

2. EDELSTEIN L., *Hippocratic Oath*. Bull. Hist. Med. (Baltimore), suppl. 1, 1943, §2.
3. GIANNINI G., *Il danno alla persona come danno biologico*. Milano, Giuffrè, 1986.
4. DE CUPIS A., *Danno* (dir. vig.). In: *Enciclopedia del diritto*, XI. Milano, Giuffrè, 1982.
5. Corte App., Genova, sentenza 44/1990, Nuova Giur. Civ. Comm. 1990; 1:735
6. GALOPPINI A., *Il caso Gennarino, ovvero quanto vale il figlio dell'operaio*. Democr. e Dir. 1971; 1:255-265.
7. ALPA G., *Danno biologico e danno alla salute*. Giur. It., 1976; 1: 447-460.
8. BESSONE M., FERRANDO G., *Persona fisica (diritto privato)*. In: *Enciclopedia del diritto*, XXXIII. Milano, Giuffrè, 1987; GENTILE G., *Danno alla persona*. In: *Enciclopedia del diritto*, XI. Milano, Giuffrè, 1962.
9. BUSNELLI F., BRECCIA U. (a cura di), *Il diritto alla salute*. Bologna, Zanichelli, 1979.
10. PONZANELLI G., *La Corte costituzionale. Il danno non patrimoniale ed il danno alla salute*. Padova, CEDAM, 1988.
11. MARANDO G., *Verso una nuova categoria di danno alla persona*. Riv. Infort. Mal. Profess. 1982; 1:3-20.
12. PONZANELLI G., *Il risarcimento del danno ai sopravvissuti e il danno alla salute da morte*. Corriere Giuridico 1994; 1:110-113
13. ALPA G., BESSONE M., *I fatti illeciti*. In: *Trattato di diritto privato*. Torino, UTET, 1982; vol. 14, pp. 403-420; ALPA G., *Salute (diritto alla)*. In: *Novissimo Digesto Italiano - Appendice*, Torino, UTET, 1986.

Correspondence should be addressed to:
Paola Frati, Via A. Fusco, 107 - 00136 Roma, I.

Articoli/Articles

L'ALIENISMO E LA MENTALITÀ ANATOMOCLINICA:
L'OPERA DI J.E.D. ESQUIROL*

RAFAEL HUERTAS

Departamento de Historia de la Ciencia
Centro de Estudios Históricos CSIC
Madrid, ES

SUMMARY

THE ALIENISM AND THE ANATOMOCLINICAL MENTALITY:
THE WORK OF J.E.D ESQUIROL.

This article tries to analyze the influence that the anatomoclinical mentality exercised on the French alienism of the first half of the 19th Century, using the work of J.E.D. Esquirol (1772-1840) as the main source of information. In order to succeed this the analysis will be based on the importance granted to the discovery of the anatomical lesion and the role that autopsies played in the reflections concerning the etiology and the self-same nature of madness. Furthermore, it will be analysed the origins of a psychiatric semiology, based on anatomical forms, with regard to the differentiation established between hallucinations and illusions, both considered as symptoms with psychical signs values and not as causes of madness.

Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840) è, senza discussione, una delle più insigni figure dell'alienismo francese del diciannovesimo secolo. La sua opera come clinico e come riformatore delle istituzioni è stata più volte analizzata¹, mentre in genere, sono stati meno considerati i suoi contributi alla noso-

*Lavoro realizzato nell'ambito del Progetto di Investigazione n° PB 94-0060, finanziato dalla DGCYT - Ministerio de Educación y Ciencia. España.

Key words: History of Psychiatry - Semiology - 19th Century - France

grafia psichiatrica giacché, pur essendo il creatore del contro-verso concetto della *monomania*², quasi sempre si è teso a considerarlo fedele continuatore del nuovo paradigma imposto dal suo maestro Pinel (1745-1826).

Ad ogni modo, sorprende lo scarso interesse storiografico nel situare l'opera di Esquirol nel contesto della medicina del suo tempo. Evidentemente, l'alienismo non fu estraneo a tutto questo movimento di rinnovamento della medicina francese che, guidata dalla Scuola di Parigi, culminò nel consolidamento della cosiddetta *mentalità anatomoclinica*³.

