

Tutti gli operatori sanitari, farmacisti, medici e veterinari, conoscono le due dimensioni del farmaco nella farmacologia classica: sede o tropismo organico ("punto d'attacco") e rapporto lineare dose/effetto ("legge dell'azione di massa"). Questo vale sicuramente anche per i rimedi omeopatici specie se in bassa diluizione e per le cosiddette "preparazioni omeopatizzate" ad esempio l'organoterapia diluita e dinamizzata.

Tuttavia non esaurisce di certo le potenzialità della farmacologia hahnemanniana che realizza, grazie alla terza dimensione, tuttavia la meravigliosa gamma delle sue possibilità terapeutiche. Terza dimensione che, come gli studiosi di omeopatia imparano molto presto, si realizza tramite l'incremento matematicamente progressivo e parallelo di diluizione e dinamizzazione della sostanza farmacologica di partenza.

E' proprio questo, il secondo principio fondamentale dell'omeopatia, dopo la "legge di similitudine", la vera scoperta del suo fondatore. Ad essa dobbiamo sia l'ampliarsi dello spettro farmacologico del rimedio, sia l'approfondirsi della sua azione biologica, grazie allo stimolo energetico su livelli via via più alti della struttura somato-psichica. Ad esso dobbiamo anche, per non pochi rimedi, la evocazione, apparente "creazione dal nulla", di proprietà farmacologiche assolutamente nuove, del tutto assenti nella droga di partenza.

E' proprio questa caratteristica straordinaria, più ancora della molto troppo decantata innocuità collaterale, che affascina i suoi cultori, non appena si rendono conto, sul piano pratico, cosa significhi poter disporre di un arsenale terapeutico tanto versatile quanto efficace, tanto ricco di possibilità di modulazione energetica, quanto dotato di potenzialità spatio-temporali crescenti via via che si sale di scala armonica.

Eppure l'omeopatia non finisce mai di stupirci, se la pratichiamo secondo i canoni classici e senza lesinare tempo e impegno. Un caso molto interessante, e molto impegnativo sul piano professionale, giunto alla mia osservazione alcuni mesi fa, credo possa illustrare in modo convincente questo assunto: che l'omeopatia, in condizioni di realizzazione ottimale, possa attingere anche una quarta dimensione.

#### Un Paziente Difficile

Nel maggio scorso (1998) vedo un paziente di 65 anni indirizzato da un farmacista omeopata. Si tratta di un omeopata grande e grosso, che impiega un tempo incredibilmente lungo, dopo l'annuncio della segretaria, a percorrere i pochi metri tra la sala d'attesa e lo studio. Entra appoggiandosi alla moglie; andatura paretico-atassica, il faccione rigonfio marcatamente pallido, le labbra livide.

Il dossier medico è molto voluminoso.

Nel settembre '89 si accorge di un netto calo ponderale (da 112Kg a 104), accompagnato a debolezza marcata e sudorazione profusa.

Gli accertamenti eseguiti evidenziano una V.E.S. a 48 (1h) e lieve emoglobinuria.

Nell'ottobre successivo, persistendo i disturbi, esegue altri esami dai quali emerge oltre all'ipersedimetria (54 1h) una discreta proteinuria (0,31g/24h) ed un'anemia ipercromica netta (m.c.v.:114,8) con piastrinopenia (144.000), discreta leucocitosi (10,400 G.B.) con neutropenia (N:37%) e monocitosi (M:25%); macrocitosi delle emazie e degranolazione dei polinucleati. Nessuna cura. Il mese successivo l'ematologo consiglia un aspirato midollare, il quale rivela "discreta iperplasia della linea granuloblastica con accumulo di cellule blastiche intorno al 20%; megacariociti ridotti e di piccole dimensioni.

Durante il 1990 effettua periodici controlli ematochimici presso l'ospedale di Bergamo, che evidenziano ancora ipersedimetria (sino a 86 1h), piastrinopenia, monocitosi ed anemia ipercromica con monocitosi.

Nessun trattamento; si raccomanda al paziente di continuare i controlli periodici.

Dicembre 1990.

