

gli antenati

Pietro Gulia

guliapt@libero.it

I nani sulle spalle del gigante

«Prescrivere il rimedio omeopatico implica un processo di crescita e progresso tanto da poter affermare che “il vino migliore viene servito alla fine della festa”. All’inizio della propria pratica medica molte malattie acute finiscono per seguire il loro decorso ma, dopo molti anni di pratica, esse sono quasi tutte fatte abortire...

E’ bene sperare – perlomeno sperare – che, con l’esperienza, ognuno possa raggiungere l’alto grado di perfezione che Hahnemann raggiunse nell’indurre guarigioni. Oggi si può fare molto più di quanto Hahnemann potesse perché abbiamo un più esteso numero di rimedi, un maggior numero di potenze e di potenze più alte.

Non so, però, se la tecnica di prescrizione abbia fatto molto progressi. E’ in questa direzione che tutti necessitiamo di meditare....»

(Kent, Lesser Writings)

Molti più rimedi a disposizione, molte più potenze, molti più testi, seminari, corsi, congressi, Repertori sempre più vasti (ma anche affidabili?), programmi computerizzati, l’esperienza clinica di validi medici omeopatici: è indubbio che l’armamentario che un omeopata odierno ha a disposizione sia di gran lunga superiore a quello di cui potevano servirsi i colleghi del passato omeopatico remoto e non.

Eppure Hahnemann, Bönninghausen, Hering, Kent, Burnett, Borland ecc. senza computer, senza conoscenze psicanalitiche o quant’altro oggi ci sembra irrinunciabile nella nostra pratica, riuscivano ad ottenere quelle brillanti soluzioni di casi clinici che, al di là dell’apparato teorico, hanno permesso l’affermazione e la diffusione dell’Omeopatia.

Il loro “fiuto” clinico non può essere negato. Ma di cosa era fatto? Conoscenza fenomenale della Materia Medica, capacità di muoversi con abilità tra le pagine repertoriali, acume nell’osservazione del malato; metodo, ma anche elasticità mentale, intuito e, perché no?, un pizzico di spregiudicatezza, il tutto concorrente a cogliere cosa vi è di peculiare e “degnò di essere curato” nel singolo caso da affrontare. Sono qualità che tutti vorremmo avere sviluppate quando la realtà clinica, in modo particolare di fronte a fatti acuti che richiedono risposte tempestive, ci rivela la nostra approssimazione, le incertezze e i dubbi da cui scaturiscono i numerosi errori che costellano la nostra quotidianità.

Non sembri, perciò, inutile o noioso, inaugurare una rubrica – a cui chiunque può collaborare - in cui si presentino casi clinici dei maestri del passato: il loro modo di affrontare e condurre un caso clinico ancora oggi può insegnare molto, dare suggerimenti arguti, trasmettere un’esperienza preziosa, ma può indurre anche perplessità e talora sconcerto od individuare differenze, in ogni caso far meditare e suscitare discussioni. Per dirla col filosofo, siamo dei nani sulle spalle del gigante. Possiamo guardare un po’ più lontano di lui, ma abbiamo bisogno di poggiare sulle sue larghe, poderose e solide spalle.



V. Van Gogh - Il seminatore, da Millet Cuesmes (1880) - Fond. Van Gogh

Caso clinico di J.T Kent

C'è un caso di Kent, riportato nei LESSER WRITINGS, che non può non suscitare un iniziale imbarazzo seguito da ammirazione per la perspicacia clinica che rivela. Peraltro attinente al 24 Marzo 2001 dichiarato dall'OMS: "Word TB Day".

«Ed ora un altro strano caso di cui posso raccontarvi. Una donna, malata da 4 anni, deperita, quando venne a consultarmi.

Aveva perso qualsiasi capacità di amare: non riusciva proprio a provare questo sentimento. Se ne vergognava: non le piaceva il marito, non amava i suoi figli e diceva: "Che devo fare? Non ne parli. Non voglio che qualcuno sappia che non amo mio marito; è un così brav'uomo. E i miei figli, ho perso tutto il mio amore per i miei figli."

Era completamente irresoluta; irritabile; non aveva voglia di fare nulla, tutto era perduto.

Il sostenere un qualche sforzo mentale le procurava molto dolore all'occipite, col dito indicava direttamente il punto: sentiva caldo proprio in quel punto.

