

LA DOSE OTTIMA DI UNA CURA ESSENZIALMENTE INDIVIDUALE. ANTONIO D'ORMEA E I POSTUMI DELL'ENCEFALITE LETARGICA ALL'OSPEDALE PSICHIATRICO DI SIENA

Maria Luisa Valacchi

Questo lavoro riprende un precedente articolo pubblicato su Atti e Memorie AISF n. 1-2022 dal titolo *La Belladonna d'Italia: una storia di autarchia* – al quale si rimanda per un inquadramento storico – e lo estende indagando l'uso che dell'Atropa belladonna venne fatto nella cura dei postumi dell'encefalite letargica all'Ospedale psichiatrico San Niccolò di Siena negli anni tra la fine del 1934 e la metà del 1936, utilizzando le cartelle cliniche del periodo.

L'encefalite letargica fu una forma atipica di encefalite che sfociò in una grave pandemia di cui non sono note né le modalità di trasmissione né l'agente infettante che non è stato mai chiaramente identificato. Si diffuse tra il 1915 ed il 1926 dapprima in Romania per poi estendersi in tutta Europa e infine nel resto del mondo. In Europa l'acme della morbosità fu raggiunta tra il 1919 e il 1921 quando iniziò un decremento percentuale dei nuovi casi abbastanza rapido fino al 1926 per proseguire poi con pochi casi sporadici.

La mortalità era elevata e rare le guarigioni dalle forme acute. Si presentava con segni di un processo infettivo acuto, turbe del sonno di vario tipo, disturbi della fonazione, della deglutizione e tremori accentuati, alterazioni della motilità oculare, paresi varie, stati confusionali e deliri che potevano svilupparsi in un arco di tempo da alcuni mesi ad alcuni anni dopo l'esordio acuto. La sintomatologia era quasi sempre molto debilitante e funesta.

Molte persone rimanevano imprigionate in corpi deformati da gravi ipertonie di tipo plastico, come quelle tipiche del morbo di Parkinson (fig. 1). Per questo spesso si parlò di parkinsonismo post-encefalitico.

La gestione immediata di molti pazienti affetti da encefalite letargica in fase acuta e successivamente di post-encefalitici che le erano sopravvissuti fu spesso affidata agli ospedali psichiatrici proprio per i sintomi psichici che la malattia mostrava o che aveva lasciato. L'ipereccitazione *in primis*, che, nei casi più gravi, giungeva a stati maniacali ovvero a uno stato di depressione psichica.



Fig 1. Due pazienti con postumi dell'encefalite letargica fotografati prima dell'inizio della cura bulgara (Natalina P. catalogata nelle "forme gravi" e Antonio C. nelle "forme gravissime").

In questi stessi ospedali, nei primi anni della sua diffusione e quando della malattia si sapeva ancora poco o nulla, erano state ricoverate persone con diagnosi più generiche di encefalite, meningite, ictus.

Probabilmente, la prima paziente, affetta da encefalite letargica accolta all'Ospedale psichiatrico di Siena, fu **Filomena M.**¹ di 38 anni. Ricoverata con diagnosi di meningoencefalite a fine giugno del 1919, risulta malata da circa un mese. Al momento del ricovero è descritta delirante ed in preda ad una grave agitazione. Viene somministrata morfina. Nei giorni successivi ha febbre alta, tremori e si comincia a notare che «gli arti superiori si muovono senza scopo» mentre «l'arto inferiore sinistro si muove meno del destro [...] perde in letto feci ed urine». Filomena mostra ulteriori segni che successivamente vengono indicati come caratteristici della malattia: le pupille sono asimmetriche e il riflesso fotomotore è indebolito e si svolge tardivamente dopo stimolazione luminosa. Nei due mesi successivi al ricovero «notasi un certo grado di rigidità della nuca». Il progredire della malattia evidenzia un altro sintomo tipico che le provoca problemi di deglutizione e non riesce più ad alimentarsi da sola; si interviene con una sonda nasogastrica. Le condizioni di Filomena peggiorano rapidamente. Si passa dal coma alla morte nei primi giorni di agosto del 1919.

