

Il “furore dei sistemi”: l’ideologia scientifica dei sistemi medici a cavallo tra XVIII e XIX secolo

Liborio Dibattista*

Miglietta, come i suoi maestri Dumas (per la fisiologia), Bichat e Cabanis (per la clinica), si tenne a distanza tanto dal materialismo meccanicistico, quanto dalle astratte teorie, come quelle di Brown, che definì “il furore dei sistemi”, teorie che imperversavano in tutta Europa e che a Napoli, nonostante l’opposizione di Cotugno e altri, cominciarono a prendere piede¹.

Antonio Miglietta visse la temperie del dibattito meccanicisti-vitalisti, cercando di temperare le asprezze degli uni e degli altri. Tuttavia, come sottrarsi al “furore dei sistemi” in un’epoca nella quale l’unica alternativa era il millenario attendismo osservativo di scuola ippocratico-galenica? E poi, è così scontato che i sistemi settecenteschi – o, in generale, tutti i sistemi medici – fossero così riprovevoli? Lo statuto epistemologico della medicina continua, infatti, ad essere oggetto di dibattiti e opinioni contrastanti². Anche nella preconizzata era della genomica, della medicina *ad personam*, del definitivo *pharmakon* individuale. Questo accade, tra l’altro, perché i laboratori, dove i picchi di basi disegnano sugli schermi dei computer il passato e il futuro di ognuno di noi, continuano ad essere irrimediabilmente lontani dalle corsie dove l’uomo sofferente, *questo* uomo, continua a chiedere al clinico, a colui cioè che si piega sul suo letto, lenimento del dolore, speranza di guarigione, anelito al ritorno alla *norma*. Qualche anno fa Giorgio Cosmacini tornava ad ammonire: «La medicina non è una scienza, è una pratica basata su scienze che opera in un mondo di valori»³. Ma non è semplice -

* Centro Interuniversitario “Seminario di Storia della Scienza” (Università degli Studi di Bari). Una precedente versione di questo saggio è apparsa a mo’ di introduzione nel collettaneo a cura di M. Duca: *Nicola Andria tra Scienza e Filosofia*, per i tipi di Dellisanti Editore.

¹ G. IACOVELLI, *Brownismo e brownisti a Napoli nel primo ’800*, in *Medicina nei secoli*, I, 3 (1989), pp. 321-337. ID., *Antonio Miglietta, il vero apostolo della vaccinia, e il vaiolo a Napoli tra ’700 e ’800*, in “Il vaiolo e la vaccinazione in Italia”, a cura di Antonio Tagarelli, Anna Piro, Walter Pasini, CNR WHO, la Pieve Poligrafica Editrice Villa Verucchio (RN), p. 569.

² Si veda, ad esempio, il ricco e vivace florilegio di saggi sul tema raccolti in A. PAGNINI, *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Roma, Carocci, 2010.

³ G. COSMACINI, *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Milano, Cortina, 2000, p. XI.

come lo stesso medico-filosofo avvertiva - uscire dall'ambiguità: la tentazione di costruire leggi e teorie a partire dalla raccolta di fatti osservati e sperimentazioni praticate è la tensione sempre presente in ogni conato di costruzione scientifica. L'ambizione di avere lo strumento definitivo, il ricettario unico, la matematizzazione della terapia rimane costante in tutta la storia dell'arte lunga. Del resto, anche le scienze esatte, quelle cosiddette *dure*, non si rassegnano alla provvisorietà cui certe interpretazioni sociologiche e costruttiviste sembra le abbiano oramai definitivamente consegnate.

La Rivoluzione Scientifica, come è noto, tardò a verificarsi nelle scienze della vita e soprattutto nella medicina. Mentre Galilei e Newton trasportavano il mondo del pressappoco nell'universo della precisione, i medici a loro contemporanei ancora arrancavano nella disputa sull'antimonio, preparavano paracelsiani unguenti armieri e si chiedevano con Claude Quillet se la maniera più sicura per concepire un figlio maschio non fosse giacere su di un fianco col testicolo destro legato dopo aver mangiato alimenti spessi, caldi e pneumatici e bevuto vini di Borgogna e della Champagne⁴. La permanenza, peraltro giustificata dalla mancanza di paradigmi veramente alternativi, di Ippocrate e Galeno sembrava chiudere ogni possibilità ad una scienza veramente sperimentale, ad un sapere costruito sul metodo galileiano. Del resto, anche la più importante acquisizione fisiologica da due millenni a questa parte, l'harveyana ricostruzione del moto del sangue e del cuore, tardava a dare frutti concreti nel sapere e nella prassi medica⁵. Per questo non deve sorprendere quanto per tutto il Settecento e poi ancora nel secolo successivo i medici abbiano tentato di dare dignità di scienza alla loro arte. Se, da un canto, gli induttivisti declinavano ancora una volta l'idolatria dell'osservazione *ippocratica*, ricercando attraverso l'accumulo di baconiane tavole di esclusione ed inclusione quel minimo di coerenza logica alle loro diagnosi e prognosi (le terapie, ahimé, restando fuori da ogni *ratio*)⁶ l'approccio sull'altro lato dell'arco della conoscenza, a partire cioè da principi primi da cui dedurre il sapere, trovava nei costruttori dei "sistemi" medici i corifei della medicina definitivamente costruita come scienza. Una testimonianza di questa aspirazione, ed una esposizione dell'atteggiamento intellettuale che la sosteneva è riportata, ad esempio, da Emile Littré nella sua disamina di sistema medico – appunto – di William Cullen (1710-1790): «È una lotta continua di sistema contro sistema, territori senza sosta rimescolati che perdono continuamente pezzi. Qualcuno ha preso posizione su queste incongruenze e contraddizioni per respingere i vantaggi dei sistemi e pronunziarsi contro i loro sconfinamenti. *Tuttavia le dottrine generali sono cose buone ed utili; ci si convince di questo e se*

