Dino Felisati Giorgio Sperati

Pazienti Celebri

Malati O.R.L. nella storia e nell' arte

95° Congresso Nazionale della

Società Italiana di Otorinolaringologia e
Chirurgia Cervico - Facciale
Torino 21/24 Maggio 2008

Hanno Collaborato alla stesura del presente volume i Colleghi:

Artiano Bruno
Celestino Domenico
Cunsolo Elio
Gandolfi Guido
Mallardi Vito
Marchese-Ragona Rosario
Pucci Vincenzo
Staffieri Alberto

INDICE

Presentazione pp. 7
Salvatore Conticello

Introduzione pp. 9
Dino Felisati, Giorgio Sperati

Ötzi - *(3300 aC)*
L'uomo venuto dal ghiaccio pp. 27
Dino Felisati

Martin Lutero - *(1483 - 1546)*
Martin Lutero e la sindrome di Ménierè pp. 39
Domenico Celestino

Francesco II di Valois - *(1544 - 1560)*
La tragedia di un giovane monarca pp. 51
Giorgio Sperati

Tycho Brahe - *(1546 - 1601)*
L'uomo dal naso d'oro pp. 65
Elio Maria Cunsolo

Jonathan Swift - *(1667 - 1745)*
La sindrome vertiginosa di Jonathan Swift pp. 83
Guido Gandolfi

George Washington - *(1732 - 1799)*
Morte di un Presidente pp. 95
Dino Felisati, Giorgio Sperati

Francisco José de Goya y Lucientes - *(1746 - 1828)*
Dalla pittura della luce a quella delle tenebre pp. 107
Dino Felisati, Giorgio Sperati

Ludwig van Beethoven - *(1770 - 1827)*
La sordità di Beethoven, la sfida di un genio pp. 125
Vito Mallardi

Nicolò Paganini - *(1782 - 1840)*
Genio e sregolatezza, di grande artista pp. 151
Giorgio Sperati, Dino Felisati

Heinrich Schliemann - *(1822 - 1890)*
L'otopatia di un grande archeologo dilettante pp. 165
Rosario Marchese - Ragona, Alberto Staffieri

Federico III di Prussia - *(1831 - 1888)*
Un caso storico di cancro della laringe pp. 179
Giorgio Sperati

Vincent van Gogh - *(1853 - 1890)*
Una breve vita dannata pp. 209
Dino Felisati

Oscar Wilde - *(1854 - 1900)*
Ascesa e rovina di un esteta pp. 225
Giorgio Sperati, Dino Felisati

Sigmund Freud - *(1856 - 1939)*
La malattia del padre della psicanalisi pp. 237
Vincenzo Pucci, Bruno Artiano

Giacomo Puccini - *(1838 - 1924)*
Gli ultimi giorni di un grande compositore pp. 245
Rosario Marchese - Ragona, Alberto Staffieri

Franz Kafka - *(1883 - 1924)*
Tormento e contraddizioni di una esistenza disperata pp. 261
Dino Felisati, Giorgio Sperati

PRESENTAZIONE

Personaggi storici di rilievo nelle diverse attività umane - politica, arte, scienza, etc. - sono stati influenzati nelle loro attività dall'insorgenza di manifestazioni patologiche a carico di diversi distretti tra cui quelli della Specialità otorinolaringoiatrica.

Una serie di articoli biografici relativi alla patologia otorinolaringoiatrica da cui furono affetti celebri personaggi storici è stata pubblicata in questi ultimi tempi dalla nostra rivista ufficiale ACTA ORL Italica. Ognuno di questi racconti, scritti per la maggior parte da Dino Felisati e Giorgio Sperati, ci presenta non tanto la storia pubblica, ben nota, di questi personaggi, ma piuttosto, tenta di offrirci la loro immagine più intima, quella di pazienti in lotta con la malattia. In particolare gli Autori hanno cercato di dimostrare la eventuale, possibile influenza dello stato morboso sulla attività professionale e sulla produzione artistica di questi soggetti.

La lettura di queste particolari note biografiche, così ricche di notizie curiose e poco note, è risultata per me e per molti Colleghi una fonte di piacevole svago e di sicuro arricchimento culturale. Per queste motivazioni ho ritenuto interessante suggerire a Felisati e Sperati di raccogliere in un volume gli articoli pubblicati in passato, ovviamente modificati ed integrati, altri del tutto inediti e di aggiungere articoli di Colleghi appassionati alle ricerche storico-biografiche.

Nel ringraziare gli Autori — per avere accolto favorevolmente la proposta, e per averla realizzata con tanto impegno — e i Colleghi collaboratori, con piacere ritengo di poter dire che il volume ha risposto pienamente alle aspettative. Sicuro che la sua consultazione appagherà la curiosità dei lettori nei riguardi di alcuni aspetti poco noti della vita dei personaggi descritti, mi auguro che il volume possa rappresentare per molti un tangibile e gradevole ricordo del 95° Congresso Nazionale S.I.O.

Torino, Aprile 2008

Salvatore Conticello
Presidente S.I.O. e Ch. C. F.

Dino Felisati, Giorgio Sperati

Introduzione

La descrizione dei casi riportati in questo volume riguarda patologie di interesse ORL e la loro influenza sull'opera dei personaggi che ne erano affetti: artisti, letterati, politici ecc. Se la descrizione del *caso* può essere una curiosità storica, l'influenza della malattia sulla produzione del genio è argomento molto più interessante e sofisticato, che non sempre trova risposte convincenti. L'enigma rimane spesso irrisolto per insufficienza di informazioni, quasi sempre per le difficoltà insite nella esplorazione delle facoltà mentali, soprattutto di soggetti *fuori* della norma.

In alcuni casi la malattia è una semplice curiosità storica: George Washington, per esempio, morì nell'arco di 23 ore per una stenosi acuta faringo-laringea: la malattia non ebbe alcuna importanza sulla determinazione del corso politico del fondatore della Costituzione degli Stati Uniti d'America. Federico III di Prussia, monarca saggio e illuminato, morì di cancro della laringe, dopo soli tre mesi di governo. La sua scomparsa, secondo l'opinione di alcuni, fu ritenuta la causa indiretta dello scoppio della prima guerra mondiale, perché ad esso succedette il figlio Guglielmo II, autoritario e impulsi-

vo. In questo caso la malattia, per la quale diagnosi e trattamento sono state causa di infinite discussioni a livello internazionale, data la notorietà del soggetto e dei medici che lo ebbero in cura, può avere davvero influito sugli eventi della storia.

In altri casi il personaggio viene colpito da una malattia fisica cronica o invalidante (soprattutto tubercolosi e sifilide), con riflessi sulla sfera psichica. Il coinvolgimento della sfera psichica assume, allora, un rilievo significativo perché può indurre sensibili modificazioni del carattere, dell'umore, della sensibilità e, talvolta, della personalità stessa, alterando il modo di relazionarsi del soggetto con l'ambiente e quindi incidendo sul risultato della sua opera.

Rilevare la frequenza di gravi malattie, di mutilazioni importanti o di alterazioni funzionali invalidanti in famosi personaggi del passato può destare una certa sorpresa, abituati come siamo a idealizzare queste figure, a ricordare le loro opere e la loro collocazione nella storia. Di Luigi XIV ricordiamo certamente la grande politica espansionistica realizzata, non la fistola anale di cui soffriva; di Heinrich Schliemann la scoperta delle vestigia di Troia, non l'otomastoidite cronica che lo affliggeva, di Marcel Proust quel colosso che è *La recherche du temps perdu*, non l'asma che lo tormentò per tutta la vita.

È interessante ricordare come, in molti casi, una malattia organica grave, o comunque persistente, assuma un peso determinante nella esistenza di qualsiasi individuo, famoso o anonimo che sia. Questo condizionamento avviene perché ogni danno fisico, ogni riduzione dell'integrità somatica, ogni alterazione funzionale persistente, possono influenzare, in maniera più o meno evidente, la sfera psichica del soggetto colpito. Questi potrà reagire abbandonandosi alla depressione, come Chopin, oppure ribellarsi, reagendo con l'edonismo più sfrenato, come Oscar Wilde, o con una iperattività intensa, quasi maniacale, quale venne espressa da Nicolò Paganini. Tra queste due posizioni estreme si colloca ogni possibile sfumatura intermedia, ma tutte rappresentano comunque la risposta della sfera psichica alla malattia.

Il coinvolgimento della sfera psichica è particolarmente evidente

in quanti sono dotati di una accentuata sensibilità emotiva e gli artisti ne sono un esempio lampante. Costoro, più di altri, possono risentire il peso di una malattia o di una invalidità e subirne l'influsso a livello psico-emotivo, tanto da manifestare non solo modificazioni del carattere, ma della stessa produzione artistica. È il caso, ad esempio, di Françisco Goya e dei suoi dipinti nel ritiro della *Quinta del sordo*, successivi all'esplosione della malattia, che esitò in una totale sordità. Da questi dipinti traspaiono le ossessioni, le allucinazioni, la depressione, la sofferenza della persona malata. Si nota un cambiamento radicale dell'espressione artistica che, nei periodi precedenti, era stata caratterizzata da luce intensa, colori vivaci, gioia di vivere.

Modificazioni della personalità intervengono spesso, nelle persone di genio, per cause organiche o funzionali cerebrali; l'interpretazione di questi disturbi, che possono arrivare alla vera e propria follia, presenta notevoli difficoltà perché ogni persona ha una propria identità psico-fisica, una propria genialità, una propria malattia.

La tipologia infatti è infinita: Robert A. Schumann che soffriva di sindrome bipolare (sindrome maniaco-depressiva), nella fase maniacale componeva musica senza valore, nella fase successiva strappava quello che aveva scritto in precedenza e riscriveva musica, questa volta, formalmente impeccabile. Wolfgang A. Mozart, affetto da ipertensione arteriosa, stato uremico ed encefalopatia ipertensiva, attribuiti a malattia di Schonlein-Henoch, nelle ultime fasi della sua vita, ebbe allucinazioni e deliri di persecuzione. In quelle condizioni compose il *Requiem* per coro e orchestra, un capolavoro rimasto incompiuto. Viene da pensare che la consapevolezza dello stato precario di salute in cui si trovava abbia influito, stimolandone potentemente la creatività.

La ricerca è interessante perché ci avvicina a personalità straordinarie che hanno lasciato in eredità all'umanità i frutti del loro genio.

Il sentimento che si prova di fronte a questi giganti dello spirito è, innanzi tutto, di ammirazione per la sofferenza che il processo creativo ha loro imposto ("Tu, o Signore, ci vendi tutti li beni per prezzo di fatica", diceva Leonardo), in secondo luogo, di gratitudine per

l'opera che ci hanno lasciato. L'analisi di questa particolare casistica va affrontata con umiltà. Spesso manca la documentazione del decorso clinico o, se disponibile, è redatta in modo approssimativo o insufficiente, in conseguenza alle conoscenze dell'epoca. Non si dimentichi che una vera metodologia diagnostica si afferma a fine Ottocento e che l'interpretazione dei fenomeni psico-patologici, in particolare, ha subito revisioni e aggiornamenti vari nel corso del tempo. Il rapporto tra genio e follia, che è talora la chiave di volta per capire un autore, molto spesso lascia più enigmi che soluzioni, genera più oscurità che chiarezza, perché esiste un limite al di là del quale la nostra esplorazione si ferma, non avendo mezzi adeguati. Le nostre conoscenze sull'origine del pensiero non ci permettono di andare oltre.

Rapporto genio-follia

Se ci chiediamo: "Chi è normale di noi?", credo che la risposta sia: "Nessuno!". La definizione di salute dell'OMS, come è noto, è: "Lo stato di salute è quello di benessere fisico e psichico", ma chi può affermare di vivere in un completo stato di benessere fisico e psichico? L'ipertensione è compatibile con un perfetto stato di salute fisica? Forse no; eppure, una nostra amica, ipertesa, è vissuta fino a 96 anni. La nevrosi è compatibile con un perfetto stato di salute mentale? Forse no; eppure, un nostro conoscente, che era ossessionato dall'idea di non arrivare con lo stipendio alla fine del mese, ha vissuto una vita piena di interesse e di soddisfazioni e a 90 anni compiuti, quando venne la sua ora, disse: "Purtroppo, è un passaggio che deve avvenire e che dobbiamo accettare":

Bene, posto che nessuno è normale, dove comincia il patologico? Possiamo rispondere che si tratta di una *escalation* progressiva e che non esiste soluzione di continuità non solo tra normale e patologico, ma neppure tra le più semplici espressioni di patologia e le più complesse. Lo psichiatra Vittorino Andreoli,[1] noto pubblicista, ha intitolato il suo ultimo libro, uscito in questi giorni: *L'uomo di vetro*,

metafora di una fragilità umana paragonabile a quella del vetro. La fragilità ha mille volti e accompagna l'uomo per tutta la vita, contribuendo a farlo crescere. Quindi sta nella sua stessa fragilità la forza per andare avanti. La fragilità si manifesta nei rapporti familiari, in quelli sociali, ci stimola alla ricerca della nostra identità. Egli scrive: "La fragilità non è un difetto, un handicap, ma l'espressione della condizione umana." E aggiunge: "È la visione del proprio essere nel mondo, è la percezione che deriva dal dolore, dal senso del limite".

La fragilità si esprime nell'ingenuità del bambino, nell'incertezza dell'adolescente, nelle difficoltà dell'adulto di fronte alla paternità, all'assunzione di responsabilità in generale, al ruolo professionale, nella paura della morte propria del vecchio. "Con l'avvento delle psicologie del Novecento è diventata idea basilare che ogni personalità viva conflittualmente e che i conflitti siano alla base della frustrazione". Non c'è pace, quindi, per l'uomo, non c'è sicurezza: "…mai come in questo momento storico i disturbi mentali sono stati tanto gravi e diffusi: l'ansia sembra una compagna fissa di ciascuno di noi, indipendentemente dall'età. La depressione, che è una dichiarazione di stanchezza di rimanere al mondo e di voglia di morire, ha raggiunto percentuali che ormai ne fanno il disturbo più *normale* che si conosca. Le malattie centrate sulla paura (…) sono un'entità nuova e drammatica cui è correlata la patologia della nostra mente".[1] Questa - secondo lo psichiatra - è la normalità, oggi.

Ma se andiamo indietro di cinque secoli, il quadro che ci viene presentato da Erasmo[5] nel suo *Elogio* della pazzia non è meno pertinente. È vero che quest'opera di Erasmo è considerata satirica, ma quante verità contiene sulla realtà umana! Erasmo dice che gli uomini sono tutti un po' pazzi, e meno male che lo sono, perché quelli che chiamiamo saggi sono noiosi, pedanti e infelici. Egli distingue due forme di pazzia: quella inviata sulla terra dall'Inferno "ad opera delle Furie vendicatrici, ogniqualvolta esse aizzino contro l'umanità i loro serpenti e ispirino nei cuori l'ardore guerriero, l'insaziabile sete dell'oro, un amore vergognoso e colpevole, l'assassinio, l'incesto, il sacrilegio o qualche altra peste del genere" e quella invece

“che non ha con questa somiglianza alcuna (…) e che è fra tutte la più desiderabile. Sorge tutte le volte che una lieta illusione libera il nostro cuore d’ogni affanno ed ansia e contemporaneamente lo inonda d’una sensazione molteplice di piacere.” Specie salutari di pazzia sono l’amore, l’amicizia, la carità di patria, l’ambizione, la tendenza ad ammirare se stessi, mentre l’esagerazione dei medesimi, in alcuni tipi di umanità, rappresenta - per lo scrittore - la morte dello spirito, la vera pazzia. Nell’opera di Erasmo, la pazzia parla in prima persona: “A che serve parlare della massa comune e del popolino che senza discussione mi appartengono totalmente? In essi è talmente generale l’abbondanza delle forme di pazzia, e tante se ne inventano ogni giorno di nuove, che non basterebbero a farci su una risata neanche mille come Democrito”. E aggiunge: “Dunque mancar di senno è una impareggiabile dolcezza, visto che gli uomini nelle loro preghiere vorrebbero esser privi di tutto piuttosto che della pazzia”.