Antonio G.² è invece il primo paziente dell'ospedale psichiatrico senese con una diagnosi certa di encefalite letargica. Nella sua cartella clinica, infatti, una prima diagnosi di demenza apoplettica viene successivamente corretta in encefalite letargica. Antonio, nel periodo del ricovero, iniziato nel settembre del 1920 ha 63 anni e appare «confuso, torpido, sonnolento» e «non in grado di dare conto di sé». Le sue condizioni sono gravi, con stati di coma, «incontinente di feci ed urine». Ogni tanto si risveglia «con qualche segno di reazione» e se dà qualche risposta alle domande fatte è comunque poco comprensibile. Ha allucinazioni. Viene sottoposto all'azione antisettica di iniezioni di Canfora, ma niente altro. Un'annotazione nella cartella clinica fa riferimento ad «un evidente Kernig»³, che da subito fa sospettare una compromissione meningea. Fortunatamente si assiste ad una rapida e progressiva remissione dei sintomi. Il 4 ottobre il segno di Kernig è scomparso, il 7 ottobre Antonio è di nuovo in grado di reggersi in piedi anche se «nel camminare cade sempre a destra e indietro». È, comunque, logico e coerente nelle risposte e desidera tornare a casa. Viene dimesso il 23 ottobre 1920. Non risulta un successivo ricovero.

Nell'anno successivo, il 1921, i ricoveri con diagnosi di encefalite epidemica, psicosi post-encefalitica, cerebropatia encefalitica letargica diventano più frequenti. Le prime cure furono a base di alcaloidi delle solanacee (come scopolamina, ioscina e atropina), ma occorre attendere ancora molti anni prima che si inizi a parlare di una possibile cura specifica. E infatti è solo nel 1934 che viene introdotta in Italia la cosiddetta cura bulgara e Antonio D'Ormea, l'allora direttore dell'Ospedale psichiatrico di Siena, la adotta nel dicembre dello

¹ Cartella clinica di Filomena M., n. di matricola 5922, anno 1919, Archivio Storico dell'Ospedale Psichiatrico Senese (ASOPS).

² Cartella clinica di Antonio G., n. di matricola 8491, anno 1920, ASOPS.

³ Il segno di Kernig prende il nome da Vladimir Michajlovič Kernig, medico russo (1840-1917). Kernig, nel 1882 descrisse una manovra che, prevedendo il paziente in posizione seduta con le gambe estese, valutava se la posizione stessa provocava un intenso dolore; questo rendeva positivo il segno.

stesso anno su alcuni pazienti già ricoverati. L'eco della cura è tale che alcuni post-encefalitici si fanno ricoverare spontaneamente per “tentarla”, mentre altri si sottopongono alla cura in modalità ambulatoriale.

Ma cos'è questa cura che arriva dalla Bulgaria? Scrive D'Ormea in un brevissimo articolo nel 1935 pubblicato su *Rassegna di studi psichiatrici*⁴: «Come è noto va sotto questo nome un trattamento sintomatico della encefalite letargica [...]. È inutile qui ripetere l'origine casuale di questo trattamento, divulgato da un noto erborista di Chipka, Ivan Raeff: tutti i giornali, scientifici e politici, ne hanno larghissimamente parlato, sia dal lato aneddótico, che da quello scientifico e terapeutico. Il principio informativo della cura è del resto assai semplice: si tratta, come tutti sanno, di radici di Belladonna, che appunto in Bulgaria si sviluppano con alta titolazione di elemento attivo. Altri ingredienti (pillole, polveri e rizomi), che completano il trattamento curativo, hanno una importanza del tutto secondaria»⁵.

