

Articoli/Articles

DALLA BULGARIA ALL'ITALIA: LA "CURA BULGARA"
DELL'ENCEFALITE LETARGICA

PAOLO MAZZARELLO
Università degli Studi di Pavia, I

SUMMARY

FROM BULGARIA TO ITALY: THE "BULGARIAN CURE"
OF ENCEPHALITIS LETHARGICA

In 1915-16 a strange epidemic began to sweep Europe and United States. The onset of the disease was characterized by a flu-like syndrome followed, at a various time, by a series of neurological symptoms, especially somnolence, oculogyric movement, motor and mental disturbances. These acute phase had a mortality rate ranging between 30% to 40%. The survivors developed a parkinsonian syndrome at variable time from the acute phase. One of the most successful treatment of these neurological sequelae was introduced by a Bulgarian herbalist, Ivan Raev on empirical bases. The new therapy attracted the interest of Queen Elena of Savoia who propounded its application in Italy. From the peninsula this therapy quickly spread in the Western countries.

La strana malattia

Lo spazio si restringeva e il tempo rallentava. Era come se il corpo si trasformasse in una prigionia, congelato su se stesso. Il volto inespressivo, lento, senza mimica, come una maschera. La pelle lucida, cerea, lo sguardo assente, perso lontano verso spazi indefiniti. Tuttavia questa generale rarefazione della vita era stranamente contraddetta da segni esagerati di movimento. Allora i globi oculari

Key words: Encephalitis lethargica – Parkinsonism - Ivan Raev - Atropa
Belladonna - Queen Elena of Savoia - Giuseppe Panegrossi

iniziavano improvvisamente a ruotare e la bocca si contorceva disegnando strani arabeschi mentre la lingua protendeva in tutte le direzioni. Oppure erano gli arti e il capo a scuotersi d'improvviso e a muoversi casualmente disegnando archi bizzarri lungo direzioni prive di significato, senza alcun fine. Talvolta poi era l'intero corpo a essere dominato da un attacco epilettico.

Una contraddizione motoria. Un enigma. Apparso improvvisamente nel periodo più fragile della storia umana. La coerenza dei sintomi di un quadro neurologico saltava di fronte a questa polarità opposta di manifestazioni che coabitavano nello stesso individuo. La transizione dall'ipocinesia all'ipercinesia era talvolta improvvisa, istantanea, coglieva senza preavviso. Come tutte le contrapposizioni, anche questo antagonismo di sintomi poteva diventare lacerante, distruggere l'individuo dall'interno, portandolo alla cachessia.

Una malattia *creativa*, dunque, che pescava in profondità nelle strutture encefaliche, sbilanciando l'equilibrio dei muscoli, lo stato di coscienza e vigilanza, i processi mentali, le manifestazioni emozionali. Ne emergeva un puzzle misterioso, difficile da decifrare, quasi impossibile da codificare in maniera precisa, sfuggente e proteiforme com'era. Ma vi era un sintomo che, anche se non onnipresente nei vari pazienti, poteva essere utilizzato come chiave per caratterizzare la malattia dal punto di vista nosografico: il sonno.

Proprio questo sintomo colpì profondamente un medico di origini greche, nato in Romania nel 1876, educato nella Trieste austriaca e laureato in medicina all'Università di Vienna, Constantin von Economo. Spirito audace - era stato uno dei primi piloti austriaci d'aereo - nell'inverno del 1916, mentre lavorava alla clinica psichiatrica di Vienna, rimase colpito dall'osservazione di "alcuni ammalati il cui quadro morboso era dominato da una sonnolenza che in singoli casi perdurò a lungo e raggiunse la profondità di un vero coma"¹. Da questo sintomo derivò il nome introdotto per tentare di catturare *lo spirito* della malattia: *encefalite letargica di von Economo*.

Definizione nosografica che ne coglieva l'aspetto spesso essenziale, la letargia, il torpore, la depressione crepuscolare dello stato di coscienza, il sonno. Perché era come se la vita precipitasse su se stessa, implodendo per entrare in uno stato sospeso dove anche la mente attraversava dimensioni sconosciute.

Constantin von Economo si era subito reso conto che il sonno non era l'unico "né mai il primo sintomo della malattia", perché poteva essere preceduto da "un breve periodo prodromico, con cefalee, malessere, tremiti, talvolta febbre", poi un'irritazione meningea, a cui faceva seguito la sonnolenza che tendeva ad aumentare nel tempo. Sintomo non costante, come poi si vide ampliando le casistiche. Anzi, a riprova della bizzarria clinica della malattia, vennero descritti casi speculari, caratterizzati da insonnia ostinata con eccitamento motorio. Beffa nella beffa, vi erano anche ammalati in cui la sonnolenza e il rallentamento letargico si manifestavano soltanto di giorno, mentre la notte il paziente diventava irrequieto e non riusciva a dormire. Vi erano anche poveretti che precipitavano nell'*agripnia*, un'insonnia ostinata, notturna e diurna, a cui corrispondeva uno stato di sofferenza cachettica generale, prolungata nel tempo, e infine la morte per una sorta di consunzione generale. Nessuna cifra clinica riusciva a cogliere con completezza quell'unione di contraddizioni e sintesi degli opposti che convivevano nello stesso paziente. Impossibile dominarne il polimorfismo. Le definizioni iniziarono a sprecarsi ma erano sempre però sfuggenti e fluttuanti, data l'assenza di confini chiari e precisi nell'espressione clinica dei vari ammalati. Anche la mente di chi precipitava in quella dannazione ne veniva ovviamente lacerata. La contraddizione dei sintomi somatici era il riflesso di un conflitto interiore angosciante, un appannamento dei confini fra immagini mentali e realtà. Il paziente era smarrito, pronunciava parole sconnesse, poteva parlare "continuamente con dei fantasmi creati dalla sua immaginazione"². Altre volte, ed erano la maggioranza, scivolava in uno stato di torpore - con tempi di reazione

dilatati a ogni stimolo - e di sonnolenza continua. Spesso era possibile svegliarlo, anche se poi precipitava immediatamente nell'appannamento letargico, se lasciato a se stesso. Come una piccola isola superficiale pronta a essere sommersa a ogni aumento della marea, tale era la sua coscienza. Poi poteva seguire stabilmente il coma.

Vi erano anche casi in cui lo stato di letargia coincideva con una vita mentale *parallela*. Un militare parlava continuamente: “viveva la vita di casa e di caserma: passava da un discorso all'altro senza ordine, rivolgeva la parola ai nipotini che vedeva in sogno e alla madre, esprimeva desideri e talora lamentava sensazioni dolorose. Il risveglio che si provocava con leggero richiamo interrompeva il corso dei discorsi di cui non serbava ricordo ed egli si ritrovava subito orientato e cosciente, riconosceva le persone presenti”³. Non sempre, tuttavia, la letargia coincideva con il delirio. Lo stato di depressione della coscienza si alternava, in questi casi, a momenti di espansione della mente di tipo maniacale, nei quali il paziente conquistava il mondo con il pensiero. Uno studente di diciassette anni “intelligente e volenteroso” avvertì un'insonnia improvvisa e una spiccata irrequietezza: “cominciò a scrivere e, per due notti e due giorni rimase al tavolino riempiendo molti quinterni di carta ed esponendo con sufficiente ordine e con critica abbastanza acuta idee sociali e principii morali, concetti umanitari e programmi demagogici evidentemente frutto delle sue letture e delle discussioni con i compagni. La famiglia era impressionata per queste manifestazioni che furono poi seguite da un periodo di letargia senza alcuna elevazione della temperatura o altri fenomeni morbosi”. Poi il paziente guarì senza conseguenze immediate e riprese “la sua vita calma di studio”⁴.

Le indagini anatomo-patologiche sul sistema nervoso centrale degli encefalitici avevano evidenziato la presenza di infiammazione, un certo grado di iperemia della leptomeninge - la formazione membranacea adesa all'encefalo - e della sostanza grigia cerebrale, talvolta uno stato edematoso. Inoltre, vi era la presenza di infiltrati attorno ai

vasi e nella massa nervosa, con fenomeni di fagocitosi, e una reazione proliferativa delle cellule gliali, particolarmente microgliali.

Le alterazioni citologiche erano indicative di uno stato di sofferenza del tessuto e potevano andare dalla semplice riduzione della colorazione cellulare (cromatolisi diffusa), con rigonfiamento del corpo cellulare e spostamento del nucleo, fino a una vera distruzione cellulare⁵.