La sua era una evidente storia tubercolare. Ascoltandola, mi resi conto che c'era una difficoltà – mi fu chiaro che c'era un qualche tipo di ostacolo nel passaggio tra il terzo e il quarto ventricolo, mi parve che il liquido cerebro-spinale non fluisse dal cervello per consentirle uno sforzo mentale cosicché si produceva una congestione.

Sospettai fortemente che ci fossero depositi tubercolari nel cervello, me ne convinsi dalla sua storia così marcatamente tubercolare. Ma non giunsi ad una conclusione che dopo averla studiata per 6 mesi durante i quali le diedi alcuni rimedi che reputavo indicati.

Si riprendeva lievemente e, nello spazio di una settimana, ricadeva di nuovo; selezionavo un altro rimedio e, dopo un leggero miglioramento, ricadeva.

Infine pensai: qui c'è una storia tubercolare e ci sono sintomi tubercolari; devo provare.

Somministrandole Tubercolinum bovinum 10m; rispose bene. "Dottore, sono una donna nuova."

Riprese ad amare i suoi; la sua capacità mentale si rianimò.

Ha preso la 10m due volte a lunghi intervalli e poi la 50m, due volte, sempre a lunghi intervalli. Rispose molto bene dopo la prima dose, dopo 3 o 4 settimane i sintomi tornarono e prese la seconda. Ora, dopo tre o quattro dosi, è una donna nuova, perfettamente naturale in tutto.»

Considerazioni

Quando i rimedi "apparentemente ben indicati" non funzionano bisogna pensare ad un nosode, purché ce ne siano i sintomi e/o una giustificazione clinica. Probabilmente è da casi come questo che è scaturita una indicazione pratica all'uso dei nosodi, più volte confermata nella pratica.

I sintomi, talora, non possono essere presi alla lettera, ma va considerato anche il loro senso generale; ciò vale anche per i sintomi fisici oltre che per i sintomi mentali.

Anche se possiamo dare una spiegazione fisiopatologica apparentemente valida di alcuni sintomi, questa non è una ragione per scartarli, purché siano caratteristici. Kent fu colpito dal gesto con cui la paziente indicava un punto preciso dell'occipite dolente, scottante, quando faceva uno sforzo mentale interpretando questo e gli altri sintomi riportati come espressione di uno stato tubercolare con sospetta tubercolosi meningo-encefalica cronica.

Il caso serve a ribadire (anche se non ce ne sarebbe bisogno) che, in quanto medici, non ci si può esimire dall'obbligo di una diagnosi nosologica.

Anche il grande Kent ammette di aver dato più rimedi e di aver impiegato sei mesi prima di arrivare ad una diagnosi precisa del caso. E' l'esperienza quotidiana della difficoltà a trovare al primo colpo il rimedio giusto e, ammesso che lo si trovi al primo colpo, delle successive emergenti difficoltà che solo l'esperienza e il "fiuto" clinico aiutano ad affrontare e risolvere: quale dinamizzazione scegliere, quando e se ripeterla, se e quando quello stesso rimedio cessa di essere il rimedio del caso per lasciare il posto ad un altro da individuare in base ai sintomi del paziente (siamo così sicuri che un solo rimedio possa essere quello utile per il paziente in tutte le condizioni della vita, compresi casi acuti?).

Il coraggio di provare. Confessiamo che, non di rado, talune prescrizioni, che pure ottengono risultati mirabolanti, quasi miracolistici, conseguono a scelte non dettate dal rispetto dell'ortodossia metodologica (dalla gerarchizzazione dei sintomi alla valutazione miasmatica, ad una rigida "meccanica" repertorizzazione, ecc.), ma da un impulso, dall'aver "annusato" il paziente, insomma una scelta istintuale. Ammetto che questa non debba diventare una modalità fissa di prescrizione, potrebbe essere anche pericoloso, ma tant'è: una componente "artistica" è vitale nella nostra attività, tanto più se confortata dal risultato di fronte al quale qualsiasi dogma non può che cadere.

Caso clinico

Riporto un caso clinico in cui l'esperienza di Kent e di Burnett mi sono state preziose.

XX è un insegnante che visito la prima volta nel gennaio 1996. Aveva allora 49 anni. Era stata appena dimessa dall'ospedale, ricoverata 10 giorni prima per una emoftoe e broncopolmonite bK negativa ma con Tine Test +++. Da 18 mesi soffriva di vertigini oggettive, soprattutto a scuola, in piedi, parlando, di breve durata; inoltre, erano presenti acufeni e le era stata fatta diagnosi di tuberite catarrale cronica. Da 4 mesi soffriva anche di tosse con raucedine e abbondante catarro giallognolo e denso e tanta stanchezza. Dal 1981 la paziente seguiva, irregolarmente, cure omeopatiche.

