

**Clinica**

## **Risoluzione di un caso clinico di coma epatico in fase terminale**

### **Non ulteriormente trattabile con mezzi terapeutici tradizionali**

*Dott. Pagano Mario*  
Medico Omeopata – Acireale (CT)

#### INTRODUZIONE

##### **Motivi della comunicazione**

La medicina omeopatica (generalmente in linea di massima) ha preferito non affrontare problemi di patologia abbondantemente strutturali che, oltre ad aver avuto un decorso nel tempo, hanno anche determinato una diversa strutturazione organica evidente e marcata. I motivi sono tanti, ma non tutti analizzabili in questa sede. Il caso che propongo non deve essere altro che l'avvio per una riflessione, per un'analisi critica, cioè per una revisione, e in nessun caso esso rappresenta un punto di arrivo, quindi non dogmatico né pragmatico, ma da questa analisi, speriamo che, venga una sintesi sia delle conoscenze sia della tecnica, per applicazioni più precise meno approssimate e talvolta meno fortunate.

In questo caso vi è la convergenza di due fattori:

1° un fattore rivolto alla materia medica, rivista, riletta, ristiudiata sotto un'ottica analitica più particolare: la ricerca cioè del nucleo psorico primario del rimedio (iscritto nei sintomi sperimentali) che è rappresentato da un gruppo sintomatologico particolare intrinseco al paziente e che non è motivato da fattori esterni.

2° un fattore emergente dal paziente, che aveva al momento del trattamento superato qualunque criterio di curabilità conosciuto, ed aveva completamente esaurito le speranze di vita, iniziando un processo che per le conoscenze mediche istituzionali attuali non era più reversibile: come metabolico epatico, non più rispondente ad alcuna terapia farmacologica clinica oggi nota, e che un particolare utilizzo della metodoligia omeopatia ha nettamente modificato.

La paziente, attraverso un processo considerato di guarigione, è sopravvissuta per alcuni anni. E' deceduta poi per malattia differente (?); da quella che l'aveva portata al coma. Il caso viene portato a conoscenza del mondo scientifico, dopo anni di riflessione. In quantochè, all'epoca (a cui si riferiscono gli avvenimenti) nessuno ancora aveva tentato di trattare la paziente di tale gravità né mai alcuno aveva esplorato diluizioni omeopatiche così lontane dalla pratica nota. Per tale esperienza, abbiamo cercato di documentare tutto quello che ci è stato possibile raccogliere.



Foto 1 - Aprile 1964



Foto 2 - Settembre 1972

## **Materiale e Metodi**

Profilo clinico anamnestico della paziente

Esporò il caso seguendo questo ordine:

- 1° darò un profilo clinico sintomatologico del paziente fino al momento del suo aggravamento;
- 2° da qui mostrerò un profilo breve, sintetico, aiutandomi con degli schemi della sua evoluzione avutasi col trattamento omeopatico.
- 3° farò una breve analisi dei dati ottenuti e del come si è pervenuti alla diagnosi
- 4° infine qualche riflessione personale maturata in questi anni

La nostra paziente è una giovane donna, (all'epoca dei fatti riferiti) di quarant'anni. I suoi antecedenti sono i seguenti: orfana di padre, (morto in guerra), quando la paziente era in tenera età e non è arrivata a conoscerlo, è vissuta, fino a prima di sposarsi, sempre con un fratello, i nonni, la mamma. E' stata sempre troppo apprensiva, ansiosa, ed insicura.

Prima dei nove anni ha avuto la parotite, la pertosse, la rosolia. All'età di undici anni ha avuto un accesso tonsillare e retrotonsillare bilaterale, resistente alle terapie; che è stato risolto con incisione chirurgica; dopodichè si è presentata la foruncolosi diffusa sotto le ascelle e lungo i fianchi bilateralmente.

All'età di tredici anni ha avuto un calazio all'occhio sinistro durato circa sei mesi che è regredito spontaneamente.

A quindici-sedici anni ha sofferto di un cosiddetto esaurimento nervoso. Non poteva respirare bene, sbadigliava, non riusciva a dormire, rimetteva continuamente il cibo che non riusciva a passare (!?) dalla gola. Accusava nausea ed inappetenza. Sopporta bene i luoghi aperti e male quelli chiusi; in aperta campagna non si sente tranquilla, preferendo a quel punto essere in una stanza, comunque non buia e soffocante.

Non ricorda mai di aver sudato. Peggiora con lo scirocco: il freddo la tonifica, si è sempre sentita a proprio agio quando il caldo estivo si sta allontanando, ma il freddo invernale non è ancora arrivato. Le è sempre piaciuto il vento purchè non troppo forte nel qual caso le causa un senso di soffocamento. Ama stare al sole tenendo la testa coperta. Riferisce inoltre di avere spesso un piede caldo e uno freddo con una certa frequenza.

Quando non ha da fare si mette a leggere romanzi, prega, oppure dipinge.

Ogni tanto, specie se si innervosisce, ha senso di arsura in bocca. Fino all'età di ventisei anni non è mai riuscita ad ingoiare pillole e qualche volta mangiando angurie, si soffocava a causa dei semi.

Ha praticato molto vaccinoterapia antitetanica perché ha sempre avuto tra le altre paure, quella di morire soffocata per tetano.