Le lesioni anatomiche acute più costanti erano rappresentate dal depauperamento quasi totale del *locus niger*, una curiosa isola di cellule pigmentate presente nella parte inferiore della massa encefalica in corrispondenza del mesencefalo. Fin dal 1919 il neuropatologo russo Konstantin Nikolaevich Tretiakoff, nella sua tesi di dottorato, aveva dimostrato che nel morbo di Parkinson questa struttura era costantemente lesa. Anche nell'encefalite letargica le lesioni provocavano la scomparsa del pigmento scuro che finiva libero in parte nel tessuto adiacente oppure veniva inglobato in elementi fagocitari limitrofi. Presto altre indagini definirono l'estensione del processo infiammatorio presente nella malattia, esteso un po' a tutto l'encefalo, ma in particolare al mesencefalo, alla sostanza nervosa che circondava gli acuedotti cerebrali, al diencefalo ventrale, al territorio che circonda il quarto ventricolo. Inoltre, spesso presente, un'atrofia della corteccia frontale, la parte dell'encefalo fortemente associata alle funzioni cognitive.

I medici osservavano attoniti riempirsi i reparti neurologici di questi ammalati. Niente di simile si era mai visto. Almeno esteso lungo una scala demografica così grande.

Ma erano i tempi a essere oscuri. Mai a memoria d'uomo era scomparsa tanta gente nei campi di battaglia. Gli uomini si erano dati la morte con una furia e con mezzi tecnologici mai visti prima. E quando la Grande Guerra stava volgendo al termine era comparsa questa enigmatica Medusa a continuare la semina mortale, presto seguita da un'altra epidemia sconvolgente, la *spagnola*, destinata a mietere decine di milioni di vittime⁶. Anche la natura ci si era dunque

messa, dispiegando una forza dirompente che con singolare coincidenza aveva sferzato le società umane proprio nel momento della loro massima fragilità.

La Grande Guerra infuriava lungo i confini mutevoli degli stati europei. L'affezione si diffondeva nella popolazione colpendo di preferenza gli esseri umani nel momento più pieno della loro vita, fra i dieci e i quarant'anni. Gli individui aggrediti nel decennio di grande diffusione della malattia furono milioni. La mortalità era elevata, potendo raggiungere, in alcune casistiche, il 30% e persino il 50% dei casi colpiti. Quando non terminava nella morte, il quadro clinico trasmutava in una forma cronica, talvolta passando dai sintomi d'esordio al loro prolungamento temporale sotto forma di una specie di morbo di Parkinson, il parkinsonismo post-encefalitico. Altre volte le manifestazioni cliniche beffavano e illudevano i pazienti, restituendo loro una pienezza di vita solo per un certo tempo, colpendo poi nuovamente il sistema nervoso dopo mesi o anni. Il tunnel oscuro conduceva a un nuovo stato di alterazione fisica. Il quadro parkinsoniano emergeva allora insidiosamente, subdolo e progressivo. L'ammalato avvertiva un certo impaccio nei movimenti, talvolta i muscoli della schiena e del dorso si indolenzivano, la stanchezza era eccessiva anche per modesti sforzi, emergeva un globale rallentamento motorio. Come se il paziente stesse scivolando in un mondo a gravità maggiore che rendeva più ardui gli spostamenti. Il malato camminava a piccoli passi, ravvicinati, simile a un automa, senza le normali oscillazioni pendolari automatiche delle braccia che rimanevano aderenti al tronco. Talvolta era come se il movimento improvvisamente inceppasse. Il malato stava allora immobile, bloccato in un equilibrio precario, incapace di darsi una mossa. Così il cucchiaino si arrestava fra il piatto e la bocca, per un tempo esasperante, in una situazione congelata, che in assenza di spinte esterne risolutive poteva diventare estremamente imbarazzante. Oppure una frase rimaneva sospesa a metà lasciando stupefatti gli ascoltatori.

L'intero corpo curvava lievemente in avanti, il capo sul petto, gli avambracci sulle braccia, il tronco sugli arti inferiori. Una postura a "convessità anteriore" che l'occhio esperto riconosceva immediatamente come caratteristico della malattia parkinsoniana. E che diventava impossibile confondere quando si osservava il malato deambulare. Tutto di lui parlava. I suoi piccoli passi, "precipitati", come se lo spostamento in avanti avesse avuto l'unica funzione di impedirne la caduta anteriore, mentre tutto il resto appariva statico, immobile, tranne le dita, le mani e gli arti superiori paradossalmente agitati da un tremore ad ampie scosse, incessante e ritmico. Chiamando il paziente da dietro o di lato, egli non era in grado di ruotare nello stesso tempo il capo o il tronco, ma sembrava costituito da un blocco unico che si rivoltava tutto d'un pezzo e con lentezza.

Gli arti frapponavano una certa resistenza ai movimenti indotti, sia nella flessione che nell'estensione. Mentre si spostavano passivamente si avvertiva nei muscoli il prodursi di contrazioni "a scatto", come una sorta di ruota dentata che girava incastrando i denti a guizzi discreti. Fenomeno per questo definito *della ruota dentata*, ricercato sempre dai neurologi durante l'esame clinico. Quando la resistenza era vinta, l'arto si spostava e tendeva a non tornare spontaneamente nella posizione di partenza ma era quasi obbligato a mantenere la nuova postura. In rari casi estremi si entrava nello stato definito di *catalessi*, con totale sottomissione alle forze esterne, passivamente subite. L'ammalato faceva venire in mente una statua di cera che manteneva la posizione attivamente impressa dall'esaminatore. In qualche altro caso si poteva arrivare a una vera rigidità con la comparsa di contratture che viziavano la posizione mantenuta nello spazio dalla mano e dalle dita.

La mimica scompariva trasformando la faccia in una maschera inespressiva. Un effetto accentuato dall'aumento della secrezione sebacea, che rendeva il volto untuoso, mentre le rughe si appiannavano. Fenomeno che coglieva anche la secrezione della saliva (*scia-*

lorrea) che colava lungo l'angolo labiale, specie di notte, segnalando un'alterazione più generale delle funzioni vegetative. Il volto diventava, fisso, ebete, le palpebre rimanevano talvolta immobili perdendo la normale frequenza di ammiccamento spontaneo, gli occhi fermi e lucenti. Un volto da cui traspariva "un'aria tra la sorpresa e l'angoscia"⁷. Paradossalmente poteva anche comparire il corteo di sintomi opposto e allora il paziente diventava preda di un riso e un pianto coatto, senza causa adeguata, definito *spastico*.

Anche la voce diventava lenta, monotona, inespressiva, talvolta con ripetizioni della stessa parola o sillaba (*palilalia*). Pure la scrittura subiva un'analogia trasformazione con caratteri minuti e qualche volta la ripetizione dei termini (*paligrafia*).

Era insomma l'armonia dei movimenti che veniva a mancare. Il ritardo dei meccanismi di correzione degli spostamenti eccessivi del corpo poteva portare a fenomeni curiosi. In questi casi, era come se il paziente inseguisse il suo baricentro. Una piccola spinta sul petto portava allora l'ammalato a camminare all'indietro per non cadere, senza riuscire a fermarsi, nel tentativo di mantenere la verticale del centro di gravità del corpo all'interno del perimetro d'appoggio. Altre volte erano fenomeni denominati *cinesie paradosse*, per cui il paziente era incapace di arrestare il movimento una volta iniziato. E poi ancora i tremori ritmici e le crisi oculogire, vale a dire i movimenti abnormi dei globi oculari. In definitiva le ipercinesie, già presenti nella sintomatologia infettiva d'esordio della malattia.

In generale l'encefalite letargica evolveva con una progressione lenta, congelando la vita dei pazienti, ma arricchendo il bagaglio di conoscenze dei medici sul sistema nervoso. I malati diventavano preziose miniere per la loro esperienza professionale. Percorrere i vari gradi di evoluzione della malattia, coglierne la ricchezza delle manifestazioni, era come immergersi nella fantasmagorica complessità del cervello, concentrare in singoli momenti l'infinito repertorio di sintomi racchiuso all'interno della scatola cranica. Osservare accuratamente

un paziente dall'esordio dei sintomi fino alla fase post-encefalitica regalava la ricchezza d'esperienza che si poteva derivare soltanto dall'osservazione clinica di molti ammalati affetti dalle diverse patologie nervose. Ogni caso costituiva dunque un trattato di neurologia clinica. Perché quasi tutto era possibile in quella malattia, ogni costellazione di sintomi poteva germire con inesausta originalità. Molte furono le cure provate. Poche dimostrarono di possedere una qualche efficacia. La migliore, a quello che si scrisse, proveniva direttamente dalla natura.