La base della cura bulgara di Raeff (o Raev) prevedeva infatti un decotto di radici di *Atropa belladonna* al 5%. Veniva cioè utilizzata quella parte della pianta, le radici, che prima di allora veniva usata meno perché ritenuta meno attiva.

Nelle persone affette da postumi di encefalite letargica ma ancora coscienti, la diagnosi aveva provocato reazioni emotive forti. Se tutti erano d'accordo sul fatto che non poteva esistere una reazione giusta o sbagliata ad una malattia che cambiava loro completamente la vita, quello che si doveva tenere in conto era che l'eventuale ricovero spontaneo era una reazione importante sia per il malato che per la famiglia. A questo andava certamente ad aggiungersi l'effetto generato dall'aver sentito tanto parlare di questa portentosa e miracolosa cura bulgara, per la quale anche la Casa Reale d'Italia aveva investito fondi ed interessi⁶. Essere ammessi alla cura era quindi palesemente considerata un'opportunità rilevante.

In Italia, nei primi tempi di utilizzo, le radici furono fatte arrivare direttamente dalla Bulgaria dove Raeff, come scrive D'Ormea, le combinava con altre erbe e con rizomi di Calamo aromatico che servivano a stimolare la secrezione salivare ed evitare la secchezza delle mucose orali dovuta all'evidente sovradosaggio dei principi attivi della famiglia degli alcaloidi presenti nella cura. Nonostante che l'uso del Calamo aromatico, come delle altre pillole che arrivavano dalla Bulgaria e che componevano la cura bulgara nel suo insieme, sia stato presto abbandonato in Italia, D'Ormea lo mantenne per alcuni ricoverati solo per motivi ai quali era molto attento e che definiva appunto psicologici. Lo mantenne infatti e soprattutto per i ricoverati spontanei, generalmente più convinti e al corrente della tanto rinomata cura bulgara nel suo complesso e per i quali anche una modifica parziale di questa avrebbe potuto suscitare dubbi e forse scontento che non avrebbero sicuramente giovato.

D'Ormea seguiva invece scrupolosamente le indicazioni per la preparazione del decotto (chiamato anche *Veratropa*). Ne aveva sempre di fresca preparazione (di uno/due giorni al massimo) perché sia i medici che i pazienti da lui intervistati – e soprattutto quelli con forme più leggere e in cura ambulatoriale, che meno degli ospedalizzati potevano disporre

⁴ Rivista edita a cura dell'Amministrazione dell'Ospedale Psichiatrico di San Niccolò di Siena del quale lo stesso era direttore.

⁵ D'ORMEA A., *La cura bulgara*, in *Rassegna di studi psichiatrici*, vol. XXIV, 1935 (A. XIII°-XIV°), p. 561.

⁶ *Ibid.*

del decotto di recente preparazione – si erano accorti che perdeva di efficacia rapidamente con l'andar dei giorni. Con il tempo D'Ormea passò ad utilizzare anche, e poi solamente, radici e rizomi di *Atropa belladonna* italiana⁷.

Come avveniva la preparazione e la somministrazione del decotto? Dopo ebollizione per 15' in vino bianco secco, il decotto veniva filtrato a freddo e somministrato ai pazienti; nei primi tempi banalmente misurato “a cucchiali”, in seguito, più rigorosamente in cc. Nel primo periodo di quella che si può chiamare a tutti gli effetti una prova con il decotto, la somministrazione ai pazienti veniva fatta di notte, alle ore 23. Successivamente, l'esperienza consigliò, per molti ammalati e in special modo per quelli giunti a dose elevata, il frazionamento in due dosi: una somministrata alle ore 15 e l'altra alle 23. Ancora, per altri ammalati e in considerazione della tolleranza individuale, si rese invece vantaggiosa la somministrazione in tre dosi: alle ore 10, alle 16 e alle 23.