Foto 3 - Agosto 1971



Foto 4 - Aprile 1981

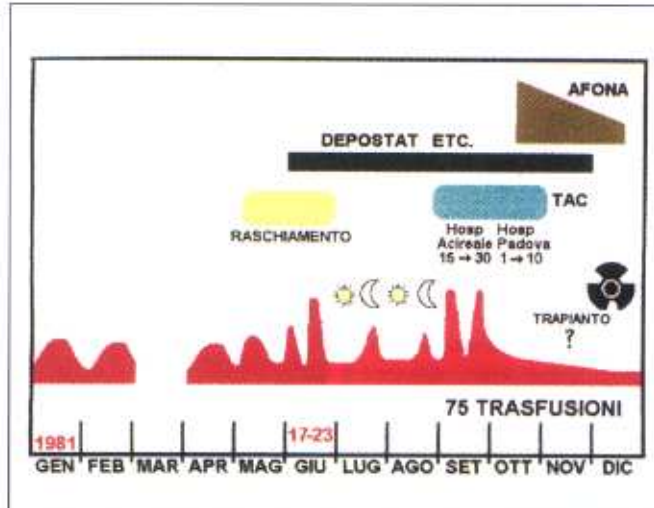


Foto 5

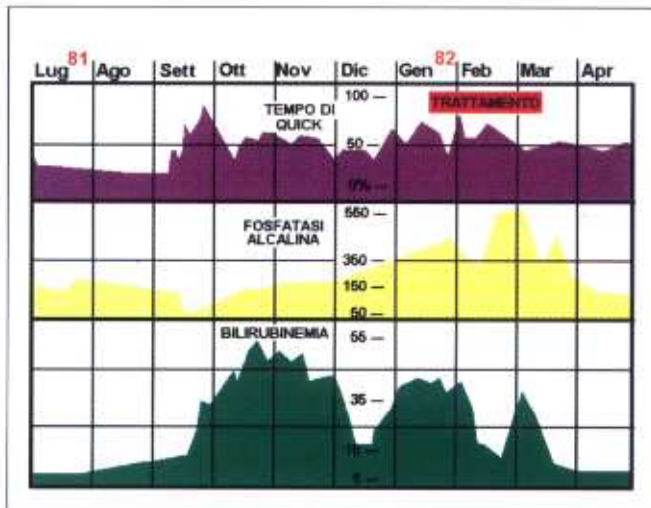


Foto 6

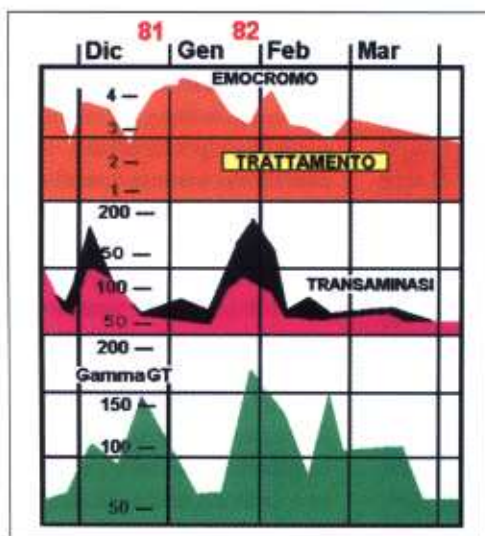


Foto 7

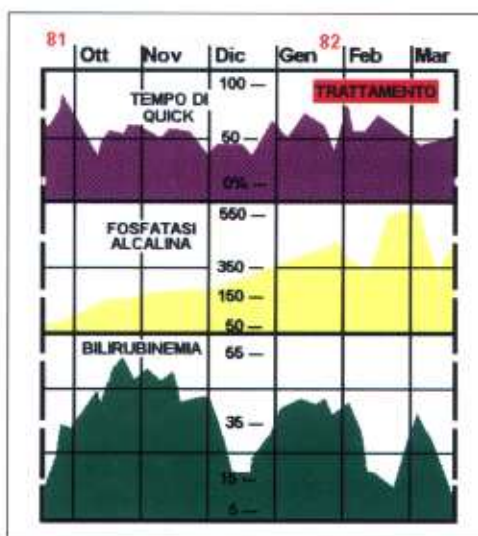


Foto 8

Mangia piuttosto caldo perché non le piace freddo. Le piace mangiare e leggere. Ha sempre preferito mangiare cose piccanti con molto sale, mangiucchiando sempre fra un pasto e l'altro, mangiando, la fame diminuiva.

Fino all'età di vent'anni non ha mai bevuto alcolici ha sempre bevuto latte che però le causava la diarrea, preferendo così berlo vicino alla porta del bagno dato che l'effetto era immediato. Ha odorato ipersensibile. (Foto 1)

Immediatamente prima degli esami aveva crisi di diarrea e di urinazione imponenti, era pertanto felice al momento in cui finiva l'esame, dato che subito dopo o promossa o bocciata stava bene (foto 2).

Da ragazza amava portare cinture strette tipo vitino di vespa (era la moda del tempo). Le piaceva portare maglioni a collo alto, non che fossero però molto stretti intorno al collo, adesso invece il collo deve essere scoperto.

Nel ciclo mestruale aveva sempre dismenorrea, rovescio, nausea, mal di schiena ricorreva a supposte e borse di acqua calda. Ricorda di stare bene durante la gravidanza. Ha avuto emorroidi durante una gravidanza, una le è stata elettrocoagulata dopodichè ha avuto una minaccia di aborto. Quand'era gravida non aveva mai fame, in complesso ha avuto quattro gravidanze tutte portate a termine.

La sessualità è sempre stata vissuta attivamente, però normalmente. La sua partecipazione era di tipo affettivo emozionale. Era importante, più che il desiderio, la verifica di essere accettata e gradita dal coniuge. Quando si è accorta di qualche mancanza del partner, vera o falsa, e di qualche attenzione rivolta ad altra persona, ha manifestato più che fenomeni di rifiuto o di ribellione fenomeni di frigidità, perdendo la componente emotiva della libido.

E' stato sempre marcato il desiderio di maternità, che è presente durante la malattia, anche se la paziente sa di non poter avere più figli. (foto 3-4).

Il desiderio più grande è stato sempre espresso chiaramente: quello di avere sei figli.

Ha preferito dormire sempre a pancia sotto specialmente se stanca, anche durante le gravidanze, ha preferito sempre tenere sul comodino una bottiglia d'acqua da bere. A letto sente caldo, tiene i piedi fuori dalle coperte e desidera che il letto sia fresco.

Ha paura di andare nell'ascensore, a meno che non vi sia qualcuno disposto ad accompagnarla, sale e scende le scale a piedi. Le dà fastidio e la disturba stare in palazzi alti. Ha avuto sempre paura ed ha preferito abitare per questo in una casa bassa. I lampi e i tuoni l'hanno sempre spaventata, ora un po' meno; sente una specie di atnagliamento nello stomaco e si sveglia anche nel sonno se vi sono lampi e tuoni.

Le bombe la disturbano. Nei periodi di maggiore ansietà si corica ai piedi del letto, perché ha l'impressione che il muro le debba cadere addosso.

Da piccola ha sempre vissuto all'insegna della paura e dell'insicurezza; riferisce in particolare di aver sempre avuto paura dei cani, dei lampi, dei tuoni e dei temporali, paura dei luoghi chiusi, paura della folla, degli ascensori, dei luoghi alti, dei precipizi, del buio e del diavolo.

