generalmente sugli effetti degenerativi.

Lo stesso Hermann Oppenheim dell'Università di Berlino menzionava l'ipotesi eziologica di Eduard Hitzig, professore di Psichiatria prima a Zurigo, quindi a Halle, secondo il quale nel primo stadio dell'infezione venerea si formerebbero i veleni responsabili delle forme tardive. Nella stessa ulcera sifilitica poteva esistere un veleno i cui derivati causavano una speciale alterazione morbosa nella composizione del sangue la quale dopo anche alcune decine di anni poteva predisporre il sistema nervoso ad alterazioni degenerative⁸.

L'ipotesi ontologizzante ancora vivace verso la fine dell'Ottocento, secondo la quale le malattie sarebbero veri e propri *entia morborum*, si accompagnava alla concezione del ruolo del sangue quale veicolo di tra-

⁸ HERMANN OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlino: Karger; 1894. Traduzione italiana col titolo *Trattato delle malattie nervose* Milano: Società Editrice Libreria; 1904, p. 345. Sul parere di Oppenheim, vedi LUIGI RONCORONI. *Introduzione alla clinica delle malattie nervose e mentali*. UTET, Torino, 1910, p. 184. All'epoca, Roncoroni era professore ordinario di Clinica delle malattie nervose e mentali nella Regia Università di Parma.

missione dell'infezione e soprattutto alla discussione circa il rapporto tra l'azione delle parti locali e lo stato di discrasia generale dell'organismo. Questi temi non erano però una novità nella patologia sperimentale dell'epoca. Per esempio, se ne discuteva animatamente soprattutto a proposito della diffusione delle cellule cancerose. Applicata al processo evolutivo della sifilide, questa impostazione metteva capo all'idea che tabe e paralisi progressiva non fossero malattie sifilitiche in stretto senso anatomico-patologico, bensì effetti di *sostanze speciali* capaci di provocare la degenerazione di certe parti del sistema nervoso.

Ma il dibattito circa l'origine sifilitica dei fenomeni cerebrali sollecitava in qualche modo anche il grido d'allarme lanciato dai cattedratici verso chi si esponeva al contagio. Oppenheim, per esempio, era del parere che un'istruzione illuminata avrebbe potuto prevenire gran parte del danno. Se non l'etica e la religione, almeno il timore verso la gravità e la portata del pericolo, avrebbe sortito l'effetto di mettere in guardia soprattutto i giovani dalle infezioni veneree. Anche Richard Krafft-Ebing, il pioniere della patologia sessuale, aveva proclamato che abusi venerei e alcol aumentavano la reattività dell'organismo verso la paralisi progressiva e, coniugando i processi di civilizzazione e sifilizzazione, cercava di spiegare il grande contingente fornito alla malattia da schiere di banchieri, ufficiali, artisti e commercianti.

Le riflessioni etico-sociali procedevano di pari passo con le indicazioni di terapie e trattamenti antisifilitici che comprendevano soprattutto unzioni mercuriali applicate nelle diverse parti del corpo, gargarismi con clorato di potassio, fregazioni, bagni caldi, iniezioni sottocutanee di sali e preparati a base di mercurio⁹.

Altre considerazioni statistiche su sifilide e paralisi progressiva - Era naturale che l'interesse statistico diffuso in Europa verso la fine dell'Ottocento facesse proseliti anche in Alessandria e provincia e la sua ricaduta

⁹ A questo riguardo, l'elenco forse più esaustivo di agenti antisifilitici si trova nel citato manuale di Gowers che comprende, tra gli altri prodotti, ioduro di potassio, soluzioni a base di arsenico, nitrato d'argento, stricnina, noce vomica, belladonna, fava di Calabar ed altro, da somministrare per almeno sei settimane, ma non oltre i tre mesi. Gli antidolorifici migliori consistevano in antipirina e acetilide o esalgina e fenacetina, ma anche iniezioni di morfina e cocaina. Piuttosto inefficace l'impiego di faradismo ed elettricità su cute e muscoli. Citata come terapia alla moda la distensione dei nervi, specie dello sciatico e della colonna spinale, che prevedeva la sospensione del paziente in maniera tale da allungare il cordone e le radici dei nervi. WILLIAM RICHARD GOWERS. *Manuale ...*, pp. 445-7.

comprendeva nella fattispecie una serie di considerazioni sulla pazzia. In particolare, oltre a rilevare il movimento generale del manicomio tra il 1811 al 1910, il citato primario Gualino si era proposto di classificare le differenti forme morbose della pazzia sulla base di una codifica ufficiale fissata da Andrea Verga nel 1874¹⁰. A proposito della paralisi progressiva *malattia che si volle chiamare caratteristica del secolo XIX*¹¹, aveva stilato una tabella nella quale veniva fornito il numero assoluto e percentuale degli ammessi al manicomio alessandrino nel venticinquennio 1886-1900.