⁴ J. ROGER, *Les sciences de la vie dans la pensée française au XVIIIe siècle* [1963], Paris, A. Michel, 1993, p. 44.

⁵ I.B. COHEN, *La Rivoluzione nella Scienza* [*Revolution in Science*, 1985], tr. it. a c. di L. Sosio, Milano, Longanesi, 1988, p. 197.

⁶ Si veda, ad esempio, l'ippocratismo dei medici del Settecento come esaminato in A. D'ALESSANDRO, *Psiche-soma. Ippocrate nella letteratura medica del Settecento*, Bari, Progedit, 2006.

ne sente la necessità soprattutto riflettendo che in medicina due piani di studio camminano appaiati: la scienza e la pratica, il vero e l’utile...È un’arte nelle sue applicazioni quotidiane, è una scienza nel suo insieme...Quindi non è infecondo studiare i ripetuti sforzi che la medicina fa per costituirsi creando le sue proprie leggi, non è senza interesse veder levarsi questi sistemi e vederli crollare all’irrompere di nuove o rinnovate dottrine e allo stesso tempo veder apparire queste menti potenti, legislatori precari a cui finisce ogni volta per sfuggire la scienza»⁷.

Come ricorda Renato Mazzolini, «Viveva in loro l’aspirazione di trasformare la medicina da arte congetturale in arte certa»⁸. Così, nei cento anni che separano la *De certitudine artis medicae* (1698) di Stahl⁹ dal *Du degré de certitude de la médecine* (1798) di Cabanis¹⁰ lo sforzo è molteplice, la direzione costante, la tensione incessante verso una “scienza” della medicina. Nella *pars destruens* del pamphlet del medico-filosofo francese si ritrovano sintetizzati, così come avvertiti alla fine del XVIII secolo, gli ostacoli che impediscono di assegnare statuto epistemologico valido alla *ars longa*. In primo luogo la mancanza assoluta di conoscenze significative valide sulle cause prime del fenomeno chiamato “vita”, in secondo luogo lo stesso problema per le cause prime delle malattie che affliggono l’umanità. La stessa idea di “Una Malattia” è sfuggente e imprecisa: ogni malattia è un caso unico, a sé, in relazione alle circostanze individuali, sociali, geografiche, temporali, in una parola “particolari” in cui si manifesta *hic et nunc*. Quanto ai rimedi terapeutici, vengono usati ma senza conoscerne affatto il meccanismo d’azione. La sperimentazione, poi, nella pratica medica è difficilissima: per fare un solo esempio, come si possono distinguere gli effetti di un trattamento instaurato dal medico da quelli che sono i meccanismi comunque innestati dalla *vis medicatrix naturae*?¹¹ Il banale *post hoc ergo propter hoc* non conduce in realtà a nessuna certezza nella pratica terapeutica. Ancora, la storia della medicina dimostra, con il suo succedersi di teorie alternative e in opposizione fra loro, che non esiste una base stabile comune che si sia consolidata nel corso dei secoli. A questo punto la ricostruzione di Cabanis interessa un po’ più da vicino la posizione di Miglietta. Da quando Paracelso¹² ha bruciato i libri *des anciens*, si assiste ad un atteggiamento paradossale di tutti questi pretesi riformatori della medicina.

⁷ E. LITTRÉ, *William Cullen*, in «Journal Hebdomadaire de médecine», VI, 1830, cit. in C. DAREMBERG, *Histoire des sciences médicales*, Paris, Baillière, 1870, v. II, p. 1143.

⁸ R.G. MAZZOLINI, *Dai sistemi medici all’organologia naturalistica*, in *Storia del pensiero medico occidentale*, Roma-Bari, Laterza, 1996, v. II, p. 157.