Nei primi periodi in cui era sposata ed il marito che è medico doveva uscire di notte, lei lo aspettava sveglia per ore con gli occhi spalancati seduta nel letto e tutte le ombre prodotte dagli oggetti le davano l'impressione che si ingigantissero e che assumessero sembianze di persone.

Tutt'ora quando si sveglia ha l'impressione che ci sia qualcuno nella stanza accanto; se è da sola il rintocco dell'orologio a pendolo le risuona in testa e le sembra di impazzire; a quel punto i bracci dei lampadari assumono l'aspetto di cavalli marini. Non ha mai sopportato il buio: ha l'impressione che il buio sia una cosa pesante che l'avvolga e diventi materiale. Frequenti i sogni tragici e ricorrenti. Un sogno caratteristico è quello di camminare e sentire il pavimento sprofondarsi sotto i piedi.

Di fronte ai dispiaceri reagisce lottando, discutendo, implorando, pronta anche a scendere a compromessi. Da parecchi anni irritabile e di umore cangiante, pur tuttavia di carattere socievole, allegro, burlone, molto ciarliera.

Astemia fino all'età di vent'anni ha iniziato a bere prima modeste quantità di vino ai pasti e poi dall'età di circa ventisei anni comincia a bere superalcolici fino a raggiungere discrete quantità di liquori e di superalcolici dal 1976 al 1981.

Quasi sempre irritabile, di umore cangiante; da parecchi anni succedeva che tutte le gite di famiglia e tutti i divertimenti, alle quali ella sembrava felice di partecipare, inizialmente, finissero poi in litigi familiari, al punto che il marito potendo evitava di fare queste gite che erano pur sempre tra parenti.

E' stata sempre religiosa, cattolica, osservante, anche se non sempre praticante. Indagando meglio nella storia, vengono fuori alcune frasi che riportiamo come tali: "Sempre non mi sono sentita voluta bene, non considerata, nessuno mi vuole bene, il mio desiderio di essere voluta bene non è mai stato soddisfatto, non mi sento voluta bene così come voglio io, perché avere questo sarebbe una cosa meravigliosa, non potrei desiderare di più, e, allora ho paura che tutto finisca perché un bene così grande non può durare, non è niente di umano. Sicuramente succederebbe qualcosa di grave. Sono stata sempre insicura. Ho avuto desiderio di un padre. Prima di questa malattia mi sentivo insoddisfatta, tiravo avanti, facevo tante cose perché le dovevo fare, mi dispiaceva e mi sentivo trascurata, sono stata sempre un tipo geloso di tutti per natura mia".



Foto 9 - Durante il coma



Foto 10 - Uscita dal coma ai primi giorni di marzo 1982

### **Quadro clinico Sintomatologico e Patogenico**

Questo è quanto è dato sapere sul "portrait" della paziente, che cominciava a sentirsi stanca, senza entusiasmi costretta ad una routine quotidiana monotona.

Il succedere di alcuni eventi modifica l'aspetto biologico già instabile.

- A. Nel settembre 1980 tra il 4 e il 15 si verifica una situazione particolare in famiglia con un solito litigio (per motivi di parenti) che assunse tinte di discussioni drammatiche per cui la paziente si trovò in una situazione, dove intravide uno squilibrio (del nucleo familiare) tale da vedere crollare i punti di riferimento o le compensazioni che aveva costruito negli anni fino a quel momento. La possibilità di

una separazione o di un abbandono divenne così minaccia non più ipotizzabile, ma reale.

Era al secondo giorno del ciclo ed ebbe un arresto del flusso per circa due giorni; dopodichè riprese normalmente.

In questo stesso mese vi fu la notizia della morte di una zia a cui la paziente era molto legata; questo la turbò moltissimo. Trascorsero poi due mesi di apparente benessere e quiete, in cui la situazione emozionale affettiva familiare e fisica si trovavano in un periodo di quiete.

- B. Nel mese di novembre, la notizia della perdita di un cugino (che portava lo stesso nome del marito) turbò molto la paziente che ebbe come previsione come quasi una predestinazione il pensiero che la sua morte si sarebbe verificata esattamente fra un 15 e un 16 settembre. Passa Natale, arriviamo a gennaio-febbraio 1981; cominciano a presentarsi flussi di tipo metrorragico. A marzo nessun flusso, aprile-maggio metrorragie, arriva l'estate persistono perdite metrorragiche. Inizio delle terapie farmacologiche. Al ritorno dal mare all'improvviso metrorragia drammatica. La paziente perde grossi coaguli di sangue; va incontro ad un'anemia acuta con shock emorragico. 1.800.000 globuli rossi, ricovero urgente in ospedale tamponaggio, raschiamento e trasfusioni. (foto 5-6). La paziente è salvata da morte per shock emorragico, dopo, eseguiti tutti gli accertamenti viene proposta (dato che le metrorragie sono dominabili solo in parte) per una isterectomia. Nessun anestesia si sente, però, tanto sereno da far attuare l'intervento perché i dati di laboratorio sono marcatamente alterati. Si continuano le trasfusioni e la terapia farmacologica.

Nel mese di ottobre la paziente viene trasferita all'ospedale di Padova per ulteriori accertamenti. Le condizioni generali vanno peggiorando, tutti i parametri che si vedono nell'illustrazione sono alterati in particolare in questo periodo si evidenzia all'esame obiettivo uno stato marcato di anemia un soffio sistolico puntuale, un aumento in toto dell'area cardiaca. La superficie del fegato liscia; la milza apprezzabile a 3-4 dita dall'arcata costale il margine non dolente, non vi sono versamenti liberi in cavità addominale.

La paziente torna a Padova senza aver risolto il problema, viene sottoposta a un'indagine tomografica e terapia radiante (cobalto) perché non si può attuare alcun intervento, unica possibilità la sterilizzazione attinica.

Nel contempo si contatta un medico di Roma, uno di Londra, uno di Parigi per tentare un trapianto di fegato in quanto la situazione va peggiorando in modo ingravescente.

Le perdite (metrorragiche) continuano finché non viene completata tra il dicembre 1981 e il gennaio 1982 l'irradiazione con cobalto. In questo contempo vengono fatte circa 75 trasfusioni. Viene fatta una quantità enorme di farmaci, globuline, infusione di prodotti sintetici, una quantità enorme di prodotti e controlli ematochimici frequenti (foto 7-8).