Anno	cifre assolute	% sugli alienati ammessi
1886	7	3,5
1887	8	3,8
1888	11	5,5
1889	9	4,6
1890	14	5,8
1891	7	3,2
1892	13	6,2
1893	17	8,3
1894	13	6,6
1895	10	4,5
1896	10	4,7
1897	9	3,4
1898	14	5,0
1899	6	2,1
1900	3	1,1
1901	11	2,7
1902	10	3,0
1903	22	6,0
1904	23	7,5
1905	8	2,6
1906	7	2,1
1907	13	3,5

¹⁰ Verga era professore di Clinica psichiatrica presso l'Ospedale Maggiore di Milano e aveva proposto, al I Congresso della Società Freniatrica Italiana tenutosi a Imola nel settembre 1874, una classificazione delle malattie mentali pratica e utile a fini statistici per ottenere un censimento generale e uniforme degli alienati nel Regno. A tal fine, i medici alienisti furono invitati a inviare le schede compilate secondo la tabella di Verga entro il dicembre di quello stesso anno all'organo ufficiale della Società, l'*Archivio italiano per le malattie nervose e le alienazioni mentali*.

¹¹ Estratto della Cronaca del Regio Manicomio di Alessandria. Anno II; 1912. Alessandria: Tipografia Jacquemod; 1913, fascicolo 4, *Le forme morbose*, p. 1.

1908	8	2,0
1909	7	1,8
1910	12	3,1
Totale	280	3,86

Al di là degli sbalzi e delle oscillazioni nei vari anni, Gualino rilevava comunque che, dopo un'ascesa tra il 1886 e il '93, la malattia andava scemando e nel 1900 figurava al di sotto del suo punto di partenza, per poi riprendere un'elevazione seguita da un'ulteriore brusca caduta nell'ultimo quinquennio indagato. La percentuale media annua complessiva di 3,86 su 100 alienati rispecchiava approssimativamente la percentuale degli ammessi negli altri manicomi del Regno dove i grandi numeri delle città popolate erano bilanciati dall'apporto assai meno consistente dei centri minori. La provincia alessandrina tuttavia si distingueva per i casi di morte per demenza paralitica in quanto vi era una maggior diffusione rispetto al complesso del Regno.

Morti per demenza paralitica. Medie annuali proporzionali a 1.000.000 di abitanti

1899-1903	94,4 nel Regno	102,6 provincia di Alessandria
1904-1908	121,8 nel Regno	123,8 provincia di Alessandria

Secondo Gualino, oltre a lasciar intravedere l'andamento della follia, le curve statistiche deponevano a favore anche del rapporto tra sifilide e paralisi progressiva. Inoltre, emergeva il fatto che la paralisi fosse più diffusa in città che non in campagna, presso gli artisti e i militari cioè le categorie sociali più esposte al contagio luetico, ma non presso le donne e il clero e addirittura assente in Arabia dove la sifilide era sconosciuta. Nondimeno, alla luce dell'inadeguatezza della cura mercuriale e sulla base di nuove indagini cliniche, lo stesso Gualino si allineava al parere degli esperti tedeschi e inglesi e concludeva che forse conveniva considerare la demenza paralitica una sorta di "parasifilide" o "metasifilide" determinata non già dal "virus sifilitico" bensì dalle tossine sviluppatesi secondariamente a seguito delle penetrazioni del virus nell'organismo. Il fatto però che la sierodiagnosi in un numero considerevole di paralitici avesse dato esito negativo aveva ingenerato un certo scetticismo circa le ipotetiche tossine parasifilitiche. A questo punto, di nuovo la Statistica sembrava confermare che lo sviluppo della paralisi progressiva avesse luogo prima o durante

il corso della sifilide, non dopo la sua "efflorescenza" quale manifestazione "quaternaria", così come era dimostrato che raramente colpiva le prostitute e le popolazioni del Giappone, della Cina e dell'Abissinia dove peraltro la sifilide era frequentissima, mentre se ne trovavano casi numerosi presso gli Arabi, generalmente immuni dalla lue. Né era disponibile il confronto statistico preciso tra la diffusione della sifilide e la frequenza della paralisi in quanto non esisteva ancora una statistica precisa dello stato sanitario della popolazione relativamente alla sifilide a causa della mancanza di obbligo di denuncia delle malattie veneree. Anche nel caso di una concomitanza tra le due affezioni, il tempo trascorso tra il contagio luetico e i prodromi della demenza paralitica era variabile dai 4-5 ai 20-30 anni, un lasso troppo ampio per poter inferire un rapporto di causalità diretta che potesse essere rappresentato in un sistema cronologico.