Come è risaputo, l'influenza dell'*Idéologie* e del metodo analitico di Condillac (1715-1780) è patente tanto in Pinel quanto in Bichat (1771-1802), sebbene con dei risultati non completamente somiglianti, poiché così come il sensualismo di Pinel aspira ad affrontare l'intera realtà vivente della malattia, quello di Bichat, meno ambizioso e più riuscito, si applica soltanto alla conoscenza del corpo animale in quanto corpo: non aspira a conoscere risposte viventi, si conforma con l'applicare strutture anatomiche⁴. Le cautele di Pinel sono ben conosciute, cosicché, pur essendo presente nella sua opera il germe della somatizzazione della malattia mentale, questi si mostrerà poco propenso a considerare la lesione anatomica come causa ultima di malattia. Così, nel suo *Traité médico-philosophique sur l'alienation mental ou la manie*, insiste nel fatto che il risultato di molte dissezioni (...) non han manifestato nessuna lesione organica⁵, e critica che le induzioni che mettono in relazione lo stato patologico del cervello o delle sue membrane con l'alienazione mentale non vengono ben fondate oppure sono molto sbagliate, perciò, benché riconosca che sotto la sua direzione si sono realizzate delle autopsie preferisce avvertire che

*non manifesto il risultato delle ricerche anatomo-patologiche fatte da me stesso o da altri, (...) Perché, quanta oscurità regna ancora in questa materia!*⁶

Pinel si mantiene, quindi,

con i suoi timori di contaminare l'anima spirituale e cristiana con la malattia e la materia

ed assume il dominio della ragione sopra il corpo⁸. Insomma, come già manifestarono tempo fa Lopez Piñero e Morales Meseguer, Pinel incarna ancora l'anello che lega la patologia anatomo-clinica alle dottrine proprie dell'Illustrazione⁹ ciò che comporta che il suo discorso possieda ancora, in un certo senso, una mancanza di definizione che sarà corretta a poco a poco negli autori posteriori.

Esquirol godrà, infatti, di una posizione più favorevole di quella del suo maestro per abbordare, a partire dall'alienismo, il grande progetto anatomo-clinico; nella sua opera gli affanni localizzazionisti e morfologisti che più tardi caratterizzeranno la medicina mentale francese¹⁰, appaiono già chiari. E' vero che il suo discorso non è libero da contraddizioni e ambiguità, soprattutto in riferimento alla considerazione della lesione nervosa nella concettualizzazione della malattia mentale, ma non è meno vero che Esquirol inaugura una semiologia psichiatrica, di taglio anatomo-clinico, seguendo i medesimi principi che i suoi coetanei stavano applicando alla Medicina Interna. Vediamo, quindi, nelle pagine che seguono, in che modo l'alienismo viene dotato degli elementi necessari per diventare, così come la medicina, una scienza esatta, secondo il desiderio di Bichat.

La lesione anatomica e la follia.

Di solito si suole relazionare l'irruzione della mentalità anatomo-clinica in psichiatria con la descrizione della Paralisi Generale Progressiva che A.L.J. Bayle (1799-1858) fece nel 1825¹¹. L'identificazione di un'alterazione morfologica chiara - l'infiammazione delle meningi - con determinati sintomi dell'alienazione mentale, offriva ai clinici la possibilità definitiva di trovare nella lesione anatomica la causa della pazzia¹².

Eppure, una grande tradizione di osservazione aveva preceduto la teoria di Bayle. Preoccupato più di descrivere le diverse specie di alienazione che di stabilire nessi fra etiologia e malattia, Pinel si mostra, come abbiamo visto, enormemente cauto al riguardo¹³, sebbene nella sua opera possano trovarsi chiari germi del somaticismo, giacché, come lui stesso avverte

*riservo per un'altra occasione la relazione e i particolari delle mie ricerche anatomiche riguardanti all'alienazione dell'anima e soltanto parlo sulla forma e sulle proporzioni della testa*¹⁵.

Mentre nell'Esquirol maturo, come è stato ben indicato da J.L.Peset,

*convivono sempre resti di prudenza pineliani, con abbondanti osservazioni ereditate o nuove*¹⁵.

In generale, possiamo dire che l'attitudine di Esquirol di fronte al problema della lesione anatomica è, quanto meno, contraddittoria. Da una parte, si mostra prudente, e perfino sospettoso, di fronte all'anatomia patologica; mentre dall'altra, molte delle sue descrizioni dei casi clinici sono seguite da un protocollo necroscopico, generalmente ben dettagliato¹⁶. Atteggiamento certamente ambivalente che, in ultima istanza, ci rimanda alle difficoltà proprie di qualsiasi processo di transizione fra paradigmi scientifici.