Genio e follia sono due differenti espressioni dell’attività cerebrale: ci sono persone di genio che non sono pazze e pazzi che non sono persone di genio. Il genio è parente della follia nel senso che, ai più alti livelli, si esprime in modi diversi dalla persona *normale*. Egli percepisce la realtà e soprattutto elabora le sensazioni in maniera diversa dalla norma, quindi reagisce anche in modo differente. Il genio esplora e batte strade nuove, usando metodologie proprie, suscitando dubbi e, talvolta, derisione. La *normalità* è abitudine: con questo atteggiamento non si sbaglia mai, non si va fuori strada; invece, il soggetto che prova altri percorsi, per giungere ad una conoscenza più vasta e profonda, sbaglia molto più facilmente, e si comporta quindi in modo anormale.

Il genio è *solo*, innanzi tutto perché insegue il proprio progetto in maniera totalizzante, in secondo luogo perché non ha intorno a sé interlocutori in grado di comprenderlo, in terzo luogo perché chi lo circonda lo sente *diverso* e lo rifiuta. Leopardi – come ben sappiamo – definiva il suo paese *natìo borgo selvaggio*. Questo stato di solitudine è anche frutto di una contraddizione, quella di desiderare e rifiutare, nello stesso tempo, la presenza di altri attorno a sé.

Ancora: il genio è generalmente più fragile della persona normale,

un po' perché nasce tale, un po' per l'usura che la fatica della creatività comporta. L'infanzia e l'adolescenza della persona superdotata sono spesso caratterizzate da una esagerata sensibilità e da una intensa partecipazione emotiva alle difficoltà della vita. Il tempo della creatività, poi, è segnato da insoddisfazione per la propria opera e da crisi esistenziali, magari intervallate da delirio di onnipotenza. Orazio scriveva: "Monumentum exegi aere perennius". Lo stato di genio sembrerebbe quindi apparentarsi all'alterazione mentale, anzi, possiamo dire che il genio è sempre un po' folle.

Rapporto genio-follia nel passato

Il rapporto genio-follia ha sempre attratto l'immaginazione dell'uomo, il quale però non è mai riuscito a definirne la validità e a spiegarne le ragioni. La stessa definizione di follia è subordinata al giudizio sui comportamenti umani che viene dato nelle varie epoche. *Ethos* che, come è noto, non è fisso e immutabile.

Nell'antichità Platone[7,9,10] fu il primo ad interessarsi al problema della natura della follia o *mania* e, nel *Fedro*, dice che la pazzia può essere anche una forma di *entusiasmo divino* concessa agli uomini come dono. Tale è l'entusiasmo erotico, proprio dell'innamorato, ispirato da Afrodite. "Non è verace il discorso che a un innamorato si debba preferire chi non ama, con il pretesto che quello delira e questo invece è sano e saggio".

Anche l'entusiasmo poetico è una forma di pazzia concessa ad alcune nature privilegiate: "Chi arriva alle soglie della poesia senza il delirio delle Muse, convinto che la sola abilità lo renda poeta, sarà un poeta incompiuto e la poesia del savio sarà offuscata da quella del poeta in delirio". Vi è poi l'entusiasmo *profetico* proprio degli oracoli: la profetessa di Delfi, le sacerdotesse di Dodona e la Sibilla, predicono il futuro attraverso frasi apparentemente sconnesse, perché noi non riusciamo a capire la lingua degli dei. Vi è ancora l'entusiasmo *mistico*, da attribuirsi a Dioniso, che libera dai mali coloro i quali, attraverso purificazioni e iniziazioni, sono posseduti dal dio.

Tutte queste forme, e altre, sono diverse dall'insensatezza, dovuta all'umana debolezza.

In epoca romana, Seneca attribuisce ad Aristotele questo aforisma: "Nullum magnum ingenium fuit sine mixtura dementiae".[4]

Il concetto platonico di entusiasmo, come superamento dei limiti della realtà umana, fu recepito nel Medioevo per interpretare le situazioni di *estasi* (essere fuori di sè), espressione del misticismo religioso. La follia, nella stessa epoca, era abbastanza tollerata, proprio perché i confini tra il divino, l'umano e il demoniaco erano labili e il folle, pur privato dei diritti umani, non era relegato ai margini della società.

Nel Rinascimento ebbe inizio la criminalizzazione della follia, intesa come emersione del *lato oscuro* nella psiche del soggetto, lato oscuro ritenuto responsabile della sua diversità. È il tempo della *Nave dei folli*, tema della letteratura e della pittura, oltre che realtà vissuta per togliere di mezzo soggetti ingombranti. In quell'epoca Giordano Bruno[9] diede dell'entusiasmo platonico una versione laica, parlando di *furore eroico* - definito *raptus mentis* - che altro non è se non l'anelito del filosofo alla ricerca della verità. Bruno distingue il furore divino da quello eroico, in quanto il primo conduce al misticismo e si completa nell'estasi, il secondo è proprio dell'intellettuale.

Nel Seicento compare sulla scena della storia un personaggio interessante, che ha scosso tutto il mondo ebraico, autoproclamandosi Messia: si tratta di Shabbetay Tzevi che nel 1648 ebbe la rivelazione interiore della sua messianicità. Fu il primo messia cabbalistico della storia ebraica. La sua personalità fu caratterizzata, secondo Gershom Scholem - massimo studioso della *Qabbala* - da una psicosi maniaco-depressiva, non aliena da eccentricità.[8]

Nel Settecento la pazzia venne interpretata come malattia organica, *teoria organicista*, conseguenza di un vita irragionevole e dissoluta, introducendo un criterio morale che portò alla separazione degli alienati dal contesto sociale e alla loro reclusione nei primi manicomi. L'idea che la pazzia fosse una patologia psichica si fece strada alla fine del secolo, quando si cominciarono a prendere in

considerazione, ai fini diagnostici, le deformazioni fisionomiche, posturali e gestuali. Scrive Denis Diderot: "Oh! Que le génie et la folie se tuchent de près".[4]

In epoca romantica la follia venne considerata la parte ancestrale e profonda dello spirito umano che sfugge al controllo della ragione. Secondo E. W. Schelling (1810) "la *ragione* non è altro che follia regolata; ciò che chiamiamo *pazzia* è solamente un eccesso di passioni sfuggite al controllo razionale."[9] E Cesare Lombroso, che nel 1864 pubblicò *Genio e follia*, riteneva che il genio non fosse che una forma di follia e, più precisamente, di follia epilettica. "Gli uomini illustri nella poesia, nelle arti o nella politica sono stati sovente melanconici e pazzi". La follia libera l'espressione del genio, non più vincolato dalla ragione, né sottoposto a leggi e convenzioni.[3]

Rapporto genio-follia dalla seconda metà dell'Ottocento ad oggi

Nella seconda metà dell'Ottocento, e più ancora nel Novecento, molti autori si interessarono del rapporto genio-follia perché si cominciò a disporre di documentazioni dettagliate contenute in fogli di corrispondenza, in cartelle cliniche, diari, ecc. Con frequenza venne messa in evidenza la fragilità psico-fisica della persona di genio e se ne sottolineò il contrasto con la *potenza* dell'opera prodotta. Sembra che il genio, da una parte, paghi con questi segni di debolezza il dono della creatività e, dall'altra, si sforzi di tradurre in qualcosa di importante e duraturo il prodotto della sua intelligenza, quasi a voler compensare la fragilità della sua costituzione psicofisica. Lo stress (per usare una parola moderna) che ne consegue, si traduce nella nevrosi. Franz Kafka è stato un esempio emblematico di questa condizione: accanto alle sue difficoltà psichiche, si manifestò in giovane età una tubercolosi polmonare, complicatasi poi con una localizzazione laringea, che lo portò a morte a 41 anni; ma questa breve vita non gli impedì di realizzare l'opera che conosciamo.

Di Blaise Pascal è stato scritto "degenerando fisicamente, si perfe-

zionava moralmente (…) era un'anima rivestita da un corpo." George Byron era claudicante; quand'era bambino aveva tentato il suicidio e, per tutta la vita, visse d'avventura con grande dispendio energetico, andando a morire in Grecia per partecipare alla guerra che vi si combatteva. Ebbene, per la sua opera fu considerato "un sovrumano che non sapeva adattarsi alla condizione umana".[4]

Karl Jaspers, nel suo saggio *Genio e follia*, prende in esame la vasta documentazione esistente di lettere, scritti ed altro materiale, di quattro personaggi importanti nella storia della letteratura e dell'arte che presentano, a suo giudizio, sintomi di alterata funzione psichica di tipo schizofrenico: August Strindberg (1849-1912), Emanuel Swedenborg (1688-1772), Friedrich Holderlin (1770-1843) e Vincent Van Gogh (1853-1890), casi ideali per uno studio sui rapporti tra genio e follia.

Strindberg, scrittore di teatro e poeta, da ragazzo, era estremamente emotivo e sensibile. Anche da adulto presentava una grande instabilità del carattere. I disturbi della sfera psichica iniziarono nel 1882 e furono contrassegnati da due crisi, una nel 1887 e l'altra nel 1896. La sintomatolgia era assai varia: forte gelosia, soprattutto nei confronti della prima moglie (si sposò tre volte), mania di persecuzione, delirio, impressioni di magnetismo ed elettricità, coinvolgimento dei sensi (gusto, olfatto, vista e udito), mali di testa, irritabilità nervosa, accessi di febbre, allucinazioni, esperienze deliranti e pensava che tutto questo avvenisse per *punirlo e correggerlo*. Ebbe continuo bisogno di spostarsi da un luogo all'altro, perché trovava nella fuga sollievo al proprio disagio esistenziale. Il culmine del processo psicotico avvenne nel 1896. I momenti creativi seguivano alle fasi acute, sfociando in una enorme mole di opere.[6]

Swedenborg, filosofo e mistico svedese, divenne schizofrenico, ma con manifestazioni differenti da quelle di Strindberg (la schizofrenia è una malattia dalle molte facce). Strindberg e Swedenborg ebbero in comune la caratteristica di non estinguere la capacità di riflettere, di ordinare, di orientarsi nell'ambiente in cui vivevano. La loro malattia appariva in momenti determinati, e progrediva a tappe, suscitando fenomeni similari. In Swedenborg i primi sintomi si

manifestarono nel 1736 (a 48 anni). Egli annota i propri sogni in cui "vede dei segni". Nel 1743 si presentò la prima fase acuta della psicosi, la sua vita ne venne sconvolta e la sua opera si rivolse alla teosofia e alla religione. Incominciò a tenere un diario e, per due anni, continuò a segnare quanto gli accadeva. A distanza di qualche tempo, il suo spirito si caricò di misticismo: soffriva di allucinazioni, sentiva *le voci*, aveva visioni di angeli e spiriti che dialogavano con lui. Tali visioni, dapprima rare, diventarono, via via, più frequenti e regolari, associandosi a fenomeni di angoscia e di grande agitazione, fino allo scoppio della crisi. A ogni crisi faceva seguito uno stato di calma, che era il più produttivo dal punto di vista creativo. Egli allora trasferiva nelle sue opere le sue visioni mistiche.[6]

Holderlin, straordinario poeta tedesco dell'Ottocento, a 30 anni presentò i primi segni della schizofrenia: irritabilità, instabilità eccessiva, senso di spaesamento e solitudine. Nell'anno seguente ebbe un calo di creatività. Seguì un periodo di lotta "tra le forze disgregatrici della follia e una volontà di disciplina che cerca disperatamente di far ordine e di evitare ogni dispersione". Tra aprile e giugno 1802 soffrì di crisi di agitazione e, da Bordeaux, ove faceva l'istitutore, tornò a casa trasandato nell'aspetto e con i segni della follia. A partire dal 1805-06 si notò una trasformazione radicale delle sue opere: esse diventarono più semplici, più infantili. Nel 1793 scriveva: "Il fine sacro dei miei desideri e della mia attività è svegliare nella nostra epoca germi che matureranno più tardi" e, nel 1798: "Il disgusto di me stesso e di quello che mi circonda mi ha sospinto all'astrazione". Dopo l'inizio della schizofrenia, *la patria della sua anima* divenne il mondo greco. Mito, affinità con la natura, partecipazione al divino costituirono un unico universo che Holderlin trasferiva nella sua poesia. La schizofrenia contribuì ad esaltare le vibrazioni del suo genio, e la sua mente, insieme alla sua poesia, finirono per soccombere. Verso il 1806 gli stati di agitazione diventarono molto frequenti e il poeta venne internato. Un anno dopo fu affidato ad una famiglia presso la quale rimase fino alla morte (1843). La poesia degli ultimi tempi venne definita *versi in sfacelo*.[6]

Van Gogh, pittore, morì suicida a soli 37 anni, lasciando un patrimonio di opere realizzate in un decennio. Personalità complessa, fin da piccolo agiva, pensava, sentiva e viveva in maniera diversa dai suoi coetanei. Anche da adulto continuò ad avere aria assorta, grave, malinconica e manifestò sempre una profonda religiosità, tanto che non dipinse santi e angeli perché ciò "lo turbava". Sceglieva con modestia soggetti più umili, riversando anche su questi il suo fervore religioso. Quando arrivò la vocazione pittorica aveva già 26 anni ed era passato attraverso esperienze di vita deludenti. Nel dicembre 1885 avvertì i primi segni della malattia che si manifestarono con disturbi fisici; non fu estranea anche la scarsa alimentazione, per mancanza di mezzi. A fine 1887 inizio 1888 comparvero le prime manifestazioni psicotiche. Nel marzo e aprile successivi visse in uno stato di furore creativo, anche se il lavoro lo stancava molto. La venuta di Gauguin lo distrasse dai suoi tristi pensieri, ma poi il rapporto si fece difficile. Van Gogh sprofondò nella prima crisi psicotica la vigilia di Natale 1888 e Gauguin se ne andò. È il tempo in cui Van Gogh si taglia l'orecchio e lo porta a una prostituta. Da questo momento in avanti, gli attacchi si ripeterono e, tranne qualche intervallo di lucidità, il pittore non ritornò più quello di prima. La sera del 27 luglio 1890 si sparò un colpo di pistola al petto e morì due giorni dopo. La sua opera segnala un mutamento artistico agli inizi della malattia. Gli anni 1888-1890 furono i più produttivi, contrassegnati da "una esaltazione estatica veemente che resta tuttavia controllata". I quadri delle ultime settimane danno spesso un'impressione di caos.[6]

Van Gogh, come Holderlin - dice Jaspers – appartiene a quel gruppo di schizofrenici, pochi per la verità, in cui "la personalità e il talento preesistono alla malattia, ma non hanno la stessa potenza. In queste personalità la schizofrenia è la condizione, la causa possibile perché si aprano queste profondità" (…) "Certo, la schizofrenia non può essere creativa senza la conquista di una tecnica pittorica, senza una completa padronanza artistica come quella che Van Gogh acquisì in quasi dieci anni di lavoro, dopo essersi sforzato tutta la vita di arricchire le sue possibilità interiori. La follia non gli porterà niente

di nuovo, ma sosterrà le forze esistenti." Jaspers, dopo aver premesso che nella comprensione dell'unità dell'esistenza umana tutto è abbastanza vago e indeterminato, distingue la personalità schizofrenica di Strinberg e Swedenborg, che è di tipo *oggettuale*, da quella di Holderlin e Van Gogh, che è di tipo *soggettivo*. In questi ultimi due il comportamento è frutto di una spiritualità di cui la schizofrenia si impossessa, diventando strumento per l'interpretazione della realtà. Dice Jaspers: "Quando vedi la perla non pensi alla malattia della conchiglia, così di fronte alla forza vitale di un'opera non pensi alla schizofrenia che forse è stata condizione della sua nascita". E aggiunge: la schizofrenia di tipo soggettivo finisce nella demenza e nel suicidio o è destinata all'apatia permanente, quella di tipo oggettivo è compatibile con la vita, come è stato per Strindberg e Swedenborg.