Gli unici dati certi della diffusione della sifilide erano quelli che provenivano dai dispensari celtici. A questo riguardo, non faceva eccezione quello operante nel territorio di Alessandria, diretto dal dottor Cortona, che forniva le seguenti cifre assolute dei malati di sifilide tra il 1897 e il 1910: nel 1897, i malati di sifilide erano 34; nel 1898, erano 46; nel 1899, erano 51; il numero saliva a 56 nel 1900; nel 1901, i malati erano 48; nel 1902, erano 40; nel 1903, i malati erano 29; nel 1904, erano 47; 37 li troviamo nel 1905; 68 erano presenti nel 1906; nel 1907, erano 71; 76 erano nel 1908; 80, nel 1909 ed infine, nel 1910 ne troviamo 40. La media annuale era 47,0, dal 1897 al 1901; 44,2 per il periodo dal 1902 al 1906 ed infine, 66,7 dal 1907 al 1910. L'aumento apparente dei sifilitici non doveva però trarre in inganno in quanto era prova soprattutto del contingente più elevato di malati che si rivolgevano al dispensario i quali erano disposti ad affrontare pregiudizi e vergogna pur di affidarsi fiduciosi alle cure specialistiche. Difatti, in rapporto ai malati di altre affezioni veneree, la media dei sifilitici tra il 1899 e il 1907 scendeva dal 21,1% al 14,2% e la percentuale dei sifilitici sugli infermi *in toto* curati nei due dispensari celtici della provincia alessandrina nel biennio 1902-1904 era del 16,4% a fronte del 28,1% del Regno, dove si contavano 81 dispensari.

Fra il 1902 ed il 1904, il regno contava 81 dispensari celtici; 2 ne contava la provincia di Alessandria; il numero di infermi curati era 169.353 nel Regno (con una media annua di infermi *in toto* di 56.451), mentre 925 (con una media annua di infermi *in toto* di 308,3) nella provincia di Alessandria; il numero di affetti da sifilide nel Regno era 47.709 con una media annua di 15.903 ed una percentuale di 28,1); mentre nella sola

provincia di Alessandria era 152 (con una media annua di 50,6 ed una percentuale di 16,4).

La tesi di una relativa immunità nei confronti dell'infezione luetica da parte della provincia di Alessandria rispetto alle altre province del Regno era sostenuta anche sulla base di altre prove statistiche. Per esempio, quelle relative ai militari, popolazione giovane e priva di *sofismi etici* o *preservanze igieniche* e che in quanto esattamente conosciuta nei suoi contingenti si mostrava più facile da indagare:

Anni	media annua Regno	media annua provincia di Alessandria
1899-1901	12,6	7,5
1902-1904	11,9	7,2

Inoltre, come avveniva a proposito della demenza paralitica, anche nel caso della sifilide la mortalità si verificava in genere molti anni dopo l'infezione primaria e accadeva frequentemente per endoarterite specifica o per neoformazioni terziarie caratteristiche. Ancora, i valori della mortalità per le due affezioni approssimativamente coincidevano.

L'ultima tabella relativa ai morti per sifilide (cifre proporzionali a 1.000.000 abitanti)

Anni	media annua Regno	media annua provincia di Alessandria
1890-1894	74,2	17,6
1895-1899	70,2	17,6
1900-1904	59,0	22,6
1905-1908	54,4	26,7

rivelava ancora una volta il profondo distacco tra il Regno e la provincia: a fronte del calo della mortalità per sifilide dall'insieme del Regno, in provincia si assisteva invece a un preoccupante accrescimento di questo fenomeno.

Infine, la curva in continua ascesa della mortalità per sifilide non trovava alcuna corrispondenza con quella fortemente spezzettata delle ammissioni in manicomio per demenza paralitica. Ancorché inferiore alla media del Regno nel contributo alla sifilide, la provincia di Alessandria raggiungeva però il livello dell'insieme del Regno con le percentuali di fre-

nosi paralitica e anzi lo oltrepassava con i dati di mortalità per demenza paralitica. Se queste considerazioni inducevano a concludere che non esisteva alcun parallelismo statistico tra l'infezione luetica, la mortalità per sifilide e la paralisi progressiva, non era però il caso di bandire la sifilide dalle cause efficienti della paralisi, ma anzi occorreva indirizzare le ricerche sulle cause concomitanti in conseguenza delle quali non tutti i sifilitici diventavano paralitici.

Cartelle nosografiche e registro delle autopsie - Il recente riordino dell'Archivio Storico dell'ex-Ospedale Psichiatrico di Alessandria ha consentito di poter prendere visione delle cartelle nosografiche, compilate tra il 1877 e il 1936, nonché dei fascicoli personali, dal 1835 al 1945, suddivisi per uomini e donne (morti/e e usciti/e) e contenuti rispettivamente in 135 e 127 faldoni.

