

JEAN-MARTIN CHARCOT

Nasce a Parigi nel 1825. A 28 anni si laurea con una tesi sulla gotta. Lavora all'ospedale di Lourcine, e nel 1862 entra alla Salpêtrière, "museo patologico dalle immense risorse". Collabora con Alfred Vulpian a studi anatomici del sistema nervoso, e nel 1872 gli succede nell'insegnamento di Anatomia patologica. Dopo anni di lezioni libere, nel 1881, con il sostegno di Gambetta, ottiene la prima cattedra di Neuropatologia istituita in Francia; e l'anno successivo viene eletto all'Académie des Sciences.

Muore nel 1893 per edema polmonare durante un viaggio.

Vasta è l'opera di Charcot in diversi campi della clinica e le sue letture dei quadri patologici seguono un modello semeiologico e interpretativo rigoroso: una prima fase clinico-sincronica, in cui "l'isolamento dei sintomi si opera nella contiguità e nella simultaneità", ed una seconda diacronica che permette di identificare "la costituzione della malattia a partire dal pezzo anatomico". Una posizione che non sembra innovare la tradizione anatomo-clinica, eppure dai medici precedenti "le correlazioni delle lesioni, dei sintomi della malattia, erano intese in un modo molto più ambiguo. La malattia produceva delle lesioni e le lesioni la producevano": ad esempio "il tremore parkinsoniano non era ritenuto differente dal tremore della sclerosi a placche" (Trelat, 1971). Charcot invece introduce riferimenti precoci di diagnosi e individua figure cliniche nuove in medicina (gozzo esofalmico, gotta) e soprattutto in neurologia (corea, Parkinson, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica).

La distinzione dell'isteria e dell'epilessia nell'ambito dell'indifferenziata area dei pazienti "convulsivi" è prova della validità del metodo.

L'esperienza si avvia nella sezione degli "epilettici semplici" separata, per motivi contingenti e casuali, dal primitivo Service diretto da Delasieuve dove si ospitava ogni sorta di patologia mentale: alienati, isterici, epilettici; la parte del servizio a lui affidata deriva dalla divisione operata tra i malati sulla base dell'incidenza o meno di crisi (attacchi).

Sin dall'inizio si confronta così con pazienti caratterizzati essenzialmente da diversi gradi di convulsioni; e ha modo di analizzare gli attacchi designati come "isteria a crisi distinte" (Landouzy).

In un primo tempo Charcot richiama l'attenzione sulle forme nelle quali due modalità convulsive si mostrano compresenti, anche se in diversa misura, e le denomina "a crisi combinate o istero-epilettiformi". In seguito, sulla base di osservazioni protratte, nota come isteria ed epilessia siano, al di là di ogni possibile associazione, quadri distinti e afferma che la cosiddetta istero-epilessia altro non è se non "isteria pura, l'espressione convulsiva più elevata dell'isteria, hysteria maior, la grande isteria, e niente più": negli attacchi di istero-epilessia "l'epilessia appare solo a livello esteriore, e non alla base dei fenomeni". In ogni caso, "per rispetto alla tradizione", continua a parlare di istero-epilessia a crisi miste (isteria) e a crisi separate, pur sottolineando in una lezione che tale terminologia "è assurda e che non c'è il minimo rapporto tra epilessia ed istero-epilessia anche a crisi miste".

Nel delineare le figure dell'isteria, Charcot si confronta con concezioni precedenti e opinioni contemporanee, da Falret a Morel, da Briquet a Lasègue. Aiutato da una eletta cerchia di allievi, si impegna a documentare i quadri e a definirne gli aspetti clinici, ordinando sia i sintomi di conversione somatica sia le proliferanti immagini della cosiddetta folie.

In questa ricerca che va dalla messa a fuoco dei fenomeni alla loro riproducibilità sino all'abbozzo di una ricostruzione dinamica, egli collega le manifestazioni isteriche ad una "esagerata suggestionabilità" che permette l'ipnosi se non addirittura l'autoipnosi. Rendendosi conto di come non sia agevole distinguere "le due grandi nevrosi" dalla simulazione, e individuare vere copie di sintomi da parte di pazienti isteriche, conscio inoltre delle possibilità di contagio sintomatologico (su cui si appuntano subito le critiche), cerca di limitare influenze e interferenze sull'esame obiettivo e rompe con la tradizione delle "visite", spesso non analizza i pazienti recandosi nelle sale, ma preferisce visitarli nel suo studio.

Clinico famoso in vita, chiamato a consulto in ogni parte d'Europa, Charcot trova largo seguito du-

rante il servizio alla Salpêtrière, e suscita vasta eco dopo la scomparsa. Entusiasmi e anche riserve. Gli stessi allievi lo descrivono come persona autoritaria, poco incline ad ascoltare opinioni differenti dalle proprie, in particolare in tema di dottrina scientifica. In verità egli mostra di non legarsi a preconcetti, e proprio nell'analisi dei fenomeni isterici rivela di saper accettare evidenze cliniche anche quando sembrano in contrasto con ipotesi ritenute per tradizione valide. La convinzione di poter individuare metodi di indagine assolutamente oggettivi gli permette di delineare il campo e il sapere della neurologia e di fondare una semeiotica oggettiva e positiva, con un gruppo di allievi fedeli, da Richer e Gilles de la Tourette fino a Babinski. Semmai, ed è il punto che ispira controversie, questo rigore non sempre gli permette di valutare il ruolo che il medico può giocare nel determinare i quadri isterici.

Le sue riflessioni si pongono a ponte, ma senza smarrire una continuità, fra le pratiche del magnetismo e quelle dell'ipnosi, e aprono alle ricerche della psicoanalisi: una continuità che si svolge approfondendo e precisando livelli di metacomunicazione interpersonale, a partire dalla semplice suggestionabilità sino a complesse interazioni di rapporto. Dall'inizio egli sostiene "l'importanza dell'idea fissa che produce i disturbi, la riproduzione dei fatti identici per suggestione, e il trattamento con l'isolamento e le influenze morali che modificano non la condizione fisica, ma lo stato mentale patologico dell'isteria" (Janet). In seguito l'attenzione si appunta attorno al nucleo di scatenamento della sintomatologia, mettendo a fuoco l'importanza del trauma, sia pure circoscritto a un tempo attuale: e di tale indicazione Freud saprà avvalersi con indipendenza e originalità.

Del dialogo continuo, con le pazienti, con gli allievi e con se stesso, sono documenti mirabili le trascrizioni delle lezioni tenute nell'aula della Salpêtrière il martedì: veri avvenimenti mondani, dove accanto ai clinici siedono intellettuali e letterati.

In questi incontri, lo rileva Babinski, Charcot propone agli allievi l'"*imaginem belli*" della clinica, riservandosi le lezioni del venerdì per illustrare casi ben studiati e analizzati nei dettagli ed anche nelle corrispondenze anatomico-cliniche.