⁹ Georg Ernst Stahl (Ansbach 1689 - Berlino 1734).

¹⁰ Pierre Jean Gorge Cabanis (Cognac 1757 - Seraincourt 1808).

¹¹ A tanti “sperimentatori” di medicine “alternative” questo semplice ostacolo sottolineato da Cabanis continua a sfuggire tuttora.

¹² Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim detto Paracelso (Einsiedeln 1493 - Salisburgo 1541).

«Malgrado le ingiurie che [Van Helmont]¹³ non cessa di vomitare contro le (antiche) scuole, malgrado la specie di furore con il quale egli parla degli antichi, è comunque su Ippocrate che fonda le sue idee sul vivente»¹⁴. E così i medici-chimici considerano il corpo umano come un laboratorio, con alambicchi, matracci e fornaci, i medici-geometri sperano di spiegare con calcoli algebrici tutti i movimenti del corpo e a credere ai medici-fisici quello che conta sono l'attrazione, l'elasticità, la coesione. Per i meccanicisti, è tutto un gioco di leve, pistoni, valvole ed ingranaggi, tanto che sembra di aver trasformato il corpo umano nel laboratorio di un orologiaio o di un idraulico. Hoffman¹⁵, pur richiamandosi agli antichi, chiama in causa un gran numero di idee meccaniche, mentre Stahl vuole distinguere la sua teoria da tutte le altre per il ruolo che assegna all'intelligenza ed alla volontà, e gli animisti suoi discepoli propongono conclusioni ancora più azzardate. Il sincretismo di Boerhaave¹⁶, mentre tenta di conciliare antichi e moderni, chimici e geometri, fisici e meccanici, finisce con l'appesantire la medicina di tante teorie contraddittorie stabilendo rapporti deboli o francamente falsi. Infine, i nuovi solidisti di Edimburgo¹⁷, mescolano il sistema di Hoffmann alle idee di Baglivi¹⁸ e vi aggiungono opinioni assolutamente ipotetiche. Tutto questo non può che indebolire l'idea che la medicina sia una scienza "certa", anche perché, abbandonata tutta questa congerie di teorie depositate nei libri dei costruttori di sistemi, al letto del malato i medici fanno o quelle poche cose che la pratica millenaria ha insegnato essere le più efficaci o si lanciano in dibattiti ancora più aspri sull'efficacia dei rimedi, certificando l'idea che nulla di certo ci sia nemmeno nella pratica. Infine, quando i punti sin qui descritti dovessero raggiungere un grado di certezza ed accordo che ora è solo possibile auspicare, quand'anche cioè la medicina divenisse da un punto di vista teorico scienza come tutte le altre, «il suo esercizio richiederebbe ancora tante di quelle conoscenze diverse, associate a grandissima attenzione, sagacità, e grandi qualità morali che resterebbe comunque alla portata di pochissimi uomini e, per questo motivo, dovrebbe essere ancora una volta considerata come non- esistente»¹⁹. Non seguiremo Cabanis nella difesa, peraltro non proprio convincente, del grado di certezza della medicina che egli espone nelle pagine successive del suo *pamphlet*, ma esamineremo più da vicino i meccanismi epistemici alla base di questi conati teorici. Queste strutture sono declinazioni, da prospettive differenti, dell'idea di semplicità. Ri-condurre, ridurre postulati, teoremi e leggi a poche semplici asserzioni di base è garanzia di correttezza metodologica, di chiarezza e distinzione. L'ideale massimo, euclideo, della scienza esatta è

¹³ Jean Baptiste van Helmont (Bruxelles 1579 - Vilvoorde 1644).

¹⁴ P.J.G. CABANIS, *Du degré de certitude de la médecine*, Paris, Didot, 1798.

¹⁵ Friedrich Hoffmann (Halle 1660 - 1742).

¹⁶ Herman Boerhaave (Voorhout 1688 - Leida 1738).

¹⁷ Qui Cabanis fa riferimento alle teorie di John Brown, sul quale discuteremo qualcosa più avanti.

¹⁸ Giorgio Baglivi (Ragusa 1668 - Roma 1707).

¹⁹ P.J.G. CABANIS, *op. cit.*, p. 27.