Per il trattamento dei pazienti sifilitici le tabelle nosografiche non rivestono purtroppo un interesse specifico in quanto, oltre ai dati personali, le notizie relative all'anamnesi, all'esame somatico, degli organi e delle funzioni della vita vegetativa, nonché delle funzioni della vita di relazione e, infine, all'esame psichico, non sono nella fattispecie particolarmente illuminanti. Il fatto che la reazione Wassermann nel siero del sangue avesse dato esito positivo (ma questo dato a partire dagli anni Venti) implicava generalmente una diagnosi di sindrome maniaca in sifilitico/a, con un decorso di malattia la cui descrizione non si discostava da quella di altre patologie simili.

Di una paziente quarantenne, ricoverata nei primi anni Venti, si legge che è eccitata, insonne, verbosa, con la tendenza al turpiloquio, disordinata negli atti e nell'ideazione, confusa di idee e in mediocri condizioni fisiche. La tabella nosografica di C.M.C., nata nel 1865 e morta nel luglio 1927 per artrite cronica, è forse una delle più esaustive. Alla diagnosi di *Stato demenziale in sifilitica*, si aggiunge l'anamnesi (già il padre sarebbe stato *strambo di carattere* e detto *il matto*; maritata e presto separata, si sarebbe data alla *vita allegra*, vivendo di carità in quanto incapace di lavorare; *dai parenti grida giorno e notte e insulta i vicini di casa* e il quadro è completato con altri dati su organi e funzioni della vita vegetativa e di relazione, ma soprattutto sulle funzioni psicomotorie (*disordinata - poco orientata - mimica scarsa - tiene sempre il letto*), psicosensoriali (*percezioni lente e imprecise, allucinazioni assenti e attenzione volontaria scarsissima*), intellettuali (*indebolimento mentale globale, idee*

subdeliranti a contenuto di danno e rovina), effettive ed istintive (*tono sentimentale indifferente, manifestazioni emotive scarsissime*), volitive (*abulica*). Il suo decorso clinico è descritto nei seguenti termini: *Tiene sempre il letto, condizioni generali scadenti, artrite deformante dell'arto superiore ed inferiore sinistro. Si mantiene querula, ingiuriosa; si lamenta ad alta voce notte e giorno. Si nutre regolarmente. Siero-diagnosi di Wassermann = positiva + + + +*. Sulla base di questi elementi si sarebbe richiesta e proposta l'ammissione definitiva al manicomio.

Relativamente a un altro caso di sifilide cerebrale si riferisce che la paziente presenta allucinazioni, tendenza al suicidio, cefalee, dolori intensi lungo la colonna vertebrale, mutamenti di carattere, comportamento neghittoso, incapacità a dedicarsi a qualsivoglia attività e, infine, vero squilibrio mentale.

La descrizione si fa leggermente più minuziosa là dove il medico si rivolge al pretore per l'ammissione definitiva del soggetto del quale vengono descritti gli effetti motori della paresi spastica su faccia e arti, la depressione sentimentale, il disorientamento, le crisi epilettiformi di tipo jacksoniano, i disturbi mnemonici e le alterazioni della loquela. Generalmente, alla richiesta seguiva il decreto di ammissione definitiva al manicomio, fermo restando che nessun miglioramento si fosse verificato dal momento dell'ammissione provvisoria. Mentre l'esame somatico metteva capo a una descrizione dettagliata, comprensiva di dati sull'aspetto e la costituzione, ma anche su peso, pelle, mucose, sviluppo scheletrico, statura, apertura delle braccia, cranio e orecchio esterno, nonché su difetti di conformazione, la voce *Primi sintomi - progresso - corso - cura* era lasciata in bianco e non solo relativamente ai pazienti sifilitici. Di conseguenza, non è possibile ricostruire quali fossero le terapie e i metodi di cura adottati nel nosocomio alessandrino.

Ben più esaurienti invece le informazioni che si possono ricavare dai registri delle autopsie e necroscopici, compilati tra il 1887 e il 1912. Quantunque i casi più frequenti riguardino le frenosi epilettica, pellagrosa e alcolica, non mancano autopsie di soggetti affetti da frenosi paralitica e sifilitica. E in ossequio ai principi positivistici dell'epoca, oltre a esser descritti nei particolari, i reperti necroscopici venivano misurati, pesati, confrontati, catalogati e sovente conservati. Gli esempi qui riportati sono ricavati dal registro delle autopsie, faldone 87, fascicolo 3 e si tratta di casi che vanno dal 1893 al 1898, uomini e donne. I dati più interessanti riguardano il cervello. Generalmente si evidenziano ossa craniche ispessite, le meningi