LEZIONI DEL MARTEDÌ

Lezione del 17 gennaio 1888

Terza paziente (donna di 22 anni): *Isteria a grandi attacchi.*

Charcot, rivolgendosi alla malata,: Quanti anni ha?

La malata: 22 anni.

Charcot: Da quando ha gli attacchi?

La malata: Dal 24 dicembre.

Charcot: C'è stata una causa precisa all'inizio?

La madre: Non lo sappiamo.

Charcot: Sua figlia è stata contrariata?

La madre: No, signore, ma lei si arrabbia facilmente, si innervosisce.

Charcot: Che mestiere fa?

La madre: È lavandaia, stira.

Charcot: Lavora molto?

La madre: Sì, è sveglia fino all'una di notte.

Charcot: È rimasta sveglia in questi ultimi tempi? Ha avuto più lavoro del solito?

La madre: Sì.

Charcot: Allora le sue mani hanno lavorato sempre più?

La madre: Sì, signore.

Charcot: Se faccio queste domande, è perché so, grazie ad una piccola nota che ho fra le mani, che la malata ha due zone d'anestesia completamente simili a quelle che abbiamo constatato sulla donna che avete appena visto. È per questo che indago se vi sia qualche lesione traumatica. Ebbene, la ragazza stira, le mani sono in azione, ed è molto probabile che l'azione esagerata delle mani, sotto una precedente influenza isterica, sia la causa occasionale dei disturbi che si sono verificati. Ella ha cominciato con un attacco? Quando questo?

La madre: Il 24 dicembre.

Charcot: Ha avuto attacchi che denotano una natura isterica, ed è arrivata a noi con le mani anestetizzate.

Come vedete, la direzione generale del limite di questa anestesia è circolare; è una disposizione molto originale, senza alcun "rapporto con le zone d'innervazione. È, per così dire, l'espressione della localizzazione generale della sensibilità, così come deve essere nella corteccia, dove questa si organizza per regioni e dove i nervi sono mescolati.

Ora, vi è qualcos'altro oltre a questo? È possibile. Vediamo un po', dunque, se è conservato il tono muscolare.

L'interno: È conservato.

Charcot: Così, solo la sensibilità cutanea è interessata. Ha qualcos'altro? Bisognerebbe indagare se ha conservato il gusto, vedere se ha un restringimento del campo visivo, sapere se ha avuto dolori al ventre.

(Rivolgendosi alla malata) Cosa sente?

La malata: Dolori alle braccia, al dorso, alle gambe, come elettricità, ciò mi torce le braccia, le gambe.

Charcot: Cosa sente nelle orecchie, alle tempie?

La malata: Nulla.

Charcot, rivolgendosi alla madre della malata,: Quali sono i caratteri degli attacchi?

La madre: Comincia gettandosi per terra, si rotola, morde, strappa quanto le capita sottomano, grida, il suo sguardo diventa fisso, poi ti insegue e ti si getta addosso.

Charcot: In questa descrizione vi sono due cose che conosciamo: la tendenza a strappare e gli atteggiamenti passionali.

È facile riconoscere che non è affatto un attacco di epilessia. Vi è un periodo in cui ella si rotola. È

quello che chiamiamo il periodo dei grandi movimenti; poi guarda, e fissa: perché? Probabilmente ha delle allucinazioni e allora l'atteggiamento è in rapporto con l'allucinazione. Si tratta di sapere in che consiste tale allucinazione.

La madre: Vi sono momenti in cui ride, ma è un riso forzato.

Charcot: Parla?

La madre: Parla di una cosa o di un'altra; chiama la mamma oppure vede un uomo con la barba.

Charcot: Un uomo?

La madre: Non importa chi, un uomo, una donna che le appaiono.

Charcot: Non è certo indifferente, ma sorvoliamo su questo mistero. Non pronuncia alcun nome?

La madre: No, dice che l'individuo che vede è brutto, è spaventoso.

Charcot: La visione comincia con l'essere bella, poi si fa terrificante. Ed è ben vero che per la diagnosi la descrizione è molto caratteristica. Mai gli epilettici si comportano così, essi non presentano atteggiamenti passionali.

Ultimamente, vedevo una malata in consultazione e a prima vista, dall'atteggiamento del marito, sospettai che la diagnosi fatta dal medico curante non fosse esatta, egli diceva che si trattava d'epilessia. Ma il marito, frattanto, diceva: mia moglie fa così, e abbozzava i famosi atteggiamenti passionali; e io dico: questa non è epilettica, è isterica. In effetti abbiamo finito per riconoscere che gli attacchi, verosimilmente, erano di natura istero-epilettica e, se aveva epilessia, era proprio quella che aveva dimostrato di meno.

Voi sapete che bisogna distinguere l'istero-epilessia a crisi miste e l'istero-epilessia a crisi separate.

Ciò che chiamo istero-epilessia a crisi miste è isteria da un capo all'altro; l'epilessia non esiste. E se alla parola isteria si aggiunge quella di epilessia, che ha l'aria di venire a sconvolgere tutto, è perché abitualmente, nell'istero-epilessia, la prima fase è un attacco d'epilessia di tipo speciale. La prima cosa che il soggetto fa è chiudere le mani e metterle in pronazione forzata, e ripiegare la testa all'indietro; alla bocca viene la schiuma, ecco l'attacco d'epilessia dell'isteria, ma, propriamente parlando, non si tratta di epilessia, il bromuro di potassio non fa assolutamente niente. È possibile che ella abbia avuto solo questa prima fase. Torce le braccia, ha l'apparenza di un'epilettica.

(Alla madre della malata): Sua figlia si irrigidisce ripiegando il corpo indietro?

La madre: Sì, si irrigidiva all'inizio.

Charcot. In presenza di questo fenomeno della prima fase, potete essere imbarazzati nella diagnosi a crisi miste e dirvi: è epilessia o isteria? Ma lasciate che arrivi la seconda fase e vedete la malata levarsi e strapparsi i panni di dosso; ella non è per niente epilettica. Poi viene la terza fase. Oh allora, non manca più nulla; si presentano gli atteggiamenti passionali, vi trovate di fronte a una serie tipica: la vostra malata, per rimanere alla nostra nomenclatura, è semplicemente un'istero-epilettica a crisi miste. Ma vi è un'altra categoria, quella dell'istero-epilessia a crisi separate. La malata, in questo caso, ha le due malattie; è ad un tempo epilettica e isterica, e sono due le affezioni che bisognerà trattare.

Vedete quanto sia necessario fare delle distinzioni, perché l'istero-epilessia a crisi miste è malattia curabile, mentre nell'istero-epilessia a crisi separate, in cui l'epilessia è una malattia comiziale, le guarigioni, se si verificano, sono rare. L'istero-epilessia conserva tutta la potenza delle facoltà intellettive, mentre è raro che l'epilettico non cada in una prostrazione mentale dopo un certo periodo. Sono cose completamente differenti.