costituito da un pugno di postulati da cui costruire tutto l’edificio del sapere. Quindi, imperativo del teorico è trovare il modo di rintracciare quei pochi, fondamentali elementi nella moltitudine confusa di osservazioni, ipotesi, proposte teoriche, in grado di costituire le fondamenta di un sapere veramente oggettivo, solido, trasmissibile, pubblico, verificabile. Cioè scientifico. Quattro umori, in doppia, a volte quadrupla declinazione, distribuiti su di un numero sempre crescente di costituzioni e temperamenti, ogni volta piegati in tentativi esplicativi sempre più complessi non seguono la via maestra della scienza. Tassonomie infinite di polsi e urine, di *facies* e *posturae* mal si accordano con un’ideale di scienza che ha ridotto a tre principi e ad una sola, matematica, legge il necessario e sufficiente per comprendere il moto di tutti i corpi qui nel sublunare e lassù nelle orbite celesti. Ma gli ideali della semplicità e della riduzione non sono solo stimate della scientificità della disciplina, sono anche toccasana per la pedagogia della medicina. Invece di tutta *l’Ars Parva et Magna* del medico di Pergamo e il *Corpus Hippocraticum*, e le raccolte di casi e il *Colliget* averroistico e le decine di volumi di materia medica, quanto più attraente per lo studente futuro medico una fisiologia ridotta a un principio solo: l’eccitabilità, una patologia sola, l’astenia, un rimedio solo: stimolare!

La categoria della semplicità, dunque, nell’ambito dei sistemi medici si lascia declinare sul triplice fronte della correttezza metodologica, della immediatezza pedagogica, della stringatezza terapeutica. E in questo modo è possibile dare dignità di “Teoria” alla congerie di fatti osservati.

«Non ho esitato di dare a quest’Opera il titolo di Teoria. E d’vero, dove molti fatti nella sfera loro di operazione hanno dei rapporti e collimano a certi punti più principali, lo svolgere quei rapporti, addurli sotto i rispettivi punti e svelarne gli effetti e teoria. Un fatto solo, per quanto sia certo e generale ed importante, si rimane pur sempre nella semplicità di un fatto. Così la caduta dei gravi sul nostro globo, in sé sola, è un semplice fatto, benché grande e generale. ma la caduta dei gravi, considerata in relazione ai movimenti dei corpi celesti e ad altra cagione che entra ad operare e agli effetti che ne provengono, ecco che ciò innalza lo insieme dei fatti al grado di teoria della gravitazione generale. Il viluppo capillare della flogosi è pur esso un fatto certo e generale, come a suo luogo lo daremo a conoscere, ma soltanto dove ne siano messe in palese le cagioni e le relazioni e come ne siano regolati i prodotti, soltanto allora diremo che il subbietto merita il nome di teoria»²⁰.

Così Rasori²¹, il campione italiano del “sistema” del controstimolo nella prefazione di un’opera che reca in epigrafe, appunto, una citazione da Boerhaave: *Simplex Veri sigillum!* Rasori aveva tradotto in italiano nel 1792 gli *Elementa medicinae* di Brown²². Dopo aver adottato la dottrina del medico scozzese che, come è noto, si basava sulla semplicissima affermazione che la vita sana consiste in

²⁰ G. RASORI, *Teoria della flogosi*, Napoli, De Stefano, 1837, p. XI.

²¹ Giovanni Rasori (Parma 1766 - Milano 1837).

²² John Brown (Preston 1735 - Londra 1788).

uno stato di costante eccitazione dell'organismo vivente, la malattia in un difetto di eccitazione o stimolo (astenia), la terapia in un tripudio di farmaci e tecniche "stimolanti" e "corroboranti"²³, Rasori doveva capovolgere il principio di Giovanni Brunone, restando però fedelissimo al criterio della semplicità. Così tutte le malattie diventavano da eccesso di stimolo, quindi provocate dalla flogosi, dall'infiammazione del viluppo capillare, e dovevano essere curate controstimolando con flebotomie e tartaro stibiato²⁴. Naturalmente, anche qui, dopo le grandi dichiarazioni di principio, ad una pignola lettura delle fonti risalta la contraddizione tra la teoria e la pratica al letto del malato²⁵.

A questi sistemi di pensiero, Georges Canguilhem ha applicato la categoria di ideologia scientifica: «Un'ideologia scientifica non è una falsa coscienza come lo è un'ideologia politica. Non è nemmeno una falsa scienza. La caratteristica della falsa scienza è di non dover mai incontrare il falso, di non dover rinunciare a niente, di non dover mai cambiare linguaggio...in breve la falsa scienza non ha storia. Un'ideologia scientifica ha invece una storia e ha una fine, quando il posto che occupava nell'enciclopedia del sapere viene ad essere occupato da una disciplina

²³ Capovolgendo l'epigrafe classica: *Balnea, Vina, Venus corrumpunt porpora nostra sed vitam faciunt*, il brunoniano reclamava vita e salute per i corpi correttamente eccitati da stimolanti, fra i quali, oltre al vino, ai tonici, agli alessifarmaci, presto si fece grande fama l'oppio in tutte le sue versioni e derivati.