aderenti alla calotta cranica e alla sostanza grigia sottostante; talvolta la superficie cerebrale appare anemica, in qualche caso cosparsa di punteggiature emorragiche. I ventricoli si presentano pieni di liquido sieroso. In un caso (n° 81 del registro), in corrispondenza della parte superiore e anteriore dei due emisferi interni si rileva una larga placca biancastra che secondo il parere dell'anatomo-patologo è un vasto sifiloma di antica data. Ancora più dettagliate le osservazioni che emergono dal registro necroscopico compilato tra il 1877 e il 1884 (faldone 86, fascicolo 2), dove sono presentati una trentina di casi (uomini e donne) affetti da paralisi progressiva, frenosi e demenza paralitica. In questo caso la descrizione che segue l'autopsia rivela l'esame di svariati organi, non solo l'encefalo, ma anche polmoni, cuore, fegato, milza, reni, stomaco, mesenterici, ghiandole linfatiche e vasi nei quali l'anatomo-patologo descrive i danni provocati dalla malattia. A questi dati si possono aggiungere quelli contenuti nei registri dell'infermeria, uomini e donne, dove la diagnosi della malattia incidente al momento dell'ingresso (nel nostro caso: paralisi progressiva, frenosi paralitica, rupia sifilitica, periencefalite) è corredata dalla data di ingresso e di uscita o morte. Relativamente agli affetti da paralisi progressiva, tra le cause di morte sono annoverate anche la cancrena da decubito e l'emorragia meningea, oltre a piemia, periencefalite (che quindi figura come diagnosi e come causa di morte), diarrea da paralisi e altro. Tra il 1877 e il 1886 vennero compilati anche registri di uomini e donne deceduti, comprensivi di dati riguardanti l'età, il paese di provenienza, la professione o mestiere, la diagnosi frenopatica e, infine, la causa della morte. Le affezioni più frequenti consistevano in: periencefalite interstiziale, periencefalite diffusa, emorragia cerebrale, emorragia meningea; in qualche caso: pneumonite caseosa, flemmone diffuso del braccio da gangrena, infezione purulenta, piemia, piemia da flemmone al collo, congestione cerebrale, meningo-encefalite, rammollimento cerebrale, edema cerebrale, ma anche: polmonite cronica ed enterite cronica, ateroma aortico, nefrite parenchimatosa, colite ulcerosa, diarrea cronica, cachessia pellagrosa, marasma, frenosi alcolica e demenza paralitica. Qui di seguito, suddivisi per anno, sono riportati i morti per frenosi paralitica quali emergono dai summenzionati registri: nel 1877, i soggetti deceduti erano 6; nel 1878, erano 10; nel 1879, erano 8; nel 1880, erano 4; nel 1881, erano 5; nel 1882, erano 8; nel 1883, erano 2; nel 1884, erano 6; nel 1885, erano 3 ed infine, nel 1886 erano 13. In quest'ultimo anno compare come diagnosi di morte l'espressione *lue cerebrale* a fianco di periencefalite dif-

fusa. Vengono altresì calcolate le giornate complessive di degenza, da un minimo di 45 giorni a un massimo di 983, nel caso di un paziente entrato nel maggio 1883 e deceduto nel gennaio del 1886. Dati dello stesso genere erano raccolti anche per le donne morte (faldone 87, fascicolo 2, n° 2 registri). Tuttavia nel registro comprensivo del periodo 1877-79 si scopre a un certo punto che vi erano catalogati anche uomini e, più precisamente, nel 1877 si verificarono 8 decessi (dei quali 2 donne), con diagnosi frenopatica: frenosi paralitica; causa della morte: paralisi generale; nel 1878 si verificarono 10 decessi (di cui solo 1 donna); come cause di morte: diarrea da paralisi, emorragia meningea, apoplezia sierosa, emorragia cerebrale; nel 1879, solo a gennaio morirono 2 uomini.

Il secondo registro comprende invece l'elenco delle sole pazienti decedute tra il 1905 e il 1941. Qui di seguito sono elencati per ogni anno i casi in cui la demenza paralitica o pseudo-paralitica conduceva a morte per marasma, meningo-encefalite cronica ed altro: nel 1906, ci fu un decesso; nel 1907, ci furono 2 decessi; nel 1908, il decesso fu uno; nel 1911, ci fu un decesso con psicosi pseudo-paralitica; nel 1912, era presente un decesso con demenza paralitica; nel 1913, ci furono 4 decessi; nel 1914, ce ne furono 2; nel 1915, ce ne furono 4 e un caso di morte per periencefalite cronica in un soggetto con cerebropatia da sifilide; nel 1916, ci fu un decesso; nel 1917, i decessi furono 3; nel 1918, non ci fu alcun decesso; nel 1919, ce ne furono 3; nel 1920 non ci fu alcun decesso; nel 1921, ci furono 2 decessi di cui uno per psicosi sifilitica; nel 1922, ci furono 2 decessi; nel 1923, i decessi furono 3; nel 1924, ci fu un caso di decesso per psicosi sifilitica; nel 1925, ci furono 2 decessi; nel 1926 non ci fu alcun decesso; nel 1927, ci furono 3 decessi, uno dei quali in soggetto con paralisi progressiva, uno in un caso di demenza paralitica, un decesso in una sifilitica di 61 anni in stato demenziale; nel 1928, ci furono 4 decessi; nel 1929 non ci fu alcun decesso; nel 1930, ci furono 5 decessi; nel 1931, ce ne furono 3; nel 1932, ce ne furono 2; nel 1933 non ci fu alcun decesso; nel 1934, ci furono 2 decessi; nel 1935, ce ne furono 3; nel 1936, ce ne furono 2; nel 1937 non ci fu alcun decesso; nel 1938, ci furono 2 decessi; nel 1939 non ci fu alcun decesso; nel 1940, ci fu un decesso; nel 1941, ci furono 2 decessi.