Cessa la manifestazione emorragica; le condizioni della paziente vanno peggiorando. Afona, non si alimenta, smagrita, il colorito della cute scuro, bronzo rameico; urina sempre meno, evacua di meno, non riesce a riposare la notte, sta seduta nel letto, ha continue crisi di soffocamento, le corde vocali sono coperte da una patina spessa, tipo essudato verdastro, che non si risolve con nessun trattamento né locale né generale. Molte visite otorino, molte prescrizioni nessun risultato.

Ha grande arsuria; siamo alla fine del mese di gennaio e la paziente all'estremo delle forze scoraggiata abbattuta stanca di lottare, ma cosciente. La sera del 27 gennaio 1982 la paziente abbattuta, "prega che se deve essere aiutata da una persona, anche un medico (?), seppur i medici l'hanno delusa, questo avrebbe dovuto ricevere un'illuminazione tale da trovare il modo di salvarla.

- anurica, ha una crisi iperpiretica le sue condizioni peggiorano, viene sottoposta ad un'infusione continua con amminoacidi essenziali a catena ramificata.

In nottata tra il 27 e il 28 entra in coma. Nessuna terapia ha più effetto, i parametri vitali vanno sempre più affievolendo.



Foto 11 - Aprile 1983



Foto 12 - Gennaio 1984

## **RISULTATI**

### **Evoluzione reattiva e rimaneggiamento autonomo ed automatico del quadro clinico**

Noi avevamo già studiato la paziente, la quale aveva rifiutato il trattamento omeopatico sia perché era stata sconsigliata sia perché gli avevano detto che questo avrebbe causato un aggravamento. Per cui aveva deciso che l'avrebbe fatto quando sarebbe stata bene. Ma dato che stava male non si poteva permettere il lusso di aggravarsi di più, altrimenti non sarebbe guarita. Dato che al punto in cui era giunta non v'era più altro da fare, fui rintracciato. Avevo pronte le dosi: diversissime potenze. Somministravi una dose del rimedio che avevo studiato; era il 28 gennaio 1982 erano le 13,45.

La paziente permane nel coma per 48 ore; (vedi foto 9) nello schema si intende meglio. Ha un lento miglioramento comincia ad essere più vigile; il 2 e il 4 febbraio si ha una perdita della coscienza e le condizioni generali hanno una recessione brusca, si teme un trapasso immediato, viene somministrato così una nuova dose che ha come effetto una crisi di vomito, seguito da crisi iperpiretica, ripristino del sensorio, persistenza di febbre e vomito; segue poi un lento miglioramento ripristino dei segni vitali.

Il 16 altro aggravamento, compromissione del sensorio, caduta pressoria si somministra una potenza successiva del rimedio, ulteriore aggravamento della paziente i segni vitali vanno affievolendosi. Il 17 alle 5 di mattina vomito e crisi che si ripete alle 14; giovedì 18 febbraio 1982 ripristino brusco dello stato di coscienza, crisi euforica, la paziente parla chiaramente non afona parla moltissimo, urina e ha una grandissima logorrea che si protrai per tutta la notte e il giorno successivo quasi ininterrottamente con piccoli brevi intervalli.

Dopo un periodo di calma la crisi euforica che dura due giorni ricomincia. Il 20 febbraio 1982 la paziente parla non ha più raucedine (!!!).



Il 23 febr. Presenta una fase di depressione e di eccitazine che si alternano nella giornata; la pazinete però comincia ad essere energica inizia ad urinare e ad evacuare, le urine sembrano fanniste ad olio e così pure le feci. La notte tra il 23 e il 24 ha una ricaduta e una compromissione dello stato generale. Il 24 viene somministrata una potenza successiva del rimedio. La paziente urina abbondantemente il sensorio ripristina, comincia a rinare frequentemente ed abbondantemente (vedi grafico), alle ore 22 del 26 febbraio la paziente ha una crisi di irrequietezza di mania. Ha una crisi allucinatoria psicomotoria con alterazioni dello stato di coscienza, tenta di infilarsi le dita nel naso, tenta di aprirsi la gola, chiama aiuto dice che sta morendo, che sta soffocando. Aspettiamo la notte senza altro aggiungere.

Questa agitazione si ripete alle 5 di mattina del 27 febbraio si produce lesioni. La paziente completamente disorientata, alle 5 di mattina del 27 ha molta sete, gli vengono tolti tutti gli anelli e le collane, perché tentava di infilarseli in bocca.

La mattina del 28 la paziente non riesce ad inghiottire, viene imboccata con la siringa. E la notte tra il 28 febbraio e l'1 marzo 1982 ha una crisi di agitazione psicomotoria con contenuti verbali allucinatori; "non voglio morire, non voglio scendere nella fossa, non sotterratemi, ci sono i vermi che mi mangiano, e fa un sogno, che riferisce e di cui diremo appresso.

Alle 5 di mattina dall'alba del 1 marzo 1982 la paziente dorme per 4-6 ore; quando si sveglia serena, (vedi figura n. 10) riferisce di aver fatto un sogno e comincia ad avere stranissimi desideri alimentari; che vengono subito soddisfatti in base alla reperibilità immediata dei cibi.

Ne elenco qualcuno: pane condito con origano e sale, desiderio di ciliegie, di spaghetti, di cavoli, di latte e ricompaiono alcuni segni di alcuni disturbi, che aveva avuto in passato, il sensorio si ripristina rapidamente, anche l'interesse per il mondo. Il giorno 3 marzo alle ore 10 comincia ad urinare, urine chiare, come se urinasse olio. Vuole comprato un romanzo, che parli delle scogliere e dei castelli in Cornovaglia. Inizia un processo di guarigione automatico costante e progressivo. (Foto 11)