Ecco qui una signorina che è nella categoria degli istero-epilettici a crisi miste, ella ha attacchi frequenti e forse altre stimate ancora oltre quelle che abbiamo visto.

L'interno: Ha un piede anestetizzato, ma non sono alterati né il gusto, né l'olfatto.

Charcot. È ben mestrata?

La madre; Sì, ma soffre molto al momento delle mestruazioni. *Charcot.* Fatela lavorare meno, e venga qui a prendere delle docce.

Lezione di martedì 7 febbraio 1888

Prima paziente: *Grande isteria o istero-epilessia.*

(*La malata viene introdotta nell'aula su una barella.*)

Charcot. È una malata che avete già visto venerdì scorso. A seguito di una caduta, ha avuto una contrattura dell'arto inferiore destro che dà luogo a deformazione con piede storto.

Niente è più frequente che vedere in un'isterica prodursi una contrattura dopo un traumatismo: si tratta di sapere cosa si può fare in simili casi. Vi ho già detto che bisogna cercare di sciogliere la contrattura isterica non appena la si vede comparire.

Qui, siamo un po' fuori dalla regola; abbiamo atteso tre o quattro giorni, e vi ho spiegato i motivi di questa infrazione; nelle malate del tipo di questa donna, è molto facile, in genere, provocare un attacco, e che vi siano circostanze per cui, in qualche modo, l'attacco riesca un mezzo terapeutico. Spesso avviene che da un attacco così provocato risulti un cambiamento evidente, e che una contrattura, la quale sembrava dover essere irriducibile e durare indefinitivamente, scompaia. Voi mi direte: non c'è qualcosa di immorale nelle pratiche di questo tipo? Sicuramente no, se così si può far scomparire un male locale contro il quale, altrimenti, si sarebbe impotenti.

Vi ho fatto vedere come vi sia corrispondenza tra i fenomeni d'isteria locale che, come questo, durano da 5 a 6 mesi, e le crisi nervose: spesso non vi sono contratture in persone che hanno degli attacchi; al contrario in queste persone le contratture non esistono affatto. È in virtù di questa dottrina, avanzata con ragione da Pitres, che crediamo si debba saper approfittare dell'esistenza dei punti isterogeni per provocare un attacco al momento opportuno.

Ebbene, questa malata ci servirà a dimostrare quanto io credo. Tuttavia vi dirò che, benché siamo quasi sicuri del risultato previsto, le cose dell'organismo non sono così precise come quelle meccaniche, e non mi meraviglierei se la nostra operazione non riuscisse. A volte si dice che gli esperimenti sugli animali quando si fanno in pubblico non riescono bene come in laboratorio; ciò che è vero in questi casi, è ancor più vero per gli esperimenti di clinica che facciamo qui. Se non ci si riesce come desideriamo, ciò sia almeno un insegnamento per voi.

Questa malata ha un punto isterogeno al dorso, un altro sotto il seno sinistro e infine uno all'arto inferiore. È questo che cercheremo di utilizzare.

Se, come credo, l'attacco si verifica, vi chiedo di identificare voi stessi tutte le fasi; ciò non è facile, mi ci sono voluti molti anni per arrivarci.

In questo reparto sono succeduto a Delasiauve, che lo dirigeva con competenza, quindici o vent'anni or sono, e sin dai primi momenti sono stato testimone di questi attacchi di isteria epilettica. Procedevo con la più grande circospezione nelle mie diagnosi e mi chiedevo: "come mai queste cose non si trovano nei libri? e come si potranno descrivere dal vero?". Non vedevo che confusione, e l'impotenza a cui ero ridotto mi irritava; quando un giorno, per una sorta di intuizione, mi son detto: "eppure è sempre la stessa cosa"; e ho concluso che si trattava di una malattia particolare, la grande isteria (*hysteria maior*), la quale inizia con un attacco epilettico così poco differente dal vero attacco d'epilessia, che la si è denominata malattia istero-epilettica, benché non abbia nulla in comune con l'epilessia.

La fase epilettica si suddivide in periodo tonico e in periodo clonico; viene allora il silenzio e la fase dei grandi movimenti che produce due aspetti principali, gli atteggiamenti di saluto e l'arco di cerchio. In questa fase dominano l'arco di cerchio e gli atteggiamenti di saluto. Si arriva infine ad una terza fase. D'improvviso vedete la malata fissare un'immagine fittizia; è un'allucinazione che varia secondo le circostanze: la malata dà segni sia di spavento che di gioia, a seconda che lo spettacolo che crede di avere davanti agli occhi sia spaventoso o piacevole. Già conoscete tutto questo, e la donna addormentata che avete visto l'altro giorno ha potuto darvene un'idea. Allorché l'ho toccata in regione ovarica, l'avete vista uscire dal letto, precipitarsi in quell'angolo e pronunciare parole che indicavano grande spavento. Ma ciò che bisogna guardare è lo svolgersi dei fenomeni dell'attacco. Io vi anticipo, perché possiate osservare quanto c'è da vedere, ed è molto difficile, ripeto, veder bene queste cose. Voglio mostrarvi che non c'è una successione di attacchi che passano, ma un attacco che si sviluppa. Voi vedete che uso il metodo dei tipi. Il tipo contiene quanto di più completo vi è nella specie. Poi, come si fa in tutte le malattie nervose, bisogna imparare a

scindere questo tipo. Il periodo epiletticoide può mancare, l'attacco comincia subito con i grandi movimenti, gli atteggiamenti di saluto, l'arco di cerchio; a volte sono i grandi movimenti a mancare, e tutto inizia con le allucinazioni: l'attacco viene dopo. Vi sono una ventina di varietà, ma se avete la chiave, siete subito riportati al tipo che ricostituite nella vostra mente, e dopo un certo tempo vi dite: malgrado l'immensa varietà apparente dei fenomeni, è sempre la stessa cosa!

Ebbene, ecco il piede storto. Che non si sia mosso né il giorno né la notte, in questo caso non oserei affermarlo, ma è molto probabile. Questo non è un piede storto che nella notte possa risolversi, è fisso, non c'è simulazione. Voi sapete che il pregiudizio della simulazione è uno dei principali ostacoli in neuropatologia.

(L'interno tocca il punto isterogeno situato sotto il seno sinistro. Immediatamente ha inizio l'attacco).

Charcot Ecco il periodo epiletticoide..., arco di cerchio, atteggiamenti di saluto; l'arco di cerchio è abbastanza pronunciato, come vedete.