L'empirismo clinico e l'empirismo anatomopatologico confluiscono nel primo alienismo somministrando degli elementi che, rapidamente, entrano in tensione. Così, sebbene Pinel ed Esquirol cerchino di superare le classificazioni *more botanico*, continuano a muoversi nello stesso paradigma nosografico quando classificano le alienazioni secondo i principi della Storia Naturale; in questo modo, la cautela provata verso le scoperte anatomiche potrebbe situarsi nella tradizione dell'empirismo clinico che, da Sydenham (1624-1689) fino a Sauvages (1706-1767), rifiutò l'anatomia e le dissezioni¹⁷. Risulta, illuminante, in questo senso, il seguente testo di Esquirol:

Ecco dunque, che ci troviamo condotti verso lo studio dei corpi dei cadaveri degli alienati. Nessuno deve aspettarsi che individueremo il luogo dove si trova la pazzia, e neppure la natura e il luogo della lesione organica la quale determina la follia. Siamo ancora molto lontani da questo. Le autopsie realizzate fino a questo momento sono state inutili. I fatti osservati da Willis, Manget, Bonet, Morgagni, Gunz, Meckel, Greding, Vicq-d'Azyr, Camper, Chaussier, Gall, ecc...hanno soltanto dato dei risultati negativi o contraddittori. Questi celebri osservatori hanno avuto solo un esiguo numero di persone sottomesse alle loro investigazioni. Tutti i lavori sull'anatomia del cervello non hanno prodotto altri risultati da una descrizione

*più esatta di questo organo e la certezza disperante di non poter dedurre mai da questi dati conoscenze applicabili all'esercizio della facoltà pensante sia nello stato di salute che in quello di malattia*¹⁸.

Appare evidente che il nostro Autore conosce l'esistenza delle dissezioni anatomopatologiche e della correlazione di sintomi e quadri clinici con delle scoperte anatomiche, però, alla pari che Sauvages, dubita dell'affidabilità dei risultati. Insiste nel riferirsi alle scoperte, al non esserci

*organo nel quale si trovino tante varietà in relazione al volume, peso e densità, come nell'organo encefalico*¹⁹,

così come alle manifeste difficoltà nel momento di distinguere le malattie concomitanti che possono giustificare lesioni erroneamente attribuite all'alienazione, giacché

*Tutte le lesioni organiche osservate negli alienati si trovano nei cadaveri di individui che non hanno sofferto mai delirio cronico*²⁰.

E, incluso in maniera più tassativa, arriva ad affermare che

*molte autopsie di alienati non hanno presentato nessuna alterazione sebbene la follia sia durata un grande numero di anni*²¹.

Eppure, nonostante questa evidente cautela, in Esquirol si possono trovare, senza difficoltà degli argomenti che puntano verso la somatizzazione della malattia mentale. Determinate patologie come l'idiozia o la demenza appaiono chiaramente relazionate con delle alterazioni o delle lesioni craneali o intracraniali. Lo stesso accade con l'epilessia per la quale, in modo innovativo per la patologia mentale, Esquirol propone certi criteri di sistemazione anatomopatologici²².

Ad ogni modo, se aspiriamo a valutare nella sua giusta misura l'impronta anatomoclinica nel primo alienismo, dobbiamo aver presente non solo la maggiore o minore importanza concessa all'anatomia patologica, ma anche in quale modo si costruirà una semiologia psichiatrica capace di offrire chiavi diagnostiche secondo i criteri del gruppo della Charité.

Allucinazioni e illusioni: la sensazione intrappolata.

La relazione fra alterazione morfologica e manifestazioni cliniche generò, come è risaputo, tutta una semiologia anatomoclinica che raggiunse il culmine con l'opera di Laënnec (1781-1826) che, attraverso il suo *De l'auscultation médiate*, stabilì le basi semiologiche della patologia respiratoria, caratterizzando il concetto del segno fisico come base della diagnosi anatomoclinica²³.

Nemmeno l'alienismo sarà estraneo a questo metodo di analisi e, a poco a poco, finirà per istituirsi una semiologia psichiatrica che permetterà di relazionare sintomi e segni con localizzazioni anatomiche. Punto di partenza fondamentale di questo processo è, a mio parere, la nuova orientazione con la quale Esquirol affronta il problema delle allucinazioni, dando un giro spettacolare al concetto di *sensibilità interna* individuato da Cabanis (1757-1808) ed adeguandolo ai nuovi presupposti teorici. Tale concetto veniva usato quasi esclusivamente per indagare le cause della pazzia; a partire da Esquirol, le allucinazioni e le illusioni finiranno per soppiantare nell'interesse degli alienisti le vecchie etiologie viscerali²⁴.