²⁴ Non si deve credere che questi sistemi avessero vita facile nel panorama medico scientifico dell'epoca. Se sono stati evidenziati dagli storici della medicina è anche per il loro carattere di rottura con la tradizione ippocratico-galenica ma, tanto per citare solo due Autori, le teorie di Brown e Rasori erano il bersaglio polemico di Pietro Moscati (1739- 1824), autore della prefazione agli *Elementa* di Brown nell'edizione Hildburghusae del 1794 e di Giovan Battista Marzari (1755-1827) che scrisse G.B. MARZARI, *Confutazione del sistema di Brown arricchita da nuove ed interessanti riflessioni indirette ai progressi della teoria e della pratica della medicina*, Napoli, D'Onofrio, 1803.

²⁵ «Una Signora grande e bella del corpo, di temperamento lodevole, di mezza età, soffriva dolori reumatici vaghi e senza febbre. Pochi e usuali rimedi purganti e così detti rinfrescativi ecc. le erano consigliati, ed essa dava retta ai consigli. Da lì a non molto i dolori ingagliardirono, vi s'aggiunse una febbre forte e fu costretta al letto. La malattia fu dichiarata reuma infiammatorio, e posto mano a purgare più sodo di prima e salassare; ed il salassare fu tanto copioso che, dopo diciotto salassi e assai mignatte, la meschina per poco dissanguata s'appressava alla sua fine e mirava sul letto la stola lugubre, nunzio di morte non lontana. Il medico, pago del fatto suo ed estimando superfluo ogni altro ufficio dell'arte, ai parenti ed anche a me, che in quegli estremi fui chiesto del mio avviso, apertamente disse: tenere egli il caso per ispacciato, da che aveva posto tutto il suo ingegno (che per vero dire non era poi molto) a domare una così indomabile malattia infiammatoria, nè ci era riuscito». G. RASORI, *op.cit.*, p. 173. Insomma Rasori, con buona pace del controstimolo, cura questa paziente con grani d'oppio e vino generoso, ottenendo la desiderata guarigione.

che dimostra, operativamente, la validità delle sue norme di scientificità»²⁶. Così, il brunonianesimo e le sue varianti diventano, nell’analisi dell’epistemologo francese, “ideologie mediche esemplari”²⁷. Infatti, nei sistemi medici di cui stiamo brevemente evidenziando i punti salienti, è possibile rintracciare una storia – e molti storici lo fecero precocemente - dal Cuvier dell’*Histoire des progrès des sciences naturelles*²⁸ al Daremberg de l’*Histoire des sciences médicales* - cioè un’evoluzione che comincia dall’irritabilità glissoniana e si sfrangia nella gastroenterite generale di Broussais²⁹. Quanto a ciò che rimane quando questi sistemi tramontano, quello che prende il posto nell’enciclopedia dei saperi, come ricorda Canguilhem, è il passaggio da una fisiopatologia qualitativa ad una concezione quantitativa: il cosiddetto principio di Broussais. In realtà fu Claude Bernard a teorizzare la continuità lineare dalla fisiopatologia: nel diabete, lo zucchero non compare *ex nihilo* come agente patogeno³⁰, ma è la sua concentrazione plasmatica che, aumentando a diminuendo rispetto ai valori *normali*³¹ provoca la malattia.

Insieme ai sistemi di Cullen, Brown ed alla speculare teoria rasoriana del controstimolo, è opportuno ricordare un altro sistema medico che ebbe enorme diffusione in Europa negli stessi anni, il magnetismo animale di Mesmer³². A partire dalla sua dissertazione dottorale plagiata da un saggio di Richard Mead (1673-1734), in cui la gravitazione universale newtoniana giocava un ruolo etiologico nelle genesi delle malattie, attraverso vicende personali movimentate, il medico di Iznag doveva giungere alla formulazione di un sistema *semplicissimo*³³ nella costruzione fisiopatologica e icastico nella prescrizione terapeutica: tutte le malattie sono provocate dallo squilibrio nell’organismo vivente del flusso di un fluido magnetico che pervade l’universo, vivente e non. Il magnetismo animale del terapeuta – e *maxime* quello di Mesmer stesso – era in grado di contrastare questo disequilibrio, riportando la salute nel paziente. Al pari delle teorie dei fisiopatologi solidisti dell’eccitazione, anche il mesmerismo conobbe momenti di grande popolarità, anche se, a differenza di quelli, la comunità medica non ne certificò mai la patente di scientificità, essendo il fluido magnetico mesmeriano meno ostensibile

²⁶ G. CANGUILHEM, *Ideologia e razionalità nella storia delle scienze della vita [Idéologie et rationalité dans l’histoire des sciences de la vie. Nouvelles études d’histoire et de philosophie des sciences, 1988]*, tr. it. a c. di P. Jervis, 1992, p. 31.

²⁷ ID., pp. 39-47.

²⁸ G. CUVIER, *Histoire des progrès des sciences naturelles depuis 1789 jusqu’à ce jour*, Paris, Roret, 1834.

²⁹ François-Joseph Victor Broussais (Saint Malo 1772 - Vitry sur Seine 1838).