Per i post-encefalitici ricoverati da breve tempo e quindi, di norma, mai sottoposti a cure con alcaloidi delle solanacee, si iniziava la cura con dosi da 0,5 o 1 cc di decotto per giorno, per poi aumentare gradatamente la dose ogni 3 giorni circa. Si era visto, infatti, che un aumento più rapido poteva portare a gravi complicazioni che costringevano a sospendere la cura stessa. Se invece i malati rientravano nella categoria di ricoverati da tempo, essi quasi certamente erano stati già sottoposti a cure atropiniche. In questo caso venivano gradatamente disassuefatti per poi iniziare la cura bulgara. Per questi pazienti la somministrazione aveva da subito dosi abbastanza elevate, anche 5 cc di decotto per notte e a salire di 1/2/3 cc ogni notte. Con il crescere delle dosi, si passava alla somministrazione frazionata giornaliera e si sorvegliavano la tolleranza e i sintomi di intossicazione: ipertermia con valori piretici causati da una sudorazione compromessa, mancanza di respiro, allucinazioni fino a perdita di orientamento con segni di psicosi e convulsioni epilettiformi, mal di testa, ma anche litorrea, agitazione e incoordinazione motoria.

Nei malati che meglio sopportavano la cura si raggiunsero anche dosi di 100/120 cc di decotto per giorno⁸. Tali dosi venivano poi diminuite gradatamente fino a trovare quella “dose ottima” con la quale il malato poteva beneficiare degli stessi risultati ottenuti con la somministrazione di dosi molto elevate e non presentare forti intolleranze e segni (evidenti) di intossicazione. Per questo motivo la cura venne definita “essenzialmente individuale” e ogni malato aveva la sua dose ottimale.

Le osservazioni ospedaliere, mai definite sperimentazioni da D'Ormea⁹, furono pubblicate dallo stesso sempre nella *Rassegna di studi psichiatrici* nel 1936 in un articolo dal titolo *La «Cura Bulgara» nei postumi nervosi e psichici della encefalite letargica. Osservazioni ed esperienze cliniche*. Insieme a Eldo Broggi, suo assistente, constatò che, una volta raggiunta la dose ottima con alte dosi era opportuno diminuirla di tanto in tanto e per

⁷ Cfr. VALACCHI ML., *La Belladonna d'Italia: una storia di autarchia*, in Atti e Memorie AISF n. 1-2022, pp. 37-47.

⁸ D'ORMEA A., BROGGI E., *La «Cura Bulgara» nei postumi nervosi e psichici della encefalite letargica. Osservazioni ed esperienze cliniche*, in *Rassegna di studi psichiatrici*, 1936, 25, p. 126.

⁹ D'Ormea parla di osservazioni rispetto a un tempo di assestamento e un periodo di incertezze, modificazioni, tentativi, miglioramenti, sostituzioni della cura, necessarie per l'impianto di un sistema terapeutico. Dà quindi conto, almeno all'inizio del suo scritto, dei benefici delle casistiche che altri Autori stanno già facendo conoscere.

circa una settimana, per poi ritornare a quella ottima.

Come in altri centri medici dell'epoca, anche all'ospedale psichiatrico di Siena il sistema terapeutico si basava sulla classificazione, identificata e standardizzata a livello nazionale, dei sintomi dei postumi dell'encefalite letargica, che ordinava: forme gravissime, gravi, di media gravità, leggere e forme prevalentemente costituite da postumi mentali gravi con «pervertimento del carattere». Ne passiamo adesso in rassegna alcune utilizzando i dati inseriti nelle cartelle cliniche dell'ospedale psichiatrico senese, iniziando dalle gravissime.