I punti di vista di Cabanis²⁵, mescolanza di vecchie e nuove teorie, diedero luogo a due vie di interpretazione della follia. Da un lato, le sensazioni interne di origine viscerale furono invocate da certi alienisti per accreditare la loro concezione di alcuni disordini mentali i cui origini erano nell'addome. Da un altro, si produce un aggiornamento di questa stessa tesi, in modo tale che quello che l'alienismo dell'800 intendeva come trasporto al cervello di spiriti animali o di umori, adesso si interpreta come delle sensazioni patogene che scappano alla consapevolezza. Con il contributo di Esquirol, le *sensazioni cerebrali* saranno oggetto di una messa a fuoco molto di più feconda e innovatrice, giacché sotto il nome di *allucinazione*, tali sensazioni non saranno considerate esclusivamente come causa della pazzia, ma cominceranno ad apparire come uno dei suoi sintomi più privilegiati.

Un uomo - scrive Esquirol - che ha la convizione intima di una sensazione percepita, anche se non esiste nessun oggetto esterno che gli provochi questa sensazione, si trova alla mercé dei suoi sensi, in uno stato di allucinazione; è un visionario²⁶.

Come si può vedere, si tratta di una definizione che segna il carattere psichico delle allucinazioni separandolo chiaramente dai fenomeni percettibili, ma il Nostro arriva ad essere ancora più esplicito quando insiste nell'idea che

L'allucinazione è un fenomeno cerebrale o psichico che si esegue indipendentemente dai sensi. Persiste sebbene cessi il delirio e reciprocamente²⁷.

Risulta evidente che, da questo momento, la cosiddetta *sensibilità interna* cessa di essere percepita come *perturbatrice*, per cominciare ad essere studiata come *perturbata*.

Il processo, comunque, è lungo e complicato, Cabanis si interrogava sul ruolo che le disposizioni degli organi interni, e particolarmente delle viscere del basso ventre, potevano giocare sulla facoltà di sentire e, soprattutto, la loro influenza nella genesi della bulimia, dell'isteria, dell'ipocondria, ecc.. Bichat, dalla parte sua, cercò di trovare risposte evidenziando la funzione dei gangli, tradizionalmente considerati come *piccoli cervelli* dotati di una sensibilità specifica. Così, quello che per Cabanis era soltanto una divisione in parti del sistema nervoso, in Bichat si converte in una marcata separazione tra le funzioni e le proprietà del sistema nervoso centrale e quelle del sistema nervoso ganglionare. Il primo sarebbe responsabile di *nevrosi* tali come la paralisi, il tetano, la catalessi, e la epilessia; mentre al secondo si imputerebbero i cosiddetti *vapori*, cioè, l'isteria, l'ipocondria, la malinconia,

ed ogni tipo di affezioni dove il ventre e il petto, ma soprattutto il primo, sembrano essere il fuoco dove si annida ogni male²⁸.

L'etologia viscerale della follia assumerà nuove sfumature a poco a poco, ma ancora non sarà assente in Pinel, che nel suo *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1800) parla della localizzazione precordiale delle passioni e, perfino, arriva ad affermare che l'origine della mania sta quasi sempre nella regione epigastrica²⁹. Per Esquirol, invece, l'origine dei disordini può trovarsi negli organi periferici, ma già nel suo primo lavoro, dedicato alle passioni, suggerisce che gli stimoli sensitivi registrati nelle viscere sono raccolti dai nervi e trasferiti e integrati per il *centro della sensibilità*³⁰.

Si sostiene, in buona misura, la proposta esquiroliana di distinzione patogenica fra allucinazione e illusione, categorie fondamentali delle aberrazioni della sensibilità interna.

Le allucinazioni - afferma Esquirol - non sono sensazioni false, né illusioni dei sensi, né percezioni errate, né errori della sensibilità organica, come succede per l'ipocondria. Possono essere confuse con le illusioni dei sensi o con le percezioni false degli ipocondriaci, ma in questi ci sono degli oggetti esterni, mentre negli allucinati non manca solo l'eccitante dei sensi, ma a volte questi organi non funzionano³¹.

La sede delle allucinazioni è conseguentemente, il centro della sensibilità, mentre quella delle illusioni è il sistema nervoso periferico.

Nell'allucinazione, quindi, *tutto succede nel cervello*, nell'illusione, *la sensibilità delle estremità nervose è alterata, esaltata, indebolita, o pervertita³²*. Queste *estremità nervose* possono essere esterne - la cui sede sarebbe negli organi sensoriali (vista, udito, olfatto, ecc.) -, ma anche interne, dando luogo in questo caso ad interpretazioni sbagliate delle sensazioni procedenti dall'interno dell'organismo. Così, determinate lesioni organiche - incontrate posteriormente nella necropsia - possono essere percepite e interpretate per il paziente come delle vere illusioni. Esquirol offre un significativo esempio di questa situazione quando spiega che

Nella Salpêtrière aprii il corpo di una lipemaniaca che durante vari anni credette di avere un animale nello stomaco. In tale organo aveva un cancro³³.