Ovviamente, oltre alla schizofrenia, altre forme di psicopatia possono colpire il genio. Secondo K. J. Jamison, il termine *follia*, nel caso del genio, è improprio perché quasi sempre viene attribuito a "patologie psichiatriche che corrispondono in realtà a disturbi della sfera affettiva".[3]

Spesso l'artista trasferisce nella sua opera l'esperienza psicotica sofferta. In epoca moderna Giorgio de Chirico, il padre della pittura metafisica, un grande del XX secolo, soffriva di emicrania con allucinazioni visive, luci a zig-zag, rivelazioni o fantasmi ed altri fenomeni *auratici* che definiva *febbri spirituali*. Questi elementi compaiono nelle sue opere: nel ciclo pittorico *Bagni misteriosi* figurano linee a zig-zag che lasciano intravedere il possibile trasferimento della fenomenologia auratica. Edvard Munch, nel suo celebre quadro *Il grido*, rappresentò un'esperienza psicotica allucinatoria uditiva, "un grande urlo infinito che pervadeva la natura", per il quale non era stato in grado di trovare parole adatte. Altrettanto si può dire per la nevrosi di Ligabue, per il male di vivere di De Pisis. Lo psichiatra Giovanni B. Cassano, analogamente a Jaspers, sostiene che un soggetto dotato di talento, anche malato, produce opere d'arte grazie alla capacità di esprimere la propria sofferenza.[3]

La constatazione che, nella maggior parte dei casi, i disturbi della

psiche rappresentano per l'artista lo stimolo verso l'attività creativa e che i contenuti delle allucinazioni, visioni ecc., entrando a far parte del patrimonio di esperienze del soggetto, vengono utilizzati nella realizzazione delle sue opere, ha portato a impiegare il disegno, la pittura e altre manualità di tipo artistico a scopo diagnostico e terapeutico nei malati di mente. Jean Dubuffet,[3] pittore e scultore, nel 1947, ha coniato per queste opere il termine *Art Brut* e per gli autori quello di *Artisti loro malgrado*. Lo psichiatra Andreoli, già citato, conobbe nel manicomio *San Giacomo della Tomba* di Verona Giancarlo Zinelli, un ricoverato per schizofrenia, insorta dopo la partecipazione alla seconda guerra mondiale. Zinelli aveva manifestato la necessità di esprimersi attraverso il linguaggio del disegno, incidendo forme sulla pietra dei muri dell'ospedale. Andreoli favorì questa disposizione e la produzione di Zinelli fu tale che, nel 1985, il Guggheneim di Venezia gli dedicò una mostra retrospettiva. Un altro artista suo malgrado fu Tarcisio Merati di cui la psicoterapeuta Maria Rita Parsi così disse: "la schizofrenia di Tarcisio nasce dall'esigenza di ricomporsi nella mente e rinascere in forma nuova …, attraverso i suoi dipinti egli si è curato, rigenerato e ripartorito".[3]

Accanto al tormento della creatività, ci può quindi essere il beneficio derivante dalla possibilità di esprimersi attraverso l'arte.

Conclusioni

Le nostre conoscenze in tema di neuroscienze non sono tali da permetterci di entrare in profondità nel complesso meccanismo che regola a livello cerebrale il rapporto genio-malattia. Quello che possiamo dire è che la malattia, fisica o mentale che sia, influisce, a livello del genio, condizionandone le espressioni e, in certi casi, stimolandolo. Ma per produrre opere d'arte non è necessario essere folli: Leonardo, Shakespeare e, ai nostri giorni, Picasso, non risulta abbiano manifestato segni di follia e sono stati geni universalmente riconosciuti. Nevrosi e psicosi, in un crescendo di intensità, possono accompagnare il genio nel suo percorso produttivo: il momento

di maggiore produttività e di migliore qualità è quello della eccitazione nervosa fisio-patologica. Tutti diventano invece improduttivi nel momento della crisi psicotica che sconvolge il cervello e che si accompagna ad una molteplicità di sintomi organici.

La schizofrenia, come tale, non è creatrice; solo nelle personalità dotate, la malattia schizofrenica è la condizione affinché le profondità si aprano. Tutte traggono spunto dal contenuto delle loro allucinazioni per tradurle nelle loro opere: letterarie, musicali o pittoriche. È una visione della schizofrenia che la differenzia in maniera sostanziale dalle malattie attribuite a destrutturazione mentale. Nella metafora dell'orologio e del martello, Jaspers dice che le malattie destrutturanti della psiche "agiscono sulla vita psichica come una martellata che centra il meccanismo di un orologio, distruggendolo; i processi che stiamo esaminando, al contrario, producono un'intricata modificazione del meccanismo: l'orologio continua a funzionare, ma in modo imprevedibile, si direbbe un orologio impazzito".

La follia associata al genio, più che pazzia vera e propria, è ritenuta essere un disturbo della personalità, con alternanza di sintomi psicotici (deliri, allucinazioni) a periodi di lucidità e notevole capacità creativa. Non si esclude che, in taluni casi, l'esito possa essere quello della pazzia con totale deterioramento della personalità. Con una immagine poetica, Cabanès dice: "L'intelligenza, a forza di elevarsi, porta talvolta il suo volo nei cieli che sono di solito il dominio degli spiriti smarriti e deliranti".[4] La follia non è l'origine della forza creativa, ma il motore di una attività febbrile e creativa.

Lo stato di schizofrenia, nel malato dotato di spiritualità adeguata, anche se poco sviluppato intellettualmente, può portare alla realizzazione di opere di valore o, comunque, di opere che possono essere utilizzate a scopo diagnostico. È il principio su cui Jean Dubuffet, nel 1947, ha fondato l'*Art Brut*: il folle, che ha capacità creative, può trasferire il suo *pathos* in un'opera d'arte. Se ne ricava che, se l'arte riesce a curare la pazzia, interferisce con essa; quindi arte e follia, pur essendo manifestazioni diverse dell'attività del pensiero, sono unite da un profondo legame.

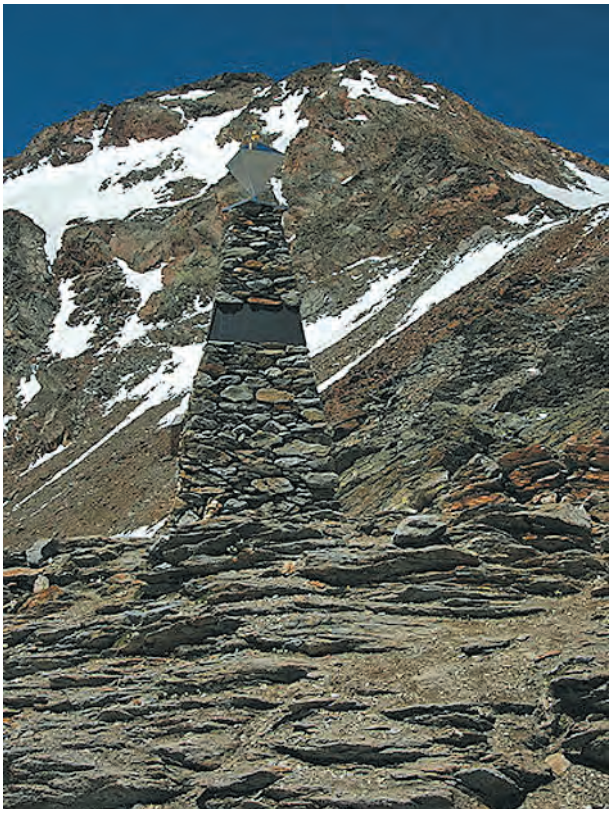
E infine, riassumendo la nostra esperienza, ricordiamo che l'emo-

zione che proviamo, ascoltando buona musica, guardando un bel quadro, leggendo una delicata poesia, è frutto della nostra sensibilità, ma è soprattutto godimento del prodotto di un genio che ha pagato la creazione del suo capolavoro con fatica, tormento, e qualche volta, delirio.

Chiudiamo con una citazione di Holderlin:[6] "Giorno e notte, un fuoco divino ci spinge ad aprirci la via. Su, vieni! Guardiamo all'Aperto, cerchiamo qualcosa di proprio, sebbene sia ancora lontano". L'invito di Holderlin è di uscire dal recinto delle certezze e andare oltre i confini della ragione, verso l'infinito, là ove si può esplorare l'ignoto con la forza dello spirito. L'*Aperto* è la libertà, la ricerca dell'impossibile, verso la quale ci spinge la nostra pulsione interiore.

Bibliografia

1. Andreoli V. “L’uomo di vetro – La forza della fragilità” Rizzoli ed., Milano 2008
2. Bressan L. “Le basi cerebrali del pensiero artistico” Il Bassini Rivista dell’Ospedale E. Bassini, Cinisello Balsamo-Milano, (1-2), 2006, p. 44
3. Bressan L e Galbiati E. “Arte e follia” Il Bassini Rivista dell’Ospedale E. Bassini, Cinisello Balsamo-Milano, (1), 2007, p. 34
4. Cabanès A. “Grands névropathes- malades immortels” Albin Michel ed. Paris, 1920
5. Erasmo da Rotterdam “Elogio della pazzia” BUR, Rizzoli ed. Milano, 1963
6. Jaspers K. “Genio e follia” Raffaello Cortina ed. Milano, 2001
7. Platone “Fedro o della Bellezza” in “I Dialoghi dell’Amicizia” BUR, Rizzoli ed. Milano 1953
8. Scholem G. *“La Cabala”* Ed. Mediterranee,1992, Roma
9. Ubaldo N. “Atlante illustrato di filosofia – Dalla dea madre ai Presocratici; da Platone e Aristotele al Rinascimento, da Kant all’Idealismo, dalla Psicanalisi all’Estetica…” Ed. Demetra, Verona, 1999
10. Universale Laterza “Platone Opere complete” vol. IX, Indici. Ed. Laterza, 1971.



Ötzi - (3300 aC)
Il luogo del ritrovamento con la stele commemorativa

Dino Felisati

L’uomo venuto dal ghiaccio

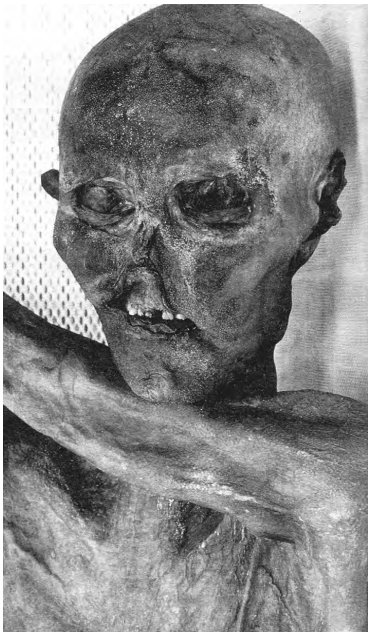


Figura 1. *La mummia del Similaun.*

La ricerca archeologica continua a mettere a disposizione della scienza medica reperti che, studiati e interpretati con tecniche sempre più perfezionate, vengono ad arricchire il grande patrimonio culturale che appartiene alla storia della Medicina, antica come l’umanità. Storia dell’uomo e del suo rapporto con il dolore, con la paura, con la morte. Scriveva il Castiglioni:[1] “Nessuno può veramente e profondamente intendere il presente e guardare coscientemente l’avvenire, che non conosca le fonti e non sappia ricercare le vie attraverso alle quali la conoscenza della verità è penetrata in noi. Nessuno, meglio del medico, sa come e quanto questa legge valga per l’or-

ganismo biologico individuale, e conosce l'importanza della storia dell'individuo e delle cellule, senza la quale non è possibile concepire rettamente le funzioni degli organi, né la loro intima essenza". Le scoperte di antiche testimonianze, sia che si tratti di reperti biologici o di materiali inerti, contribuiscono a far meglio conoscere come si viveva in un tempo lontano, tanto più affascinante quanto pieno di mistero, ma anche come si soffriva e come ci si medicava.

La trattazione della storia della Medicina si basa su documentazioni scritte e, per quel che riguarda la preistoria, su reperti pittorici o sculture; i riferimenti a cadaveri sono ricavati soprattutto da studi su mummie di varia provenienza, nelle quali peraltro, mancando gli organi interni (solo il cuore e i reni venivano lasciati), vengono meno tutte le informazioni ad essi relative. Informazioni interessanti sono venute dall'esame di resti scheletrici che hanno permesso di individuare esiti di traumi, patologie tumorali e reumatiche, e soprattutto di documentare la pratica della trapanazione del cranio, in vita.

Un fatto nuovo e importante è accaduto alcuni anni fa: nella zona dell'Alto Adige, nei pressi del Similaun è venuto alla luce il corpo mummificato di un uomo morto e intrappolato dai ghiacci, che l'hanno conservato integro per 5300 anni circa. Il suo ricco corredo

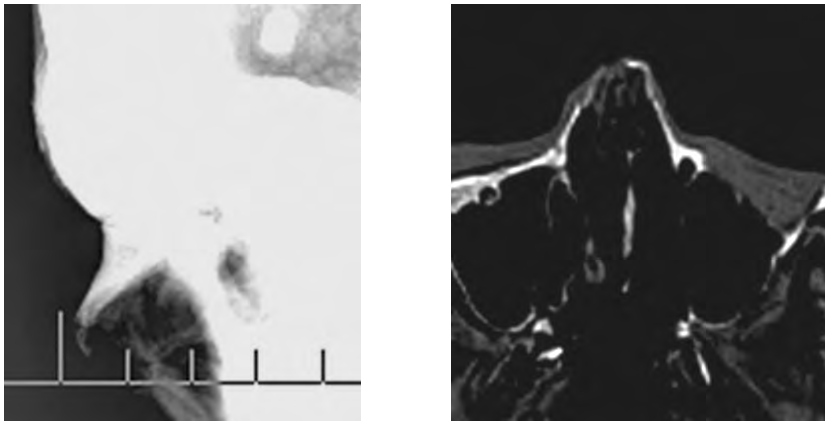


Figura 2. *Documentazione radiografica della frattura delle ossa nasali.* (Le radiografie sono state gentilmente concesse dal Servizio di Radiologia dell'Ospedale di Bolzano, per la cortesia del dott. Paul Gostner).

di oggetti personali ne ha fatto un reperto di straordinario valore per gli studiosi di un numero considerevole di discipline.

Dal punto di vista specialistico ORL, l'interesse si limita alla frattura delle ossa nasali, ma la datazione del reperto è talmente antica che il dato acquista un valore straordinario. Noi conosciamo le fratture delle ossa proprie nasali e del setto ed il loro trattamento, attraverso la descrizione che ne viene fatta nel papiro Smith (XVIII dinastia, 1500 a.C., circa).[2] Accenni a fratture nasali si trovano nell'Iliade (IX sec. a.C.). Un'ampia trattazione sui metodi di riduzione e di contenzione delle fratture nasali, metodi curiosamente assai simili agli attuali, si trova nel trattato ippocratico sulle articolazioni (V sec. a.C.).[3] Ma un reperto tangibile, documentato radiograficamente, di epoche antecedenti a quelle nominate, non è conosciuto e merita quindi una descrizione, tanto più che si accompagna ad una serie di altri rilievi, altrettanto ben studiati e altrettanto meritevoli di attenzione.