Il guaritore

Quando nacque Iván Raev il 17 settembre 1876 - lo stesso anno in cui vide la luce Constantin von Economo - la Bulgaria stava vivendo uno dei momenti più drammatici della sua storia nazionale. Nell'aprile di quell'anno la popolazione si sollevò in massa contro i turchi rivendicando l'indipendenza nazionale, l'ultima di una lunga catena di insurrezioni finite in un bagno di sangue. Anche questa volta la repressione che ne seguì fu feroce, gli "orrori bulgari" catturarono le prime pagine dei giornali europei. La mobilitazione che provocò fu l'occasione colta dai russi per muovere guerra ai turchi e suscitare la sollevazione nazionale che portò all'indipendenza della Bulgaria nei due anni seguenti, dopo secoli di dominio ottomano. Raev crebbe segnato da questi eventi in una famiglia povera dove si trasmetteva tradizionalmente la conoscenza delle virtù medicinali delle piante. Del resto era una sapienza condivisa a Sopot, il villaggio nel territorio dei Balcani al centro della Bulgaria, dove nacque. Molti erano gli esperti raccoglitori di erbe medicinali, che spesso erano anche abili imbalsamatori e medici popolari privi di qualsiasi titolo ufficiale ma dediti all'arte empirica del curare. A Sopot la conoscenza tradizionale degli effetti terapeutici delle piante era molto antica e derivava da una lunga catena di trasmissione, di generazione in generazione, dei loro effetti segreti.

I vegetali raccolti potevano essere utilizzati direttamente da chi li aveva identificati e trovati, oppure entravano in un circuito commerciale su cui si basava una parte dell'economia locale. Gli erboristi di Sopot prestavano la loro opera nella cura diretta dei pazienti o si dedicavano alla preparazione di tisane, pomate, colliri, polveri e pillole da somministrare al momento opportuno e da vendere a chi ne avesse bisogno.

Il padre di Raev, Raio Atanasov, era un esperto raccogliitore di erbe, uno dei tanti attivi nel villaggio. Ma non era uno di quegli esecutori che si mantenevano strettamente fedeli a quanto avevano appreso. Al contrario gli piaceva sperimentare nel campo della medicina veterinaria dove divenne molto conosciuto e richiesto come medico popolare. Una pianta che imparò a utilizzare con grande maestria, nonostante la sua pericolosità, fu l'*Atropa belladonna*, che utilizzò per trattare la *malattia del bufalo*, una misteriosa malattia animale che avrebbe mostrato sintomi simili a quelli dell'encefalite letargica⁸. Rimasto vedovo precocemente – la moglie Nona morì che Raev aveva 12-13 anni - sposò un'altra donna cosicché il figlio dovette imparare presto a badare a se stesso.

Ma le erbe gli erano già entrate in testa per trasmissione paterna. Forse proprio allora Iván Raev trovò lavoro come bracciante e pastore. Occuparsi degli animali, vagando per monti e colline, era anche un modo per assecondare la passione per la ricerca dei rimedi vegetali. Mantenersi e, nello stesso tempo, orientarsi verso la professione del padre. A contatto con la natura diventò un abile preparatore di erbe medicinali che iniziò a vendere e commerciare, esercitando nello stesso tempo la tradizionale medicina popolare basata sull'osservazione della validità empirica di un farmaco.

Nel 1900 lasciò la città natale viaggiando molto fino a quando approdò a Costantinopoli. Nella città sul Bosforo coesistevano da secoli medici educati all'occidentale, di solito appartenenti al gruppo etnico di lingua greca, che avevano studiato in una università

europea, frequentemente italiana, e guaritori tradizionali che curavano con le erbe e i prodotti naturali, fuori dagli schemi codificati nelle farmacopee ufficiali dei testi accademici di materia medica. La medicina popolare aveva avuto un grande successo nel Settecento quando la moglie dell'ambasciatore inglese a Costantinopoli, Mary Wortley Montagu, aveva osservato delle popolane inoculare del materiale vaioloso a soggetti sani riuscendo poi a prevenire in loro lo sviluppo di un'infezione grave durante un'epidemia. La nobildonna fu in grado, anche se con grande difficoltà, di trapiantare la pratica in Inghilterra da dove si diffuse in altri paesi e venne soppiantata soltanto a fine Settecento con l'introduzione della vaccinazione da materiale infetto proveniente dalle vacche (vaiolo vaccinico).

Alla fine dell'Ottocento a Costantinopoli si poteva ancora trovare di tutto, dai rimedi tradizionali più diversi, espressione delle credenze popolari delle innumerevoli etnie ancora fiorenti nella città orientale, alla medicina occidentale più avanzata legata alle ambasciate europee. Raev cercò l'occasione per aumentare il repertorio delle sue conoscenze terapeutiche, in linea con quanto aveva già appreso dal padre e dalla tradizione locale delle campagne bulgare. La trovò entrando in contatto con uno strano personaggio, un religioso musulmano grande conoscitore di rimedi vegetali e naturali che si chiamava Hoxha (in albanese significa proprio "prete"). Sotto la sua guida Raev perfezionò le conoscenze botaniche e affinò il suo talento nel trattamento di vari malanni con l'impiego delle erbe medicinali. Forte dei progressi realizzati, nel 1905 lasciò l'acqua smaltata sul Bosforo e tornò a Sopot dedicandosi all'esercizio della medicina tradizionale. Con sé portava un libro che gli donò Hoxa, che descriveva le proprietà medicinali sconosciute di molte piante. Divenne ben presto conosciuto per le sue abilità terapeutiche e la facilità con cui curava ed estraeva i denti lavorando "velocemente, sicuramente, con grande abilità". Era così generoso che talvolta non si faceva pagare, aumentando la sua fama di uomo competente e onesto.

Nel 1919 si sposò con Neda Antipova la figlia di un guaritore di Shipka, un villaggio nei pressi di Kazanlak nella Valle delle Rose ricchissima di prodotti botanici impiegati come farmaci, e si trasferì stabilmente nella sua casa che distava circa cinquanta chilometri a est del villaggio in cui era nato.

Ma non si limitò alla medicina e alla botanica medica. Diventò un attivista della lotta contro le malattie sociali e le deformità fisiche e si lasciò tentare dalla politica partecipando alla fallimentare insurrezione del settembre 1923 che vide contrapposto il Partito Comunista Bulgaro alle forze lealiste al potere.

La proposta terapeutica fondamentale della sua vita, a cui legò il suo nome gli venne un giorno del 1922 quando si trovò a fronteggiare una situazione drammatica⁹. Stava vagando nella campagna alla ricerca di piante da raccogliere, quando gli capitò di raggiungere un capanno per pastori nella quale una donna stava soffrendo le pene dell'inferno per una severa patologia neurologica. Era sdraiata a letto, in preda a una sorta di "malattia del sonno", forse una sindrome post-encefalitica. Probabilmente gli venne in mente l'esperienza del padre che aveva utilizzato la belladonna negli animali. Del resto un altro medico popolare, certo Alessandro della non lontana città di Gabrovo e altri guaritori locali erano abituati a curare gli ammalati che stavano a letto molto tempo, spossati e sonnolenti, con dosi elevate di *Atropa belladonna*. Stranamente, a quanto era stato riferito, sembrava che la somministrazione li facesse dapprima andare fuori di senno, poi si riprendevano e infine guarivano.

Quando Raev si trovò di fronte alla donna, probabilmente intuì quanto le esperienze di cui era a conoscenza sull'impiego dell'*Atropa belladonna* nelle patologie neurologiche potevano diventare utili in quel momento cruciale. Decise allora di puntare sulla pianta. Preparò un decotto con le radici della belladonna e lo somministrò alla paziente. Sapeva quanto la belladonna potesse diventare temibile e il risultato catastrofico. Ma non si fa nulla di importante senza rischio.

Probabilmente l'intuizione basata sulla conoscenza accumulata in anni e anni d'esperienze con piante medicinali dovette alla fine vincere ogni timore.

La cura

La donna ingoiò l'intruglio vegetale e ben presto iniziò a sentirsi a disagio. Era sconvolta e sofferente. La situazione diventò rapidamente drammatica. La paziente iniziò ad agitarsi e comparvero le convulsioni. Poi il miracolo.

Dopo una decrescita graduale, le convulsioni improvvisamente scomparvero.

La donna diventò calma, rilassata e iniziò a ristabilirsi. Una trasformazione impressionante e completa. Più tardi, le sue condizioni generali migliorarono ancora e iniziò nuovamente a fare qualche passo. In poco tempo era passata dall'estremo limite a una nuova vita. Nessuno riusciva a trattenere la sorpresa.

La notizia del trattamento miracoloso fece presto il giro dei villaggi. Probabilmente Raev iniziò allora a esser ricercato per le sue terapie e forse la sua attività crebbe rapidamente al punto da dar fastidio alla classe medica ufficiale composta da individui orgogliosi del loro attestato ufficiale di laurea e desiderosi di avvalersene in maniera esclusiva.