Dall'esame dei registri necroscopici e delle autopsie si evince pertanto che la descrizione delle osservazioni condotte sui pazienti deceduti non si discosta da quella contenuta nella manualistica dell'epoca, specialmente nei trattati di specialisti stranieri che alle lesioni sifilitiche nel sistema nervoso avevano dedicato capitoli interi delle proprie opere. Per esempio, Wla-

dimir von Bechterew, professore di Psichiatria nell'Università di Pietroburgo, era l'autore del capitolo XII, "La sifilide nel sistema nervoso centrale, nel Manuale di anatomia patologica del sistema nervoso"¹² e aveva rilevato che il carattere anatomo-patologico delle alterazioni luetiche del sistema nervoso era in sostanza il medesimo tanto per il cervello quanto per il midollo spinale. Il processo poteva colpire i diversi costituenti degli organi nervosi: vasi, meningi, sostanza nervosa propriamente detta. Tanto più era profonda la lesione, più colpiva tutte le parti. Erano osservate neoformazioni gommose, tumefazioni tondeggianti tuberose nodose, di consistenza variabile, molli o dure, di colorito grigio, tendente al rossastro o al giallastro. Nelle vicinanze di solito si trovavano infiltrazioni con accumulo di elementi ricchi di grasso. Se erano basali, avevano origine generalmente dall'aracnoide e dagli spazi sottoaracnoidei. Le vie sanguigne e linfatiche e di connettivo erano ritenute un terreno adatto per lo sviluppo delle lesioni sifilitiche. Le varie forme di endoarterite, mesoarterite e periarterite davano origine infatti a una proliferazione di noduli sulla parete vasale che poteva condurre a una stenosi o a una obliterazione del vaso. Allo sviluppo delle gomme generalmente si accompagnava un rammollimento del tessuto limitrofo¹³ e l'autore era convinto che si trattasse dell'azione tossica dell'agente specifico. Dalla dura madre la lesione si trasmetteva alla pia e ai tessuti limitrofi con *tenaci aderenze*. Nelle leptomeningi si osservava un'abbondante vascolarizzazione sanguigna e linfatica, terreno adatto per l'azione delle tossine specifiche. Nel contempo si sviluppava una lesione della sostanza sottomeningea che assumeva come vie di propagazione i vasi e i setti connettivi, dando luogo a forme di meningo mielite e meningo encefalite sifilitiche. Di queste affezioni erano noti i sintomi: cefalea con vomito e vertigini, debolezza di memoria, apatia, demenza moderata, ottusità, annebbiamento, confusione, agitazione violenta, furore, alternanza di deliri e stati comatosi. Una caratteristica della lue era il fatto che il coma potesse sciogliersi e seguire lucidità mentale. Purtroppo nelle menzionate tabelle nosografiche possedute dal fondo dell'ex-psichiatrico alessandrino non vengono quasi mai descritti con abbondanza di termini questi sintomi distintivi della malattia e anzi i fascicoli personali (relativi a oltre un secolo

¹² FLATEAU EDWARD, JABOBSON LOUIS, MINOR LAZAR (a cura di). *Manuale di anatomia patologica del sistema nervoso*. Torino: UTET; 1909, pp. 531-80.

¹³ *Manuale di anatomia patologica del sistema ...*, p. 542. Di parere differente era il già citato Roncoroni per il quale la sifilide raramente nella sostanza cerebrale dava luogo a formazione di gomme, mentre determinava piuttosto endoarterite. Vedi *Introduzione alla clinica delle malattie nervose ...*, p. 157.

e contenuti in 127 faldoni) contengono per lo più autorizzazioni varie (del Prefetto, del sindaco) a spedire presso il manicomio il maniaco "Tal dei Tali" e a richiederne sorveglianza e cure regolari. Si tratta di decreti vari della Deputazione Provinciale da cui emergono quasi esclusivamente notizie sulla situazione economica del mentecatto che è sempre di *comprovata povertà, onde alla Provincia incombe l'obbligo di mantenerlo*. Oltre alla documentazione comprendente generalmente gli atti di nascita e di battesimo e l'attestazione giudiziale circa lo stato mentale del soggetto nonché atti di notorietà in cui si faceva ammonizione ai parenti del ricoverato contro lo spergiuro, non esistono elementi che rimandino a sintomi, progresso, corso della patologia e cure somministrate. Così come non vengono neppure citate le forme a carico dell'occhio e del nervo ottico od oculo-motore e dei nervi craniali, tra cui il facciale, l'olfattorio e l'acustico, che pure nella letteratura erano considerati con particolare attenzione.