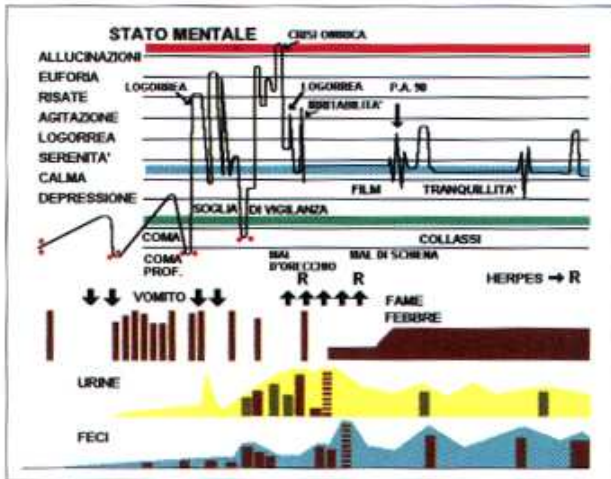


Foto 13

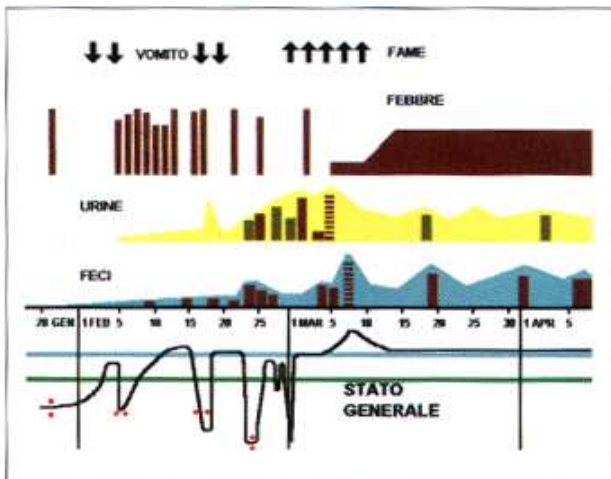


Foto 14

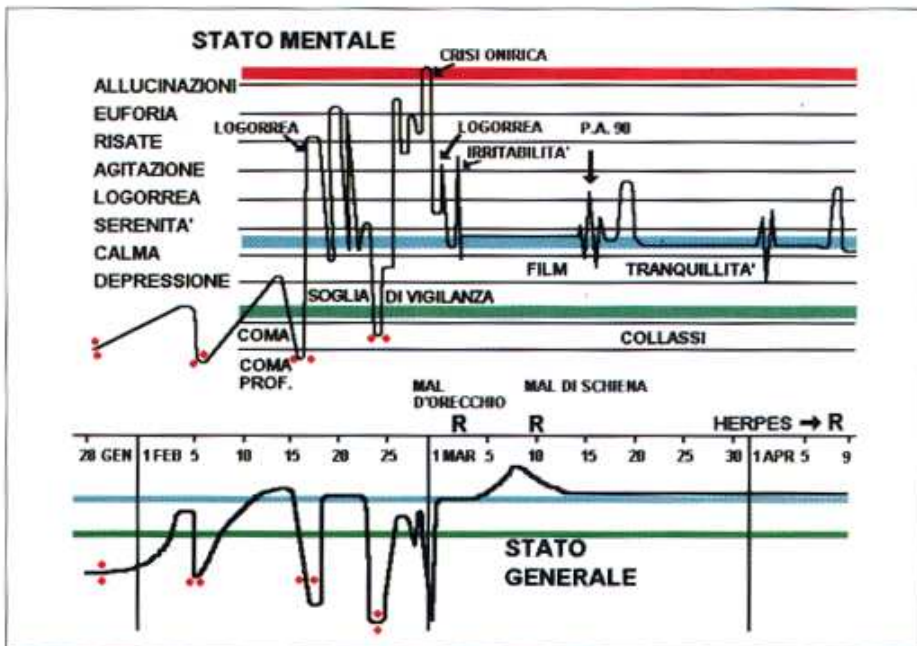


Foto 15

## **Considerazioni sulla Risposta Onirica**

Quale targhet di un movimento neuromodulatorio endogeno nuovo

Brevemente accenno alla crisi allucinatoria onirica, che la paziente ha avuto prima di avviarsi verso un nuovo equilibrio e una nuova forma di guarigione, ha riferito così: “la notte che sono stata in coma tutti pensavano che fossi già morta. Sognavo che stavo morendo, ero nella mia casa, nel mezzo del letto, mezza spogliata, non so se sognavo o se era vero, mi dicevano che dovevo morire e ripetevo che non potevo morire perché vedevo il sole, la luce, avevo bisogno di vedere la luce, perché soffocavo, mi mettevo le dita in bocca mi sentivo una cosa in gola, e la volevo togliere, mi dovevano mettere in un loculo e gridavo: non mettetemi dentro sono viva, aspettate prima che muoia!. Dopo mi sono calmata, mi vedevo nella mia casa all'imbrunire, restavo nel letto e mia madre cercava di conolarmi, non ho cominciato più a vedere bene. Sentivo dei rumori dei botti, mi dicevano che erano le anime di quelli che morivano, ogni anima che moriva faceva quel rumore che avrei fatto anch'io. Dicevo che non volevo morire per ultima perché non volevo restare sola, volevo morire per prima e sentivo sempre quei botti. Vedevo i figli vestiti di nero che piangevano; uno dei ragazzi per tentare di salvarmi aveva dato il suo sangue ed era morto. Il Corso Sicilia (la strada di fronte al suo balcone) era un gran cimitero c'erano tante grandi margherite, luci e persone che cantavano, ambulanze che venivano avanti e indietro e la gente diceva: guarda quante persone volevano aiutare la signora e stanno morendo tutti. Io dicevo non aiutatemi, non mi può aiutare nessuno, andate via perché morirete pure voi. Dopo di questo in una grande Hall ho visto sospeso in aria un pesce grande e lungo con un occhio fosforescente che mi guardava e dopo aver visto quel pesce, fissandolo, cominciai a svegliarmi, a chiedere dove ero e dissi che mai più volevo tornare dov'ero stata, era come se venissi da un sogno lontano, cominciai a sentirmi bene e cominciai a capire che iniziavo a guarire.”