In definitiva, Esquirol intende, dal punto di vista patogenico, che

se si altera la sensibilità e l'attività dei sensi, è evidente che l'impressione che producano sopra questi oggetti esterni sarà modificata; se i nervi sono danneggiati e allo stesso tempo il cervello si trova in uno stato patologico, questo non può rettificare l'errore dei sensi: ecco lì le illusioni³⁴.

È ovvio che la distinzione fra allucinazioni e illusioni deve iscriversi in quella stabilita da Cabanis tra *sensazioni viscerali* e

impressioni cerebrali, benché ormai tale differenziazione non serva più, come sopra ho evidenziato, per stabilire un'etiologia, ma semplicemente, una sintomatologia.

Verso una semiologia psichiatrica

Come si vede, il grande merito di Esquirol, rispetto alle allucinazioni fu, non soltanto stabilire il suo concetto definitivo e il diagnostico differenziale con le illusioni, ma pure privare a entrambi i quadri clinici della loro categoria nosografica, per convertirli in veri sintomi - con il valore di segni fisici - e incorporarli alla già menzionata semiologia psichiatrica.

Ebbene, se nella rigorosa mentalità anatomoclinica, il segno fisico permetteva di stabilire diagnostici mediante tecniche esplorative più o meno sofisticate, risultando, in un primo momento, di grande utilità in patologia respiratoria e cardiaca, per propagarsi successivamente ad altri organi e sistemi; l'impostazione anatomoclinica della patologia mentale esigeva modificazioni metodologiche di una certa importanza per vari motivi. In primo luogo, per quella già citata ambiguità con la quale il primo alienismo affronta il problema della lesione, giacché, sebbene accettando la sede corporale delle malattie mentali, l'alterazione morfologica non è sempre evidente; da ciò consegue che si tenda a considerare l'esistenza di *lesioni* non morfologiche nel sistema nervoso come risultato di perturbazioni lontane e più generali. Così succede per esempio, nella mania e nella monomania dove, inoltre, Esquirol utilizza lo stesso termine per alludere alle *lesioni* dell'intelligenza, degli affetti o della volontà³⁵.

In secondo luogo, l'esplorazione fisica, pur realizzandosi, non è capace di offrire chiavi diagnostiche adeguate, dovendo essere sostituita da una minuziosa anamnesi nella quale il paziente riferisca con sufficiente esattezza le sue sensazioni e le sue esperienze psichiche, e nella quale scarti o confermi l'esistenza di oggetti esterni che possano stimolare le false percezioni. Nel caso delle allucinazioni, il clinico dovrà inoltre scoprire, secondo la definizione esquiroliana, quella *convizione intima*, da parte del

paziente delle visioni o delle sensazioni percepite. L'introspezione diventa così mezzo semiologico di primo ordine.

La distinzione fra allucinazioni e illusioni permette, come abbiamo visto, di stabilire la localizzazione dell'alterazione: sia il cervello, sia gli organi dei sensi e/o le vie sensoriali. Allo stesso modo, una volta identificato il sintomo, le possibilità diagnostiche appaiono con tutta nitidezza; così di fronte ad un'allucinazione il clinico deve considerare un'alienazione mentale nella maggioranza dei casi, ma deve scartare alcuni quadri clinici come l'isteria o la catalessi, da non considerarsi malattie mentali propriamente dette, e il cosiddetto *delirio febbrile*.

A partire dall'apportazione esquiroliana, l'interesse per il problema generale delle allucinazioni fu in continuo crescendo. Discepoli avvantaggiati di Esquirol, come J.G.F. Baillarger (1809-1890) e J.P. Falret (1794-1870), approfondirono il tema³⁶, e nel 1855-56 questo fu oggetto di discussione presso la Société médico-psychologique³⁷.

Gli studi sulle allucinazioni si sono moltiplicati lungo il secolo XX dimostrando che si trattava di un problema centrale nella psichiatria soggetto ad innumerevoli messe a fuoco ed approcci metodologici. E' da notare, tuttavia, che mentre la tesi di Bayle sulla Paralisi Generale Progressiva, anche se contribuendo in modo decisivo al rafforzamento della mentalità anatomo-clinica in psichiatria, non ha potuto essere supportata per ovvie ragioni³⁸, il concetto di allucinazione, sorto nell'ambito di questa stessa mentalità ma con un punto di arrivo che la trascende ampiamente, ha oggi una validità comparabile ai roncus e le sibilanze descritti da Laënnec che continuano ad essere proposti nei testi di propedeutica clinica e di semiologia. Così lo intesero G. Assad e B. Shapiro quando recuperarono, dal prestigioso *American Journal of Psychiatry* nel 1986, il concetto esquiroliano di allucinazione e lo applicarono alla clinica³⁹.