Ecco ora il periodo degli atteggiamenti passionali, che fino a un certo punto si fonde con il periodo dell'arco di cerchio; poi un attacco di contrattura che, alcune volte, in simile circostanza si verifica, e se fosse rimasto così non saremmo andati molto avanti.

Il periodo epiletticoide comincia subito con le sue due fasi: la prima è quella dei movimenti tonici, la seconda quella dei movimenti clonici. Vedete quanto assomigli all'epilessia.

Vediamo se la malata è un'ovarica.

(Si esercita pressione sulla regione ovarica).

Fate questo ad un'epilettica e non subentrerà alcuna modificazione, e vi si evidenzia così la differenza che c'è fra istero-epilessia ed epilessia. L'epilessia non è in alcun modo sotto l'influenza ovarica, mentre qui è tutt'altra cosa. Vedete bene che l'attacco è sospeso con la pressione.

È vero, sì o no, che la compressione dell'ovaio determina l'arresto dell'attacco? Voi vedrete nei libri, che hanno l'aria d'esser fatti con cognizione di causa, che questo non si osserva mai. Non lo si vede in Inghilterra, dice l'uno; e lo stesso in Germania, dice l'altro. Quelli che l'affermano sono persone che hanno fretta di generalizzare. Ma dal momento che il fatto esiste a Parigi, è facile credere che si verifichi altrove. Ora interrompiamo la compressione ovarica e vedrete riprendere l'attacco come poco fa. Ecco, inizia il periodo epiletticoide. Spesso, all'estero, lo si chiama epilessia. Quelli che fanno ciò, evidentemente non possono intendersi con noi; noi diciamo istero-epilessia o grande isteria. Ecco adesso l'arco di cerchio: vedete che meccanismo, che regolarità; è sempre la stessa cosa.

La contrattura persiste. Se così non riusciamo a risolverla, dopo l'attacco si proverà altrimenti, e si avranno più possibilità di successo di quante se ne avrebbero se la si fosse affrontata sin dall'inizio senza provocare questa specie di crisi nervosa salutare, che potrà prolungarsi per molto tempo ancora, poiché la caratteristica degli attacchi istero-epilettici è di formare serie che non finiscono: questa può durare tutta la giornata. Le malate ne escono appena affaticate, e questo dato mostra bene come l'istero-epilessia non abbia nulla a che fare con l'epilessia. Quando gli attacchi epilettici si succedono l'un l'altro in modo da formare delle serie, i cui limiti sono talmente ravvicinati da fondersi, avete ciò che si chiama stato di male. Ora, lo stato di male epilettico è dei più gravi, e spesso porta a esito fatale. Nell'istero-epilessia, al contrario, avete attacchi che subentrano senza intervallo, due o tre giorni, senza pericolo per la malata. Lo stato di male istero-epilettico non ha, dunque, il carattere di gravità dello stato di male epilettico.

Si fa di nuovo pressione su un punto isterogeno, e guardate: si riproduce l'attacco epilettico. A volte la malata si morde la lingua, comunque non spesso. Ecco ora il famoso arco di cerchio che trovate descritto dappertutto.

(D'improvviso la malata grida: Mamma, ho paura!).

Ecco gli atteggiamenti passionali; poi, se lasciamo andare le cose per conto proprio, ritroveremo l'attacco epilettiforme.

Si determina una specie di risoluzione, seguita da una particolare contrattura. Qualche volta tutto ciò si presenta come fenomeno accessorio degli attacchi.

(La malata grida: Mamma!).

Vedete come gridano le isteriche. Si può dire che c'è molto rumore per nulla. L'epilessia, ben più grave, è molto più silenziosa.

Non so quale sarà il risultato del tentativo, ma non mi dispiace affatto d'avervi presentato un attacco quasi regolare: cioè, una fase epilettica composta da due parti, tonica e clonica, poi la fase dei grandi movimenti, e subito dopo la fase degli atteggiamenti passionali che qui sono di un sol genere, quello triste, fase seguita da una specie di contrattura.

La malata, appena adesso, era rigida; in genere vi è poca rigidità, gli atteggiamenti sono assolutamente reali, vere pose plastiche.

Vi è ancora una quarta fase, più rara, e che manca nella nostra malata, è il periodo del delirio.

Qui, dopo la fase degli atteggiamenti passionali, tutto ricomincia, si possono avere serie che si succedono, e l'attacco può così durare indefinitamente due, tre, sei giorni. La compressione ovarica può dare il risultato che avete osservato solo nelle malate ovariche. Ma non tutte sono ovariche. Io mi soffermo sempre sulla leggenda su di me, riguardo alla quale mi sono già espresso. Io sarei la causa delle operazioni che si fanno in America, delle ablazioni ovariche che si praticano a causa dell'istero-epilessia. Mi ritengo assolutamente estraneo a tutto ciò. Ho detto la verità: vi sono malate che hanno un punto doloroso ovarico e, visto che questo punto doloroso esiste, se ne può approfittare, non per far cessare completamente l'attacco, ma per interromperlo. E interrompere l'attacco, non significa guarire, bensì procurare un po' di tranquillità. Mettiamo a questa malata un apparecchio di compressione e momentaneamente non avrà più attacchi, ma un bel giorno bisognerà toglierle la cintura, poiché non può portarla all'infinito, e forse allora l'attacco si ripresenterà. La compressione ovarica è un bel mezzo preventivo, un modo per avere anche un po' di calma: non è assolutamente un mezzo di guarigione. Se voi togliete le ovaie, egualmente non si ha la guarigione dell'isteria. D'altra parte, non bisogna credere che vi sia solo l'ovaio la cui compressione determina il placarsi momentaneo degli attacchi. I punti isterogeni alcune volte hanno la stessa proprietà, dipende dai casi. Vi sono i punti spasmogeni e punti con azione contraria. Così la malata ha una placca isterogena sotto il seno. Io avrei potuto comprimere questa parte più fortemente di quando si vuol provocare la crisi e l'attacco si sarebbe interrotto.

Non verrà mai in mente a nessuno l'idea di asportare un lembo isterogeno per guarire un istero-epilettico. Dunque io non ho mai detto ciò che mi si fa dire. Non c'entro niente con le pratiche americane, e me ne lavo le mani. Ho saputo che vi erano donne isteriche che erano ovariche e uomini isterici che erano testicolari, ma non tutti gli isterici sono testicolari, e non tutte le isteriche sono ovariche. Questa è la verità. Io non ho mai detto cose diverse; non ho l'abitudine di anticipare cose che non siano sperimentalmente dimostrabili. Voi sapete che per principio non tengo conto della teoria e lascio da parte tutti i pregiudizi; se si vuol vederci chiaro, bisogna prendere le cose così come sono.