Non minore interesse rivestiva però la cosiddetta sifilide del cranio che si presentava sia nella sifilide ereditaria sia nel terzo stadio di quella acquisita sotto forma di periostite luetica o di formazione di gomme. Entrambe le forme potevano condurre a dissoluzione del tessuto osseo e a una perdita superficiale o profonda di sostanza nell'osso. Sovente si sviluppava regolarmente nei suoi contorni e talora anche nel focolo carioso stesso una periostite ossificante con formazione di osteofiti e questo spiega l'intenso ispessimento sulla superficie del cranio (a differenza della sclerosi rachitica) osservato dagli anatomo-patologi del manicomio alessandrino.

Gli anni Quaranta e il tramonto della discussione sulla patogenesi della paralisi progressiva - Nel 1923 era stato approvato con un Regio Decreto il nuovo regolamento per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree¹⁴. L'articolo 2 stabiliva che l'assistenza medico-chirurgica e la distribuzione dei medicinali fossero gratuite per i poveri, che fossero istituiti appositi dispensari di modo che la cura gratuita avesse luogo in *apposite sale o cliniche* o, in mancanza di esse, negli ospedali comuni. In particolare, nei comuni capoluoghi di provincia o comunque aventi popolazione superiore ai 30.000 abitanti, era obbligatoria l'istituzione di dispensari per la profilassi e la cura gratuita della sifilide e delle altre malattie veneree diretti

¹⁴ Ministero dell'Interno. Direzione Generale della Sanità Pubblica. Disposizioni sulla profilassi della sifilide e delle malattie veneree. Estratti dal Bollettino ufficiale del Ministero dell'Interno dell'11 maggio 1923, n. 14 e 1° settembre 1923, n. 25. Roma: Tipografia Cooperativa Sociale; 1923.

da persone competenti. Il Ministero dell'Interno avrebbe contribuito alla spesa occorrente per ciascun dispensario con un concorso annuo continuativo, stabilito per convenzione tra il Comune e il Ministero stesso. Nello specifico del territorio alessandrino, il 28 luglio 1939 fu approvato il regolamento per il funzionamento del dispensario antivenereo. Consistente in 10 articoli, venne definitivamente approvato dalla Giunta Provinciale Amministrativa nel novembre di quello stesso anno. Nel luglio 1946 la convenzione tra lo Stato e il comune di Alessandria (secondo l'articolo 297 del Testo Unico Leggi Sanitarie) stabiliva la cifra di 400.000 lire per il funzionamento di un dispensario dermoceltico, fino al 1950, anno in cui il Comune dava disdetta e richiedeva un aumento statale. A partire dal biennio 1958-59 il dispensario sarebbe stato annesso all'Ospedale civile. Era aperto al pubblico nei giorni feriali dalle 9 alle 10 e dalle 17,30 alle 19,30, con sale separate per uomini e donne. Forniva gratuitamente ai malati i medicinali nel limite stabilito dall'elenco di quelli da somministrarsi a titolo gratuito secondo il bando del Comune. Altrettanto gratuiti erano gli esami di laboratorio. Un caso a sé stante riguardava la situazione dei militari e dei detenuti. Alla fine del 1949 su 2.050 detenuti vi erano 723 bisognosi di specialità dermosifilitiche, pari al 35%. I sifilitici erano 386 (18,8%), con lue latente il 16,7%, con contagio in atto il 2,15%. Veniva quindi avanzata la proposta dal Prefetto di istituire un servizio di due giorni settimanali anche presso le carceri come sezione distaccata sotto la vigilanza dell'Ispettore Dermosifilitico Provinciale. Nonostante il parere favorevole della Giunta Municipale, il Comune non era però in grado di contribuire finanziariamente a causa del *bilancio largamente deficitario*. Il dispensario antivenereo comunale avrebbe continuato a funzionare presso l'Ospedale civile (via Venezia) per tutti gli anni Sessanta, mentre i militari di leva e congedandi, per gli esami sierologici, sarebbero stati inviati presso il Laboratorio di Igiene e Profilassi di via don Gasparolo. Non mancavano le informative circa le locali case di tolleranza (la "Casa rossa", quella di largo Catania 2 ed altre) denunciate al Direttore del dispensario dermoceltico da parte degli ufficiali sanitari. A questo riguardo, ancora negli anni Cinquanta venivano descritte sommariamente le prostitute affette da lue con le quali i militari ricoverati nell'infermeria presidiaria avevano avuto rapporti sessuali. A carico dei militari ricoverati si sospettava generalmente un'*ulcera molle, con adenite bilaterale*, a seguito delle quali venivano disposti accertamenti per lue ed esami batteriologici che finivano con il confermare la natura luetica delle lesioni. A proposito

di alcuni, si rilevava che non avessero praticato una profilassi anticeltica dopo il coito.