Il paziente sta bene; però sono comparse manifestazioni di tipo vasculitico sugli arti inferiori, che lo specialista ematologo è in dubbio se attribuire alla mielodisplasia od a farmaci (tetracicline), assunti per una forma bronchiale intercorrente. Durante gli anni '91-'92-'93 il paziente, molto demoralizzato per la mancanza di una diagnosi precisa, sospende tutti i controlli, le visite e i farmaci.

Sta discretamente bene pur notando un aumento delle macchie alle gambe ed una debolezza cronica, ma senza dolori, agli arti inferiori. Si limita ad un trattamento fitoterapico (aglio, biancospino, tisane, pappa reale ect...) per l'ipertensione discreta, insorta nel frattempo, e l'anemia.

Settembre '94

Compaiono dolori agli arti inferiori, insensibilità e formicolio ai piedi, gonfiori alle caviglie. Le chiazze ipercroniche alle gambe divengono più scure. L'ipertensione si aggrava (Cardura e Lasitone; Aulin per i dolori).

Durante l'autunno '94 si sottopone a visite ed accertamenti (ematologo, dermatologo, angiologo, internista) presso l'OC di Bergamo e il S. Matteo di Pavia, senza pervenire ad una diagnosi definitiva. Peraltro gli esami confermano i rilievi già emersi nel passato.

Gennaio '95

Compaiono piaghe agli arti inferiori accompagnate a dolori "neuropatici": diagnosi di erisipela (antibiotico terapia).

18 gennaio 1995 OC di Bergamo; l'ematologo avanza il sospetto di leucemia mielomonocitica.

Nessun trattamento; ripassare a controllo tra due mesi. Il giorno successivo il Paziente si "auto prescrive" (trascrivo testualmente) la ossigenoterapia iperbarica: si presenta all'Istituto Iperbarico di Zingonia dove si sottopone a 71 sedute di O.T.I.

L'11 luglio 1995 è guarito completamente delle lesioni ulcero gangrenose agli arti inferiori.

Luglio '96

Esofagite da reflusso che viene attribuita alla corticosteroido terapia ed ai Fans. (Mepral e Prepulsid). Durante l'autunno '96,

presso l'Ospedale Maggiore di Milano, si sottopone a controlli biochimici, visita ematologica ed estrazioni dentarie multiple sino alla edentulazione totale, giustificata dalle infezioni paradentali e gengivali continue (vedi neutropenia ed anemia da mielodisplasia).

Durante il 1997 effettua 4 controlli (visite ed esami) presso l'ospedale Maggiore di Milano e l'Ospedale Civile di Bergamo. Ancora controlli bimestrali durante inverno e primavera '98.

Durante marzo e aprile si sottopone a trattamento con retinoidi, vit. C e melatonina, purtroppo, senza risultati.

Il 14 maggio 1998 approda al mio studio.

Questa lunga e necessaria carrellata per mettere in chiaro che quando il paziente giunge all'Omeopatia, nonostante un iter diagnostico quasi decennale ed un dossier clinico del peso di vari Kg, non solo le sue condizioni sono molto peggiorate, ma non dispone di una diagnosi, almeno orientativa, capace di sintetizzare le 3 sindromi desumibili dal quadro clinico:

1) La Mielodisplasia con anemizzazione severa (ultimo rilievo maggio '98: GR 2.460.000; Hb 9; HCT 28; MCV 115) e leucocitosi monocitica (GB: 11.800; N.26 L.37 M 45 Eos 0,8).

2) La Polineuropatia Sensitivo-motoria Progressiva determinante una severa paraparesi con atassia secondaria e segni incipienti di coinvolgimento degli arti superiori.

3) La sindrome di Compromissione Renale con microematuria, proteinuria, ipercreatininemia (2.20mg/dl); e una netta epatomegalia con screscio iperglicemico (glic. 125mg/dl).

Non dimentichiamo che il paziente è stato bombardato per anni con corticosteroidi ad alte dosi e FANS, cui è seguita anche una gastro-esofagite con reflusso cardiaco, che non metto in conto, trattandosi di una patologia iatrogena.

Questi tre quadri sindromici possono integrarsi nella cornice di un'intossicazione cronica da benzolo o, in generale, da idrocarburi.

In effetti in paziente si è occupato per 40 anni (sino al '95) di stampaggio di materiale plastico, attività che prevede (ed ancor più nei decenni passati prevedeva) l'esposizione a solventi benzenici.