Pare che l'istero-epilessia esista solo in Francia, e potrei addirittura dire, come alcune volte si è detto, che esista solo alla Salpêtrière, come se io l'avessi creata con la potenza della mia volontà. Sarebbe una cosa veramente prodigiosa che io possa creare così delle malattie secondo il mio capriccio e la mia fantasia. Ma in verità io sono semplicemente un fotografo; io affermo quel che vedo ed è troppo facile per me mostrare che non è solo alla Salpêtrière che queste cose accadono. Tanto per cominciare le storie degli indemoniati del Medio Evo ne sono piene. Richer, nel suo libro, ci fa vedere che nel XV secolo era assolutamente come oggi.

Abbiamo raccolto numerose corrispondenze soprattutto dall'America del Nord, che non ha, tuttavia, relazioni con la Salpêtrière; corrispondenze dovute alle descrizioni che ho dato dell'attacco istero-epilettico, e dove ci si mostrano casi di istero-epilessia che si comportano esattamente come i nostri.

In Inghilterra c'è un importante medico, Gowers, che non crede alle mie descrizioni. Ecco allora come accomoda le cose: in un trattato sull'epilessia, usa l'espressione: "Disturbi isterici post-epilettici"; egli scambia la prima fase epilettica, che avete visto verificarsi in seguito alla pressione ovarica, per un accesso d'epilessia, e poi descrive tutti i fenomeni a cui avete assistito chiamandoli disturbi post-epilettici. Perché? Per il motivo che in una malata vi sono disturbi epilettiformi iniziali. Egli vede questi disturbi semplicemente sotto nomi diversi. Per quanto mi riguarda, io mantengo l'unità della cosa, la fissità della specie. Questo è l'attacco istero-epilettico e oltre non vado.

Voi sapete (e non sono stato io ad averlo inventato, ma quelli che mi hanno preceduto nel servizio che dirigo) che si distinguono attacchi a crisi miste e a crisi separate. Cosa significa questo?

Ecco una malata; di tanto in tanto ha delle crisi. Io dico: è isterica, e per giunta comiziale. Voi comprendete cosa significa: ella ha due malattie essenzialmente differenti, benché appartengano alla stessa famiglia come la gotta e il reumatismo. Ebbene, le specie patologiche sono relativamente fisse e, nella consuetudine clinica, la dottrina della fissità delle specie patologiche deve essere considerata vera. In effetti, esse fortunatamente non variano come si potrebbe credere. Non c'è bisogno di fare del darwinismo senza motivo. Nell'evoluzionismo il principale fattore è il tempo, e noi consideriamo la fissità delle specie patologiche relativamente all'epoca in cui viviamo.

Io dico che nel caso di malattia a crisi separate, all'inizio si ha un attacco di isteria..., poi una crisi epilettica distinta. Dopo un attacco d'isteria, spesso i malati si mordono la lingua, si raddrizzano nel letto, e chi sta in reparto, vedendo un malato in questa situazione, dice che sta avendo il suo *accesso*. Quando ciò non si verifica, dice: sta avendo i suoi *attacchi*. In effetti vi è una differenza tra queste due formule: una tale ha gli attacchi, oppure una tale ha gli accessi. Se avesse detto: ella ha i suoi accessi, allora questo sarebbe stato grave. Una tale ha gli attacchi, può averli per tre, quattro, cinque o sei giorni senza alcun pericolo. Una tale ha gli accessi: qualche volta ne segue ciò che si chiama stato di male; si cerca il medico, si eleva la temperatura, la vita è in pericolo. Potete vedere quanto sia grande e capitale la differenza. In un caso, avendo dei punti isterogeni, potete servirvene, non fosse altro che a scopo sperimentale, e in tutti i casi interrompere l'attacco; mentre se avete a che fare con gli accessi, la compressione dei punti isterogeni non serve assolutamente a niente.

Infine, aggiungo, mentre il bromuro di potassio ha un'azione almeno palliativa sugli accessi d'epilessia, invece per gli attacchi è assolutamente inutile; potete darne in quantità senza modificare nulla nello stato dei malati. La grande isteria non è epilessia. È nell'ereditarietà che si realizza l'unione tra le due malattie. Un'istero-epilettica può generare un'epilettica, un'epilettica un'istero-epilettica, ma va anche detto che l'una e l'altra possono dare origine a maniaci e vesanici; vi ho già detto che l'albero neuropatologico ha numerosi rami, e ciascuno di questi rami può dare frutti diversi.

Lezione di martedì 21 febbraio 1888.

Secondo paziente (14 anni): *Isteria in un ragazzo. Isolamento della terza fase dell'attacco. (Accessi deliranti ambulatori)*

Charcot. Il caso di questo ragazzo è molto interessante. Ne ho incontrato di simili nella clinica della città, ma raramente in ospedale. Molte volte ho pensato di trattare nelle mie lezioni questo genere di affezioni e di dirvi cosa ne pensavo; ma non si è mai offerta l'occasione, per mancanza di un paziente da presentarvi. Ringrazio il medico di questo bambino d'averlo voluto condurre qui; ha pensato che il caso potesse interessarci, e non si è sbagliato.

Comincio col dirvi cosa è accaduto.

È un ragazzino di 14 anni e non è mai stato ammalato. Pare - dico pare, perché è sempre difficile saperlo - che non vi siano malattie nervose nella famiglia. Ammettiamo che sia così.

Va a scuola questo piccolo malato?

La madre: È interno a Passy.

Charcot. Dicono che sia intelligente, ma non molto studioso.

La madre: È vero, non gli va di applicarsi. Tuttavia ha ottenuto una borsa di studio.

Charcot. Ciò prova che è intelligente. Ma non ama sacrificarsi.

La madre: Apprende tutto ciò che vede, suona il violino, il piano, studia il tedesco, lo spagnolo, sa l'inglese.

Charcot: Ma senza studiare. Questo prova che non è molto stabile nell'intelligenza. È figlio unico?

Il padre: No. Abbiamo tre bambini. Lui era il secondo, adesso è il maggiore.

Charcot: È stato un po' viziato?

La madre: Sì, molto.

Charcot (rivolto al padre): Lei è mai stato ammalato?

Il padre: No.

La madre: Mio marito è nervoso.

Charcot. Che vuol dire nervoso?

La madre: Si arrabbia per la minima cosa, non ama la discussione.

Charcot. Ecco l'inizio della storia. In fondo non vi è nulla nel passato del bambino. Egli è abbastanza grande, forse un po' troppo grande per l'età, ha avuto uno sviluppo rapido, e non presenta niente di anormale.

Ecco le informazioni che il medico mi ha trasmesso; ha avuto il morbillo nel mese di maggio del 1887; dopo il morbillo ha avuto una bronchite durata a lungo. È stato ammalato per molto tempo, e in più ha accusato delle palpitazioni.

Dopo il morbillo, è rimasto tre settimane senza poter mangiare e si è dovuto mandarlo in campagna a Montmorency. Probabilmente era anemico. Gli è stato dato del ferro.