Nel 1975 l'Assessore alla Sanità della Regione Piemonte erogava contributi per la gestione del dispensario dermovenero in ragione di 1.200.000 lire, ma quattro anni più tardi il Comune di Alessandria rendeva noto di non disporre di *un proprio dispensario per la profilassi e la cura delle malattie veneree*, valendosi all'uopo della Divisione Dermatologica del locale Ospedale civile, con il quale aveva stipulato una convenzione sulla base di una scrittura privata tra Comune e Opere Pie Ospedaliere fin dal 1970, approvata nel 1977.

Grazie alle terapie a base di penicillina e di eritromicina nel periodo primario, dopo il 1943, la percentuale dei malati in cui si potevano rilevare manifestazioni terziarie e quaternarie era andata sempre più affievolendosi. Intanto, dalla fine degli anni Quaranta, ormai, appariva condivisa l'ipotesi dell'unicità della sifilide nervosa che si era sostituita al dualismo classico della sifilide cerebrale (nel periodo terziario) e della paralisi progressiva (periodo quaternario). Il riferimento della paralisi progressiva all'eziologia sifilitica, quantunque avanzato già alla fine degli anni Settanta dell'Ottocento, si sarebbe però dimostrato formalmente soltanto nel 1913, allorché l'infettivologo giapponese Hidayo Noguechi aveva scoperto la presenza del *Treponema* nel cervello di soggetti morti per paralisi progressiva. Le vicende delle soluzioni terapeutiche proposte nel decorso dei decenni, compresa quella malarioterapica del 1917, sono tuttora oggetto di notevole interesse storico. D'altra parte, il fatto che solo una scarsa percentuale di sifilitici fosse colpita da paralisi progressiva aveva continuato a destare, ancora nel primo Novecento, vivaci discussioni sulla patogenesi di questa malattia, a spiegazione della quale non era mancata una teoria dualistica che, a fianco del virus *dermotropo*, pareva ammettere l'esistenza di uno *neurotropo*, responsabile per l'appunto della degenerazione nervosa. Così come non erano stati trascurati taluni caratteri del cervello e dell'organismo nei confronti del processo infettivo. Sotto questo punto di vista, proprietà del temperamento, biotipologie e persino la nozione di "allergia" e particolari espressioni di immunità del sistema nervoso erano state invocate per giustificare la refrattarietà del cervello all'infezione primitiva. Pur rivestendo un ampio interesse storico e storiografico, la disamina di queste posizioni esula dagli scopi del presente lavoro, il cui fine è quello di seguire il trattamento del decorso della malattia e l'elaborazione dei presidi di cura e profilassi in un dato periodo temporale

in una località geograficamente circoscritta. L'unicità del *virus* sifilitico, ma soprattutto l'applicazione del trattamento efficace per eccellenza nella fase setticemica della sifilide, cioè prima della fine del primo anno di malattia, possono considerarsi l'elemento comune di tutti gli aspetti clinici della sifilide nervosa.

Il presente lavoro ha come oggetto la trattazione dell'infezione sifilitica nei suoi stadi avanzati presso l'Ospedale Psichiatrico "S. Giacomo" di Alessandria, tra Otto e Novecento. Le fonti archivistiche del suddetto ospedale (Archivio Storico dell'ex-Ospedale Psichiatrico di Alessandria. Inventario realizzato con il contributo della Regione Piemonte, riordino 2002/05), facente parte fino al 31.12.2007 dell'A.S.L. 20 di Alessandria, a far capo dal 1° gennaio 2008 dell'A.S.L. AL, sono le uniche reperite nel territorio, a differenza del materiale a suo tempo acquisito per la storia di altre malattie, quali il colera e il vaiolo, a proposito delle quali l'autrice si era potuta avvalere dei documenti posseduti dall'Archivio di Stato di Alessandria. In tal senso, non è stato possibile neppure consultare la documentazione verosimilmente posseduta dall'archivio del reparto di Dermatologia dell'Ospedale SS. Antonio e Biagio di Alessandria. Secondo il ricordo del personale medico, tale documentazione sarebbe a suo tempo confluita negli archivi dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Alessandria ove tuttavia non ne esiste traccia. La presente ricerca pertanto ha potuto essere svolta grazie alla disponibilità del Responsabile Struttura Complessa Salute Mentale dell'A.S.L. 20, dottor Luigi Sartore e, in particolare, grazie all'interesse e alla partecipazione dei dottori Rocco Carena e Renato Torti senza l'aiuto dei quali questo articolo non avrebbe visto la luce. Si ringraziano inoltre per la proficua collaborazione la dottoressa Silvia Baiardi e la signora Luigina Barberis, nonché l'attuale Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della Regione Piemonte, Azienda Regionale A.S.L. Alessandria, dottor Massimo Pietrasanta.

Terapia