Vediamo, quindi, come nel corso della storia della psichiatria possono identificarsi dei *meccanismi di cambiamento* ma anche dei *meccanismi di permanenza*. In genere la storiografia recente si occupa dei primi, cioè, di quelli che aiutano la caduta dei sistemi nosologici o dei paradigmi più o meno stabiliti, però non per questo cessa di risultare di grande interesse lo svelare certi

meccanismi di permanenza che ci indichino, di fronte ad un determinato problema, che cosa c'è di nuovo e cosa di ereditato negli approcci utilizzati⁴⁰.

Non è mia intenzione, al meno in questo momento, cominciare una riflessione epistemologica, e neanche fare presentismo, tra l'altro perché nella prima metà del secolo scorso, benché si considerassero le alterazioni morfologiche e le localizzazioni anatomiche, il concetto di lesione era molto diverso da quello che si utilizza nell'attualità. Vale la pena, però, risaltare come il modello anatomoclinico che servì per spiegare l'origine di diverse malattie, e generò delle richieste descrittive che coadiuvarono nuovi linguaggi semiologici, fu usato anche nel campo dell'alienismo, preparando così il cammino verso la somatizzazione della malattia mentale che, pochi anni più tardi, già nella seconda metà del secolo scorso, si sarebbe consolidata grazie al degenerazionismo⁴¹ e l'antropologia criminale⁴².

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Si veda in proposito CASTEL R., *L'ordre psychiatrique*. Paris, Minuit 1976. Anche GOUREVITCH M., *La législation sur aliénés en France de la révolution à la monarchie de Juillet*. In: POSTEL J. e QUETEL C. (Ed.), *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*. Toulouse, Privat, 1983, pp. 171-178; QUETEL C., *La vote de la loi de 1838*. In: POSTEL J., e QUETEL C. (Ed.), *Nouvelle histoire...* op. cit. Toulouse, Privat, 1983, pp. 187-197.
2. In proposito si vedano SAUSSURE R., *The influence of the concept of monomania on French Medico - Legal Psychiatry (from 1825 to 1849)*. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 1946; 1: 365-397; FONTANA A., *Les intermittences de la raison*. In: FOUCAULT M. et al. *Moi, Pierre Rivière...*, Paris, Gallimard/Julliard, 1973, pp. 333-350. Per la Spagna, si veda MARTINEZ PEREZ J., *Problemas científicos y socioculturales en la difusión de una doctrina psiquiátrica: La introducción del concepto de monomanía en España (1821 -1864)*. In: ARQUIOLA E. e MARTINEZ PEREZ J. (a cura di), *Ciencia en expansión. Estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España (siglos XVIII - XIX)*. Madrid, Ed. Complutense, 1995, pp. 490-520.
3. Sulle mentalità mediche nel secolo XIX, continua ad essere lettura obbligatoria: LAIN P., *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*, Madrid, Espasa Calpe, 1959. PINEL Ph., op. cit. nota 5.
4. LOPEZ PIÑERO J.L., *Patología y clínica en el Romanticismo. Europa latina*. In: LAIN P. (Dir), *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona, Salvat, 1973, vol. 5, p. 257.
5. PINEL Ph., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mental ou la manie*. Paris, Richard, Caille et Ravier, 1801, p.107.
6. *Ibid.*, p.133.
7. PESET J. L., *Las heridas de la ciencia*. Salamanca, Junta de Castilla y León, 1993.