³⁰ Ancora oggi, nella vulgata comune e popolare, il paziente di questo tipo di patologie afferma: “tengo il colesterolo, tengo la glicemia”.

³¹ Su questo, insuperata rimane la disamina di Georges Canguilhem nel secondo capitolo del suo G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presse Universitaire de France, 1966.

³² Franz Anton Mesmer (Iznag 1734 - Meersburg 1815).

³³ F.A. MESMER, *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*, Paris, Didot, 1779.

delle fibre muscolari eccitate, dei fluidi nervei esaltati, dei viluppi capillari in preda all'infiammazione. In realtà, come ha sottolineato Stefano Poggi³⁴, nel contesto della speculazione fisiologica settecentesca ed, in particolare, «a partire dagli anni '50 sino a tutti gli anni '80 l'interesse per il rapporto tra fenomeni elettrici e contrazione muscolare è assai vivo nel quadro complessivo del dibattito medico in Europa...era forte l'attenzione per il fatto che il "fluido elettrico", oltre ad esercitare una indubbia funzione stimolante sui muscoli, presentava proprio i requisiti tradizionalmente attribuiti agli "spiriti animali" oppure al "fluido nervoso"»³⁵. Quindi, nei sistemi medici settecenteschi è possibile riscontrare, oltre che da un punto di vista formale la categoria della semplicità, da un punto di vista materiale l'anelito a sostanziare l'impianto teorico con le acquisizioni dominanti della scienza fisica: la gravitazione newtoniana e la sorgente e trionfante scienza elettrica. Quest'ultima, poi, veniva coniugata in termini di fisiopatologia "dei nervi" creando un campo epistemico variegato all'interno del quale è possibile ricondurre sia il lavoro dei medici anatomisti e fisiologi che da Willis³⁶ a Cullen, passando per Boerhaave e giungendo a Prochascka³⁷ individuavano la *vis vitalis* (vitalisti o meccanicisti che fossero) nelle fibre nervose e muscolari e nelle loro proprietà di eccitarsi e contrarsi, sia le speculazioni magnetiche di Mesmer. Per quest'ultimo, la sua "ideologia scientifica", come è stato fatto notare de Ellenberger³⁸, doveva approdare su sponde scientifiche inaspettate, alla scoperta dell'inconscio e della possibilità di esplorarlo e trattarlo. Nell'Ottocento, poi, il sistema nervoso doveva a poco a poco assumere il ruolo centrale di regolazione ed integrazione delle funzioni del vivente che ne dovevano fare l'oggetto principale di studio dei fisiopatologi alla fine del XIX secolo. Non possiamo omettere, in questa stringatissima rassegna dei principali sistemi medici sette-ottocenteschi, una menzione di quella teoria medica che, nella categorizzazione di Canguilhem, non può essere rubricata sotto l'etichetta di ideologia scientifica e, quindi, dovrebbe restare confinata nel campo delle "false scienze".

«L'Omoeopatia si è perciò oramai stabilita al pari d'ogni altro sistema, e l'attuale sua situazione la fa di già, vogliasi e non vogliasi, appartenere alla storia della Medicina. Entrata in questo rango merita non più disprezzo, ma quel calmo esame e quella severità di giudizi con cui si sono successivamente sentenziati i sistemi tutti della Medicina, [...] tanto più che a lode della verità gli Omoeopati hanno per principio di rendersi conto di quello che fanno e prescrivono, e di

³⁴ S. POGGI, *Fluido nervoso, elettricità, magnetismo animale*, in P. ROSSI (a c. di), *Storia della scienza moderna e contemporanea. Dalla rivoluzione scientifica all'età dei lumi*, Torino, UTET, 1988.

³⁵ ID., p. 647.

³⁶ Thomas Willis (Wiltshire 1621 - Londra 1675).

³⁷ Georg Prochascka (Blizkovice 1749 - Vienna 1820).

³⁸ H.F. ELLENBERGER, *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York, Basic Books, 1970.

impiegare unicamente tal quantità e qualità di sostanza, che non ne risulti verun danno diretto all’ ammalato.[...] Se la Omoeopatia bandisce fatti e teoriche fuori del circolo delle attuali nostre cognizioni, non per questo dobbiamo disprezzarla affatto, e rilegarla fra le assolute illusioni. Infelice quel Medico, il quale crede, che dimani non possa imparare quello che ignora oggi! E non si deplora forse ogni giorno l’insufficienza e l’ incertezza della Medicina?»³⁹.