Nel IV millennio a.C., più o meno all'epoca in cui in Mesopotamia i Sumeri studiavano le relazioni intercorrenti tra il movimento degli astri e lo svolgersi delle stagioni e tra queste ed il manifestarsi di alcune malattie e nasceva la medicina sacerdotale, una serie di strane coincidenze creò le premesse perché a distanza di diverse migliaia di anni, sul versante alpino del Trentino-Alto Adige, a pochi chilometri dal confine con l'Austria a 3213 metri di quota, venisse rinvenuta la mummia di un valligiano, perfettamente conservata dal ghiaccio, che verrà studiata con accuratezza e con l'utilizzo di modernissime tecniche di indagine e sarà fonte di una serie di dati di inestimabile valore anche da un punto di vista medico. Si trattava di un uomo di 45 anni circa, molto probabilmente un pastore, partito – pare – verso la fine della primavera e il principio dell'estate dalla Val Senales o dalla Val Venosta, forse per raggiungere i pascoli di montagna, oltre il giogo di Tisa. Egli era attrezzato per un lungo viaggio, aveva con sè arco, faretra con frecce, ascia di rame, pugnale di selce, zaino, due vasi di corteccia di betulla, uno per tenere vive le braci sotto uno strato di foglie verdi d'acero, l'altro forse per il trasporto dell'acqua, e infine altri piccoli oggetti.

Consumato un pasto a base di cereali e di frutta selvatica otto ore prima, Ötzi (così è stato chiamato, dalla zona di Ötztal, l'uomo venuto dal ghiaccio), giunto all'altezza del giogo di Tisa, si apprestava a superarlo per salire verso il Similaun. Che cosa sia accaduto subito dopo lo ricaviamo dalla descrizione che ne fanno R. C. De Marinis e G. Brillante: "Camminando lungo il torrente, Ötzi saliva in direzione del crinale spartiacque, quando a un certo punto le condizioni atmosferiche cominciarono a mutare, volgendo rapidamente al peggio. La salita diventò difficile. A fatica Ötzi giunse in vista del giogo di Tisa, ma si scatenò una bufera di neve o forse si alzò una nebbia improvvisa. Certamente la temperatura si abbassò in maniera repentina e le avverse condizioni climatiche gli impedirono di proseguire o di tornare indietro e così decise di tentare di ripararsi in una piccola conca. Arrivato sfinito con la speranza di poter trovare un rifugio temporaneo, depose la faretra su una parete rocciosa inclinata, poi guardandosi intorno notò, due metri di fronte a sé, una sporgenza della roccia che sembrava più adatta e vi depositò l'ascia, l'arco e tutto il resto del suo carico. Probabilmente tenne con sè il vaso in corteccia di betulla che conteneva le braci per sentire un po' di calore, ma ben presto entrò in uno stato di profonda spossatezza. L'uomo sapeva che per non morire doveva evitare di addormentarsi e forse camminò su e giù per la piccola conca rocciosa, ma a un certo punto lo sfinimento prese il sopravvento e cadde pesantemente contro la pietra, il berretto rotolò via depositandosi ai piedi della roccia, il recipiente con le braci scivolò dalla sua mano e finì due metri più avanti. Morì senza riprendere i sensi".[4]

Il cadavere, prima di essere ricoperto definitivamente dalla neve, fece in tempo ad essiccare a causa forse del vento di Föhn. La neve poi si trasformò in ghiaccio e lo conservò intatto fino al momento della scoperta avvenuta il 19 settembre 1991 ad opera di Helmut ed Erica Simon, una coppia di tedeschi di Norimberga, in vacanza in Alto Adige. Recuperato e inviato all'Istituto di Medicina Legale di Innsbruck (si verificherà più tardi che il ritrovamento era avvenuto in realtà in territorio italiano, a circa 60 metri dal confine tra Italia e Austria, e per questo fu poi restituito alla Provincia Autonoma di

Bolzano), fu visto dall'archeologo Konrad Spindler, docente di preistoria e protostoria all'Università di Innsbruck che, dall'esame dei manufatti recuperati accanto alla salma, ritenne trattarsi di un reperto risalente a non meno di 4000 anni prima. In realtà la datazione successivamente accertata in diversi laboratori, attraverso analisi al radiocarbonio, compiute su minuscole sezioni di tessuti anatomici della mummia e su sostanze vegetali, risultò risalire a 5300 anni prima. Ötzi fu sottoposto a tutta una serie di indagini; nell'arco di sei anni fu esplorato ogni suo sito sia esterno che interno con sofisticate tecnologie, ricavandone informazioni utili per la conoscenza dell'ambiente naturale e sociale nel quale viveva, del suo modo di esistere, della sua alimentazione, del suo stato di salute e di altro ancora. Dal punto di vista della patologia, si sono dovute differenziare le lesioni prodotte in vita da quelle causate dal lungo soggiorno nel mezzo ghiacciato, a quelle infine determinate dalle operazioni di recupero.

Figura 3. *Ricostruzione di Ötzi con la mantellina, l'arco e la faretra. (Ideazione R. C. De Marignis, disegno R. Rachini).*

Le più interessanti, dal nostro punto di vista, sono ovviamente quelle che risalgono al tempo della vita.

Sono stati rilevati processi artrosici localizzati alla spina dorsale, all'anca, al ginocchio, alla caviglia, alla mano, lesioni che dovevano procurargli dolore. Erano presenti

fratture alle costole sinistre (dalla quinta alla nona) e alle ossa nasali, esitate in callo osseo. La dentatura era abrasa a causa dell'alimentazione con grano manualmente macinato e quindi mescolato a polvere di pietra, con una maggiore usura a carico degli incisivi superiori, forse per l'abitudine di masticare pelli o cuoio, secondo l'uso degli Eschimesi. I polmoni erano antracotici per aver respirato per lunghi periodi, come accadeva nelle popolazioni preistoriche abitanti in climi freddi, il fumo del focolare che bruciava nel mezzo della capanna priva di finestre. Un altro dato importante è la presenza di lesioni aterosclerotiche, ritenute legate al largo consumo di carne e forse anche di formaggio. È stata segnalata la presenza di anomale concentrazioni di arsenico, rame, nichel e manganese nei capelli, conseguenti alla presenza del Nostro alle operazioni di riduzione del rame o di colata e fusione di leghe di rame e arsenico. Nell'intestino sono stati trovati, parassiti nematodi del genere *Trichuris trichiura*. All'esame Rx è risultato mancante il dodicesimo paio di costole.

Nell'equipaggiamento di Ötzi furono trovate due specie di funghi: *Fomes fomentarius* usato come esca per accendere il fuoco, e *Piptoporus betulinus* usato probabilmente come emostatico e antisettico. Questo particolare ci introduce nel campo della medicina terapeutica, una medicina che nella preistoria è fortemente intrisa di credenze magiche e di applicazioni empiriche che avevano spesso un loro fondamento di verità. Molte di queste sono state verificate valide nei loro principi dalla medicina scientifica venuta molti millenni dopo. Il *Piptoporus betulinus*, che cresce in estate sui tronchi di betulle morte cadute al suolo, contiene sostanze ad attività antibiotica (acido poliporico C) e nella farmacopea tradizionale polacca veniva utilizzato per disinfettare le ferite.

Ma ritorniamo ai reperti presentati dalla mummia alla esplorazione visiva e strumentale. Sulla pelle si notavano numerosi tatuaggi di forma lineare e 2 a forma di croce così distribuiti:

- sul lato sinistro della schiena, all'altezza delle vertebre lombari, quattro gruppi di tratti verticali disposti uno sopra l'altro, con la sequenza 4, 3, 3, e più in basso altri 4 tratti verticali; altri 4 tratti verticali a destra, sempre in regione lombare;

- all’esterno del polpaccio sinistro, tre gruppi rispettivamente di 7, 3, 1 tratti verticali;
- sul polpaccio destro un gruppo di tre tratti verticali;
- sul dorso del piede e sulla caviglia destra tre gruppi di tre tratti;
- sulla gamba destra, all’esame con l’infrarosso è stato individuato un gruppo di altri due tratti;
- all’interno del ginocchio destro e sulla caviglia sinistra si nota un segno a croce.

I 7 tatuaggi sul polpaccio sinistro e i 3 sulla gamba destra avevano lungezza da 3,4 a 3,8 cm; gli altri sono lunghi da 1,5 a 2,5 cm e larghi 2 mm. Tutti i tatuaggi erano stati eseguiti per puntura, introducendo sotto la pelle polvere di carbone di legna sciolta in acqua.

Sul significato dei tatuaggi in genere si è molto scritto, interpretandoli, volta a volta, come espressioni ornamentali legate a motivi di distinzione sociale, a pratiche di iniziazione o con significato apotropaico. La loro posizione, sotto forma di semplici file di puntini lungo la colonna vertebrale o sul malleolo destro, riscontrata nei corpi dei principi di età scita di Pazyryk (accanto ad altri tatuaggi artistici molto elaborati indicativi di elevato ceto sociale) aveva suggerito a S. I. Rudenko, che li aveva esaminati, l’ipotesi che fossero

Figura 4. *La mummia vista dal dorso: in regione lombare sono presenti numerosi tatuaggi. Altri tatuaggi sono stati rilevati sulle gambe, in corrispondenza delle articolazioni del ginocchio e del piede (articolazione tibio-astragalica).*

stati effettuati a scopo terapeutico, con un procedimento simile a quello dell'agopuntura.[4] Nel caso di Ötzi questa ipotesi è convalidata dalla presenza di lesioni artrosiche all'esame radiografico della colonna vertebrale e delle articolazioni corrispondenti ai siti dei tatuaggi.[5]

Non va trascurata inoltre in questa pratica l'influenza dell'elemento magico-religioso correlato ai numeri 7, 4, 3. Il numero, come è noto, è simbolo di ciò che non si conosce: il 7 rappresenta la pienezza, la spiritualità, il 4 la totalità (i quattro punti cardinali), il 3 la perfezione. In un tempo in cui la magia entrava di prepotenza nelle pratiche terapeutiche, tali numeri non potevano avere altro significato che quello di sortilegio.

L'esame della mummia ha rivelato altre lesioni, intervenute dopo la morte, e riferibili al tempo in cui il corpo ha soggiornato nella sua tomba di ghiaccio, ed altre ancora riferibili alle operazioni di recupero.

Al periodo post mortem sono da imputare lo schiacciamento del torace, del viso e del cranio - in particolare del naso, del labbro superiore ripiegato verso l'alto, e del padiglione dell'orecchio sinistro ripiegato in avanti - determinato dal peso della massa di ghiaccio che comprimeva il cadavere e dalla posizione assunta subito dopo il decesso. Appartengono al terzo gruppo la lacerazione del fianco sinistro, le gravi lesioni al bacino e al femore sinistro, con fuoriuscita della testa, dovute alla percussione del martello pneumatico usato per liberare il cadavere, la frattura delle costole di destra (dalla terza alla sesta) e del braccio destro, una frattura dell'omero sinistro poco sopra la troclea e lesioni del cranio.

Le ricerche sul DNA mitocondriale di Ötzi hanno dimostrato che esso è compatibile con quello delle popolazioni delle nostre regioni alpine e, più in generale, delle popolazioni dell'Europa settentrionale, mentre è meno vicino a quello delle popolazioni mediterranee.

Questo dato offre lo spunto per considerazioni di tipo etnografico che esulano dai limiti di questa nota.

Bibliografia

1. A. Castiglioni: “Storia della Medicina”. Mondadori Ed. Milano, 1936
2. G. Sperati: “Le malattie dell’orecchio, del naso e della gola nell’antico Egitto”. ACTA ORL Ital. 1992, 12, 409
3. Ippocrate: “Delle articolazioni” in: Opera Omnia, Ed. Littré. Parigi 1861, vol. IV, pp. 163, 167, 171, 345
4. R.C. De Marinis, G. Brillante: “Ötzi, l’uomo venuto dal ghiaccio”. Marsilio Ed. Venezia, 1998
5. F. Hopfel, W. Platzer, K. Spindler: “Der Mann im Eis”. Internationale Symposium 1992 in Innsbruck - Universitat Innsbruck Ed. 1992.

Il famoso ritratto dipinto da Lucas Cranach nel 1529.

Martin Lutero
(1483 - 1546)

Domenico Celestino

Martin Lutero e la sindrome di Ménière

In due pubblicazioni del 1989 e del 1993, H. Feldmann[7, 8] ha analizzato a fondo gli scritti di Martin Lutero e dei suoi corrispondenti, riuscendo a fornirci un quadro molto particolareggiato delle patologie patite dal celebre riformatore, nel corso della sua esistenza. In particolare, egli si è soffermato sugli attacchi di vertigine ed ha raggiunto la ragionevole certezza che essi fossero causati da una malattia di Ménière.

I dati clinici esibiti sembrano convincenti e, trattandosi del caso più antico tra quelli precedenti la scoperta di P. Menière, pensiamo che convenga discuterne ancora per verificare come questi disturbi venissero interpretati nel ‘500, per confrontarli con due altri casi descritti nella seconda metà del XVI secolo e nella prima metà del XVIII e, infine, per aggiungere eventuali osservazioni a quelle del Prof. Feldmann.

Gli attacchi documentati insorsero, per la prima volta, il 6 luglio 1527, quando Lutero aveva 43 anni, e furono preceduti di qualche mese da un primo episodio di sola vertigine. La prima crisi con sintomi cocleari e vestibolari associati fu caratterizzata da acufeni

intensi ed insistenti all'orecchio sinistro e da vertigini invalidanti protrattesi più ore. Rispetto a questi dati, osserviamo la loro buona concordanza con le attuali conoscenze sul decorso della malattia secondo le quali è frequente l'inizio monosintomatico (in questo caso con sola vertigine), mentre il picco dell'età di insorgenza corrisponde al nono quinquennio.

Negli anni successivi, la malattia si presentò con ripetuti attacchi sempre annunciati da acufeni di intensità crescente, e poi seguiti da vertigine con immobilità obbligata, evidenti fenomeni neurovegetativi, malessere generale e spesso anche vomito per più ore.

Gli episodi acuti di cui abbiamo notizia furono una diecina e riguardano distinti periodi: nel primo periodo (1527-1532), si presentarono 5 crisi; nel 1536 la salute di Lutero fu turbata da numerosi episodi catarrali delle vie respiratorie, turbe digestive, dolori al fianco sinistro, stitichezza, diarrea, coliche da calcoli vescicali ma da un solo attacco di vertigine; infine, ben 3 attacchi si verificarono

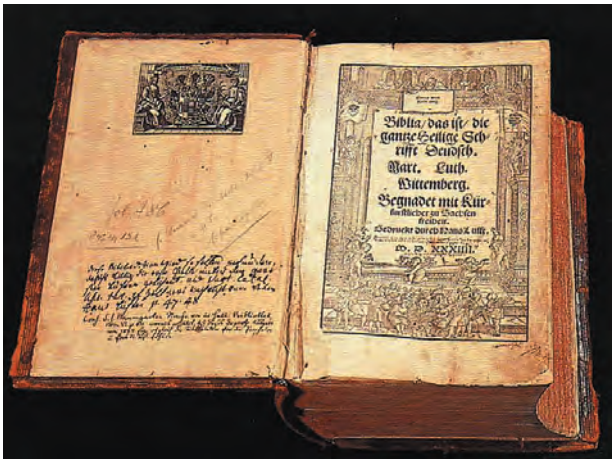


Figura 1. *La Bibbia tradotta da Lutero nel 1534.*

nel 1539. Questo andamento temporale è del tutto simile a quello oggi noto che vuole la maggior parte delle crisi concentrate nei primi anni, dopo i quali altre acuzie possono manifestarsi, ma con minor frequenza e, a volte, in seguito ad eventi scatenanti di diver-

sa natura. Infatti, l'ultimo episodio, insorto nel 1541, avvenne nel corso di una otite acuta purulenta bilaterale con grave compromissione dell'udito superata soltanto dopo la cessazione dell'otorrea.

Circa gli episodi acuti, va precisato che essi non provocarono mai perdita di conoscenza né convulsioni ma, a prescindere dall'acufene, si associarono spesso a cefalea molto fastidiosa; come fu osservato da Ménière stesso e come è sempre più confermato nell'ultimo ventennio, la cefalea è un sintomo molto frequente nei menierici dei nostri giorni.