Lo scontro fra guaritori popolari e medicina accademica è un fatto storicamente frequente, da quando il diploma sancisce con un documento riconosciuto l'entrata nello *status* corporativo della professione medica. Raev esercitava l'attività di guaritore senza titoli accademici adeguati, era un praticone dei vegetali, pericoloso per l'uso potenzialmente imprevedibile che ne faceva. Bisognava perseguirlo per esercizio non autorizzato della professione medica. Probabilmente vi erano anche ragioni politiche dietro il progetto di bloccarne l'attività. In fondo questo guaritore non si accontentava di curare i contadini, ma aveva dato segni d'irrequietezza politica

partecipando all'insurrezione del settembre 1923, promettendo un futuro da pericoloso rivoluzionario. Motivo in più per perseguirlo. Così venne arrestato e imprigionato a Stara Zagora - nel capoluogo della provincia a cui apparteneva Shipka - come un malfattore "non per aver procurato danni alla salute dei suoi pazienti, ma per la mancanza di un titolo attestante le sue capacità"¹⁰. La brutta esperienza fu tuttavia superata con determinazione. Raev sapeva evidentemente quanto valeva come guaritore e desiderava con forza continuare la pratica curativa fra il popolo. Il risultato già ottenuto con la belladonna era incoraggiante, ma non si potevano fare passi falsi, troppi potevano essere i potenziali accusatori, pronti a denunciarlo di nuovo chiudendo definitivamente la partita aperta con la sua vita e con quella dei pazienti.

Raev sapeva bene che la pianta era un potente veleno, oltre che una potenziale medicina straordinaria. Prima di impiegarla sistematicamente in altri pazienti encefalitici era necessario stabilirne le condizioni ottimali di impiego, le modalità di somministrazione e la misura efficace. Doveva provare e riprovare, facendo fede sull'esperienza e confidando sul buon senso. Due aspetti erano da considerare, innanzitutto stabilire una dose terapeutica estratta dalla pianta che fosse priva di tossicità, poi cercare di aggiungere altre sostanze che ne aumentassero l'effetto riducendo nello stesso tempo i danni collaterali.

Per estrarre dalla radice di belladonna le sostanze attive, decise alla fine di utilizzare il vino bianco, tradizionalmente impiegato in Bulgaria per preparare infusi e decotti. L'alcool favoriva lo scioglimento e il passaggio delle sostanze attive dalle piante nella soluzione. L'azione farmacologica del vino diventava evidentemente molto spiccata perché i sali formati dai suoi acidi (acetico e tartarico) con le sostanze della belladonna, sono facilmente solubili e dunque meglio assimilabili. Ma Raev confidando nel suo istinto di conoscitore degli effetti delle piante, non si limitò alle radici di belladonna. Come un buon cuoco cercò di dosare altri ingredienti naturali nella sua

miscela officinale: noce moscata, *Acorus calamus*, *Carbo animalis*, menta e altre ancora. Non erano scelti a caso, ma sulla base delle conseguenze che provocavano sull'organismo. Ognuno poteva avere delle azioni che controbilanciavano gli effetti collaterali della belladonna compensandone, entro certi limiti, le conseguenze nocive.

La noce moscata, spezia usata in cucina, è il seme della pianta *Myristica fragrans* originaria delle isole indonesiane dell'arcipelago delle Molucche. Nel Seicento era stata utilizzata per le sue supposte proprietà medicinali contro la peste, poi si impiegò per attenuare nausea e vomito e per uso esterno come antidolorifico e antireumatico. L'*Acorus calamus* o calamo aromatico, dal profumo di limone, è una pianta erbacea dalle lunghe foglie che cresce negli ambienti umidi e paludosi. Le sue radici rizomatose erano utilizzate in erboristeria per l'azione digestiva, anticonvulsivante, diaforetica (sudorifera) e antipiretica. Il *Carbo animalis* o carbone animale, che si ottiene carbonizzando a 300 °C i tessuti e le ossa animali, era utilizzato come carminativo, cioè per ridurre i fastidi arrecati dalla presenza di troppa aria nel tubo gastro-enterico secondaria all'azione spasmolitica della belladonna. La menta, pianta molto aromatica, per l'azione digestiva e antispastica.

Raev aveva dunque messo a punto la sua terapia con l'intenzione di soppesare acutamente tutti i sintomi provocati dalla belladonna. La noce moscata per ridurre la nausea e tranquillizzare il paziente, il calamo aromatico per trattare il fastidio della secchezza orale e cutanea (causato dall'atropina, l'alcaloide contenuto nella belladonna), il carbone animale per assorbire l'aria intestinale e ridurre l'irritazione dello stomaco, la menta per gli effetti sull'apparato gastro-enterico e forse anche per la sua attività tonica e antisettica.

I risultati clinici non tardarono. La fama di Raev si diffuse presto localmente, attorno alla metà degli anni Venti, proprio quando anche la malattia era ormai una minacciosa presenza.

Il farmacologo Peter Nikoloff dell'Università di Sofia, sapendo che la belladonna era stata usata fin dai tempi antichi dai guaritori popo-

lari per trattare le malattie nervose e i reumatismi, s'incuriosì per il trattamento del guaritore popolare. Iniziò allora a sperimentare con il metodo sia in laboratorio, per determinare la composizione delle sostanze impiegate nel metodo curativo, sia con somministrazioni cliniche ai pazienti post-encefalitici. Ben presto giunse alla conclusione che il trattamento proposto dal guaritore popolare era superiore a ogni altra terapia utilizzata nell'attenuare le sequele di sintomi della malattia.

Raev aveva segnato un punto importante a suo favore con la presa di posizione di Novikoff. Finalmente iniziava a veder cadere la diffidenza che aveva circondato (e ancora circondava) il suo nome nella medicina ufficiale. Il successo diventò di dominio pubblico e raggiunse anche la casa reale catturando l'interesse dello zar Boris III di Bulgaria che aveva una solida preparazione naturalistica¹¹.

Poi accadde un evento del tutto imprevedibile¹². Un colonnello italiano che si trovava in Bulgaria venne colpito dall'encefalite e venne richiesto l'intervento di Raev.

Il guaritore somministrò la sua pozione e i risultati furono entusiasmanti, oltre ogni aspettativa. Il colonnello vide dileguare i sintomi al punto che la malattia apparve del tutto guarita.

La notizia del trattamento empirico del guaritore popolare bulgaro fece il suo ingresso in Italia. Per via regale.

Lì trovò la sua convinta sostenitrice.

Una donna alla quale non si poteva dire di "no".

Una regina entusiasta della medicina

L'arte del curare era una sua vocazione. Da quando era diventata regina d'Italia, dopo la morte violenta di re Umberto I il 29 luglio 1900, poteva assecondare questa inclinazione fortissima. Jelena, chiamata ufficialmente Elena dopo il matrimonio con Vittorio Emanuele, futuro re d'Italia, stava sempre attenta alle questioni di salute delle persone con cui intratteneva rapporti diretti. Aveva un

riflesso mentale fulmineo per fronteggiare ogni loro disturbo. Si affrettava "a visitare amici e conoscenti indisposti e, nella convinzione che madre natura le avesse infuso la scienza medica, formulava diagnosi, dava consigli e propinava medicinali"¹³. Le malattie e il modo di curarle erano gli argomenti migliori di discussione e i medici facevano parte delle sue abituali e preferite frequentazioni. Era sempre in visita a qualche ospedale e costantemente presente alle tradizionali giornate pediatriche della "madre e del fanciullo"¹⁴. Per l'ostetricia poi aveva un'autentica passione, quasi professionale, forse nata quando da giovane aveva assistito ad alcuni parti. Così era sempre più che pronta a intervenire, soprattutto durante i periodi di residenza in campagna, quando veniva a sapere che c'era in corso una nascita in qualche famiglia. Furono ben cinquantadue, almeno a quanto risulta dai registri di corte, le nascite a cui prese parte come ostetrica di supporto durante i soggiorni vacanzieri a Sant'Anna di Valdieri in Piemonte e a San Rossore¹⁵.

"Con la regina si può parlare soltanto di medicine e ammalati", si lamentò un giorno Mussolini¹⁶. Nelle cerimonie pubbliche in cui s'incontrarono dopo l'avvento del fascismo lei imponeva sempre quel tema di conversazione. Si piccava di conoscere le applicazioni migliori della terapeutica ufficiale ma soprattutto si sentiva portatrice del sapere esoterico dell'arte del guarire popolare del Montenegro e dei Balcani. Tutti ammiravano la sua passione per le cure mediche che era una parte delle sue innumerevoli attività benefiche. Tanto il marito Vittorio Emanuele III era puntiglioso, parsimonioso, freddo e distaccato, tanto lei spendeva a piene mani per sostenere le sue iniziative sanitarie e assistenziali. Un giorno il re confidò al primo aiutante di campo generale Paolo Puntoni: "Mia moglie mi chiede continuamente soldi. Finirà col condurmi alla bancarotta!...". Nessuno sa quanto denaro riuscì "a cavar fuori dalla borsa del marito, che metteva spesso il broncio quando era costretto ad aprirla".