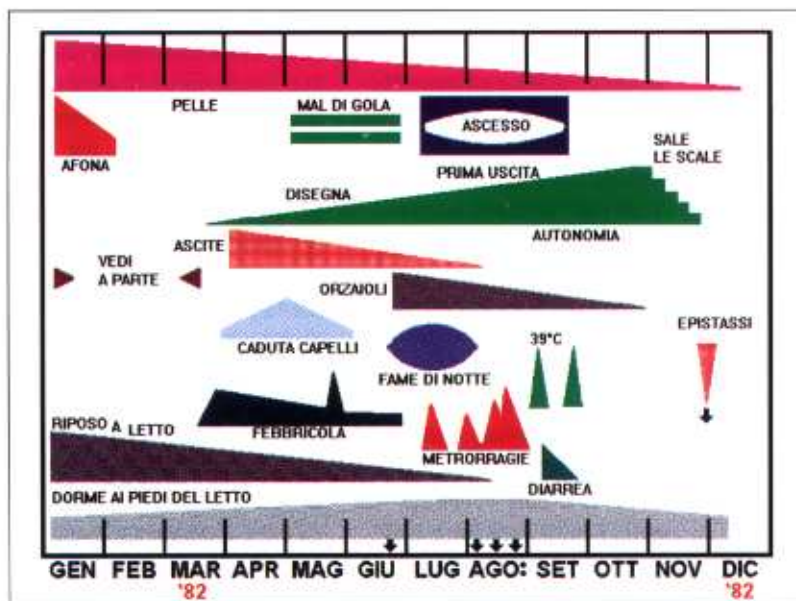


Foto 16

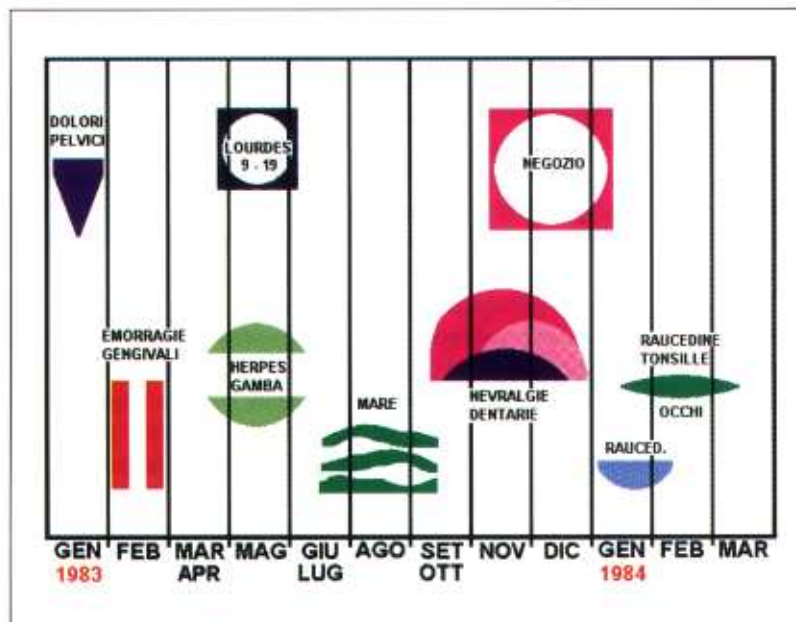


Foto 17

## Analisi Sintomatologica

L'analisi sintomatologica (effettuata soprattutto sui sintomi psico-mentali) sulla cui complessità e sulla cui tecnica (dato il tipo di pubblicazione) facciamo solo un breve cenno, ha messo in evidenza, parlando in un linguaggio che per qualcuno può sembrare nuovo, (ma che per comodo di espizione abbiamo utilizzato) presenta diversi nuclei più importanti ed esattamente: nucleo della paura. Dell'ansia e dell'anticipazione. Dell'irritabilità. Desidero di compagnia. Desidero di affetto e il timore dell'abbandono.

Occorre riferire che intendesi per "nucleo" un complesso sintomatologico psico-emozionale che con aspetti differenti rappresenta un unico "leitmotiv". E' chiaro che la sintomatologia dominante nella nostra paziente e quella dell'esaltazione dell'emotività dell'immaginazione e della paura (nuclei reattivi di difesa): più precisamente, il buio che si popola di forme umanoidi che assumono forme strane e sembra che si materializzano, il buio che sembra una sostanza pesante. Il rintocco dell'orologio che risuona nella testa, la sensazione di presenze umane, la paura degli ascensori dei

luoghi alti. La paura dei lampi dei tuoni dei cani. E' tutto uno stato di esaltazione e di deformazione della percezione sensitivo sensoriale. Tutti questi nuclei trovano una spiegazione ed una casualità dipendente da fattori ambientali e risultanti nella loro espressività da caratteristiche biopsichiche, costituzionali proprie e caratteriali della struttura secondaria fenotipica della paziente. Così il nucleo della paura, chiaramente un nucleo di esaltazione, sensitivo sensoriale secondario ad una iperattività propria del soggetto che si scatena solo se questi perde i riferimenti ambientali familiari ed affettivi. Gli altri "nuclei" ad un'analisi più profonda, mostrano pure essi una modalità compensativa della paziente attuata per imporsi nel medium ambientale e quindi utili per attirare l'attenzione su se stessa, per gratificare il suo bisogno di affetto e di calore.

Un nucleo, invece, che non trova ragioni, che apparentemente sembra averle e che potrebbe anche dipendere da carenze affettive verificatesi nella prima infanzia e nella vita successiva; è in questo caso "il nucleo del bisogno di affetto e di amore" in quanto nucleo manifestatosi spontaneamente, intrinseco, immotivato ed a nostro avviso preesistente. Un nucleo, in se stesso, illogico in quanto, (dice la paziente) non compensabile assolutamente. Non esiste nella sua struttura psichica, nemmeno una remota ipotetica fantastica possibilità di compenso. Qualora questo si dovesse verificare (ella dice) sarebbe una situazione paradossale impossibile e starebbe a significare l'inizio di una catastrofe più grande, cioè un nucleo così costituito abnorme non controllabile, quindi motore intrinseco e illogico che crea per compensarsi la strutturazione di nuclei protettivi secondari orientati in atteggiamento reattivo (sicotico) o in atteggiamento regressivo (sifilitico) a seconda della struttura emotiva globale psichico-bio-dinamico-costituzionale della paziente.

## DISCUSSIONE

Così, sommariamente, questa analisi potrebbe far confondere la tecnica seguita con una metodica di tipo psicoanalitico, psicodinamico invece non lo è, (e non desideriamo creare equivoci) perché è stata condotta, in questo caso, con una tecnica metodologica puramente omeopatica cioè la percezione pura e semplice del sintomo, raccolto spontaneamente. E ancora quindi non una tecnica psicologica ma solo una metodologia omeopatica strettissimamente logico-psichica.