Forme gravissime

Antonio C.¹⁰, 25 anni, trasferito all'Ospedale psichiatrico di Siena da quello del Santa Maria della Pietà di Roma nel dicembre del 1934 per «provare la cura» – Encefalite epidemica nel 1921, inizio dei postumi qualche mese dopo. Nella cartella clinica si legge: «Immobile, deformato, tremori vivissimi, linguaggio incomprensibile. Paralisi arto superiore destro [...] ma abbastanza lucido». Al suo arrivo a Siena, dopo pochi giorni di iniezioni di scopolamina inizia la cura bulgara. Dopo due mesi raggiunge la dose massima di 30 cc al giorno, ma si scende rapidamente a 15 per la grave intolleranza mostrata. Si sostituisce il decotto di radici bulgare con quello preparato con radici italiane, dal minore tasso di alcaloidi contenuti e si raggiunge la dose ottima di 60 cc al giorno (in tre dosi), senza particolari fenomeni di intolleranza. Le condizioni generali appaiono migliorate, come scrive D'Ormea nella pubblicazione del 1936. Dopo tre anni dall'inizio della cura, Antonio continua ad assumere il decotto di radici italiane, ma le sue condizioni generali si fanno sempre più precarie. Nel marzo 1938 si aggravano ulteriormente e Antonio muore per «parkinsonismo postencefalitico, tubercolosi ossea e paralisi cardiaca».

Brunetto V.¹¹, 32 anni – Encefalite epidemica nel 1922. Ammesso nel dicembre 1934 è incapace di articolare anche solo una parola. Il suo fisico ormai deformato ha forti tremori, ma «l'intelligenza è ancora quasiché integra». Al ricovero inizia subito la cura bulgara. Un cucchiaino e mezzo, che sopporta bene... due cucchiaini... tre cucchiaini e mezzo. Per tre mesi si fanno tentativi, si cerca la dose ottima, ma nell'aprile 1935 si deve interrompere la cura per accentuati sintomi negativi da intossicazione. Muore pochi giorni dopo per «bronco-polmonite».

Antonio M.¹², 62 anni – Encefalite epidemica nel 1919, inizio dei disturbi neurologici nel 1925 con progressivo e grave peggioramento tale da costringere il malato a letto in assoluta immobilità. Antonio fa accesso volontario all'ospedale psichiatrico nell'aprile del 1935 e viene subito sottoposto alla cura bulgara, sospesa dopo una settimana perché provoca un ulteriore peggioramento dello stato fisico. Dimesso, muore il mese successivo.

Nel testo *La «Cura Bulgara» nei postumi...* è curioso e interessante notare come il nome e il cognome di Antonio M. siano gli unici, fra i 49 casi descritti in questo studio, di cui non viene scritto per esteso neppure il nome, ma si utilizzino le lettere puntate A.M. Si tratta sicuramente di una forma di rispettosa omissione a garanzia dell'anonimato, che

¹⁰ Cartella clinica di Antonio C., n. di matricola 11112, anno 1934, ASOPS.

¹¹ Cartella clinica di Brunetto V., n. di matricola 11122, anno 1934, ASOPS

¹² Cartella clinica di Antonio M., n. di matricola 11177, anno 1935, ASOPS.

D'Ormea riserva solo a questo paziente: un docente universitario. Una persona che andava preservata anche solo da un possibile mormorio sociale. Del resto, anche se A.M. si ricovera spontaneamente, i postumi dell'encefalite letargica si curano in manicomio dove lo stigma che avvolge e che pesa sui ricoverati è comunque e sempre fortissimo.

Forme gravi

Natalina P.¹³, 27 anni – Encefalite epidemica nel 1918 viene internata nel dicembre 1930. Presenta una marcata ipertonìa muscolare con testa completamente estesa e bocca sempre aperta. Forti tremori e frequenti crisi oculogire. Negli anni precedenti era stata sottoposta a cura scopolaminica per poi passare alla cura bulgara il 1° gennaio 1935 con una dose iniziale di 5 cc di decotto ogni notte. Natalina è una donna robusta e in tre mesi arriva a tollerare 40 cc al giorno. Con lei, dopo un anno, si arriva a 80 cc (la sua dose ottima e massima) e «fra alti e bassi» migliora notevolmente (fig. 2). Ma se sospende la cura anche un solo giorno ripresenta i fenomeni in tutta la loro iniziale intensità. Continua la cura bulgara per 5 anni sempre con la dose ottima di 80 cc di decotto al giorno in tre dosi «trovando sempre un buon giovamento» fino al marzo del 1940, quando muore per «polmonite franca e paralisi cardiaca».