Gli acufeni procurarono grande sofferenza a Lutero: essi si manifestarono con tonalità, intensità e localizzazione molto diverse, come si desume dai molteplici termini latini impiegati per descriverli: *sonitus, capitis susurrus, tonitrus, bombus, ventorum turbines, aurium tinnitus, marium et arborum venti in capite*. Essi perdurarono generalmente molto più delle vertigini anche se con intensità decrescente e furono localizzati all'intero emicranio sinistro nelle fasi più acute e all'orecchio in quelle meno gravi. Forse, perché associati alla vertigine e/o anche alla sensazione di ovattamento, furono dichiarati assolutamente insopportabili in più occasioni.

A questo punto, merita di essere puntualizzato che la diagnosi di malattia di Ménière per il paziente Lutero non è definitivamente certa per la mancata dimostrazione dell'ipoacusia a carico dell'orecchio malato che, nel nostro caso, è il sinistro. Tuttavia, in accordo con Feldmann, l'omissione può essere giustificata in vari modi.

Come è noto, l'ipoacusia menierica è molto spesso unilaterale e, in tale evenienza, accade sovente che i pazienti non se ne rendano conto finchè non si sottopongano ad un esame audiometrico. Nel XVI secolo, l'audiometria era di là da venire e, del resto, Lutero era così tormentato dall'acufene che ne attribuì ripetute volte la paternità a Satana in persona. In realtà, Lutero si lamentò dell'ipoacusia soltanto nel 1541, quando fu colpito da una grave otite acuta purulenta bilaterale e, come già detto, il difetto uditivo (verosimilmente trasmissivo) regredì con la cessazione dell'otorrea. Ciò premesso, è necessario ammettere l'impossibilità di fornire una prova inconfutabile dell'esistenza di una componente neurosensoriale dell'ipoacu-

sia, probabilmente di modesta entità e solo unilaterale. Di conseguenza, la diagnosi di labirintopatia menierica, seppure verosimile e molto probabile resta, in qualche misura, velata da un dubbio difficile da risolvere. Di contro, è forse meglio fare di necessità virtù e contentarsi delle numerose concordanze con il quadro ideale della malattia di Ménière. Gli elementi clinici raccolti a favore della diagnosi di labirintopatia idropica riguardano l'età di insorgenza, il carattere fluttuante e ricorrente dei sintomi, la durata degli attacchi, la capricciosità del decorso, la sua tendenza a perdere aggressività con gli anni, la associazione con la cefalea e, nel loro insieme, inducono a chiederci "Cosa è, se non è una malattia di Ménière?"

Un aspetto particolare e curioso della malattia di Lutero riguarda l'etiologia da lui stesso proposta. In una lettera, evidentemente scritta in un momento di buon umore, egli affermò infatti che la causa dei suoi disturbi era da attribuirsi al vino o a Satana. Peraltro, è ben noto che Lutero, sebbene amante della tavola e del bere, non era alcolista e, invece, è frequentissimo nei suoi scritti il richiamo a Satana, soprattutto per sintomi quali la vertigine e l'acufene non attribuibili credibilmente ad organi o a lesioni definite, ma che turbavano gravemente il suo equilibrio psicologico ed emotivo.

A prima vista, la chiamata in causa di Satana per una sintomatologia menierica appare oggi francamente ridicola. Ma, ancora una volta, una conclusione del genere appare ingiustificata e va ridimensionata, contestualizzando la situazione di Lutero e la nostra. Il riformatore era nato in un mondo nel quale l'intervento del Maligno nella vita degli uomini era comunemente ammesso e tale credenza rimase diffusa ed accettata fino al XVII secolo anche tra persone con grado di istruzione universitaria e senza differenze tra le varie confessioni cristiane. Pertanto, Lutero non differiva dai suoi contemporanei quando pensava che il Demonio turbava la sua mente al perverso scopo di impadronirsi della sua anima. E ciò tanto più in quanto erano poco accessibili spiegazioni mediche delle cause e dei meccanismi di quei misteriosi sintomi.

Nei secoli XIX e XX, studiosi di parte cattolica e protestante[1, 15] polemizzarono per dimostrare o negare una presunta psicosi di

Lutero. Ma anche su questo aspetto, dato che le vicende della Riforma vengono oggi considerate con maggior distacco ed equilibrio, si deve concludere con l'ammissione che la personalità di Lutero era esente da veri tratti psicotici.

Sappiamo infatti che egli nacque e crebbe sul finire del medioevo, che visse un'infanzia dura, che dimostrò una ammirevole capacità di studio. Con gli anni, fu costantemente tra i migliori nella scuola e nell'università così come tra gli Agostiniani; e, a questo proposito, dobbiamo ricordare che il viaggio a Roma, nel 1510-1511, fu da lui compiuto come rappresentante di quell'ordine monastico dal quale, come è ovvio, era stato giudicato mentalmente affidabile ed equilibrato. Ebbe poi inizio la sua battaglia contro il predominio papale in cui dette prova di grande cultura, di spirito energico e combattivo, di abilità politica e diplomatica, di enorme coraggio. Il giovane frate si trovò infatti a competere con Papi, Imperatori, Cardinali e Principi tedeschi, sui quali finì per prevalere, ma certamente a costo di prove e tensioni durissime, rese più che mai terrificanti dalla sempre incombente minaccia del rogo.

In questo quadro va considerata anche la vertigine da cui Lutero fu affetto poiché è recente la nozione che tale sintomo, da un lato, può essere innescato da stimoli emotivi o stressanti mentre, dall'altro, può indurre o aggravare reazioni depressive.[4] Quindi, sebbene appaia irreale l'ipotesi di una psicosi in un soggetto di capacità intellettuali sufficienti per conseguire gli obiettivi politici prima ricordati e per condurre a termine opere immani quali la strutturazione della lingua letteraria germanica, ci sembra credibile che la somma delle difficoltà esistenziali e dei ricorrenti disturbi menierici abbia potuto suscitare occasionali e secondarie reazioni depressive.

A quella di Lutero meritano di essere assimilate altre due descrizioni della malattia di Ménière lasciateci da Bonaventura Angelo[2] e da Jonathan Swift[18] vissuti, il primo, pochi decenni dopo Lutero ed il secondo nella prima metà del '700, ma sempre in anni molto anteriori a quelli dell'otologo francese. Come si vedrà, esse saranno utili per il confronto tra i diversi punti di vista dei tre pazienti tutti vertiginosi per la stessa affezione ma appartenenti ad ambiti nazionali e

culturali diversi e cioè tedesco, italiano ed inglese. Per motivi restati ignoti, il giureconsulto ferrarese Bonaventura Angeli, fu rinchiuso in un carcere dell'Inquisizione e durante la detenzione ebbe a soffrire di crisi menieriche. Da questa sua esperienza trasse spunto per scrivere una operetta dal Titolo *De vertigine et scotomia* che fu poi stampata a Modena, con il permesso degli inquisitori, prima del 1576, anno della sua morte. Nel testo di appena 15 pagine, egli descrive i disturbi sofferti durante la detenzione e poi riporta la definizione, i sintomi, la classificazione, le cause e la terapia delle vertigini secondo il pensiero medico ufficiale dell'epoca chiaramente derivato da Galeno. Il passo per noi più interessante, perché riporta l'associazione tra turbe uditive, vertigine e cefalea, è il seguente: "Quandoquidem tamen antecedunt vertiginem dolores capitis, et vehementes suturarum pulsus, aurium sonitus, et tinnitus assidui et auditus gravitates". La causa della malattia non è satanica, ma corrisponde al turbamento del pneuma nei ventricoli cerebrali in conseguenza di una alterazione dell'equilibrio tra i quattro umori. Il confronto tra la cultura medica dell'ambiente in cui vivevano, rispettivamente, Lutero e Bonaventura sembra mostrare che, nell'uno, dominava una mentalità ancora intrisa di medioevo e nell'altro, un pensiero almeno tendenzialmente classico e razionale.

J. Swift è il celebre autore de *I viaggi di Gulliver* e dalle sue lettere, scritte tra il 1710 ed il 1733, emerge il quadro di una malattia di Ménière tipicamente aggravata dal carico idrico. Una volta di più, l'interpretazione della malattia fornita dai medici inglesi è quella galenica ed i sintomi vengono considerati come effetto della sofferenza delle sole strutture cerebrali. Quanto alla causa, non si fa alcun cenno ad interventi diabolici, ma si espone ancora la teoria galenica del turbamento dell'*aer innatus* e dello squilibrio degli umori.

Forse, l'idea di correggere un presunto squilibrio degli umori spinse i medici a ordinare un'abbondante assunzione di acqua termale di Spa, ma il risultato fu negativo. Attualmente, è ben noto il deleterio effetto del carico idrico sull'idrope del labirinto e l'insuccesso appare utile se non al paziente, almeno alla conferma della diagnosi. Nonostante tutto, l'idea di influire sul metabolismo dell'acqua non

era affatto peregrina ed il tentativo effettuato depone per uno spirito medico orientato alla sperimentazione ragionata ed alieno da seduzioni demoniache. Nella seconda metà del XVIII secolo comparvero le prime descrizioni di sindromi con associazione di vertigini e turbe uditive, finalmente redatte da medici. A mia conoscenza, apre la serie quella di W. Trnka[17] (1778) e ad essa seguono quella di C. J. Ch. Grapengiesser[12] (1801), quella di Dastros[5] (1807), quella di J. A. Saissy[16] (1829), ed infine quella di N. Deleau[6] (1838).

La descrizioni ricordate mostrano gradi di accuratezza diversa ma la constatata associazione dei sintomi vestibolari ed acustici restò in ogni caso sterile rispetto all'identificazione della sede della patologia poiché permaneva ignota la funzione non acustica del labirinto.

Finalmente (1861), comparve sulla scena P. Ménière[13] il quale, venuto a conoscenza degli esperimenti di Flourens[9,10,11] sui canali semicircolari e della dimostrazione della funzione regolatrice di queste strutture sul tono muscolare e l'equilibrio, potè chiudere finalmente il cerchio, integrando le conoscenze fisiologiche con quelle cliniche. Allora, in una sola riga, fu chiarito per sempre il perchè della associazione dei sintomi uditivi e della vertigine restata tanto a lungo inspiegabile: "… quand on voit bientot survenir une diminution notable de l'ouie, alors le mal a son siège dans le labyrinth…"

Figura 2. *Lutero a Worms.*

Bibliografia

1. Bilancioni G.: “Un grande allucinato dell’udito: Martin Lutero”. Roma, 1926.
2. Bonaventura Angelus: “De vertigine et scotoma”. Mutinae, prima del 1576.
3. Celestino D, Ralli G.: “Storia medica della vertigine da Ippocrate alla moderna interpretazione della malattia di Ménière”. Acta Otorhinolar. Ital, Suppl. 5, 1-30, 1985.
4. Celestino D., Rosini E., Carucci M.L., Marconi P.L., Vercillo E.: “Ménière’s disease and anxiety disorders”. Acta Otorhinolar. Ital. 23, 421-427, 2003.
5. Dastros 1807: Citato in Itard G. , “Traitè des maladies de l’oreille”, Paris, 1821.
6. Deleau N.: “Traitè du cathèterisme de la trompe d’Eustachi”. Paris, 1838.
7. Feldmann H.: “Martin Luthers Anfallsleiden”. Sudhoffs Archiv, 73/1, 26-44, 1989.
8. Feldmann H.: “Die Geburt einer Krankheit, dargestellt am Beispiel des Morbus Ménière”. Laryngo-Rhino-Otol. 72, 1-8, 1993.
9. Flourens M.J.P. “Expériences sur les canaux semi-circulaires de l’oreille dans les oiseaux”. Paris, 1828.
10. Flourens M.J.P. “Expériences sur les canaux semi-circulaires de l’oreille dans les mammiféres”. Paris, 1828.
11. Flourens M.J.P. “Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés”. Paris, 1842.
12. Grapengiesser C. J. Ch.: “Versuche, den Galvanismus zur heilung einiger Krankheiten Anzuwenden”. Berlin, 1801.
13. Ménière P. “Mémoire sur des lésions de l’oreille interne donnant lieu à des symptomes de congestion cérébrale apoplectiforme”. Gaz. Méd. Paris, 16, 597-601,1861.
14. Michel O.: “Malattia di Ménière e alterazioni dell’equilibrio” (Ed. italiana). Roma, 2000.
15. Reiter P. J.: “Martin Luther Umwelt, Charakter und Psykose” (2 voll.). Kopenhagen, 1937-1941.
16. Saissy JA.: “Essai sur les maladies de l’oreille interne”. Paris, 1829.
17. Trnka W.: “Historia cophoseos et baryecoiae”. Vindobonae, 1778.
18. Wilson T.G.: “Swift and the doctors”. Medical history, 8, 199-216, 1964.

Il giovane Francesco ritratto da Clouet.

Francesco II di Valois
(1544-1560)

Giorgio Sperati

La tragedia di un giovane monarca

Il breve regno di Francesco II si svolse interamente in un periodo tra i più importanti della storia di Francia, quello dei conflitti religiosi, caratterizzato dalle aspre lotte per il potere tra la fazione cattolica e quella protestante, tra gli ultimi Valois e i Borboni. Fu un periodo storico molto affascinante che ispirò romanzieri e scrittori di tutti i tempi[1,3,5,11,14] condizionato dalla presenza di personaggi famosi come Caterina de' Medici, Maria Stuarda, il duca di Guisa, il principe di Condé, il Cardinale di Lorena, il re di Navarra, e caratterizzato da una lotta politica condotta senza esclusione di colpi: attentati, assassinii, intrighi, congiure, esecuzioni sommarie si sarebbero susseguiti senza tregua fino a culminare nel bagno di sangue della tragica notte di S. Bartolomeo, il 15 Luglio 1572.
Francesco II, figlio di Enrico II e di Caterina de' Medici, era nato a Fontainbleau nel 1544 e si era dimostrato, fin dalla prima infanzia di debole costituzione e assai cagionevole di salute.[4,12] Appena quattordicenne sposò la nipote del duca di Guisa, la bella Maria Stuarda, futura regina di Scozia, di un anno più anziana di lui. Il 10 Luglio del 1559 salì prematuramente al trono a causa della tragica e improvvi-

sa morte di Enrico II e subito si dimostrò succube della forte personalità e della abilità politica di Francesco di Lorena, duca di Guisa, e del fratello di lui, il cardinale di Lorena, capi del partito cattolico, i quali riuscirono, grazie a questa favorevole congiuntura, ad assommare nelle loro mani un potere quasi assoluto, potere che essi utilizzarono principalmente per tentare di annullare del tutto la fazione protestante che faceva capo a Luigi I di Borbone, principe di Condé, e a suo fratello Antonio, re di Navarra.[1,7,10]

Nel novembre del 1560 la corte era riunita ad Orlèans in attesa dell'apertura degli Stati Generali e, mentre la città era occupata militarmente per timore di disordini, il re dedicava la maggior parte del suo tempo alle battute di caccia nelle tenute di Chambord e di Chenonceaux.[3,6,11]

Il fallimento della congiura di Amboise, nella primavera di quell'anno, aveva esposto i capi calvinisti alla repressione. Il principe di Condé, invitato con uno stratagemma ad Orlèans, era stato arrestato con l'accusa di alto tradimento e condannato a morte. Si attendeva da un momento all'altro l'esecuzione e perciò il giovane sovrano cercava di allontanarsi il più spesso possibile dalla città per sottrarsi alle suppliche e alle richieste di grazia che gli venivano continuamente rivolte dai famigliari e dagli amici del Condè.[7,11,15] La situazio-

Figura 1. *Il re di Francia Francesco II di Valois-Angoulême ritratto insieme al fratello, il futuro Carlo IX.*

ne politica che si era creata in quei giorni ebbe un peso non indifferente nella interpretazione della malattia e della immatura fine di Francesco II da parte dei cronisti coevi e degli storici di epoca posteriore. Su questa morte sorsero dubbi e sospetti per le conseguenze che essa determinò, consentendo alla fazione calvinista, messa alle corde dopo il fallimento della congiura di Amboise, di rialzare la testa e di infliggere, per contro, un duro colpo allo strapotere dei Guisa. Alcuni cronisti di parte insinuarono fin dagli inizi il sospetto di un avvelenamento imputando questo crimine, più o meno velatamente a quanti avrebbero tratto dalla morte di Francesco II i maggiori vantaggi e cioè gli Ugonotti, i Borboni e soprattutto la madre del sovrano Caterina de' Medici.[3,4,6] D'altronde per alcuni decessi destinati ad avere una notevole influenza politica e dinastica questi sospetti furono certamente non rari. Basti pensare alle accuse di veneficio rivolte a Caterina de' Medici e al suo fedele Montecucculli in occasione della improvvisa morte del Delfino che spianò la via del trono a Enrico II, marito della stessa Caterina.[11] La disamina delle fonti storiche, tuttavia, ci consente di sostenere che la *causa mortis* fu, nel caso del giovane Francesco, del tutto naturale e imputabile, come vedremo, ad una complicanza suppurativa cerebrale di origine otogena.