La storia della paziente è decisamente segnata da uno stato tubercolinico. Da bambina era magrissima, "linfatica, con il collo pieno di ghiandole", inappetente con decisa avversione alla carne e sognatrice ad occhi aperti con amore per il ballo e desiderio di diventare una ballerina. All'università bruciò le tappe: ardeva il desiderio di essere indipendente e di viaggiare, il viaggiare la faceva sentire forte, e un suo cruccio attuale era di non poter più viaggiare come una volta per tanti problemi contingenti. Da bambina aveva avuto un trauma dorsale con ematoma renale ("Dottore, nella mia vita ci sono sempre stati episodi di sangue"); ad 11 anni, processo primario tubercolare; a 12 anni il menarca con mestruazioni successive sempre caratterizzate da herpes al mento, violenti dolori e flusso così abbondante "da spaventare"; a 23, colecistectomia; a 27, Rosolia gravissima con febbre alta e delirio che durò per dieci giorni; a 30, prima gravidanza con distacco precoce di placenta al settimo mese; a 45, una improvvisa e profusa epistassi durata ben 4 ore; a 46, linfadenopatia cervicale, con una ghiandola così enorme a destra da non poter girare il capo, con febbre alta, fu esclusa TBC e così pure la mononucleosi, ma non si arrivò ad una diagnosi, guarì in sette giorni di cura omeopatica; forte fumatrice fino a cinque anni prima.

Nei precedenti 15 anni di cure omeopatiche non era mai stato assunto un nosode tubercolinico e neppure il sottoscritto ebbe il coraggio di prescriverglielo. Ho prescritto vari rimedi in

considerazione per lo più dello stato psicologico (tralascio i moltissimi sintomi che la paziente riferisce) conseguente a situazioni particolari (pre-menopausa e poi menopausa, malattia e morte del padre per leucemia, malattia del figlio, problemi scolastici, riscontro casuale di HCV +) o per qualche episodio acuto di una certa intensità. Ferrum phosphoricum fu il primo rimedio, (la paziente continuava ad avere espettorato con coaguli di sangue anche dopo la dimissione dall'ospedale) e poi Phos., Lach., Arsen., Kali carb.

Tutti i rimedi scelti procuravano un discreto miglioramento, ma persisteva un filo rosso mai reciso: la tosse con catarro giallo, abbondante, denso, grumoso, con le orecchie tappate, gli acufeni e gli scricchiolii endo-auricolari, la raucedine, la pesantezza frontale, insomma una rino-sinusite con faringo-tubarite e laringo-tacheite cronica. I vari rimedi somministrati al massimo davano qualche giorno di sollievo, soltanto il clima più caldo dell'estate sembrava veramente giovare ma, ai primi sentori della umidità autunnale, tutto era di nuovo presente.

Il 5.2.2000 decisi che avevo tergiversato per troppo tempo: Bacillinum 200K. Il 20.5.2000 la paziente riferiva che era stata molto meglio per due mesi, poi era comparsa una strana congiuntivite con lacrimazione abbondante e secrezione dagli occhi, bianca, filamentosa, che si poteva tirare in lunghi fili: Kali mur. 0/6 LM la risolse. Quindi, iniziarono cure ortognatodontiche con anestesie, antibiotici e compagnia bella ed ecco ad ottobre di nuovo la tosse: Bacillinum 200K.

Il 3.3.01, la paziente riferisce che dopo il rimedio è stata benissimo sotto tutti i punti di vista fino all'inizio di febbraio: poi sono ricomparse le vertigini, la stanchezza e la tosse grassa: Bacillinum 200K in plus. Vedremo!

Caso clinico: il caso di Roberta

Roberta è una giunonica fanciulla che ho in cura da circa sei mesi per uno stato depressivo reattivo all'ennesima delusione affettiva, accompagnato da violente crisi vertiginose, svenimenti, astenia marcata, sospetto distiroidismo. La situazione si trascina da diversi mesi e le terapie tradizionali allopatriche sono state inefficaci. Platina pare aver dato risultati lusinghieri.