Era molto generosa. La divisione V del ministero della Real Casa si occupava, sotto la sua direzione, della beneficenza ufficiale. Sulla base delle informazioni scrupolosamente raccolte concedeva soccorso in denaro “alle persone indigenti”, assegni educativi messi a concorso fra i giovani italiani “che si distinguevano negli studi e che appartenevano a famiglie di ristrette condizioni economiche”¹⁷. L’interesse per la medicina e la salute, anche quando usciva fuori dai binari della medicina ufficiale, la metteva in contatto “con i maggiori scienziati d’Italia e d’Europa”¹⁸, ai quali chiedeva consulenze e consigli per promuovere opere ospedaliere e di soccorso medico. Le situazioni di emergenza, come il terremoto di Messina, la videro costantemente in prima linea. Nella Grande Guerra trasformò il Quirinale in ospedale da campo che accoglieva i soldati mutilati da sottoporre a riabilitazione, in seguito contribuì a fondare il primo Istituto in Italia per la cura dei postumi della poliomielite. Nel 1926 riuscì a fondare l’Istituto “Regina Elena” di Roma per lo Studio dei Tumori che poi inaugurerà ufficialmente nel 1933.

Era sempre pronta a entusiasmarsi per qualche nuovo progetto sanitario e a questa dimensione profonda del suo temperamento risaliva la fiducia che sentiva per i rimedi popolari conosciuti nel Montenegro durante la giovinezza. E la curiosità per la medicina popolare proveniente dai Balcani.

Non stupisce dunque che la sua curiosità e il suo entusiasmo si accessero quando venne a conoscenza che un nuovo trattamento per i postumi dell’encefalite letargica era stato proposto in Bulgaria, lo stato di cui era sovrana la figlia Giovanna, che aveva sposato lo zar Boris III nel 1930. Il monarca aveva saputo, da buon botanico, quale pianta utilizzava questo guaritore che affermava di poter controllare la malattia e migliorarla significativamente, l’*Atropa belladonna*. Una pianta sicuramente conosciuta anche dalla regina Elena, fin dai suoi anni montenegrini, utilizzata com’era dalla medicina popolare delle campagne. La nuova cura non poteva non essere un argomento

d'interesse per entrambi. Così Boris, durante uno dei loro incontri, le parlò "per la prima volta di quella pianta per la cura degli encefalitici, la *àtropa belladonna*"¹⁹. Curiosa com'era sempre stata per i rimedi popolari, la regina Elena avvampò di entusiasmo, carica di speranza per quella terapia. Forse le vennero in mente gli anni passati nel Montenegro e i rimedi popolari basati sulle erbe che aveva visto applicare. Decise che valeva la pena dare fiducia a questo guaritore. Ma come fare a convincere la medicina ufficiale italiana, tradizionalista e conservatrice? Che fiducia avrebbe potuto riservare a un mezzo stregone che curava fuori dagli schemi codificati degli ospedali e delle università? Era necessario conquistare l'interesse e la fiducia di un medico autorevole, e tramite lui penetrare nella comunità sanitaria italiana.

La "cura bulgara" in Italia

Il professor Giuseppe Panegrossi era docente di neuropatologia all'Università di Roma. Studioso di consolidata reputazione, era noto per i suoi studi sulle infezioni e sull'anatomia del sistema nervoso. La sua esperienza con i pazienti encefalitici risaliva ai primi anni dopo l'identificazione della malattia da parte di von Economo. Aveva poi seguito il suo andamento, i suoi picchi d'incidenza e la sua decrescita nella seconda metà degli anni Venti.

All'inizio del decennio successivo la situazione di questi pazienti rimaneva drammatica soprattutto per la continua insorgenza delle manifestazioni tardive che, come bombe a tempo, scoppiavano regolarmente in pieno benessere. Attorno alla metà degli anni Trenta il numero dei parkinsoniani post-encefalitici assommava certamente a "parecchie migliaia"²⁰.

Le sostanze e le terapie più strane erano state tentate nel tentativo di alleviare i sintomi della malattia. Si partì dalla somministrazione di "succhi" ghiandolari tiroidei e ipofisari, basandosi dal presupposto ipotetico, avanzato da qualcuno, della patogenesi endocrina

del Parkinson. Ben presto, data l'assoluta mancanza di risultati terapeutici, si passò agli estratti di varie erbe, quali il giusquiamo, la *Cannabis indica*, lo stramonio, la *Corydalis cava* e a tutta una serie di altre piante officinali, oppure a sostanze di derivazione vegetale quali la nicotina e il curaro. Senza alcun risultato sicuro.

Neanche con la radioterapia cerebrale, le iniezioni sotto-occipitali d'aria, i bagni radioattivi, l'induzione della febbre malarica inoculando il microrganismo responsabile delle forme benigne, o con terapie molto più invasive come la sezione chirurgica dei cordoni posteriori del midollo spinale. Sui pazienti post-encefalitici si era scatenata una girandola di tentativi empirici che spesso li lasciavano in condizioni fisiche di gran lunga peggiori di come i medici li avevano trovati.

Un clinico tedesco aveva suggerito una terapia che sembrava dare qualche risultato. Si basava sulla somministrazione di atropina, sostanza nota per le sue azioni neurotrope, in particolare sul sistema parasimpatico. In realtà questo alcaloide era stato utilizzato nel trattamento del morbo di Parkinson fin dalla seconda metà dell'ottocento dal grande neurologo francese Jean Martin Charcot e poi da molti altri clinici, con scarsi risultati²¹. La cura generava effetti collaterali così importanti (estrema secchezza delle fauci, disturbi della visione, alterazioni alimentari) che i pazienti erano costretti a sospendere il trattamento. A metà degli anni Venti del Novecento, tuttavia, la somministrazione dell'atropina era stata nuovamente promossa dall'autorevole clinica neurologica di Bucarest diretta dal famoso neurologo Georges Marinesco. Altri medici avevano presto ripreso il trattamento segnalando la sua influenza curativa soprattutto sul tremore.

L'osservazione di uno strano fenomeno fu particolarmente importante. Un medico della Clinica medica dell'Università di Monaco, Friedrich Bremer, notò come i pazienti affetti da parkinsonismo post-encefalitico rispondessero meglio al trattamento con gli alcaloidi della belladonna, e naturalmente prima di tutto all'atropina,

rispetto ai pazienti con morbo di Parkinson idiopatico. Non solo, era anche evidente che sopportavano meglio dosi elevate dell'alcaloide, lamentandosi meno degli effetti collaterali della sostanza. Il lavoro di Bremer apparve alla fine del 1925 e influenzò il successivo sviluppo di questa terapia con dosi elevate di atropina (e la contemporanea somministrazione di scopolamina) nelle sequele dell'encefalite letargica, soprattutto messa a punto nel sanatorio di Hirsau, nella Foresta Nera, da Carl Römer e Anna Luise Kleemann²². Resa nota durante un convegno di neurologi e psichiatri tedeschi tenutosi a Baden-Baden nel 1929, questa terapia si proponeva di migliorare le alterazioni del tono muscolare e gli altri sintomi neurologici dei pazienti (come la rigidità, il tremore, la scialorrea). Secondo i rapporti pubblicati, la cura forniva risultati certamente positivi, anche se l'uso prolungato di dosi elevate di atropina poteva produrre vari disturbi neurovegetativi, particolarmente a carico del tratto gastro-intestinale con sviluppo di megacolon e talvolta la morte per le conseguenti complicanze.