Traduttore di Cullen, Hahnemann⁴⁰ propugnava un capovolgimento del principio cardine della terapia galenica con il suo *similia similibus curantur*. Nel caso dell’omeopatia, se l’anelito iniziale era verso la semplificazione come negli altri casi che abbiamo visto, l’esito sarà di complicazione estrema. Infatti, come è noto, i principi cardine dell’omeopatia sono semplici: i farmaci devono curare i sintomi secondo il meccanismo originariamente detto della patogenesi del rimedio, che è brutto sintagma per dire che devono provocare gli stessi effetti della malattia che vogliono curare, devono essere diluiti e più diluiti sono, meglio funzionano, in barba a Cannizzaro ed al numero di Avogadro e, infine, bisogna che vengano scossi molto fortemente e molto a lungo perché possano essere dinamizzati. Tuttavia, in concreto, la prescrizione hahnemanniana non volge alla semplicità ma all’estrema complicatezza. Infatti, mentre il conato teorico degli altri clinici settecenteschi mira ad una sorta di *reductio ad unum* delle malattie (l’astenia di Brown, la flogosi capillare di Rasori, la gastroenterite di Broussais), Hahnemann riporta al centro la figura del paziente. Non ci sono malattie, ma solo uomini malati ed ogni uomo ha una sua anamnesi personale ed una sua costituzione. Di conseguenza, la terapia è individualizzata, specifica, ancorché semplice nei suoi dettami generali. Ad ogni malato e ad ogni sintomo, il suo farmaco. Nella prima metà dell’Ottocento grande successo doveva arridere all’*Organon* del medico tedesco, più di quanto gli storici della medicina non siano disposti ad ammettere. ma gli storici della medicina, si sa, vogliono fare la storia di una scienza, spesso della “loro” scienza, quando sono medici. E Hahnemann e le sue succussioni e le sue diluizioni centesimali non sono (ancora) approdate alla riva della scienza medica ufficiale. Effettivamente, come sottolineava l’epistemologo francese, di storico, nel senso di dinamica evolutiva, nell’omeopatia c’è (ancora) poco. Tutto sommato, il richiamo al padre fondatore è ancora forte e nessun nuovo paradigma interno sembra aver scalfito i principi hahnemanniani, confortando in questo modo il severo giudizio di pseudoscienza. Anche gli esiti miserevoli dei tentativi di spiegazione scientifica (basti ricordare il caso Benveniste)⁴¹ non aiutano e, come ricordava Cabanis, vantare i successi terapeutici basati sul *post hoc ergo propter hoc* non vale. Ma la storia della scienza è saggia e dimostra che non bisogna mai dare per definitivi i suoi verdetti. Aristarco

³⁹ V.L. BRERA, *Festino de’ medici omeopati. Loro statistica e condizione della presente loro pratica*, Venezia, A. Bazzarini, 1834, pp. 10-1. Devo la segnalazione a Maria Chironna, che sta pubblicando un saggio sull’omeopatia nel Regno di Napoli.

⁴⁰ Samuel Hahnemann (Meissen 1744 - Parigi 1843).

⁴¹ J. MADDOX, J. RANDI, W.W.S., “*High dilution*” experiments: a delusion, in «Nature», 334 (1988).

è stato vendicato due millenni dopo.

Spesso i sistemi medici di cui abbiamo parlato nacquero, almeno nella affabulazione dei fondatori, da episodi di auto-sperimentazione. Se Hahnemann conobbe una iperpiressia da auto intossicazione di china-china, Brown aveva verificato la diminuzione degli attacchi della gotta che lo affliggeva (in misura quarantotto volte minore) grazie ad una dieta “corroborante” a base di vino a carni rosse (!), Mesmer abbandonò i magneti che usava su Fraulein Österlin per parare le accuse di plagio di padre Hell, verificando che il fluido magnetico era opera delle proprie mani e del proprio corpo. In ogni caso, il passaggio personale veniva assunto a momento di intuizione creativa che conduceva all’idea semplice di base: il *similia similibus*, l’iperstimolo corroborante, il riequilibrio del fluido magnetico ingorgato nei distretti uterini. Certo, ognuno dei sistemi, poi, si integrava ora con l’una ora con l’altra corrente di pensiero medico ufficiale. E quindi il solidismo universale di Cullen e Brown era contrastato dal localismo di Rasori e Broussais e dal nuovo, specialissimo, mono-umoralismo di Mesmer. In Italia, il rasorismo trionfava nel primo quarto del XIX secolo, divenendo in effetti la *Nuova Dottrina Medica Italiana*:

«Quella che io chiamo *Nuova Dottrina Medica Italiana* trae principalmente la sua origine dalla caduta di due Idoli Browniani venerati universalmente sino all’ultimo anno del prossimo passato secolo, quali erano: 1. L’identità di azione di tutte le potenze positivamente applicate alla fibra vivente, *stimolanti* tutte dal più al meno giusta i dettami di Brown; 2. La debolezza, o diminuzione di eccitamento, per eccesso di stimolo, *indiretta* denominata dal Riformatore scozzese, *considerata qual cagione del maggior numero di malattia..* La scoperta del Controstimolo atterrò il primo di questi due cardini della dottrina di Brown; e la dimostrata *grandissima preponderanza delle malattie da eccesso di stimolo sopra quelle da difetto* fece crollare il secondo. Venne, se io mal non m’appongo, in appoggio, ed utile tornò, così a distruggere i due Idoli suddetti, come a stabilire nuovi principi, l’idea dell’ *Infiammazione sempre stenica*, o per parlar un miglior linguaggio, *consistente sempre in un eccesso di stimolo*»⁴².