Stavolta, Roberta mi chiama per un problema acuto. Avverte un fortissimo bruciore lungo tutta la gola, ha preso probabilmente freddo in una giornata molto umida (siamo a metà gennaio 2001), non ha febbre e non sa riferirmi altri sintomi. Noto che la sua voce ha un tono ancora più gentile e fioco di quello che conosco. Solita frettolosa prescrizione telefonica di Belladonna 30 CH in plus ogni 3 ore. Risultato: zero.

Mi richiama dopo un giorno. Non ci sono cambiamenti. Ha violento dolore alla gola, è stanca, sente freddo ed ha desiderio di bevande calde, non ha febbre: Arsenicum 30 CH in plus ogni 3 ore. Dopo 48 ore nulla di fatto.

Bisogna agire in modo meno "routinario": prendere i sintomi e repertorizzare!

Dunque, Roberta ha: forte bruciore e secchezza alla gola; spossata, con P.A. 90/60; sensazione di freddo senza febbre; desidera stare al caldo e distesa a letto; una marcata confusione mentale e impossibilità a concentrarsi nello studio; marcatissimo desiderio di succhi di frutta, di arancia, anzi specifica: "voglia di frutta acida, di vitamina C", ma fastidio per frutta e succhi di frutta dolci (ne ha preso e l' hanno disgustata); desidera bevande calde, anche i succhi di frutta devono essere a temperatura ambiente; digrigna i denti di notte, fino a farsi male; ha piacere a stare in compagnia. E poi c'è quel tono di voce fioco, debole!.

Scelgo e repertorizzo (Synthesis 5):

GENERALS, Food, Fruit desire, juicy, sour

Food, Sweets avv.

Food, Warm drinks, desire and amel.

GENERALS, Heat, lack of vital heat

TEETH Grinding, sleep during

LARYNX Voice, weak

Ci sono effettivamente diversi rimedi tra cui scegliere. Ma mi sembra che il sintomo più strano sia quell'intenso desiderio di frutta, di succhi di frutta acida. Considerato che Arsenicum ha già fallito, la scelta mi sembra ridursi a due soli rimedi: Phosphoricum acidum o Veratrum album? D'impulso prescriveri Phos. ac (Love disappointment), ma qualcosa mi trattiene. Mi sento spiazzato: so che Veratrum album desidera bevande fredde, che lo migliorano, e che Phos ac. desidera starsene tranquillo, non disturbato da niente e nessuno. Entrambi hanno scarsa energia, voce debole ecc., Phos. ac non compare nella rubrica Teeth Grinding. Repertorizzo anche gli altri sintomi, ma non miglioro la mia situazione. Infine seleziono anche; MIND,

Mildness: c'è Verat.al 2° e Phos. ac al 1°. Non posso indugiare oltre e mi decido per VERATRUM ALBUM 200K

L'indomani la situazione è migliorata nettamente; residua un lieve bruciore alla gola che si spegnerà prima di sera.

«Molti più rimedi a disposizione, molte più potenze, molti più testi, seminari, corsi, congressi. Repertori sempre più vasti (ma anche affidabili?), programmi computerizzati, l'esperienza clinica di validi medici omeopatici: è indubbio che l'armamentario che un omeopata odierno ha a disposizione sia di gran lunga superiore a quello di cui potevano servirsi i colleghi del passato omeopatico remoto e non. Eppure Hahnemann, Bönninghausen, Hering, Kent, Burnett, Borland ecc. senza computer, senza conoscenze psicanalitiche o quant'altro oggi ci sembra irrinunciabile nella nostra pratica, riuscivano ad ottenere quelle brillanti soluzioni di casi clinici che, al di là dell'apparato teorico, hanno permesso l'affermazione e la diffusione dell'Omeopatia.

Il loro "fiuto" clinico non può essere negato. Ma di cosa era fatto? Conoscenza fenomenale della Materia Medica, capacità di muoversi con abilità tra le pagine repertoriali, acume nell'osservazione del malato; metodo, ma anche elasticità mentale, intuito e, perché no?, un pizzico di spregiudicatezza, il tutto concorrente a cogliere cosa vi è di peculiare e "degnò di essere curato" nel singolo caso da affrontare. Sono qualità che tutti vorremmo avere sviluppate quando la realtà clinica, in modo particolare di fronte a fatti acuti che richiedono risposte tempestive, ci rivela la nostra approssimazione, le incertezze e i dubbi da cui scaturiscono i numerosi errori che costellano la nostra quotidianità.»