Fig. 2. Due foto a confronto di Natalina P., a sinistra prima dell'inizio della cura bulgara e a destra durante la cura.

Emilio B.¹⁴, 13 anni – Probabile encefalite nella prima infanzia che provoca disturbi psichici e neurologici. Per questi è internato all'ospedale psichiatrico nel febbraio 1933. Emilio presenta una emiparesi destra con «un'andatura atassica e si regge male nella persona. Ha la parola incerta, spesso non comprende quello che gli si dice, non ha coscienza di quello che fa». Si aspettano sei mesi di prove e osservazioni su soggetti più adulti prima di sottoporlo alla cura con il decotto di radici di *Atropa belladonna*.

Possiamo azzardare che D'Ormea volesse essere certo di padroneggiare un po' meglio l'uso del decotto stesso prima di somministrarlo ad un paziente così giovane. Si inizia quindi solo nel giugno del 1935 con 5 cc di decotto di radici italiane ogni notte. Si sale a 10 cc in due dosi al giorno, poi a 12 in tre dosi per arrivare a 25 cc sempre in tre dosi, il massimo che il ragazzino riesce a sopportare. Nel febbraio del 1936 viene stabilita la dose ottima di 15 cc al giorno in tre dosi. I sintomi si alleviano (fig. 3), ma «se sospende la cura anche un solo giorno si sente male». Dopo 5 anni di somministrazione del decotto, il 5 giugno 1940 Emilio muore. Le sue condizioni erano andate progressivamente aggravandosi con insorgenza di «anemia spiccata, febbre serotina...».

¹³ Cartella clinica di Natalina P., n. di matricola 7433, anno 1930, ASOPS.

¹⁴ Cartella clinica di Emilio B., n. di matricola 10529, anno 1933, ASOPS.

Forme costituite da postumi mentali gravi

Germano M.¹⁵, 25 anni – Encefalite epidemica nel 1921. Ricoverato varie volte nell'ospedale psichiatrico di Firenze che lo invia a quello di Siena nel febbraio 1933 per essere sottoposto alla cura bulgara. Pochi i sintomi neurologici di ipertonia, ma eccitato, irrequieto, impulsivo e con violente allucinazioni. Inizia la cura nel febbraio 1935 con 5 cc di decotto per notte. Dopo un mese e «vari tentativi» si arriva a 30 cc in tre dosi. Germano diventa «di contegno più ordinato». La cura deve essere però sospesa a periodi perché mal tollerata, ma poi, di nuovo, la si riprende. Dopo due anni di tentativi, le condizioni non migliorano granché. Germano rimane inquieto e agitato, la cura bulgara viene interrotta ed è deciso il suo rientro all'Ospedale psichiatrico di Firenze.

Dal 1934 al 1936 D'Ormea e Broggi sperimentano il decotto su 49 casi di post-encefalitici. L'analisi su questo periodo rileva come non fosse facile avere delle evidenze esatte del valore terapeutico di questa nuova cura soprattutto se non si rapportavano i risultati con quelli ottenuti da cure diverse precedenti. La sintesi fu la seguente:

Forme gravissime: dei 6 casi trattati in due anni solo 1 ha tratto qualche giovamento. Negli altri la cura produce solo intensi fenomeni di intolleranza. Per qualcuno di questi pazienti si passa ad una cura alternativa con solfato di atropina.

Forme gravi: dei 18 casi 13 hanno tratto un buon miglioramento. Gli altri non evidenziano miglioramenti obiettivi.

Forme di media gravità: dei 14 casi 11 hanno tratto miglioramenti e continuano la cura anche ambulatorialmente, 3 casi mostrano sintomi di forte intossicazione.