Diario Clinico

17 Novembre 1560, domenica - Il re, che da una decina di giorni aveva notato il riacutizzarsi di una otorrea purulenta localizzata all'orecchio sinistro "en la quelle il avoit eu de tout temps une fistule", dopo la messa grande nella capella dei Giacobini, invece di rientrare con la corte alla sua residenza del Bailliage, decide di effettuare una crociera sulla Loira, forse per non trovarsi ad Orlèans in occasione della esecuzione del principe di Condé che si riteneva ormai prossima.[12] La Loira è gelata e spazzata da un vento freddissimo e, al momento dell'imbarco, il sovrano viene colto da una violenta otalgia sinistra, da cefalea intensa e da malessere, per cui viene

ricondotto ai suoi appartamenti.[12] Dopo un apparente breve miglioramento della sintomatologia che gli consente di consumare il pasto, Francesco II accusa una intensa riacutizzazione dei dolori, rialzo febbrile ("de sort que de la douleur la fiebvre le print"), lipotimia e vomito.[4] Il paziente viene quindi messo a letto e il duca di Guisa allontana tutti dalla camera. I medici di corte ritengono si tratti di una infreddatura perchè il re era uscito "trop légèrment vetu", non prescrivono quindi alcuna terapia tranne un purgante per il giorno successivo.[5]

18 Novembre, lunedì - Francesco II avrebbe dovuto lasciare Orlèans per recarsi a caccia a Chambord in attesa dell'inizio dell'assemblea degli Stati Generali, ma è costretto a letto per la persistenza della febbre, del dolore e dell'otorrea.[3] I prescritti purganti non danno i risultati sperati.

19 Novembre, martedì - La sintomatologia è immodificata, nessun accenno di miglioramento.

20 Novembre, mercoledì - Persistendo invariati i sintomi, vengono applicate ventose al collo ("… il est esté purgé et ventosé…").[4]

21 Novembre, giovedì - Vengono somministrate medicine più forti (probabilmente revulsivi).

Il paziente lascia il letto solo per brevi periodi.

22 Novembre, venerdì - Persiste la cefalea intensa, la fotofobia e la intolleranza ai rumori, per cui vengono limitate drasticamente le visite negli appartamenti reali.[11]

23 Novembre, sabato - Il quadro clinico è invariato.

24 Novembre, domenica - Viene somministrato un decotto di rabarbaro che viene peraltro mal tollerato dal paziente la cui astenia è sensibilmente aumentata.[10,15]

25 Novembre, Lunedì - Nonostante tutto, la Corte non è allarmata e si ritiene ancora la malattia del sovrano non sia grave.[11]

26 Novembre, martedì - L'otorrea si arresta improvvisamente, la febbre sale e la cefalea diviene intollerabile.[15]

27 Novembre, mercoledì - L'otorrea riprende, il re appare migliorato e riceve qualche cortigiano.[15]

28 Novembre, giovedì - Il paziente lascia il letto, lamenta solo lieve

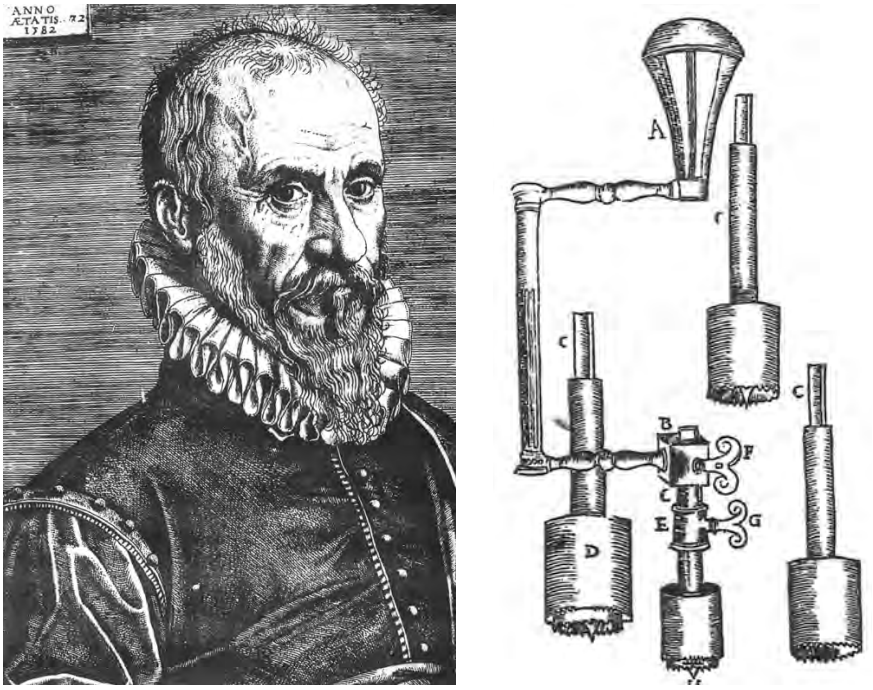


Figura 2. *Ambroise Paré e il suo trapano per craniotomie.*

cefalea e mangia con appetito. Viene consentito ai cavalieri dell'Ordine Giovannita di assistere alla sua cena.[11]

29 Novembre, venerdì - Lieve peggioramento della cefalea e dello stato generale. Jean Chapelain, primo medico di Corte, suggerisce l'applicazione di un cataplasma.[11]

30 Novembre, sabato - L'otorrea si arresta nuovamente e la febbre risale tanto da portare al delirio ("… la fiebvre ne laissa de luy redoubler avec grandes douleurs, inquietudine et resveries…").[4] Il vomito impedisce l'alimentazione e l'astenia è sempre più accentuata. La preoccupazione comincia a diffondersi tra i cortigiani. Il cardinale di Lorena promuove processioni e fa accendere in tutte le chiese ceri votivi.[12] Il consiglio della Corona invita i medici a consultare Ambroise Paré, che era stato nominato chirurgo di Corte grazie all'appoggio del duca di Guisa.[5]

La regina madre consiglia la presenza di più medici per evitare le calunnie che, a suo dire, seguono sempre alla morte dei principi. [11,15]

Caterina, a quel punto, si era probabilmente convinta della ineluttabilità della fine del figlio, come le era stato predetto al Castello di Chaumont da Nostradamus e come le era stato confermato dal suo astrologo di fiducia, il fiorentino Ruggieri.[11,14,15]

Paré visita il paziente e riscontra la presenza di pus denso nel condotto uditivo sinistro e di un edema doloroso della cute della regione mastoidea e temporoparietale omolaterale. Egli diagnostica la ritenzione di una grande quantità di umori purulenti ("Humeurs fort puantes") nella testa del sovrano, che, qualora non evacuati con la trapanazione ossea, avrebbero inevitabilmente condotto alla morte.[14,15]

I medici di Corte, Nicolle e Servais, che, gelosi, odiavano il Paré, si dichiarano contrari all'intervento, mentre Chapelain, che era un grande estimatore del chirurgo, manifesta subito il proprio favore, e di questo avviso sono i Guisa e Maria Stuarda convinti che questa drastica misura rappresenti ormai l'unico mezzo per salvare la vita

Figura 3. *Una trapanazione cranica nel trattato cinquecentesco di chirurgia di Andrea della Croce.*

del sovrano.[11] Di tutt'altra opinione è Caterina de' Medici che si oppone con tutte le forze alla trapanazione, assimilandola a un delitto di lesa maestà.[6]

1 Dicembre, domenica - Paré, che nella notte aveva studiato l'intervento esercitandosi, come sua abitudine, su un cadavere, si presenta per chiedere il nulla osta per l'operazione ai medici (al cui giudizio era sottoposta, essendo il chirurgo a quei tempi in sottordine) e al Consiglio della Corona.[11] La decisione della maggioranza è però contraria a una terapia invasiva, per cui si ricorre alla istillazione endoauricolare di medicamenti revulsivi e alla aspirazione delle secrezioni mediante una apposita siringa (*pyoulcos)* applicata al condotto.

Nel capitolo XVI della sua Opera Omnia, intitolato "Des ulceres des oreilles", Ambroise Paré descrive questa metodica ("si la boue et sanie ne pouvoit estre evacuée il faudroit la tirer par une siringue propre dicte pyoulcos…") e consiglia istillazioni di miscele di aceto forte e fiele di bue oppure di scorie di ferro in polvere sciolte in aceto forte e colla.[8]

Figura 4. *Maria Stuarda, moglie, e Caterina de' Medici, madre, del giovane Francesco II.*

2 Dicembre, lunedì - Il paziente è in stato soporoso e risponde a malapena agli stimoli esterni.[1]
3 Dicembre, martedì - Il quadro clinico è invariato.
4 Dicembre, mercoledì - Il paziente è in coma profondo.
Su consiglio di Chapelain, Ambroise Paré applica un "cautère violente" per attirare gli umori peccanti. Si tratta in questo caso di un impasto di sostanze caustiche, come quelle contenute nei cosiddetti "trochisci di Andronico" a base di allume, atramento sutorio (vetriolo), mirra, aristolochia, noce di galla, ecc.[8] L'impasto revulsivo viene lasciato in situ per sette ore, ma senza alcun risultato.[12]
5 Dicembre, giovedì - il re muore.

Conclusioni

La morte del sovrano nel particolare momento storico che la Francia stava attraversando in quegli anni, assunse un significato di particolare rilievo politico in quanto a tutti era noto che essa avrebbe favorito la fazione protestante e quella di Caterina de' Medici, mentre la guarigione ne avrebbe, al contrario, determinato la completa rovina, consentendo al duca di Guisa e al cardinale di Lorena di mantenere e anzi di accrescere il proprio potere. "Sauver le roi c'est perdre la France". sostenevano i protestanti, i quali temevano che perdurando il regno di Francesco II, totalmente succube dei Guisa, si potesse trasferire "…la couronne des Valois sur la tête du Lorrain…".[11] A causa di questo conflitto di interessi era inevitabile che sorgessero sospetti e dubbi circa la prematura fine del giovane re. Si sospettò un veneficio: una polvere bianca trovata sul berretto da caccia del sovrano alimentò le chiacchere della Corte e lo stesso Ambroise Paré, accusato di parteggiare per gli Ugonotti, venne sospettato di aver introdotto un veleno nell'orecchio dell'illustre paziente in occasione delle medicazioni eseguite.[2,11] Fu tuttavia Caterina de' Medici a risultare la principale indiziata, in quanto appariva la persona che avrebbe tratto i maggiori vantaggi dalla morte del proprio figlio. La regina madre aveva dimostrato in apparenza di essere schierata con i Lorena, che

l'avevano del tutto emarginata, ma in segreto tramava contro di loro appoggiandosi ai Borboni e in questo modo riuscì a porsi al di sopra delle parti ottenendo poi la reggenza in nome del nuovo re, Carlo IX, ancora fanciullo.[14] Caterina de' Medici può essere ricordata come una fine mente politica, certamente priva di scrupoli, ma non fino al punto da far assassinare un proprio figlio, anche se richiesto dalla ragion di stato. La sua rigida opposizione all'intervento chirurgico sembra infatti dettata più dal timore materno nei confronti di una terapia tanto invasiva e insicura che da freddo calcolo.

Anche le accuse mosse al Paré sembrano destituite di ogni fondamento in quanto pur avendo manifestato una certa simpatia per la causa calvinista, egli rimase sempre in realtà un buon cattolico, dimostrando una fedeltà a tutta prova ai sovrani da lui serviti, il che non gli avrebbe mai consentito di compiere alcun atto contrario al proprio dovere.[13] D'altronde già alcuni cronisti coevi e molti storici successivi si sono orientati verso una interpretazione del tutto naturale degli eventi. Regnier de Laplance, ad esempio, nel 1576 scriveva che il re era morto "… par une defluxion d'humeur qui lui descendoit du cerveau dans l'oreille gauche, laquelle s'étant formée en apostume et ne pouvant trouver de conduit pour passer, l'étouffa".[4] Corlieu, nel 1873, sosteneva che Francesco II "… a soccombé à une carie du rocher et à un épanchement cérébral consécutif et nullement à un empoisonnement".[12]

Ma è la revisione della storia clinica della malattia che in quindici giorni pose termine alla vita del giovane sovrano, a consentirci di poter ragionevolmente escludere ogni ipotesi delittuosa. La preesistente otorrea fetida ("humeur fort puante distillée dans son oreille") e la successiva comparsa di sintomi quali la febbre, la cefalea intensa, il delirio ("resveries"), il vomito, la fotofobia, la perdita di coscienza, l'edema dei tessuti molli periauricolari, sono indicativi per una complicanza suppurativa rapidamente diffusasi in sede endocranica per crisi di ritenzione. Gli unici dubbi possono riguardare soltanto l'agente eziologico (piogeni o bacillo di Koch, come ipotizzato da alcuni)[13] e la considerazione se l'intervento chirurgico, la trapanazione proposta dal Paré, avrebbe potuto essere risolutiva

oppure del tutto inutile. Sul primo quesito la risposta è ovviamente impossibile in quanto non disponiamo degli elementi necessari a risalire ad una sicura eziologia. Per quanto riguarda l'ipotesi che un intervento chirurgico avrebbe potuto salvare il paziente, è ragionevole ritenere questa eventualità assai poco probabile in quanto il Paré, pur potendo contare sul suo trapano perfezionato e sulla sua conoscenza dell'anatomia dell'orecchio e della mastoide (come dimostrano i suoi trattati)[8] assai difficilmente avrebbe potuto reperire ed evacuare la raccolta endocranica, ed in condizioni non certo di asepsi, per cui quasi certamente l'infezione meningo-encefalica avrebbe progredito. Altra evoluzione si sarebbe invece avuta se l'intervento fosse stato eseguito prima del formarsi delle localizzazioni cerebrali, a quel punto verosimilmente l'evaquazione dei liquami purulenti e la creazione di una via di drenaggio avrebbe potuto prevenire l'esito infausto, ma a quel tempo diagnostica e terapia delle complicanze dell'otite suppurativa erano ancora lontane dalla messa a punto L'epilogo di questa vicenda è particolarmente triste, non solo per la morte del sovrano in così giovane età, ma, soprattutto per il disinteresse totale che circondò le sue esequie, da parte di tutti i protagonisti di quegli eventi storici, a dimostrazione che Francesco II era stato considerato da tutti più come uno strumento che come un essere umano. Il corpo del re, tre giorni dopo il decesso, venne posto in una bara da oscuri servitori e fatto proseguire per St. Denis con la sola scorta di due gentiluomini e del vescovo di Senlis, abbandonato dalla madre, dalla moglie, (rinviata in Scozia), dai Lorena e dai Borboni. Una ignota mano appese al carro funebre un cartello con una scritta significativa: "Tanneguy du Chastel où-es-tu? Mais tu étais français!"[11] Nel 1461, infatti, Tanneguy du Chastel spese una fortuna per le esequie di Carlo VII, il sovrano da cui era stato beneficato, riuscendo a rendere la cerimonia un evento indimenticabile per lo sfarzo e la partecipazione di tutta la nobiltà francese. Cento anni dopo, il ricordo di questo avvenimento era ancora vivo nel popolo ed è comprensibile quale impressione negativa avesse invece suscitato tra i sudditi il misero funerale del giovane Francesco II, che concludeva il suo breve regno tra l'indifferenza della Famiglia e della Corte.