Il nucleo psorico (che sembrerebbe esser un handicap endogeno preesistente) così colto nel farmaco e iscritto nei sintomi sperimentali dello stesso, rappresenta un nucleo motore illogico preesistente, un marker da cui viene generato lo squilibrio del paziente, che lo compensa (con comportamenti protettivi) finché può. Cogliere questo nella materia medica non è facile, non è semplice; percepirlo nel paziente non sempre è possibile, non sempre è attuabile. Nel nostro caso (come ce ne siamo poi convinti anche in diversi altri casi) sospettimo di essere riusciti a percepirlo nella sua essenza peculiare e fondamentale. E allorquando questo si verifica la somministrazione del rimedio viene a determinare una sincrasi esatta fra i sintomi del paziente e i sintomi del farmaco. L'informazione indotta, attraverso il rimedio, viene recepita come propria e il paziente organizza ed assesta la propria risposta verso nuovi equilibri più stabili. La potenza (!) della diluizione a seconda del livello di risonanza ne attiva la durata e la gradualità. Il paziente così inizia a percorrere delle vie di guarigione, con meccanismi suoi propri, ristabilendosi a livelli biologici ed energetici caratteristici suoi particolari nuovi e possibili per lo stesso.

### **Diagnostica differenziale**

Da quanto fin qui accennato il complesso dei sintomi più evidenti e più marcati, portano spontaneamente ed immediatamente tutti a pensare a quadri sindromici di *Argentum nitricum*, di *Belladonna*, di *Fosforus*, di *Calcarea*, per citare i più ovvi.

Ma chiaramente indirizzare la risposta del sistema in tal senso, avrebbe risolto la reattività, ma non, la patogenicità della nostra paziente.

Da quanto emerso, pertanto dato che il nucleo profondo di questapaziente è risultato poter essere il nucleo dell'affetto, è stato necessario, fare una diagnosi differenziale con altri nuclei dell'affetto presenti in altri rimedi, e confondibili con quello percepito nella nostra paziente, al fine di differenziarli esattamente nei dettagli e verificare se l'indicazione da noi posta per quel tipo di sollecitazione era esatta.

Nella diagnosi differenziale occorre pertanto considerare il nucleo affettivo presente in altri rimedi e confondibile con quello da noi considerato. Sono stati considerati in tutte le loro sfaccettature i nuclei dell'affetto presenti in due rimedi che si sarebbero potuti confondere clinicamente. Sono stati presi in considerazione i nuclei presenti in: Verat.Album. in ed in Natrum. Mur.

La nostra paziente, esaltata, eccitata, ingegnosa, socievole, estremamente loquace, comunicativa, parla in continuazione. In Veratrum troviamo la stessa esaltazione, però i fini sono altri, desidera essere considerato un uomo importante, potente. La nostra paziente invece cerca attraverso la seduzione di ottenere affetto, comprensione, amore. La nostra paziente cerca di essere gradita. Veratrum cerca di essere importante. La nostra paziente egolatra, egocentrica, orgogliosa, arrogante come Veratr. Entrambi sono spezzanti, insolenti, audaci, ambiziosi, dittatoriali, capricciosi, intolleranti alla contraddizione, entrambi sono burloni, ironici, satirici, insolenti, audaci, ambiziosi, dittatoriali, capricciosi, intolleranti alla contraddizione, entrambi sono burloni, ironici, satirici, inquisitori, rimproveratori, ma mentre Veratrum lotta e teme per la sua posizione, il posto, la sicurezza, la nostra paziente vigila e lotta per l'affetto, per la protezione.

Veratr. Ambisce al potere, diffida di possibili avversari, la nostra paziente ambisce all'affetto e teme di perderlo. Veratrum arriva a credere di parlare con Dio, si raccomanda a Dio e desidera compagnia, ha paura della solitudine. La nostra paziente crede di essere perduta per predestinazione, di essere condannata per un incantesimo senza possibilità di salvezza e delira in questo senso. Veratrum invece delira di disgrazia, di calamità, di infortuni che possano determinare una rovina economica.

Con Natr.Mur la diagnosi differenziale si pone in quanto Natr. Mur non chiede affetto, ispirando compassione, perché la cosa peggiore che possa capitare è quella che gli altri abbiano pietà di lui. Pur essendo cosciente della propria inferiorità e nullità non vuole che gli altri glielo dicano, anzi fa di tutto per nascondere questo suo stato. La nostra paziente invece cerca affetto senza mascherarlo. Anche il rapporto sessuale ormai vissuto senza entusiasmo, con una libido che non c'è e che non giova, solo con una disponibilità per conservare il bisogno di affetto. Anche la gelosia, la ricerca di amore e di protezione, la tristezza, la disperazione, la colpa, l'invidia sono sintomi secondari di strutturazione per la ricerca la conquista e la protezione del desiderio d'affetto.

Nella nostra paziente appunto, noi abbiamo utilizzato il farmaco che corrisponde a tutte queste caratteristiche, abbiamo utilizzato LACHESIS ed esattamente alle seguenti potenze: 25.M; 75 M; 150.M; 300.M; 500.M;

## EVOLUZIONE

La paziente, risoltosi il coma (vedi foto 12), è ritornata lentamente a vita biologica e relazionale, verso processi di riequilibrio con meccanismi endogeni propri. Nella foto 13-14-15-16 e 17 si possono leggere tutti i processi di ripristino, lento verso la normalità (?).

Dal febbraio '82 dove attraverso meccanismi non tutti spiegabili, (ma mai nessuno, da noi turabato o modificato) si nota il riassorbimento dell'ascite, dell'ittero la comparsa di febbre, una metrorragia pseudo mestruale. Nessun sintomo è stato mai modificato e corretto seguendo perfettamente le leggi di guarigione di observatio et ratio; finché la paziente ha assunto un aspetto di apparente guarigione. Continua in un buon equilibrio per il 1983-84.

Nel grafico della foto 17 si nota tutta l'evoluzione del 1983 fino al marzo 1984, dove attraverso continui assestamenti e ritorni di sintomi, in modo quasi programmato, la paziente ha attuato un processo di guarigione verso un nuovo equilibrio.

Riesce ad andare anche a Lourdes ed ad avviare un'attività commerciale. Nella foto 19 si riesce a documentare chiaramente uno stato di quiete biologica e psichica. Che si protrae per tutto l'anno 84 fino alla primavera del 1985. All'inizio dell'estate del 1985, un ictus cerebrale chiude la sua esistenza, senza per altro poter intervenire perché non è stata trovata possibilità di cura. Pertanto la crisi conoscitiva attuale, è anche una crisi, a mio vedere, fondamentalemente metodologica, nel senso che è necessaria la ricerca di nuovi metodi di approccio per problemi complessi. Quale l'approccio metodologico più efficace? Quali sono i margini di sicurezza? Quali quelli compatibili con un errore aggiustabile?