Questo era lo "stato dell'arte" nel trattamento degli encefalitici quando, all'inizio degli anni Trenta, la regina Elena, entusiasta di ogni novità sanitaria, decise che valesse la pena far provare in Italia il trattamento di cui le aveva parlato il genero. Prese allora contatti dapprima con un medico, certo "Dott. Bani"²³, che fece dei tentativi a Roma di applicare la terapia. Ma l'impresa richiedeva un programma più ambizioso da realizzare in una struttura specializzata. Entrò allora in azione Giuseppe Panegrossi - noto neuropatologo - e con lui la regina Elena stabilì "di sperimentare la nuova terapia di cui si dicevano mirabilia"²⁴. Bisognava ovviamente procurarsi le preparazioni medicinali di Raev in quantità adeguata per iniziare una sperimentazione in grande scala. La sovrana, ansiosa di "beneficiare il prossimo e specialmente gli infermi", evidentemente anche grazie all'aiuto che il genero Boris III poteva darle, sollecitò "l'invio dalla Bulgaria di alcuni chilogrammi di radice". Nell'aprile 1934 l'amministrazione

degli Ospedali Riuniti di Roma organizzò un reparto speciale presso il VI Padiglione del Policlinico Umberto I - subito indicato come “Reparto «Regina Elena»” - per il trattamento degli ammalati di parkinsonismo post-encefalitico²⁵. Diretto da Panegrossi, ma con la costante presenza della regina Elena, diventò rapidamente il punto di riferimento di molti altri centri che sorsero alla metà degli anni Trenta un po' in tutta Italia. Appena un anno dopo, durante una conferenza tenuta al Quirinale alla presenza del re e della regina, il 7 aprile 1935, il neuropatologo era già in grado di comunicare, i risultati preliminari del trattamento, già presentati al Congresso di Medicina Interna. Panegrossi ricordò le circostanze che lo avevano messo a capo della sperimentazione clinica²⁶:

Accettai l'incarico, fiducioso di poter giovare a questi infelici, di cui da anni seguivo scoraggiato le sorti e fiero di mettere a disposizione della beneamata Sovrana le mie modeste risorse di medico e di neuropatologo. Il mio compito è stato tutt'altro che semplice: ma la preziosa collaborazione e la fiducia, di cui Sua Maestà si è degnata onorarmi, hanno di molto attenuato le non lievi fatiche e le responsabilità senza numero da me in un primo tempo incontrate ed oggi lo scopo è, si può dire, raggiunto.

La relazione di Panegrossi prese le mosse dalle caratteristiche della malattia riassumendone con toni drammatici ma precisi i caratteri clinici principali e le singolarità sconcertanti, come la comparsa delle manifestazioni cliniche a distanza di anni dall'episodio acuto di encefalite letargica (perfino quattordici, in un caso da lui seguito). Mise in evidenza la sostanziale differenza neuropatologia fra la fase infettiva della malattia, dominata dai processi infiammatori, e la fase cronica tardiva in cui predominavano i fatti degenerativi. Fece notare l'esordio subdolo, senza cause apparenti, dei sintomi parkinsoniani, anche se talvolta l'inizio poteva essere brusco, dopo una causa occasionale scatenante “come la gravidanza, un trauma fisico o psichico, una malattia intercorrente”.

In maniera magistrale, per un pubblico colto ma non di esperti, tratteggiò vividamente i caratteri della malattia, i suoi sintomi principali “che permettono il più delle volte di far la diagnosi già a prima vista”. La *rigidità muscolare* e la *amimia*, che nei casi più gravi faceva assumere al volto “l’aspetto e la fissità di una maschera e al corpo l’immobilità di una statua, con la testa, il tronco, gli arti, in atteggiamenti più o meno viziosi”. La “lentezza sempre crescente dei movimenti volontari (*bradicinesia*), fino alla loro completa abolizione (*acinesia*)”, i subitanei arresti motori “per cui un atto volontario resta a metà interrotto (*braditeleocinesia*)”, le attitudini del soggetto a conservare le “posizioni attive e spontanee (*catatonìa*) e a mantenere quelle che gli vengono passivamente impresse (*catalessia* o *flessibilità cerea*)”, la lenta e stentata decontrazione dei muscoli (*fenomeno della troclea dentata*), la perdita più o meno completa dei fenomeni automatici e associati, la mancanza di iniziativa, l’articolazione impoverita della favella. E poi ancora i fenomeni opposti, le *cinesie paradosse*, i *tremori*, la *scialorrea*, le *crisi sudorali*, *lacrimali*, e *vasomotorie*, le “*crisi toniche oculogire*”, fenomeno tanto temuto dagli infermi, che consiste nella forzata fissazione dello sguardo in una determinata direzione, per lo più in alto, per un tempo più o meno lungo (anche per ore, per mezze giornate e interi giorni) accompagnata da sofferenze che il paziente definisce “inaudite”²⁷.

Un quadro - come vedesi - dei più impressionanti, spesso macabro, che non può [non] commuovere il cuore più arido, specie poi ove si pensi che fra tanta rovina fisica, integra o quasi rimane l'intelligenza e la coscienza resta vigile sino all'ultimo. Solo il morale, come è facile comprendere, è in questi infelici completamente a terra e ciò spiega i numerosi casi di suicidio che fra essi si sono avuti.

Panegrossi passò poi a descrivere sommariamente la terapia²⁸:

Trattasi [...] di prodotti provenienti dalla Bulgaria. L'analisi di questi prodotti da me fatta eseguire all'Istituto di Botanica della nostra Università

e che la Direzione Generale della Sanità Pubblica ha fatto ripetere poi per suo conto, ha rivelato che il più importante di essi, quello su cui si fonda tutta la cura, è costituito da pezzi di radice di Belladonna (Atropa Belladonna) mescolati a pezzi di rizoma di questa pianta. Ha rivelato inoltre che la radice contiene allo stato secco (quale viene a noi inviato dalla Bulgaria) il 0.8 % circa di alcaloidi totali, costituiti, per la massima parte da atropina e iosciamina, in minima parte da scopolamina, belladonnina e duboisina e che il tasso medio di alcaloidi del rizoma si aggira solo intorno al 0.50%. [...]. D'importante è stato notato che il contenuto in alcaloidi delle radici di Belladonna coltivata è notevolmente superiore a quello delle radici di belladonna spontanea: che il tasso di alcaloidi nelle radici supera notevolmente quello delle foglie (da notare che le radici della Belladonna erano state invece da tempo bandite in terapia perché meno attive delle foglie: che il tasso degli alcaloidi nelle radici, come in qualsiasi altra parte della pianta di Belladonna, è legato alla natura e al metodo di concimazione del terreno, all'altitudine e quindi al paese di provenienza, all'epoca della raccolta, all'andamento meteorologico dell'annata, all'età della pianta, al grado e al modo di disseccamento.

Ora è bene si sappia che le radici a noi inviate dalla Bulgaria sono di Belladonna coltivata in terreno speciale e con metodi speciali concimato.

Un punto gli premeva sottolineare di fronte ai reali:

Un'altra cosa è necessario si sappia ed è che queste radici sono ben lungi dal costituire tutta la cura che al Policlinico viene praticata. La loro somministrazione intanto è accompagnata da speciali pratiche dietetiche e igieniche (dieta atossica, alcalinizzante, astensione dal vino, dal fumo e dal caffè, aria libera, moto ecc.) aventi per iscopo di favorire la tolleranza del rimedio e di rafforzarne l'azione. Questa ottenuta, altri sussidi terapeutici non meno importanti entrano in campo. Grazie al massaggio, alla ginnastica attiva e passiva, alla meccanoterapia, vien proceduto alla riattivazione dei muscoli e delle articolazioni rimaste inerti spesso da anni. Con apparecchi ortopedici viene provveduto alla correzione di eventuali atteggiamenti viziosi del capo, del tronco, delle estremità, o di eventuali deformazioni articolari ed ossee. Segue la rieducazione dei movimenti dell'infermo dimenticati o perduti: particolarmente delicata quella dei movimenti automatici, che debbono prima

Dalla Bulgaria all'Italia: la "cura bulgara"

tornare come volontari e poi riacquistare con l'uso il loro automatismo. Una sana e ben diretta psicoterapia integra infine questa complessa e laboriosa opera di ricostruzione fisica.

Ricostruzione fisica

In questa formula sintetica si esprimeva la filosofia terapeutica fondamentale ispirata dalla regina Elena e sviluppata da Panegrossi a beneficio degli ammalati. Tutti i programmi, da quelli farmacologici - che avevano alla loro base la "cura bulgara" - ai neuroriabilitativi, per giungere infine a quelli psicoterapici dovevano mirare alla ricostruzione fisica dell'ammalato. Un programma di una modernità sorprendente applicato a una malattia complessa, con potenzialità multiple di recupero e, proprio per questo, migliorabile con un intervento polidisciplinare.

Non era dunque giusto continuare ad affermare che il trattamento dei parkinsoniani post-encefalitici consistesse unicamente "nella semplice propinazione di una misteriosa tisana o di un decotto dotato di magiche proprietà, come da taluni erroneamente è stato detto e generalmente si crede, ma in tutto un complesso e ben coordinato sistema terapeutico". Un risultato che secondo Panegrossi era dovuto al "grande cuore" e al "fine intuito della nostra Regina [...] messo a disposizione di questi ammalati". Grazie a lei il nuovo sistema terapeutico articolato in maniera coordinata non poteva non richiamare "tutta l'attenzione dei medici, specie dopo i perfezionamenti ad esso apportati, gli accertamenti scientifici con cui è stato integrato, i felici risultati con esso avuti". Un progetto sanitario così complesso e impegnativo richiedeva un lungo periodo di ricovero iniziale (a partire dai due o tre mesi) perché i pazienti dovevano essere assiduamente sorvegliati e consigliati all'inizio del trattamento²⁹.