La madre. Sì, e anche valeriana.

Charcot. Ed è rientrato a Passy.

La madre. Sì, dopo un'assenza di tre settimane.

Charcot. Ha passato lì tre o quattro mesi durante i quali è sempre stato ammalato. È rientrato alla vigilia di capodanno. Il 15 gennaio, nel collegio, alle quattro è stato preso da soffocazione e costretto a sollevarsi sul letto. Sentiva come se lo si stringesse al collo. Ha messo tutti in ansia. Nel dormitorio ha richiamato l'attenzione del sorvegliante: si irrigidiva, aveva la gola chiusa e minacciava di soffocare:

Questa situazione si è ripetuta per parecchi giorni di seguito... e sempre di notte?

Il ragazzo: Sì, alle 5 del mattino.

La madre. Ha avuto due o tre accessi in otto giorni. Il medico che l'ha curato non ha visto questa soffocazione; non l'ha neanche sospettata. Noi non facevamo affatto attenzione alle occlusioni alla gola.

Il padre. Forse tu, ma non io; è proprio questo che me l'ha fatto portar via.

Charcot. Vi sono due pareri diversi.

La madre. No, tu non lo sapevi. Il dottore, che si dice sia il medico più importante di Passy, non se ne è neanche accorto.

Il padre. Per tre volte di seguito ha avuto soffocazioni e la gola occlusa dagli accessi.

Charcot. Allora, a Passy ha avuto tre volte le soffocazioni, è stato ritirato dal collegio e subito è venuto a casa.

A questo punto la malattia si definisce. Ecco cosa avviene. Per otto giorni le soffocazioni si verificano tre volte al giorno, una volta in un'ora del mattino, un'altra a mezzogiorno ed un'altra ancora alle sei della sera, però non si presentano più episodiche come all'inizio, ora si accompagnano a diversi fenomeni. Si comincia con la famosa occlusione della gola, una specie di spasmo respiratorio; poi le braccia si contraggono come se il ragazzo assumesse la posizione che in patologia isterica si definisce arco di cerchio.

L'arco di cerchio è stato osservato dai genitori.

La madre. Sì, parecchie volte.

Charcot. Ecco un'incisione: è la riproduzione di un affresco del Domenichino a Roma e rappresenta San Nilo che guarisce un indemoniato. L'indemoniato è stato certamente dipinto dal vero, ed io l'ho mostrato spesso all'uditorio di questo corso.

Vorrei solo far notare che la posizione data alle braccia dell'indemoniato non è esatta, o almeno non corrisponde esattamente a quanto avviene nelle crisi isteriche. L'indemoniato del Domenichino alza le braccia al cielo, mentre l'isterico le mantiene lungo il corpo in pronazione forzata. Per il resto l'atteggiamento è esatto. Il ragazzo è sulla punta dei piedi e piega indietro il corpo in modo da formare l'arco di cerchio e, se fosse steso al suolo, non poggerrebbe che sulla nuca e sulle dita dei piedi. Ma nell'arco di cerchio, ripeto, di solito non vi è estensione delle braccia e rovesciamento dei polsi.

All'inizio c'è un movimento di rotazione delle braccia, i malati le alzano, poi le riabbassano; il corpo si

piega all'indietro, e così cadono, e se non li si sostiene, come nel quadro viene retto l'indemoniato, toccherebbero il suolo solo nei due punti estremi. Per quanto riguarda il nostro malato, si può dire che ha avuto un attacco d'isteria, ma un attacco a cui manca la prima fase. Voglio ricordarvi quali sono le quattro fasi dell'attacco: periodo epilettoide, periodo dei grandi movimenti e dell'arco di cerchio, quindi periodo delle allucinazioni e periodo del delirio. Qui si tratta di un attacco in cui tutto è soppresso tranne l'arco di cerchio e la fase degli atteggiamenti passionali.

Se questo fosse tutto, il ragazzo sarebbe un piccolo isterico comune, si tratterebbe solo di guarirlo, e non sarebbe molto difficile, nei giovani l'isteria in genere non persiste. Si potrebbe dire che la malattia vien trasferita su un terreno che non le conviene. Tuttavia a volte la si può osservare in questi casi, e non so perché nella patologia infantile i medici abbiano trattato così poco questo problema. Sembra che per loro non conti. In verità, per molto tempo si è pensato che si trattasse di simulazione, che questi pretesi attacchi fossero delle farse. Voi sapete cosa penso di queste idee.

C'è qualcosa di interessante e di poco noto. Indubbiamente si comincia a parlare di isteria nei bambini ed il livello delle nostre conoscenze sulla patologia nervosa infantile comincia a migliorare, grazie ai giovani colleghi. Ma nei maestri, nelle opere da cui abbiamo appreso la patologia infantile, non troviamo quasi nulla in questo senso. Interessante è un dato: durante gli attacchi, che abbiamo visto iniziare come occlusione alla gola, e continuarsi sotto forma di arco di cerchio, si produce, in qualche modo come accompagnamento, una specie di periodo che chiamerei volentieri sonnambulo-delirante, e a questo fenomeno deve orientarsi la vostra attenzione, poiché in alcuni soggetti può presentarsi isolato.

Sapete già che, nei differenti periodi dell'attacco istero-epilettrico, ritroviamo il periodo degli atteggiamenti passionali, e vi ho detto che in questa fase i malati hanno delle allucinazioni che assumono due forme. Da un lato, sotto l'impressione di terribili visioni, manifestano un grande spavento; dall'altro, invece, sotto la spinta di sensazioni piacevoli o erotiche la fisionomia e gli atteggiamenti esprimono piacere e voluttà.

Ebbene! Nel ragazzo l'arco di cerchio è stato seguito da atteggiamenti passionali che hanno assunto un carattere particolare. In questo caso tutto procede molto velocemente; si passa dal cupo al sereno con singolare rapidità, senza avere il tempo di osservare i fenomeni che si succedono, ma è l'intera serie che si riproduce e questo può durare 24 ore; di recente vi ho mostrato, in un soggetto, fino a che punto il meccanismo possa andare avanti regolarmente. Ma qui rientriamo nel capitolo delle eccezioni. Supponete che il periodo si prolunghi indefinitamente, che dopo un piccolo arco di cerchio comincino subito le allucinazioni, e che, anziché essere bruscamente interrotte, ve ne sia un'intera serie e che il malato corra dietro alle allucinazioni o se ne allontani; questa, che dura tre quarti d'ora, un'ora, è una fase che chiamerei ambulatoria. In tale situazione il nostro malato comunica, attraverso gli atti e spesso con le parole, di essere sotto l'influenza di allucinazioni che lo dominano. Egli è perfettamente incosciente; spesso vede oggetti: un individuo si trova lì; e li vede nelle allucinazioni che gli assillano il cervello. Immagina di stare in una palestra, prende il medico che gli sta dinnanzi per uno degli attrezzi che vede nel delirio, delle funi a cui vuole arrampicarsi; entra la madre, gli viene l'idea di distruggere un attrezzo della palestra; afferra la madre con le braccia scambiandola per l'attrezzo.