Forme leggere: 13 di 14 casi hanno avuto buoni risultati, 1 ha dovuto interrompere la cura per fenomeni gravi di ipertiroidismo.

Forme con soli postumi mentali: di 8 casi trattati in 3 la cura è interrotta perché non dà risultati. In 2 è portata avanti ma si dimostra inefficace. In altri 2 c'è un discreto miglioramento come «regolarità del contegno e attenuazione dei fenomeni allucinatori». Per il notevole miglioramento dell'ultimo caso trattato – un sifilitico – rimane il dubbio se lo stesso è da attribuirsi non tanto alla cura bulgara ma alla malarioterapia alla quale viene contemporaneamente sottoposto.

Le prime conclusioni dello studio clinico della cura bulgara all'ospedale psichiatrico senese sono le seguenti: «Trattasi di una cura sintomatica che oltre all'elemento terapeutico medicamentoso, deve sfruttare altri fattori quali la ginnastica riabilitativa. Aggiungiamo che, come è stato detto da altri, può darsi benissimo che altri principi contenuti nelle radici di *Atropa belladonna*, per ora sconosciuti o non ancora completamente studiati, o l'azione sinergica dei vari principi attivi contenuti nelle radici e che si esplica impiegando la droga in toto, agisca terapeuticamente molto più della sola atropina. Non bisogna illudere malati ormai da anni immobili e con spiccate deformazioni articolari [...] salvo rarissime eccezioni, la cura è inefficace se non dannosa. Ma certamente tra le cure sintomatiche attuali è certo la migliore»¹⁶.

I medici senesi confermano quanto osservato anche da altri medici, e cioè che la cura

¹⁵ Cartella clinica di Germano M., n. di matricola 10538, anno 1933, ASOPS.

¹⁶ D'ORMEA A., BROGGI E., *cit.*, p. 149.



Fig. 3. Due foto a confronto di Emilio B., a sinistra prima dell'inizio della cura bulgara e a destra durante la cura.

con la belladonna è solamente sintomatica, con il pregio però di essere più efficace e duratura di altre, purché non la si sospenda o si diminuisca la dose ottima stabilita per ogni paziente. Associare massaggi fisioterapici e ginnastica per la correzione di vizi posturali causati dalla malattia è di supporto. Inoltre, il ricovero in luoghi adatti alla cura, come un reparto dedicato, può dare ulteriori risultati.

Come riportato anche da altri medici, D'Ormea fa notare che il decotto con radici italiane ha un'attività leggermente inferiore per il più basso contenuto in alcaloidi rispetto a quello con radici bulgare, ma in compenso ha il vantaggio di essere meglio tollerato e offre maggiori possibilità di somministrazione in rapporto alle variazioni

delle dosi. D'Ormea e Broggi sottolineano, infine, che la terapia con il decotto integrata ad una dieta latteo-vegetariana e comunque ad un regolare regime dietetico determinano un ulteriore miglioramento della cura stessa¹⁷.

In maniera molto puntuale e critica, nell'articolo del 1936, sono espresse molte considerazioni sulla cura in oggetto. Una cura miracolosa nelle parole di molti autori dell'epoca, evidenza innegabile per certi aspetti, ma anche estremamente tossica soprattutto in relazione ad un miglioramento spesso modesto. L'Ospedale psichiatrico di Siena che era diventato – come altri enti – uno dei centri nei quali ebbe inizio la sperimentazione della cura, indagò la potenziale attività terapeutica, fornì una sua valutazione su sicurezza e tollerabilità del medicinale, ne descrisse gli effetti collaterali – in parte attesi perché già noti nell'uso della belladonna. Fornì inoltre cenni sull'accettabilità dei livelli di tossicità rispetto al beneficio previsto e sull'efficacia rispetto ai sintomi. Tentò e testò le dosi da somministrare e il conseguente effetto del farmaco in relazione a parametri considerati indicatori della salute del paziente, segnalando eventuali miglioramenti legati ad un miglioramento della qualità della vita in manicomio durante la cura¹⁸.