E ciò per varie ragioni. Principale quella che l'uso di queste radici, per la grande tossicità e per la frequente intolleranza da parte dei pazienti,

può, in un primo tempo, riuscire pericoloso (in passato si sono avuti con essa dei morti). Poi, perché questa cura, nella sua semplicità, è di una tecnica così delicata e complessa, da non poter essere lasciata nelle mani degli infermi e dei loro parenti, finché del suo meccanismo questi non si siano resi padroni. Altra ragione è, che, producendo questo rimedio, in alcuni individui e su alcuni fenomeni il massimo effetto in piccola quantità, in altri l'opposto, la sua "dose ottima" deve essere stabilita, sintomo per sintomo, caso per caso, dopo molti tentativi che possono durare anche dei mesi: né ciò potrebbe avvenire stando l'infermo in famiglia e facendosi visitare di tanto in tanto. Il ricovero in questi pazienti in un luogo di cura per un congruo periodo di tempo (2-3 mesi almeno) è apparso infine necessario, perché ai sintomi della serie parkinsoniana spesso si associano intercorrenti fenomeni di eccitamento psichico, che, risvegliandosi all'improvviso, forse anche più accentuati per effetto della cura, possono da un momento all'altro rendere il soggetto pericoloso.

Dopo questo lungo periodo ospedaliero i malati venivano dimessi e continuavano a domicilio la cura, "tornando a farsi vedere ogni quindici giorni, se residenti in Roma, inviando, ad eguali periodi di tempo, una breve relazione del loro stato, se dimoranti fuori". A ogni malato, quando lasciava l'ospedale, si forniva il medicamento ogni quindici giorni con tutte le istruzioni scritte per il proseguimento della cura. Si aveva dunque un controllo temporale degli effetti della cura, e una costante conoscenza dei risultati a cui poteva portare.

I miglioramenti non si erano fatti attendere e le cifre che Panegrossi fornì nel suo rapporto preliminare al Quirinale erano estremamente lusinghiere. In totale aveva ricoverato 258 casi di cui 144 uomini e 114 donne.

Nei casi lievi si ebbe "constantemente la "virtuale" guarigione dell'infermo, sia pure il più spesso con lieve difetto", cioè con un modesto tremore o altri lievi sintomi. Tutti i pazienti erano stati in grado di tornare alle loro occupazioni. Quelli di media gravità "e anche gravi" avevano avuto un notevole miglioramento, riacquistando un'autonomia motoria nella maggior parte dei casi; in una

minoranza i risultati erano stati meno decisivi e i malati dovevano ancora essere saltuariamente aiutati "in qualche loro necessità". Infine, sottolineò Panegrossi³⁰:

Dei malati gravissimi, alcuni sono tornati a camminare e perfino a salire e scendere le scale da soli, a mangiare talora con le proprie mani: qualcuno passa ancora la sua vita fra il letto e la poltrona: tutti hanno acquistato qualcosa ed accennano ad acquistare ancora di più. Il loro miglioramento ha spesso impiegato mesi per manifestarsi in modo evidente.

Il sintomo che meglio aveva risposto al trattamento era la rigidità muscolare "con tutti i fenomeni che ordinariamente l'accompagnano (amimia, bradicinesia, braditeleocinesia, catatonìa, catalessia ecc.)". Tale vantaggio, sottolineò Panegrossi, "si è manifestato nel più dei casi in modo così sorprendentemente rapido, da meravigliare, non solo i profani, ma anche dei medici, abituati a ben altre sorprese nel nostro esercizio professionale". Impressionanti erano alcune brevi descrizioni dei risultati ottenuti sui singoli pazienti. Individui

che mal si reggevano in piedi e peggio ancor più camminavano, che si muovevano con grande lentezza, od erano immobilizzati a letto, che parlavano male, o non potevano più articolare verbo, che da anni non erano più capaci di prendere la penna in mano, che masticavano e deglutivano a stento e insufficientemente quindi potevano nutrirsi, che dovevano essere alimentati, lavati, pettinati, vestiti, spogliati, tornare a muoversi e camminare con disinvoltura, rimangiare con le proprie mani, riacquistare l'uso della parola e la facoltà di scrivere, rimasticare e deglutire bene, tornare a ridere e scherzare, come persone normali o quasi.

Vi era chi "entrato in ospedale completamente muto ha potuto dopo soli tre giorni raccontare tutta la sua storia. Un altro, che da sei anni non era più in grado di tenere la penna in mano, ha potuto dopo una settimana, scrivere una lettera di quattro pagine, con calligrafia quasi perfetta. Una madre, grazie a questa cura ha avuto la gioia di riudire dopo molti anni la voce della figliola e tornare a comunicare con

essa”³¹. Guarigioni che avevano fatto “gridare al miracolo”. Vi erano stati casi in cui il tremore era impressionante prima dell’assunzione del rimedio, costringendo gli ammalati a un riposo forzato. Con la “cura bulgara” erano riusciti a tornare alle loro attività. Un pittore “a suo tempo di valore non comune”, dopo essere stato costretto per anni ad abbandonare la sua arte a causa del tremore che gli agitava le mani, era stato in grado, durante la degenza ospedaliera, di “ritracciare disegni ed anche con una certa abilità”. Molte malate che a causa del tremore erano del tutto inabili nelle attività pratiche tornarono ad adoperare ago e uncinetto “e di fare con la lana, di cui per la generosità della regina sono state fornite, dei lavori graziosi e di confezione anche accurata”.

L’efficacia della terapia, secondo le affermazioni di Panegrossi, si era mantenuta adattando nel tempo il dosaggio degli estratti vegetali con opportuni “aggiustamenti di tiro”. Soprattutto si era dimostrata molto più vantaggiosa dell’assunzione di atropina secondo le prescrizioni di Römer e Kleemann.

La presentazione al Quirinale sanciva in maniera ufficiale la ragionevolezza di questa terapia alla diffusione della quale la regina Elena si prodigò con sforzi e programmi continui. In poco tempo giunse la risposta di molti medici e reparti specializzati sorsero presto “a Pisa, Torino, Milano, Padova, Trieste, Bologna, Bari, Napoli”.

Vi era però un problema legislativo da superare, come Panegrossi lamentò nella sua relazione davanti ai reali, perché l’opera di coloro che si dedicavano in ospedale al trattamento

[...] è in gran parte frustrata dalla legge inesorabile che regola l’accettazione e la degenza di questi ammalati negli ospedali e nelle cliniche, essendo essi cronici e non acuti.

Se si vuole che il fruire di questa cura non sia il privilegio di pochi e proprio di quelli che meno hanno bisogno dell’altrui soccorso, (gli abbienti), necessita concedere speciali facilitazioni a questi pazienti: considerarli,

Dalla Bulgaria all'Italia: la "cura bulgara"

ad esempio, come acuti, nel periodo di degenza indispensabile per iniziare la cura.

Già un anno dopo, tuttavia, il problema legislativo era risolto. La terapia fu resa "obbligatoria dal Capo del Governo, Ministro dell'Interno, Supremo tutore della salute pubblica, col R.D.L. 29 ottobre 1936-XV"³².

La disposizione legislativa prevedeva l'istituzione di speciali reparti per i pazienti acuti - cioè quelli che sviluppavano i sintomi extrapiramidali - e di convalescenti per il periodo successivo. Gli infermi poveri erano ospedalizzati e assistiti a spese della provincia in cui si comprendeva il comune della sua provenienza.

Ben presto nei giornali medici italiani, e anche su riviste tedesche, francesi, inglesi e americane, apparvero rapporti sui risultati della cura che in generale confermarono entusiasticamente, anche se con diverse sfumature, la sua efficacia. Pochi rapporti clinico-farmacologici, nel riportare i risultati del trattamento, sostennero che fossero certamente molto positivi anche se sostanzialmente paragonabili a quelli che si ottenevano con la somministrazione di alte dosi di atropina³³. Tuttavia, la quasi globalità degli studi, sottolineò come il trattamento con le radici di belladonna desse origine a meno effetti collaterali, potesse adattarsi più facilmente alla maggior parte dei pazienti, e non comportasse una spiccata sindrome da astinenza in caso di sospensione repentina che era invece la norma con il trattamento di Römer e Kleemann.