Così tutto si trasforma intorno a lui secondo la necessità del delirio. Quando tutto è finito, ne esce senza sapere cosa sia successo.

Ecco un caso in cui viene a prodursi questa modificazione, dove l'allucinazione, prima accessoria, diviene la forma principale. Spingiamoci oltre e vedremo dei casi, che ho riscontrato con più frequenza rispetto a questo, in cui dei bambini, prima apparentemente tranquilli, mutano improvvisamente fisionomia, alcune volte hanno singhiozzi e si mettono a colpire quanto li circonda dicendo parole volgari. I bambini più educati diventano, in queste circostanze, i più terribili. Ho visto in questo stato rampolli di famiglie nobili, con cui bisognava battersi. Solo i medici riescono sempre a contenerli. L'accesso dura una mezz'ora, tre quarti d'ora, poi tutto torna in ordine. Alla fine di una crisi di questo tipo, il bambino non sa più niente; tutt'al più, di ciò che è successo ha solo un ricordo molto vago, e se gli si chiede: perché hai fatto questo? Non sa che rispondere. Ho visto questo tre o quattro volte, soprattutto in alcuni giovani napoletani. La situazione durava da 3 o 4 mesi, i genitori, che erano molto inquieti, si chiedevano cosa significasse, gli ac-

cessi si presentavano ogni 4 o 5 giorni. Oh! Era un incendio molto facile da spegnere. Semplice come il buongiorno, si trattava di isteria maschile in cui il primo periodo era poco evidente.

Alcune volte, e questo è importante, vi è un piccolo singhiozzo, il malato cambia d'improvviso nel viso e nella voce: i gesti, lo sguardo, la fisionomia, tutto cambia; egli entra in un altro mondo: è un'altra persona, molto maleducata, che fa ginnastica, che salta sui tavoli, che ha l'aria di compiacersi nel rendersi insopportabile a quelli che lo circondano; poi, d'un tratto, tutto questo cessa e il malato rientra nel mondo ordinario, riprende la sua voce e la sua naturale fisionomia. Questi sono attacchi di mania con allucinazioni di breve durata.

Ebbene! È proprio questo che dovete osservare in questo bambino, e in questo caso avete un'indicazione formale, e che di solito non c'è, della natura del male. Andate a vedere quel che bisogna fare, quel che io ho fatto per i miei due napoletani e per altri bambini di Parigi portati a me da genitori disperati, perché si era cercato invano di modificare la situazione col bromuro di potassio o altri farmaci.

Bisogna prendere questa affezione per quella che è, cioè per una malattia psichica per eccellenza. E, di conseguenza, quel che bisogna fare è separare il ragazzo dalla famiglia. A Parigi e nei dintorni, non mancano stabilimenti idroterapici dove può essere ottenuto questo isolamento, e dove i bambini sono posti sotto la sorveglianza di persone abituate a curare queste affezioni. Tali bambini hanno bisogno di mano ferma e severa, ma non è necessario trattarli duramente. Dunque, idroterapia tutte le mattine, e poi niente più assistenti e ammiratori. Benché non vi sia simulazione, non è men vero che vi sia un'influenza particolare del pubblico sulla malattia. Non dico che, cambiando o scomparendo il pubblico, la malattia scomparirà improvvisamente; ma, sotto l'influenza della vita quasi monastica dello stabilimento idroterapico, ove i bambini saranno in contatto solo con persone al corrente di tutto ciò e che baderanno a loro senza commuoversi, gli accessi diminuiranno molto rapidamente.

Bisogna approfittare della presenza di questo bambino per dirvi in cosa consistono questi accessi. Ebbene! Essi costituiscono il prolungamento del periodo degli atteggiamenti passionali che si continuano allo stato di fenomeni isolati, indipendentemente da ogni fenomeno convulsivo, e come un pezzo in qualche modo staccato dall'attacco. A questo ragazzo è accaduto ciò ancora questa mattina. Ha avuto delle allucinazioni; si è alzato e ha detto vedendo il medico: "Oh, ecco Augusto". Augusto è il ragazzo di un maneggio dove lui va a prendere lezioni d'equitazione.

Il medico: Si è lanciato su di me scambiandomi per un cavallo. Spesso chiama aiuto immaginando che si attenti alla sua vita.

Charcot Come ha fatto a condurlo qui?

Il medico: È stato lui stesso a cercare la carrozza, peraltro abbastanza lontana, essendo in questo stato di sonnambulismo. Correva come un automa. Quando è arrivato si è detto: come mai sono qui?

Charcot Sì, egli usciva dalla sua specie di sogno, che si modifica a seguito delle circostanze.

Il padre; Risponde quando gli si parla. Le persone che non sapevano del suo stato non se ne accorgevano.

La madre; Non si sa se dorme o se è sveglio.

Charcot E quando la cosa è finita egli ha una lacuna nella sua memoria.

Vi ho già detto che le crisi isteriche si comportano come spesso si comportano le crisi epilettiche. Voglio dirvi che esse si verificano con una sorta di regolarità a certe ore. È molto comune osservare le crisi isteriche presentarsi dalle 6 alle 7 di sera. Al contrario, come vi ho detto in un'altra lezione, a proposito di un piccolo epilettico condotto qui, le crisi epilettiche si presentano in genere nelle ore notturne, alle 2, 3 e alle 4 del mattino, o anche al risveglio. Normalmente è così, ma in ciò che concerne l'isteria vi sono delle eccezioni.

Quando si vede un accesso verificarsi di notte, si potrebbe dire: è probabilmente epilettico. Ma non bisogna fidarsi troppo. Alcune volte gli accessi epilettici possono presentarsi la sera; io non ne ho mai visti, ma a rigore potrebbe accadere. Questo piccolo ha parecchie crisi al giorno, una al mattino, la seconda a mezzogiorno, la terza alle sei di sera. Sono le crisi della giornata che costituiscono la vera indicazione della natura isterica della malattia.

Eccovi il racconto della prima giornata, in cui si è assistito al periodo delirante. Ciò accadeva il 31 gen-

naio.

Primo accesso ambulatorio. Prima aveva avuto quelle soffocazioni di cui vi ho parlato e l'arco di cerchio. L'accesso finiva lì. Era un semplice isterico, non era molto interessante. L'interesse per noi è cominciato il giorno in cui, a seguito dell'arco di cerchio e degli attacchi spasmodici, si è vista cominciare tutta la serie di dimostrazioni che questi malati hanno l'abitudine di fare allorché sono in questo stato.