Bibliografia

Fonti d'epoca

1. *Théodore Agrippa d'Aubigné* (1551-1630), zio di madame de Maintenon, fu uno dei capi protestanti e grande letterato, fu autore di una "Histoire universelle" il cui capitolo XXIII è una fonte preziosa di informazioni sul periodo delle lotte religiose in Francia.
2. *Pierre de Bourdelles, signore di Brantôme* (1527-1612), avventuriero senza scrupoli, scrisse le "Vite degli uomini illustri e dei grandi capitani stranieri" e le "Vite delle donne galanti" riportando numerosi aneddoti scandalosi. L'edizione delle sue opere fu curata nel 1858 da P. Merimée.
3. *Pierre de Laplace* (1520-1572), scrisse nel 1565 i "Commentaires de l'Estat, de la Religion et de la Répubblique sous ses rois Henry et François II et Charles IX".
4. *Regnier de Laplanche* (?-1580), la sua "Histoire des Éstats de France, de la République et de la Réligion sous le regne de François II" fu stampata a Parigi nel 1576.
5. *François Eudes de Mézeray* (1610-1683), storiografo, autore di una famosa "Histoire de France" ricca di preziose notizie sugli avvenimenti della seconda metà del XVI secolo.
6. *Blaise de Montluc* (1501-1577), era chiamato "il macellaio del re", per la sua accesa e violenta dedizione alla monarchia. I suoi "Memories" sono una interessante fonte di notizie.
7. *François de la Noue* (1531-1591), nonostante fosse uno dei maggiori capi del partito protestante ebbe idee abbastanza moderate come testimoniano le sue memorie.
8. *Ambroise Paré* (1510-1590), fu il più grande chirurgo del suo tempo e servì quattro sovrani (Enrico II, Francesco II, Carlo IX e Enrico III). La prima edizione di "Les oeuvres de M. Ambroise Paré" fu stampata a Parigi nel 1575 a cura di G. Buon.
9. *Giovanni Battista Nicolucci detto il Pigna* (1530-1575) fu insigne letterato, professore all'Università di Ferrara e "famigliare" della casa d'Este. Nel 1559 era in Francia e poté seguire da vicino gli avvenimenti legati al breve regno di Francesco II al quale dedicò un elogio funebre contenuto nel volume "Orationi volgarmente scritte" (Venezia 1584).
10. *Gaspard de Saulx, signore di Tavannes* (1509-1573), pur avendo avuto da Caterina de' Medici l'ordine di arrestare i capi protestanti Coligny e Condé, si adoperò per favorire la loro fuga come testimoniano le sue memorie e quelle scritte dal figlio Guglielmo (1553-1633).

Storici e narratori

11. De Balzac H., *Sur Catherine de Médicis.* In: Bouteron M, Lognon H, eds. *Études philosophiques*. Parigi 1927;IV:180.
12. Corlieu A., *La mort des rois de France.* Parigi: Baillière 1873:17.
13. Faure JL., *Ambroise Paré*. In: *En marge de la chirurgie.* Parigi 1935;IV:9.
14. Merimée P., *Chronique du règne de Charles IX*. Parigi: A. Mesnier Ed. 1829.
15. Terracol J, Ardouin P., *Ambroise Paré premier otologiste française qualifié.* Rev Laryng (Bordeaux) 1963;84:561.

Tycho Brahe
(1546 - 1601)

Elio Maria Cunsolo

L'uomo dal naso d'oro

Introduzione

"*For rationalists who pledge their faith in the ineluctable march of progress, the Danish astronomer Tycho Brahe (1546–1601) has always been somewhat problematic. Almost half a century after Nicolas Copernicus had announced that the earth goes round the sun, Brahe restored humanity's home to its traditional place at the centre of the cosmos: in his model, Mars, Venus and the other planets revolve around the sun, which itself travels in a perfect circular orbit about a stationary earth. Nevertheless, Tychonian apologists can comfort themselves by reflecting that although he might appear to have taken a theoretical step backwards, Brahe's massive set of accurate observations was essential for Johannes Kepler and the astronomy of the future*".

Questo sintetico giudizio, espresso da Patricia Fara sul fascicolo di Ottobre 2007 di Endeavour, focalizza alla perfezione gli aspetti fondamentali della figura di Tycho Brahe, scienziato ed astrologo.

Egli è l'espressione del passaggio tra l'astronomia *classica* e la

nova astronomia e, più in generale, tra un modo vecchio ed uno innovativo di concepire ed attuare la ricerca scientifica. Questi caratteri antitetici investono anche l'uomo Tycho Brahe, sempre in bilico tra il *genio* ed il *tiranno*. Da questo mix di comportamenti e sentimenti contrastanti non poteva, ovviamente, essere immune il rapporto di Tycho con il proprio aspetto fisico, dominato proprio dall' amputazione nasale. Egli non la negherà ma, nel contempo, sarà costantemente animato dalla ricerca del modo come renderla meno visibile. E lo stesso Brahe, probabilmente, non avrebbe mai previsto che proprio il suo *Tycho's nose* sarebbe stato l'elemento caratterizzante dell'iconografia allegorica ed un po' agiografica degli astronomi che l'avrebbero seguito, usufruendo della sua enorme eredità scientifica. Per delineare i tratti essenziali di questa complessa vicenda prenderemo in considerazione dapprima una breve biografia e successivamente l'iconografia più significativa di Tycho in relazione, ovviamente, al suo naso *presunto* d'oro.

Figura 1. *Ritratto di Tycho Brahe all'età di 40 anni, eseguito da Jacob de Gheyn (1565-1629). Si noti il motto alla base delle colonne "Non haber sed esse", che suona ironico, visto il carattere di Tycho e le finalità "promozionali" di questi ritratti. Il naso è "schiacciato", l'epitesi è visibile, ma con discrezione.*

Biografia

Tycho Brahe nacque il 14 Dicembre 1546 in Danimarca, nella regione della Scania, a Knutstorp, oggi Svalöv, in territorio svedese. Il suo vero nome era Tyge, *latinizzato* in Tycho intorno all'età di 15 anni. In molti ritratti dell'età matura compare, peraltro, il nome di Tychone, quale ulteriore *latinizzazione* di Tycho. Il piccolo Tyge venne alla luce

in una condizione di agiatezza e privilegio. I suoi genitori erano, infatti, entrambi membri della più alta ed influente aristocrazia danese. Il padre, Otto Brahe, apparteneva alla stretta cerchia di sostenitori del re di Danimarca. Egli discendeva da una nobile famiglia, con una lunga tradizione di disciplina militare ed era il governatore del castello di Helsingborg, situato di fronte al castello di Helsinore, ove fu ambientata la vicenda dell'Amleto di Shakespeare. La madre di Tyge, Beate Bille, proveniva da un'altrettanto nobile famiglia, distintasi per importanti politici, diplomatici ed ecclesiastici. Tyge nacque, in realtà, da un parto gemellare, ma il suo fratello gemello sopravvisse solo pochi giorni. Il piccolo Tyge rimase nella sua famiglia naturale solo per poco tempo. All'età di un anno venne *adottato* dallo zio paterno Jørgen Brahe, vice-ammiraglio e comandante del castello di Tostrup. Nella sua autobiografia Tycho descrisse tale evento come una sorta di rapimento. In realtà si trattò di un accordo tra i fratelli Brahe, in quanto lo zio Jørgen e sua moglie Inger Oxe, che non aveveno figli, si offrirono come genitori adottivi del piccolo Tyge. La condizione di privilegio di Tyge registrò così un ulteriore impulso verso l'alto. Zia Inger era, infatti, sorella di Peder Oxe, membro del Rigsraads, il collegio dei 20 consiglieri personali del Re ma, soprattutto, aveva una cultura ed un amore per il sapere sconosciuti tanto ai Brahe quanto ai Bille. Ella si adoperò moltissimo per riuscire a trasmettere questi sentimenti al figlio adottivo. Il pic-

Figura 2. *Ritratto di Tycho Brache all'età di 50 anni. Gli elementi essenziali del ritratto precedente sono qui riproposti. L'assenza del copricapo evidenzia un'asimmetria nell'attaccatura dei capelli. È, infatti, verosimile che il fendente di Manderup abbia provocato più ampie ferite al volto di Tycho. L'epitesi è meglio integrata nel profilo nasale. È probabile un'evoluzione nel "design" e nel materiale.*

colo Tyge rimase con gli zii sino all'età di 6 anni, seguendoli nel trasferimento al castello di Vordingborg. Fu proprio nella cattedrale di Vordingborg che Tyge fu avviato allo studio del latino, su precisa volontà dei genitori adottivi e contro il parere di papà Otto, che riteneva tale impegno una vera e propria perdita di tempo. Tyge studiò latino e rimase a Vordingborg sino a 12 anni. All'età di soli 13 anni (!) intraprese gli studi universitari presso l'Università di Copenhagen, dove si trasferì il 19 Aprile del 1559 . Seguendo i desideri dei genitori adottivi e, soprattutto di zia Inger, Tyge venne avviato agli studi umanistici: latino, filosofia e retorica. Nel destino del piccolo ed impegnatissimo Tyge c'era però il verificarsi di un evento naturale che avrebbe segnato la sua vita e la storia dell'astronomia. Il 21 Agosto 1560, alle ore 13, nel cielo di Copenhagen vi fu un'eclisse solare parziale. Il quattordicenne Tyge fu letteralmente rapito dal fenomeno naturale e, soprattutto, dalla possibilità di poterlo prevedere. L'entusiasmo fu tale da convincere i professori di Tyge, nel frattempo divenuto Tycho, a spronarlo nello studio scientifico dell'astronomia. Tycho acquistò effemeridi, tavole astronomiche e libri di astronomia: il *Tractatus de Sphaera* di Sacrobosco, la *Cosmographia seu descriptio totius orbis* di Apiano ed il *De triangulis omnimodis* di Regiomontanus. Dopo i 3 anni canonici trascorsi all'Università di Copenhagen, i genitori adottivi di Tycho decisero che egli avrebbe dovuto completare ed affinare i suoi studi fuori dalla Danimarca. Il 14 Febbraio del 1562 Tycho partì alla volta dell'Università di Leipzig in compagnia del suo, appena ventenne, tutore Anders Sørensn Vedel, futuro storico. Questi avrebbe dovuto distogliere Tycho dal suo interesse verso l'astronomia, a favore di un piano di studi *ufficiali*, che prevedeva prevalentemente materie umanistiche. Ma oramai l'interesse scientifico di Tycho era perfettamente delineato ed egli portò con sé tutti i suoi libri di astronomia e tutte le sue mappe delle costellazioni. Nella sua permanenza a Leipzig Tycho potè iniziare a mettere in pratica le sue conoscenze, con lo studio, ad occhio nudo, della volta celeste. Il 17 Agosto 1563 annotò la sua prima osservazione di Marte. Qualche giorno dopo si verificò il secondo evento naturale che avrebbe segnato la successiva vicenda scientifica di Tycho:

la congiunzione tra Giove e Saturno. Egli notò un errore di circa un mese nella previsione dell'evento secondo le tavole di Claudius Ptolemaeus (85-165 dC) e di qualche giorno secondo quelle più aggiornate. Il non ancora diciassettenne Tycho Brahe pensò che si potesse e si dovesse fare di meglio e si buttò a capofitto negli studi astronomici, coadiuvato dall'astronomo Bartholomew Schultz. Tycho, ben presto, si rese conto come un vero astronomo necessitasse di un'adeguata attrezzatura e cominciò ad acquistare quanto di meglio offriva il mercato ma, non soddisfatto, iniziò a progettare ed a costruire in proprio strumenti astronomici. Nel Maggio del 1565 Tycho ritornò a casa per assistere, poco tempo dopo, alla morte dello zio e padre adottivo Jørgen. Questi, infatti, perì a seguito di una broncopolmonite, conseguente al salvataggio eroico del re di Danimarca Federico II, in procinto di annegare, dopo essere caduto in un canale di Copenhagen. Alla morte dello zio i genitori naturali riacquistarono la potestà sul non ancora diciottenne Tycho, cercando ancora una volta di convincerlo sull'opportunità di dedicarsi ad una carriera politica e diplomatica al servizio del re. Ma ormai la *febbre astronomica* si era impossessata di Tycho, che nel 1566 ricominciò a viaggiare. Dapprima si recò a Wittenberg, città che dovette rapidamente abbandonare per un'epidemia di peste. Nell'Ottobre del 1566 si iscrisse all'Università di Rostock. Qualche mese più tardi, proprio in questa città, si verificò l'evento che segnò la successiva vita, questa volta fisica, di Tycho.

Il 10 dicembre 1566, quattro giorni prima del suo ventesimo compleanno, Tycho fu invitato dal suo insegnante di teologia Lucas Bacmeisters ad una festa di nozze. A quella festa era ospite anche un altro esponente della nobiltà danese: Manderup Parsberg (1546-1625). Tra i due, accomunati dall'età, dalla nazionalità, dallo status aristocratico e dalla focosità di temperamento, originò una accesa discussione, relativa a chi dei due avesse maggior talento matematico. Il diverbio presto degenerò in una vera e propria rissa ed i due contendenti furono, a fatica, separati dai presenti. La lite riprese non appena Tycho e Manderup si incontrarono nuovamente, il 27 Dicembre. Questa volta si giunse alla sfida in duello, che si sarebbe tenuto due giorni dopo,

il 29 Dicembre 1566. Il duello avvenne all'arma bianca, nell'oscurità, alle 19 della sera. Manderup colpì Tycho con un fendente all'altezza del naso, provocandogli l'amputazione sub-totale della porzione fibro-cartilaginea della piramide nasale. All'epoca e con il temperamento di Tycho una cicatrice sul volto, quale esito di un duello, sarebbe stata portata e mostrata con una nota di orgoglio, quale marchio di un carattere risoluto e spavaldo. Ma l'esito dell'amputazione subita era realmente deturpante ed indusse Tycho a porvi rimedio.

Anche nell'affrontare questa nuova ed emergente difficoltà egli mostrò la sua originalità ed il suo metodo scientifico nell'analisi e nella gestione dei problemi. Tycho decise che il suo aspetto andasse reintegrato con una protesi, o meglio con una epitesi. Quelle più diffuse dell'epoca erano realizzate in cera ed andavano mantenute in sede con sistemi di ritenzione comunque visibili, in genere uncini e cordoncini di seta. Tycho desiderava, invece, un dispositivo che si potesse camuffare quanto più possibile e, soprattutto, che rimanesse in sede, senza necessità di fissaggi esterni. Egli fece, pertanto, approntare un'epitesi metallica, realizzata con una lega d'oro e d'argento. Tycho divenne abilissimo nell'alloggiare la sua epitesi, che manteneva in sede con una sorta di pasta collante. Per il resto della sua vita egli non si separò mai da una piccola scatola, all'interno della quale conservava paste collanti e di pulizia per la sua epitesi nasale, con un corredo adatto di fazzoletti. Tycho non negò mai la sua amputazione nasale e la presenza dell'epitesi nasale, come vedremo nel paragrafo dell'iconografia, ma da quel 29 Dicembre 1566 gli interessi del nobiluomo danese divennero due: la conoscenza astronomica ed il modo come rendere meno evidente la sua menomazione.