È significativo che nel 1939 D'Ormea partecipò al III Congresso per i direttori dei reparti per post-encefalitici, che si tenne a Roma dal 2 al 4 giugno. Scopo dell'incontro era che ogni dirigente illustrasse e condividesse i risultati ottenuti con l'utilizzo del decotto¹⁹. Negli anni a seguire l'uso del decotto a Siena continuò per alcuni ricoverati, nonostante venisse evidenziato che in molti casi la cura portava ad un inevitabile deperimento fisico con disturbi fortissimi e danni che, a causa della marcata azione tossica, si andavano ad

¹⁷ D'ORMEA A., BROGGI E., *cit.*, p. 145.

¹⁸ Per Natalina P. infatti si annota in cartella che dopo 8 mesi di cura «si nutre da sola ed attende da sola a tutto quanto le occorre. Lavora nel reparto».

¹⁹ Lettera di Antonio D'Ormea al Rettore della Società di esecutori di pie disposizione di Siena, 9 giugno 1939-XVII, prot. in arrivo n. 3744 del 9 giugno 1939, Archivio Società esecutori pie disposizioni, fasc. E, X, 22.

aggiungere ai già gravi postumi lasciati dell'encefalite letargica.

Dai documenti d'archivio sembrerebbe che l'ultima persona ricoverata a Siena con postumi di encefalite letargica sia stata **Luisa E.** proveniente dalla provincia di Viterbo che l'aveva contratta nel 1917. Luisa nel luglio del 1949 arrivò a Siena in condizioni gravissime. Fu inviata al reparto encefalitiche della Clinoterapia dove morì nei primi giorni di settembre senza che si potesse tentare alcuna cura²⁰.

La Farmacia dell'ospedale psichiatrico senese continuò ad utilizzare e a concedere gratuitamente all'esterno il decotto almeno fino al 1967. I destinatari erano ricoverati e post-encefalitici non ricoverati in condizioni economiche «disagiaticissime» ai quali i medici curanti ne prescrivevano l'utilizzo. In alcuni casi era il Sindaco del Comune di Siena che chiedeva alla Direzione dell'ospedale psichiatrico, per alcuni propri residenti post-encefalitici indigenti, la somministrazione di Veratropa, di cui era il Comune stesso a farsi carico della spesa²¹.

Maria Luisa Valacchi

Università degli Studi di Siena
marialuisa.valacchi@unisi.it

THE OPTIMAL DOSE OF ESSENTIALLY INDIVIDUAL CARE. ANTONIO D'ORMEA AND THE AFTERMATH OF ENCEPHALITIS LETHARGICA AT SIENA PSYCHIATRIC HOSPITAL

Abstract

From the 1920^s onwards, the management of many post-encephalitic patients who survived the acute phase of encephalitis lethargica was often entrusted to psychiatric hospitals because of the psychic symptoms left by the original illness. Antonio D'Ormea, director of the psychiatric hospital of Siena from 1909 to 1952, tried to cure or at least stabilise them with exclusively symptomatic treatments, as was the case in similar facilities or treatment centres, and photographed them to document the progress or failures of these treatments.

From the historical archives of the Siena psychiatric hospital, a research through the medical records reveals the treatment methods that were tried there, including the most famous bulgarian cure, an "essentially individual" remedy as D'Ormea himself defined it.

²⁰ Cartella clinica di Luisa E., n. di matricola 11000, anno 1949, ASOPS.

²¹ Lettera del Sindaco Vittorio Meoni alla Direzione dell'Ospedale psichiatrico di Siena, 23 febbraio 1955, fasc. Somministrazione gratuita di Veratropa e di altri medicinali, in Serie 32, Ville di Salute, 1925-1974, 1, ASOP.