Il 31 gennaio, alle sei di sera, era nel suo letto.

Perché era a letto?

Il medico: Perché aveva ancora un po' di bronchite.

Charcot: Subito vien preso da movimenti spasmodici, ed ecco che, d'un tratto, entra in un nuovo stato e dice: "bisogna che vada a fare ginnastica dalla signora...". È senza dubbio una signora che ha una palestra per bambini.

La madre: Non esattamente. È una signora mia amica che ha un villino e via via ha fatto costruire una bellissima palestra per il figlio.

Charcot: Egli si mette in testa di andare in palestra da questa signora e parte; fa finta di camminare e dice: "eccoci qui"; crede di essere arrivato, e rivolgendosi alla signora della casa, le dice: "Signora, mi permetta di fare un po' di ginnastica". Si crede in palestra e vuole arrampicarsi alla corda, ne cerca una e per caso afferra le braccia del medico a cui si tiene sospeso. Il medico gli dice: questa non è una corda. Sì, gli risponde, è una corda, e non voglio che me la si porti via. È esattamente la stessa cosa quando vuole distruggere l'attrezzo e mette sua madre sulla schiena.

Tutto questo è accaduto alle sei?

Il padre: Alle sei, c'è stata come una ripetizione di quello che aveva già fatto.

Charcot: Passata la crisi, egli non ricorda più ciò che ha fatto.

In un'altra circostanza si siede a tavola, beve dell'acqua e crede di bere vino. Un altro giorno prende il violino e suona; la lampada è accesa ed immagina che non sia accesa, la spegne, la riaccende e mostra di non aver molto la coscienza della luce; sembra non veda chiaro, benché veda molto bene.

Ecco cosa sono questi attacchi.

Vi accorgete molto bene che lui assomiglia ai due ragazzi di cui vi parlai a suo tempo, con la differenza che per lui non c'è difficoltà di diagnosi. Gli attacchi sono degli attacchi deliranti post-convulsivi e solo fino ad un certo punto potrebbero paragonarsi agli attacchi che seguono gli accessi epilettici. Solo, però, negli accessi d'epilessia c'è violenza. Ma bisogna sapere che l'isteria ripete tutto ciò che fa l'epilessia.

Vi sono malati presi da isteria che hanno una specie di vertigini.

In certi attacchi istero-epilettici potete avere anche il delirio post-isterico, che assomiglia al delirio post-epilettico. Solo che alla fine non è proprio la stessa cosa, ed è importante non sbagliarsi sulla prognosi, perché quando i fenomeni sono isterici, non bisogna esitare a dire ai genitori di non spaventarsi. Questa malattia guarisce bene, e direi che nei ragazzi nulla è più facile che vederla terminare. Ma, se si vuole una guarigione rapida, la condizione assoluta è l'isolamento del malato. La cosa migliore è mettere i bambini colpiti da questa affezione in uno speciale stabilimento. Allora vedrete dissolversi tutta quella fantasmagoria e la malattia scomparirà completamente.

In famiglia, un bambino nelle condizioni di questo, senza dubbio guarirebbe pure, le crisi finirebbero per calmarsi, però potrebbe tormentare più a lungo chi lo circonda. Ai genitori ne farà passare di tutti i colori. Non fatevi l'idea che si tratti di simulazione, per niente al mondo, tuttavia la presenza dei genitori provoca gli accessi e li fa sviluppare. Bisogna che si sappia che l'isteria è una malattia psichica in modo assoluto. E a questo bambino si eviteranno, tenendolo in isolamento, tutte queste suggestioni.

La madre: Io gli facevo scrivere per calmarlo.

Charcot: Quel che gli serve è l'isolamento con silenzio completo. (*La madre porge a Charcot un foglio su cui il bambino ha disegnato una caricatura*).

Charcot: Ecco qui un disegno in cui egli ride del suo medico. Vi dirò, per inciso, che noi abbiamo esaminato questo bambino dal punto di vista di quelle che noi chiamiamo stigmati. È molto curioso che nelle forme essenzialmente mentali le stigmati non compaiano. Non voglio dire che non si possa riscontrarle, e sono anche convinto che si potrà trovare un accesso delirante come pure uno con le stigmati. Ebbene! Que-

sto bambino non ha, più degli altri che ho curato, né restringimento del campo visivo, né anestesie. Quale carattere comune dell'isteria ha solo le soffocazioni, gli accessi e l'arco di cerchio; è già molto ed è sufficiente, forse è anche troppo; ma tenete presente che vi sono dei piccoli malati in cui l'arco di cerchio non compare. Quindi: è fondandosi sui diversi aspetti del caso che si fa la *prognosi*, e non sulla presenza delle semplici stigmate.

Ricorderete certo il caso di quel soggetto che abbiamo visto una quindicina di giorni fa e che, uscito di casa per fare una commissione, si era ritrovato nella Senna dove era stato preso da un battello. Noi l'abbiamo considerato come un epilettico, certamente sapete che l'abbiamo curato come tale, e pare che abbiamo visto giusto, perché sotto l'influenza del bromuro di potassio a dosi elevate, i suoi accessi sembrano essere scomparsi, mentre il bromuro non ha effetto sull'isteria.

Per quanto concerne questo ragazzo, l'isolamento sarà per lui il miglior rimedio. Sua madre dovrebbe allontanarsi quando egli ha gli accessi.

La madre: Una volta l'ho fatto, ed è diventato furioso.

Charcot: Nei casi d'isteria di ragazzi ciò che bisogna fare soprattutto è separarli dalle madri. Finché sono con le loro madri, non vi è nulla da fare. Non servirebbe a niente mettere questo ragazzo in uno stabilimento idroterapico e lasciare che la madre lo accompagni. Sarebbe meglio mandarlo in uno stabilimento dove non ci fosse idroterapia a condizione che la madre non lo segua.

Alcune volte il padre è inopportuno quanto la madre; la cosa migliore è allontanarli entrambi.

I bambini stanno bene in questi stabilimenti, anche meglio che al collegio. Quando si desidera farli uscire, li si manda con un custode a passeggiare per la campagna; essi guariscono senza che ci sia bisogno di dar loro alcun farmaco; sarebbero farmaci inutili, mentre il risultato è il più sicuro possibile.

(Rivolgendosi al bambino) Ebbene! Mio caro, bisogna finirla con questa fantasmagoria. Convinca sua madre a mandarla in uno di questi stabilimenti.

La madre: Ha già perso un anno.

Charcot: Se segue i miei consigli, forse a Pasqua potrà ritornare in collegio. Se, al contrario, lo lascia stare, allora l'anno sarà perduto, senza contare che gli attacchi potranno svilupparsi e questo non finirebbe più.

(da *Leçons du mardi à la Salpêtrière, Policliniques 1887-1888*, Paris: pp. 119-122; 173-179; 199-209).