8. *Ibid.*, pp. 134 ss..
9. LOPEZ PIÑERO J.M. e MORALES MESEGUER J.M., *Neurosis y psicoterapia*. Madrid, Espasa Calpe, 1970, p. 48.
10. Riguardo al processo di somatizzazione della malattia mentale lungo il secolo XIX, si può consultare LANTERI-LAURA G., *La chronocité dans la psychiatrie française moderne*. Annales ESC 1972; 27,(3) : 548-556; ALVAREZ R., HUERTAS R. e PESET J.L., *Enfermedad mental y sociedad en la segunda mitad del siglo XIX*. Asclepio 1993; 45, (2) : 41-60. Per l'Inghilterra JACYMA J.S., *Somatic theories of mind and the interest of medicine in Britain, 1850-1879*. Medical History 1982; 26: 233-358.
11. BAYLE A.L.J., *Nouvelle doctrine des maladies mentales*. Paris, 1925. Si tratta di un piccolo libro nel quale si dà una traccia della teoria che verrà sviluppata in profondità un anno dopo in BAYLE A.L.J., *Traité des maladies du cerveau*. Paris, 1826.
12. Sull'impatto che la dottrina di Bayle produce nell'alienismo francese e le diverse versioni che della P.G.P fanno autori come Georget, Cameil o il proprio Esquirol, si veda BROWN E.M., *French Psychiatry's Initial Reception of Bayle's Discovery of General Paresis of the Insane*. Bulletin of the History of Medicine 1994; 68: 235-253.
13. Sopra questo aspetto dell'opera di Pinel, si veda WEINER D.B., *Les sources scientifiques de l'alienisme: Philippe Pinel (1745-1826), défenseur de la méthode sévère de l'Historire del la Médecine*. In: *Actes du XXXIle Congrès International d'Histoire de la Médecine Bruselas*, 1990, pp.771-780. Anche MARSET P., *El punto de partida de la obra psiquiátrica de Pinel*. Medicina Española 1971; 65: 390-404.
14. PINEL Ph., nota 5, p.133. Come la terza sezione di questo libro, dedicata a *Recherches anatomiques sur les vices de conformation du crâne des aliénés*, sviluppata con maggiore ampiezza nella seconda edizione del *Traité*, pubblicato nel 1809. Si veda in proposito PESET J.L., nota 7, pp. 162 sgg.
15. PESET, J.L., nota 7, p. 167.
16. Lungo il *Traité* è possibile verificare come le osservazioni apportate comprendono una descrizione clinica ed evolutiva, seguita dalla narrazione delle scoperte necroscopiche. Si veda, ad esempio, ESQUIROL J.E.D., *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris, 1838, vol.1, pp. 187 sgg; 262 sgg; 493 sgg.
17. Sull'attitudine di Sydenham verso l'anatomia si vedano WOLFE D.E., *Sydenham and Locke on the limits of anatomy*. Bulletin of History of Medicine 1961; 35:14-25; SANCHEZ M.A., *Las ideas antianatómicas y antimicroscópicas de Thomas Sydenham*. Asclepio 1988; 40: 223-251. Sulla posizione di Sauvages, ARQUIOLA E. e MONTIEL L., *La corona de las ciencias naturales. La medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX*. Madrid, CSIC, 1993, pp. 20 sgg.
18. ESQUIROL, J.E.D., nota 16, vol.1, pp.110-111.
19. *Ibid.*, p.111.
20. *Ibid.*, p.112.
21. *Ibidem.*
22. ESQUIROL J.E.D., nota 16, t.1, pp. 274-355. Per alcuni autori l'epilessia suppone la via di ingresso dell'anatomia patologica nella medicina mentale. Cfr. PESET J.L., nota 7, p.177.
23. Su questo autore è sempre attuale il libro di LAIN P., *Laënnec*. Madrid, CSIC, 1954.
24. Specialmente utile per capire tutta questa problematica può risultare il lavoro di AZOUVI F., *Des sensations internes aux hallucinations corporelles: de Cabanis a Lé-lut*. Revue International d'Historie de la Psychiatrie 1984; 2: 5-19. Un'altra opera generale su questo tema che vale la pena consultare è quella di LANTERI-LAURA G., *Les hallucinations*. Paris, Masson, 1984.