Seppure sin dalla prima visita l'angelo protettore degli omeopati (S. Rafael?) mi avesse suggerito la diagnosi di mielo e neuropatia tossica, debbo rendere merito a due allievi del Corso di Omeopatia (III° anno SMB di Milano), i quali, durante un'esercitazione seguita pochi giorni dopo la prima visita, insisterono sulla probabile relazione causale tra attività professionale e patologia del paziente, dell'approfondimento diagnostico nella direzione corretta.

Non entro nel dettaglio circa il decorso successivo perché ci condurrebbe fuori tema. Interessa invece rilevare che, quando, al successivo controllo del 27.08.98, decido di aggiungere al trattamento già prescritto (con sensibile miglioramento dei sintomi renali, della ipoalbuminemia, della VES, della leucocitosi e della motricità, ma persistenza della anemia macrocitica) Benzolum 9CH 3 gr.li/10 di, mi preoccupo di rivedere la sera sui "sacri testi" la patogenesi di Benzolum.

#### Affinità Elettive o Analogie Trasversali Tra Rimedi Eterogenei

Mentre sul Boericke (Materia Medica 9° Ed.) trovo la conferma della omeopaticità di Benzenum al mio paziente a partire da un eloquente "it decreases the red and increases the white cells", il prospetto della repertorizzazione, che occhieggia sul mio tavolo, mi segnala Conium Maculatum, supportato da 8 sintomi, in 3a posizione.

Effettivamente un flash biotipologico del paziente colla sua paresi ascendente, le gambe fredde ed insensibili, la depressione scontrosa e solitaria, richiama con insistenza anche Conium.

Rintraccio il buon Hodiamont (trattato di Farmacologia II°) ed a pagina 186 al sottotitolo tossicologia leggo:

"La grande cicuta contiene un alcaloide, la cicutina, detta anche conina o conicina, che ha una formula chimica derivata dalla piridina. Quest'ultima è una sostanza a nucleo ciclico in C6, analogo al benzene, ma nel quale un gruppo CH è stato sostituito da un atomo di azoto N, cosa che gli conferisce una maggiore stabilità chimica. Sappiamo che i corpi azotati soprattutto se ciclici sono molto tossici per l'organismo e la cicutina è un'alfa propilpiperidina".

E qui il cerchio si chiude. Ecco cosa intendo per Quarta Dimensione, la possibilità di trovare un'analogia sorprendente, in questo caso robustamente supportata e chiaramente spiegata da una stretta somiglianza biochimica, pur tra rimedi di natura e provenienza apparentemente così lontani quali il Benzolo e la Cicuta Maggiore.

#### Postfazione

Naturalmente lo studio del benzolismo cronico (intossicazione cronica da benzolo) richiama con una somiglianza sorprendente la patogenesi di Benzenum, e questo ci sta bene, ma è abbastanza prevedibile. Molto meno prevedibile invece l'analogia tra gli alcaloidi del Conium e la struttura molecolare del benzolo.

Solo l'Omeopatia, la sua metodologia, la filosofia pragmatica che la regge e la spiega permettono al medico queste scoperte meravigliose.

Meravigliose perché chiariscono, ordinano ed armonizzano i sintomi del paziente ed i segni del rimedio, o dei rimedi, che, secondo livelli differenti e complementari, gli corrispondono. Una struttura logica e bella, perché concepita "secundum ordine et mensura".

Già, dimenticavo, preso dall'ammirazione per questi accordi intermodali, accordi che ci premiano con la gioia, la serenità e la grazia della sintesi e la scoperta del filo conduttore nell'interpretazione e nella comprensione della malattia nel paziente, dimenticavo che siamo, malgrado tutto, degli Empirici.

Ebbene viva l'empirismo!! Questo empirismo.

Post- scriptum di basso profilo

L'omeopatia coltiva anche la vecchia abitudine, un po' sempliciotta, di informarsi sull'attività professionale e sulle abitudini di vita dei propri pazienti.

Tuttavia relego questa usanza empirica in calce in quanto, ai vecchi medici, della mia età, era già stata insegnata durante gli internati ospedalieri del V° e VI° anno.

Dott. V. GATTI