L’ideale di scientificità, perseguito attraverso le declinazioni epistemologiche del precetto della semplicità, sostenuto dal tentativo di modellare la scienza medica sui contenuti della nuova fisica: la meccanica newtoniana e la elettrologia settecentesca, intessuto sui concetti di irritabilità della fisiologia halleriana e sulle variazioni sul tema del vitalismo produsse – in uno con la velleità di raggiungere successi terapeutici – quel fiorire di sistemi in medicina che caratterizzò il Settecento e il primo Ottocento europeo. Il progresso che si realizzò nella seconda metà del XIX secolo doveva, in ogni caso, venire anche dalla applicazione di alcuni principi di queste teorizzazioni: il metodo anatomico-clinico fu figlio del *De sedibus*

⁴² G. TOMMASINI, *Della Nuova Dottrina Medica Italiana. Prolusione alle lezioni di Clinica Medica nella P. Università di Bologna*, Firenze, Piatti, 1824, p. 8. Giacomo Tommasini (Parma 1768 - 1846), cattedratico a Parma e Bologna, fu anche fondatore della rivista *Giornale della Nuova Dottrina Medica Italiana* (1819).

morgagnano ma anche delle dichiarazioni apodittiche dell’organicismo solidista à la Rostan⁴³ e, come ha fatto notare Ackerknecht nel suo studio sulla medicina clinica parigina ottocentesca⁴⁴, al di là della gastroenterite-mania e della sconosciuta passione per il salasso, lo studio della flogosi come processo patologico di base è stato un portato degli eccessi di Broussais e Rasori. Il che porta a concludere, con Cabanis, che in medicina – come del resto anche nelle altre scienze - la teorizzazione è necessaria e importante sia per tenere ordinati i fatti, sia per invenirne dei nuovi. Tuttavia essa è sempre parziale, sempre una generalizzazione personale a partire da fatti incontestabili ma singolari ed in quanto tale fallace e rivedibile. «Non diamo, in conclusione, né troppa né poca importanza alle teorie. La sola teoria che non sbaglia mai in verità non è una vera e propria teoria, è l’osservazione sessa. Le altre si ingegnano di di organizzare in anticipo tutti i fatti nell’ambito di visioni generali che sono in relazione solo con un piccolo numero di quelli; di conseguenza ci inducono quasi sempre in errore. Tuttavia esse possono farci incontrare qualche verità; le più assurde si sono poggiate in principio su esperienze incontrovertibili. Il torto dei loro autori è stato di dare a queste esperienze un significato troppo esteso; di fare un sistema completo di ciò che poteva a malapena fornire qualche prospettiva di dettaglio»⁴⁵.

⁴³ Léon Rostan (Saint Maximin 1790 - Paris 1866): «(sentiamo dire) egualmente dannevoli tutti i sistemi che hanno dominato in medicina: l’umorismo, il metodismo, il solidismo, l’animismo, il vitalismo, la medicina chimica, meccanica, la dottrina dell’irritazione e lo stesso organicismo... poiché certamente anche noi convinti invece della necessità di ridurre ad un principio comune tutte le parti della scienza, questo principio crediamo di averlo trovato nell’organicismo. E le proposizioni che riassumono tutta la dottrina dell’organicismo sono: 1) Per lo medico non esiste nell’uomo che organi e funzioni. 2) Le funzioni non sono che gli organi in movimento, e però non sono che effetti. 3) Gli organi in certe regolari condizioni di loro mole, forma, volume, consistenza, colore, tessitura, composizione intima sono nello stato normale ed esercitano funzioni normali: *questo è lo stato di sanità*. 4) In altre condizioni poi di mole, forma, volume, consistenza, colore, tessitura, composizione gli organi sono in uno stato irregolare o innormale, ed esercitano le funzioni innormalmente: *e questo è lo stato di malattia*. Organi sani, funzioni sane; organi malati, funzioni malate: ecco tutta la medicina»: cfr. L. ROSTAN, *Esposizione dei principi dell’organicismo preceduta da riflessioni sopra il non credere alla medicina*, Napoli, 1846, p. 41.

⁴⁴ E.H. ACKERKNECHT, *Medicine at Paris Hospital (1794-1848)*, Baltimore, J. Hopkins, 1967.

⁴⁵ P.J.G., CABANIS, *Op.cit.*, p. 98.