25. CABANIS P.J.G., *Rapport du physique et du moral*. Paris, 1802. Su questo autore, si veda l'ormai classico ROSEN G., *The philosophy of ideology and the emergence of modern medicine in France*. Bulletin of the History of Medicine 1946; 20: 329-339. Anche STAUM M. S., *Cabanis enlightenment and medical Philosophy in the French Revolution*. Princenton, 1980. Sopra il suo ruolo nella crisi epistemologica che soffrì la medicina in quest'epoca, si veda ARQUIOLA E. e MONTIEL L., nota 17, pp. 5 sgg.
26. ESQUIROL J.E.D., nota 16, vol.1, p. 159. Sebbene Esquirol considerasse l'esistenza di allucinazioni uditive, olfattive, ecc., il termine *visionario* pecca di certa inesattezza semantica al voler significare, in senso stretto, allucinazione visuale e, in un'altra accezione, capacità di predire il futuro.
27. Per la seconda edizione di *Des maladies mentales...* - che non fu pubblicata - Esquirol pensava di sopprimere il termine e *reciprocamente*, per questo possiamo supporre che finì per credere che, benché l'allucinazione cessasse in un paziente, il suo delirio poteva persistere. Il dato sul progetto di una seconda edizione ce lo offre Henry Ey quando parla dell'esistenza di un esemplare proprietà del suo collega Brouseau, accuratamente annotato e corretto di mano dell'Esquirol. Si veda EY H., *Esquirol et le problème des hallucinations*. L'Evolution Psychiatrique 1939; n° monografico dedicato ad Esquirol: 21-41, dove si riproducono e comparano entrambi i testi.
28. BICHAT X., *Anatomie Générale*, Paris, 1801, vol. 1, pp. 227-228. Malgrado l'anno di pubblicazione, continua ad essere di grande interesse LAIN P., *Sensualism and vitalism in Bichat's Anatomie Générale*. Journal of History of Medicine 1948; 3: 47-64.
29. PINEL Ph., nota 5, p.16.
30. ESQUIROL J.E.D., *Des passions considérés comme causes, symtômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Paris, 1805. Esiste una riedizione a cura di GAUCHET M. e SWAIN G., pubblicata nel 1980; di quest'ultima si vedano, sugli aspetti citati, pp.12ss.
31. ESQUIROL J.E.D., nota 16, vol.1, p.195.
32. *Ibid.*, p.203.
33. *Ibid.*, p.107.
34. *Ibid.*, p.205.
35. ESQUIROL J.E.D., nota 16, vol.2, p.2.
36. BAILLARGER J.G.F., *Des hallucinations, des cause qui les produisent, et des maladies qui las caractérisent*; In: *Memoires de l'Académie royal de Médecine*. Paris, Baillère, 1846, vol.12, pp. 273-475; FALRET J.P., *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris, Baillère, 1864, pp. 218-284.
37. Un totale di dieci sessioni furono celebrate tra il 26 di febbraio e il 28 di aprile del 1856. Il contenuto di queste è stato raccolto e analizzato da EY H., *La discussion de 1855 -1856 à la Société médico-psychologique et l'état actual du problème hallucinatoire*. Annales Médico-Psychologiques 1935; 1: 584-613. Si veda pure LANTERI-LAURA G., nota 10, pp. 55 sgg..
38. Tra l'altro, l'identificazione della sua etiologia luetica permise una migliore conoscenza del processo, nello stesso modo che il trattamento antibiotico della sifilide fece diminuire in maniera molto significativa l'esistenza di fasi avanzate della malattia. Per una visione generale dell'evoluzione delle conoscenze sulla P.G.P., continua ad essere interessante MOORE M. e SOLOMON H.C., *Contributions of Haslam, Bayle and Esmarch and Jessen to the History of Neurosyphilis*. Archives of Neurology and Psychiatry 1934; 32: 807-829.
39. Si veda ASSARD G. e SHAPIRO B., *Hallucinations theoretical and clinical overview*. The American Journal of Psychiatry 1986; 143, (9): 1088-1097.
40. Si veda BERRIOS G., *La historiografía de la Psiquiatría Clínica: estado presente*. In: VV.AA., Madrid, Extraeditorial, 1995, pp. 11-17.

41. Sulla teoria della degenerazione e le sue conseguenze sociali, si veda HUERTAS R., *Madness and degeneration. From 'fallen angel' to mentally ill.* History of Psychiatry 1987; 3: 391-411; PICK N., *Faces of degeneration. An European disorder c. 1848 - c.1918.* Cambridge, Cambridge University Press, 1989.
42. Si veda PESET J.L., *Lombroso y la escuela positivista italiana.* Madrid, CSIC, 1975.

Correspondence should be addressed to:
Rafael Huertas, Dpto. Historia de la Ciencia, Centro de Estudios Históricos, CSIC C/ Duque de Medinaceli, 6 - Madrid 28014, ES.

Articoli/Articles

PARAPROTEINEMIAS AND PLASMA CELL DYSCRASIAS:
A HISTORY LONG 150 YEARS

PAOLO PASQUALETTI
Department of Internal Medicine and Public Health,
Faculty of Medicine and Surgery,
University of L'Aquila, I

SUMMARY

Bence Jones proteinuria, one of the main clinical manifestations of multiple myeloma, was first recognized and described 150 years ago. From 1847 until nowadays many advances have occurred in biology, epidemiology, treatment, and prognosis of the plasma cell dyscrasias. In the present note, the most important milestones on the road to the recognition of these diseases are traced, from Henry Bence Jones, the physician who first emphasized the presence in the urine of the protein that bears his name, to the more recent acquisitions in their biology and therapy.

1. *The first cases of plasma cell dyscrasias*

Saturday, November 1, 1845.

Dear Doctor Bence Jones,

The tube contains urine of very high specific gravity. When boiled it becomes slightly opaque. On the addition of nitric acid, it effervesces, assumes a reddish hue, and becomes quite clear; but as it cools, assumes the consistence and appearance which you see. Heat reliquifies it. What is it?¹

This short note and a sample of urine were sent by a leading physician of London, Dr. Thomas Watson, maybe a poor assistant of Dr. Mac Intyre, to Dr. Henry Bence Jones, a 31-year-old

Key words: Paraproteinemias - Plasma Cell Dyscrasias - History.