## CONSIDERAZIONI

Nel caso esposto sono da prendere in considerazione 4 osservazioni obbiettive assolutamente non confutabili: Precisamente

1. la paziente non era recuperabile con i mezzi farmacologici tradizionali;
2. la paziente non sapeva di essere curata con un rimedio omeopatico
3. il rimedio era lontanissimo da qualunque parassitaggio molecolare, essendo la diluizione usata circa 500.000 volte oltre il numero di Avogadro.
4. La paziente è stata in apparente salute per circa 3,5 anni ed è deceduta per una malattia diversa (?) da quella per cui era stata in coma.

Pertanto per questo argomento, in questo momento, sorgono spontaneamente delle domande.

- conosciamo realmente i meccanismi di malattia?
- Conosciamo effettivamente le capacità di recupero dei pazienti?
- Quando una paziente non è altrimenti recuperabile?
- Conosciamo tutte le tecniche per la scelta dei rimedi e delle varie diluizioni?
- Esistono prospettive non indagate su dove e come cercare e mirare la similitudine?
- E' possibile trattare omeopaticamente una paziente lesionale grave, al di fuori di conoscenze (anche profonde) di medicina fenomenologica istituzionale?

I sistemi complessi, e nel nostro caso un sistema biologico quale quello di un uomo sono costituiti da un numero elevato di componenti con un lievello indefinibile di integrazione e reazioni basati su equilibri dinamici con se stessi e con l'ambiente, e tutti a nostro avviso, pilotati da uno squilibrio unico dinamico e intrinseco. Questa ipotesi, questa coincidenza andava cercata e verificata. Vorrei pertanto che quanto detto, fosse una apertura verso il futuro e non una conclusione, non una coincidenza. Ogni critica, ogni discussione, deve sfociare in un nuovo progetto, in una nuova conquista. A tutt'oggi questo modo sofferto di analisi e di sintesi, mi ha permesso di ottenere un risultato, che come si può chiaramente vedere dalle foto 9 e 10 è ansato da prima a doo verso compensi non possibili con nessun'altra tecnica oggi nota. Infine una riflessione, pensata, portata avanti e verificata in questi anni mi permette di concludere (anche per verifiche successive su casi strutturati, per l'affinamento della tecnica personale e per conoscenze derivate anche da confronti con altri colleghi), che un utilizzo tattico diverso dalla sollecitazione forse avrebbe potuto determinare una risposta più stabile, nel tempo.

Ma, all'epoca dei fatti riferiti, il caso limite, la necessità di una ricerca everifica di alcuni presupposti teorici, che stavamo studiando, ci hanno indotto a tentare una esperienza estrema e solitaria, anche se prudente, (senza però riferimetni di esperienze precedenti) sia, per portare un aiuto sperato, sia per verificare una possibilità di risposta biologica "of limit".

I fatti riferiti ed altri successivi, poi, ci hanno conformato e confermato che l'intuito teorico iniziale delle vie da seguire erano logici e validi e passabili di ulteriori evoluzioni e perfezionamenti, come via via siamo andati negli anni sempre verificando e adattando ogni qualvolta se n'è presentata l'evenienza.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Riferimenti riportati da:

Timothy F. Allen, A.M., M.D., Enciclopedia of Pure Materia Medica, B. Jain Publishers, Harjeet & Co., 1920, Chuna Mandi, Pahar Ganj, Ristampa 1982

LACHESIS

Trigonocephalus lachesis, L. Natural order, Ophidia.

Common name, Surukuke of Churukuku.

Preparation, Triturations. Authorities, (1 to 18 from Hering, Denkschrift der N. Am. Akad. Der Hom. Heik, 1837, B., effects of bite);

1, C. Hering, effect of 30th dil.;

1 b, same, effects of triturating and of 1st and 2d trits;

2, Stapf, 30th, dil.;

2, Bute, 30 th;

4, Baure, 30 th;

5, Behlert, 30 th;

6, Detwiler, 30 th;

7, Gross, 30 th;

8, Kummer, 30 th;

9, Reichhelm, 30 th;

10, Roemig, 30 th;

11, Wasselhoeft, 30 th;

12, Kehr, 30 th;

13, Koth, 30 th;

14, Matlack, 30 th;

15, De Young, 30 th;

16, Helffring, 30 th;

17, Schmoele, 30 th;

18, Lingen, 30 th;

19, Robinson, Br. J. Of Hom., 24, 515, effectsof 6th dil., four times a day, in a man;

20, same, 20th dil., in a woman;

21, same, 30th dil. in a woman;

22, Dr. H. B. Fellows, effects of 30th dil. (taken for a cough), Am. Hom. Rev., 5, 411;

23, Dr. Bartlett, effects of 6th dil., in a woman, for spasm of oesophagus, which it cured, but developed as follows, N. Am. J. Of Hom., 2, 157; 25, Berridge, effects of 60m, Fincke, in a patient (?), N.Y.J. of Hom., 2, 132;

24, Metcalf, effects of 30th, in a young lady, suffering from chronic headache, N. Am. J. Of Hom., 2, 158;

25, Berridge, effectso of 60m, Fincke, in a patient (?), N.Y.J. of Hom., 2, 132;

26, same, effect of cm Fincke, in a patient, AJ. M. M., 9, 246;

27, same, effect of 6th dil., in self, idid;

28, same effect of 200th dil., in a man, idid;

29, M.M., effect of 6th dil., in a girl, aged twelve, Am. J. M. M., 4 p. 78

30, G-H-G., Jahar, Du Traitement Homoeopathique des Affections Nerveuses et des Maladies Mentales, A paris, Chez J.-B. Baillièrè, 1854.

31, Dr Marceau Nicolas, Psychiatrie Homoeopathique, Edition Doin, 1968.

32, Jean Pierre Gallavardin, Psychisme et Homoeopathie, Editions Ternet-Martin Vienne (Isere) France 1960



33, Dr. M.L. Agrawal, *Materia Medica of the Human Mind*, Pankaj Publications Delhi – 110051, 1985  
34, Dr. Georges Hodiamont, *Trattato di Farmacologia Omeopatica*, Titolo originale: *Remédes et venius du régime animal en homéopathie*, chez l'Auteur, Buxelles, 1957. Editore IPSA 1984.