Nella stessa Germania il trattamento inventato da Raev, e le sue varianti con radici locali di belladonna, diventò preminente. A Kassel venne fondata una clinica intitolata alla Regina Elena, proprio per il trattamento preminente dei parkinsoniani post-encefalitici. Alla sovrana l'Università di Roma concesse la *laurea honoris causa* in medicina, per onorare le sue imprese sanitarie con speciale

menzione per la promozione del trattamento dei postumi dell'encefalite letargica³⁴.

La terapia si diffuse un po' in tutti i paesi europei e negli Stati Uniti con preparazioni medicinali formulate *ad hoc* che cercavano di riprodurre la composizione in alcaloidi dell'estratto di radici di belladonna³⁵. Nonostante qualche riserva avanzata nella letteratura scientifica, soprattutto statunitense, la cura bulgara diventò negli anni Quaranta e Cinquanta la terapia più utilizzata nel trattamento dei pazienti post-encefalitici. Si riconobbe anche, in generale, la sua maggiore efficacia, nei confronti dei trattamenti nel frattempo proposti per l'affezione. La sua progressiva scomparsa, dal novero delle terapie neurologiche, seguì ovviamente il progressivo assottigliamento del numero di pazienti post-encefalitici e il loro ingresso nella fase più tardiva della malattia nella quale la terapia con la cura bulgara era sostanzialmente inefficace. Proprio su un numero rilevante di questi pazienti, circa duecento, Oliver Sacks sperimentò la somministrazione della *levo-dopa*, il nuovo farmaco allora introdotto nella terapia del morbo di Parkinson³⁶. Agli ultimi sopravvissuti della devastante pandemia si apriva, per pochi anni, una nuova possibilità terapeutica, presto destinata a chiudersi con la scomparsa degli ultimi colpiti dalla misteriosa malattia dall'eziologia tuttora sconosciuta.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. ECONOMO C., *L'encefalite letargica*. Il Policlinico (Sezione Medica) 1920; 27: 93-148, part. p. 93.
2. ECONOMO C., *L'encefalite letargica*, op. cit. nota 1, p. 99.
3. MODENA G., *Le manifestazioni psichiche della encefalite infettiva*. Rivista Sperimentale di Freniatria 1920; 44: 394-400, part. p. 396.
4. MODENA G., *Le manifestazioni psichiche*, op. cit. nota 3, p. 397.

Dalla Bulgaria all'Italia: la "cura bulgara"

5. GOZZANO M., *Trattato delle malattie nervose*. Padova, Piccin, 1984, pp. 236-237.
6. Qualcuno avanzò da subito l'ipotesi che le due forme morbose fossero correlate. L'encefalite letargica avrebbe dunque costituito l'estensione al sistema nervoso del terribile morbo influenzale. Tutte le indagini successive fallirono nel tentativo di dimostrare con certezza un rapporto di causa ed effetto fra le due condizioni patologiche; cfr. FOLEY P. B., *Encephalitis lethargica and influenza. I. The role of the influenza virus in the influenza pandemic of 1918/19*. Journal of Neural Transmission 2009; 116: 143-150; FOLEY P. B., *Encephalitis lethargica and the influenza virus. II. The influenza pandemic of 1918/19 and encephalitis lethargica: epidemiology and symptoms*. Journal of Neural Transmission 2009; 116: 1295-1308; FOLEY P. B., *Encephalitis lethargica and the influenza virus. II. The influenza pandemic of 1918/19 and encephalitis lethargica: neuropathology and discussion*. Journal of Neural Transmission 2009; 116: 1309-1321; FERRARI G., *Encefalite letargica ed influenza "spagnola". Un dibattito epidemiologico e clinico ancora aperto*. Dialogo sui farmaci 2009; n.2: 100-101.
7. FELSANI F., *Parkinson postencefalitico. Contributo casistica alla semeiotica delle sindromi parkinsoniane postencefalitiche*. Annali di Neurologia 1921; XXXVIII: 195-226, part. p. 203.
8. Cfr. APOSTOLOV M., IVANOVA P., *Relazioni mediche bulgaro-italiane nel terzo decennio del secolo ventesimo*. Medicina nei Secoli 1991; 3: 191-206. Cfr. FOLEY P. B., *Beans, roots and leaves. A history of the chemical therapy of Parkinsonism*. Doctoral dissertation, Bavarian Julius Maximilian University, Würzburg, 2001, pp. 198-231.
9. DOSSEV P., *Le traitement au moyen de racines de la plante Atropa belladonna*. Proceedings of the XXIII International Congress of the History of Medicine, London, Wellcome Institute of the History of Medicine, 1974, pp. 1212-1213; PETROV P., *La vita e l'opera del medico popolare Ivan Raev*. Asclepii 1978; 4: 27-34 (in cirillico); APOSTOLOV M. e IVANOVA P., *Relazioni mediche bulgaro-italiane*, op. cit. nota 8, p.198.
10. APOSTOLOV M. e IVANOVA P., *Relazioni mediche bulgaro-italiane*, op. cit. nota 8, p.196.
11. GIOVANNA DI BULGARIA., *Memorie*, Milano, Rizzoli, 1964, p. 70, p.81.
12. A quanto viene raccontato da APOSTOLOV M. e IVANOVA P., *Relazioni mediche bulgaro-italiane*, op. cit. nota 8, p.198.
13. MUREDDU M., *Il Quirinale del Re*. Milano, Club degli Editori, 1978, p. 17.
14. REGOLO L., *Melena*. Milano, Simonelli Editore, 2003, p. 602.

15. SICCARDI C., *Elena. La regina mai dimenticata*. Torino, Paoline Editoriale Libri, 2002, p. 185.
16. BARNESCHI R., *Elena di Savoia. Storia e segreti di un matrimonio reale*. Milano, Rusconi, 1986, pp. 242.
17. *Ibid.*, 1978, pp. 16-17.
18. GIOVANNA DI BULGARIA., *Memorie*, op. cit. nota 11, p. 70.
19. MUREDDU M., *Il Quirinale del Re*, op. cit. nota 13, p. 70.
20. MEDEA E., *A proposito del così detto "trattamento bulgaro" del parkinsonismo post-encefalitico*. Rend. R. Ist. Lomb. Sci. Lett. 1936; 69: 117-123, part. p.123.
21. FOLEY P. B., *Beans, roots and leaves*, op. cit. nota 8, p. 184.
22. Cfr. *Ibid.*, *Beans, roots and leaves*, op. cit. nota 8, pp. 185-197.
23. PANEGROSSI G., *La così detta "cura bulgara" del parkinsonismo postencefalitico*. Roma, "Universitas" Società Editrice, 1940, p. 12. PANEGROSSI G., *Sulle recenti acquisizioni nella cura del parkinsonismo encefalitico*. Il Policlinico (Sezione Pratica) 1935; 42: 1487-1497, part. p. 1489.
24. MUREDDU M., *Il Quirinale del Re*, op. cit. nota 13, p. 16.
25. PANEGROSSI G., *Sulle recenti acquisizioni*, op. cit. nota 23, p. 1487; cfr. PANEGROSSI G., *Sulla così detta "cura bulgara" del parkinsonismo postencefalitico*. Il Policlinico (Sezione Pratica) 1935; 42: 506-508.
26. PANEGROSSI G., *Sulle recenti acquisizioni*, op. cit. nota 23, p. 1487
27. *Ibid.*, p.1488.
28. *Ibid.*, pp. 1488-1489.
29. *Ibid.*, p. 1492; cfr. FERRANNINI L., *La cura bulgara di alcuni postumi di encefalite letargica*. Il Policlinico (Sezione Pratica) 1935; 42: 967-974, part. p. 973.
30. PANEGROSSI G., *Sulle recenti acquisizioni*, op. cit. nota 23, p. 1490.
31. *Ibid.*, pp. 1490-1491
32. PANEGROSSI G., *Sulle recenti acquisizioni*, op. cit. nota 23, p. 13.
33. Cfr. ad esempio DI MATTEI P., *Sulla così detta "cura bulgara" dei postumi di encefalite epidemica*. Il Policlinico (Sezione Pratica) 1935; 42: 501-506.
34. VERNACCHIA-GALLI J., *Le lauree "ad honorem" nel periodo fascista*. Roma, Edizioni dell'Ateneo, 1985, pp. 325-344.
35. Cfr. FOLEY P. B., *Beans, roots and leaves*, op. cit. nota 8, pp. 216-230.
36. SACKS O., *Risvegli* (trad. Salmaggi A.). Milano, Adelphi, 1987.

Correspondence should be addressed to:

Paolo Mazzarello, Museo per la Storia dell'Università di Pavia, Dipartimento di Medicina Sperimentale – Sezione di Patologia Generale, Università di Pavia
paolo.mazzarello@unipv.it