Nell'Aprile del 1567 Tycho, ventenne, tornò alla casa paterna già come *the golden (o meglio silver/golden) nose-man*. Il padre Otto si convinse sempre di più che quanto accaduto, il rango e la focosità di Tycho sconsigliassero ulteriori divagazioni all'estero, a favore di una dorata carriera politica nella patria danese. Tycho riuscì, però, a convincere il padre sull'opportunità di continuare gli studi all'estero e tornò dapprima a Rostock, per recarsi in seguito a Basilea, Freiburg ed Augsburg. A Rostock Tycho strinse legami con Levinus Battus, un

professore di medicina, allievo di Philippus Theophrastus Aureolus Bombastus von Hohenheim (1493 - 1541), detto Paracelso, cioè pari o superiore ad Aulo Cornelio Celso (25 aC - 50 dC). Tycho si interessò così di medicina e di alchimia e, soprattutto, cominciò a pensare a nuove leghe per la sua epitesi, a base di zinco, la cui denominazione si deve proprio a Paracelso, e rame.

L'interesse prevalente di Tycho rimase però l'astronomia, con la costruzione di strumenti sempre più innovativi, ma al contempo costosi e, soprattutto, ingombranti. Ad Augsburg, nel 1569, costruì un enorme quadrante, del diametro di 18 metri, nei possedimenti di campagna dei fratelli Johannes Baptista e Paul Hainzel, rispettivamente sindaco e consigliere della città. Si trattava di uno strumento estremamente preciso, ma altrettanto ingombrante.

Occorreva un vero stuolo di venti servitori per allinearlo, così che si poteva effettuare una sola osservazione per notte. Nel 1570 Tycho incontrò Peter Ramus (1515 - 1572), celebre matematico e filosofo francese, con il quale affrontò approfondite ed interminabili discussioni sull'astronomia. Ciò spronò Tycho a sempre più ardite costruzioni di strumenti astronomici, convinto che le grandi dimensioni potessero far guadagnare notevolmente in precisione nelle misure degli angoli. Alla fine del 1570 Tycho dovette tornare a Knudstrup a causa delle cattive condizioni di salute del padre Otto, che morì il

Figura 3. *In questa stampa ottocentesca Tycho viene rappresentato con tutti i simboli del suo status nobiliare e con un'evidente epitesi nasale. La deformità cicatriziale che, con ogni probabilità Tycho aveva all'emivolto destro, viene finalizzata per sottolineare la grandezza dell'astronomo dell'era pre-telescopica. L'occhio destro di Tycho, l'occhio* principe *delle sue osservazioni astronomiche ad occhio nudo, è più ampio rispetto al sinistro.*

9 maggio 1571. Ancora una volta Tycho riprese le sue peregrinazioni, recandosi a Herrevad, dove viveva lo zio materno Steen Bille. Questi aveva due caratteristiche in grado di coinvolgere l'inquieto animo di Tycho. Lo zio era stato, infatti, il primo sostenitore della sua passione per l'astronomia e si interessava di alchimia. Zio Steen e Tycho costruirono così un vero e proprio osservatorio astronomico nell'abbazia di Herrevad, per un'osservazione sistematica e *quantitativa* delle meccaniche celesti e, nel contempo, allestirono un vero e proprio laboratorio di alchimia. Il 1572 fu un anno fondamentale nella vita dell'uomo e dello scienziato Tycho. In quell'anno, infatti, incontrò Kirsten Jørgensdatter, una ragazza della sua città, Knudstrup. Kirsten non apparteneva però alla nobiltà danese ed il loro rapporto fu destinato a rimanere illegale. Nel novembre di quello stesso anno ebbe luogo una delle più importanti scoperte di Tycho. Era l'imbrunire e Tycho uscì dal laboratorio di alchimia, dove lui e lo zio Steen avevano condotto una lunga serie di esperimenti.

Figura 4. *Frontespizio dell'Uranometria di Bayer, 1660. L'immagine di Tycho entra prepotentemente nell'allegoria di Atlante, simbolo della* vecchia astronomia, *ed Ercole, simbolo della nuova astronomia. Come si può notare il volto ed il naso di Ercole sono inequivocabilmente quelli di Tycho, come appare nel ritratto del 1586.*

Lanciò uno sguardo a quella volta celeste che conosceva a menadito e rimase come impietrito: c'era una "Stella luminosissima, più luminosa della stessa Venere, a nord-ovest di Cassiopea": era una *supernova*.

Fenomeni come questo erano già stati osservati in passato e ne erano testimonianze le registrazioni, molto dettagliate, negli annali astronomici cinesi e le pitture murali di antiche culture americane. In Europa, al contrario, mancavano quasi completa-

mente registrazioni storiche di stelle *novae*, come venivano chiamati questi fenomeni. Ciò era legato al fatto che, nella visione cosmologica greca antica, che ebbe la sua espressione più completa nella cosmologia e nella fisica aristoteliche, al cielo era assegnata natura divina, pertanto, eterna ed immutabile. L'immutabilità del cielo era poi divenuta caratteristica sostanziale nella visione teologica dell'Universo nel Medioevo e quindi l'apparizione di una *stella nova* non poteva essere interpretata come un mutamento del cielo ma soltanto come un fenomeno prodotto all'interno delle sfere celesti, come i fulmini. La rivalutazione delle *stelle novae* come eventi celesti fu opera proprio di Tycho Brahe. Nel 1573 Tycho pubblicò il libro relativo alla sua scoperta *De nova et nullius ævi memoria prius visa Stella, iam pridem Anno a nato Christo 1572, mense Novembri primùm Constecta, contemplatio matematica*, che lo rese famoso in tutta Europa. Nel 1574 tenne letture di astronomia all'Università di Copenhagen. Il suo spirito irrequieto lo portò, però, ancora a viaggiare all'estero. Visitò un osservatorio astronomico a Kassel, edificato 15 anni prima da Wilhelm IV di Hessen-Kassel. Tycho ne rimase impressionato e ne trasse ispirazione per quell'osservatorio astronomico che, in seguito, avrebbe costruito. Lasciando Kassel Tycho visitò Francoforte, Basilea e Venezia, decidendo infine di lasciare la Danimarca definitivamente e di stabilirsi proprio a Basilea. Ormai la notorietà scientifica di Tycho era vastissima ed era senz'altro accentuata dall'aspetto inconsueto del suo volto *incagnato*, con l'immancabile *placchetta* metallica a ponte sul suo naso. Tycho era, non dimentichiamolo, un nobile danese di altissimo rango ed il re Federico II aveva verso di lui un debito di riconoscenza, poichè il padre adottivo lo aveva salvato dall'annegamento, a spese della propria vita. Per tutti questi motivi Federico II fece a Tycho "ponti d'oro" perché egli rimanesse in Danimarca e realizzasse lì il suo osservatorio astronomico. A Tycho fu messa a disposizione una quantità enorme di denaro e gli fu offerta un'intera isola, l'isola di Hven, oggi isola di Ven. Questa si trova nell'Øresund, braccio di mare che separa la Danimarca dalla Svezia. Con tali mezzi Tycho costruì, a partire dal 1576, Uranjborg (castello di Urania, musa del-

l'astronomia) un osservatorio astronomico assolutamente all'avanguardia per l'epoca, per la concezione architettonica e per la dotazione di strumenti astronomici. Uranjborg era una singolare costruzione situata nel mezzo di un giardino quadrato, circondato da mura come una fortezza ed orientato con i vertici verso i quattro punti cardinali. Il castello possedeva torri di osservazione con tetti mobili, una biblioteca, altri locali di lavoro e di abitazione ed, ovviamente, un laboratorio di alchimia. Qui Brahe, che era un astronomo osservativo dell'era pre-telescopica, ebbe modo di effettuare osservazioni sulle posizioni stellari e planetarie impareggiabili per l'epoca. Il più importante evento astronomico descritto negli anni di maggiore fulgore di Uranjborg fu quello del passaggio di una cometa, osservato il 13 novembre 1577 e pubblicato anni più tardi (*De mundi aetherei recentioribus phaenomenis*; 1588). Tycho riuscì a misurare la distanza della cometa, che era sicuramente più lontana della Luna e di Venere, confutando così la concezione cosmica aristotelica. Con l'avanzare delle conoscenze cresceva esponenzialmente il numero e l'ingombro degli strumenti astronomici, così da rendere necessaria la realizzazione, nel 1584, di un secondo osservatorio, denominato Stjerneborg (castello delle stelle). Questo aveva la particolarità si essere in gran parte sotterraneo, probabilmente per porvi gli strumenti in posizioni più stabili che non sulle terrazze. I tetti di questi vani sotterranei erano a forma di cupola e le osservazioni potevano essere eseguite attraverso delle aperture praticate

Figura 5. *Frontespizio del primo trattato dell'italiano Andrea Argoli (1610). Tycho rimane l'emblema della nuova astronomia. L'Ercole dell'astronomia è, ancora una volta, indubbiamente lui.*

sulle cupole stesse. Per Tycho gli anni trascorsi sull'isola di Hven furono quelli di maggiore produzione scientifica e di febbrile realizzazione di strumenti sempre più sofisticati, nella loro concezione e nella loro realizzazione. Visse a Uranjborg per vent'anni, durante i quali raccolse un'ampia collezione di dati che gli sarebbe servita in seguito per costruire il suo nuovo sistema cosmologico: il *sistema Tyconico* (*De mundi aetherei recentioribus phaenomenis*, 1588).

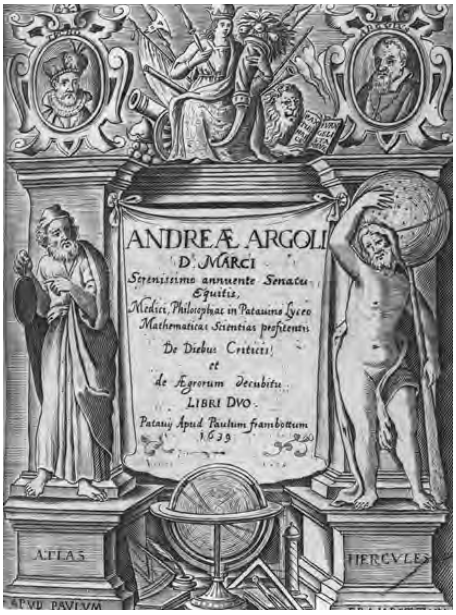


Figura 6. *Nel suo secondo trattato (1639) Andrea Argoli comincia a cambiare idea. Elabora un proprio sistema cosmico e si propone come il nuovo, andandosi a piazzare sopra un Ercole, non più con le sembianze e con il naso di Tycho, che, invece, occhieggia sopra Atlante: è l'inizio della sua retrocessione verso la* vecchia *astronomia.*

Il modello tychonico rappresentò un compromesso tra il geocentrismo e l'eliocentrismo; rispetto a quest'ultimo fu più allineato alla tradizione, mantenendo valida l'ipotesi dell'immobilità e centralità della Terra, ma d'altra parte apparve altrettanto incompatibile con la Fisica di Aristotele, nel momento in cui pose i pianeti in rotazione intorno al Sole, in modo assolutamente inconciliabile con l'idea aristotelica degli *orbi solidi*, cioè delle sfere celesti cristalline concentriche alla Terra. Se dal punto di vista scientifico Tycho può essere considerato una figura di primo piano nella storia dell'astronomia, non altrettanto si può dire riguardo alle sue doti umane. L'intemperanza e l'irascibilità, che al ventenne Tycho avevano procurato quell'amputazione che ne sfregiò irrimediabilmente la fisionomia, nel corso degli anni si andarono accentuando, associandosi ad una sorta di megalomania. La svolta, in negativo, della vita di Tycho iniziò con la morte, nell'aprile 1588 del re Federico II, al quale suc-

cedette il figlio Cristiano IV. Inizialmente, essendo Cristiano IV un bambino, a Tycho vennero mantenuti tutti i privilegi, che di fatto lo rendevano il *padrone* dell'isola di Hven. Ma Tycho presto dovette risolvere un altro grosso problema: dal suo legame con la *popolana* Kirsten Jørgensdatter erano nati 8 figli, 6 dei quali viventi, due maschi Tycho Jr e Georg e quattro femmine Kirsten Jr, Magdalene, Elizabeth e Cecilie. Il matrimonio con Kirsten era però avvenuto fuori dalla chiesa ed i figli di Tycho non avevano diritto all'eredità e, tanto meno, al titolo nobiliare. Per ovviare a tale problema Tycho conferì ad Uranjborg lo status di Università, della quale egli era una sorta di rettore ed *imperatore*, pertanto, con un diritto acquisito alla *successione* da parte della propria discendenza naturale. La benevolenza e le amicizie di Tycho nell'ambito del Rigsraad consentirono l'approvazione anche di questa deroga. Attorno al 1590 il carattere di Tycho peggiorò ulteriormente. Iniziò a tiranneggiare i poveri abitanti dell'isola di Hven con balzelli non dovuti e condanne per insolvenze. Si circondò persino di una incredibile *corte* con tanto di *nano-buffone* che pranzava sotto la tavola. La sua mania di grandezza lo portò a considerarsi l'erede di Ipparco e Claudio Tolomeo ed a dichiarare pubblicamente di essere più importante dello stesso re.

Figura 7. *Terzo trattato di A. Argoli*.*

Inevitabilmente Tycho entrò in duro conflitto con Cristiano IV, fin-

*N*el suo terzo trattato (1648) Andrea Argoli è ormai certo che il sistema Tychonico è superato. Tycho è decisamente divenuto Atlante e, da questa angolazione, spicca ancora di più il* Tycho's nose. *Il Tycho-Atlante, sotto lo sguardo compiaciuto di Urania musa dell'astronomia, pone il frutto del suo studio sulle spalle di Ercole, vero e proprio* passaggio di consegne *tra il vecchio ed il nuovo.*

chè questi non abolì definitivamente tutti i privilegi dei quali godeva. Nel 1597 Uranjborg chiuse definitivamente, con l'ultima osservazione astronomica datata 15 marzo di quello stesso anno. Tycho decise di partire per il cuore dell'Europa, come altre volte aveva fatto in passato, certo che altrove, data la sua fama ormai consolidata di grande astronomo, avrebbe potuto lavorare in condizioni migliori. "Gli astronomi devono essere cosmopoliti perché non ci si può attendere che uomini di stato ignoranti apprezzino i loro servigi"; con queste sprezzanti ed ingrate parole Tycho lasciò Uranjborg, mentre se ne andava portando con sé un imponente apparato comprendente la sua biblioteca, i suoi uffici, la sua officina e buona parte dei suoi strumenti e con l'intenzione di farsi inviare, successivamente, quelli di dimensioni maggiori. Dopo due anni di viaggio attraverso la Germania, Tycho giunse nel 1599 a Praga e qui fu accolto con grandi onori dall'imperatore Rodolfo II, che non badò a spese pur di trattenerlo, ma non nominandolo ufficialmente matematico di corte, per non contrariare l'allora matematico imperiale Nicolaus Baer.

Rodolfo II, però, lo considerò tale di fatto, garantendogli un lauto stipendio, oltre alla possibilità di scegliersi il luogo più adatto per l'installazione del suo osservatorio. Tycho scelse la collina di Benatek, a nord-est di Praga. Nel frattempo, la fama di grande matematico di un certo Keplero, latinizzazione del nome originale Kepler, si era diffusa in Europa. Rodolfo II, mecenate delle scienze astronomiche, incurante del traballante bilancio del suo stato, alla morte di *Ursus* Baer (1600) pensò di offrire a Keplero l'incarico ufficiale di matematico imperiale, trovandosi di fatto a retribuire due uomini per lo stesso incarico. Così avvenne l'incontro tra Tycho e Keplero. Entrambi avvertirono che quella era una grande possibilità. Per Tycho fu l'occasione di collaborare con un grande matematico e, anche grazie al lavoro di questi, di dare ancora più solidità e credibilità al suo modello cosmologico. Per Keplero fu l'occasione per lavorare in un grande osservatorio astronomico ed avere a disposizione un'ingente quantità di dati, sui quali poter continuare, con maggior probabilità di successo, la propria ricerca di un ordine matematico dell'Universo. La collaborazione con Keplero ebbe però una breve

durata, interrotta dalla prematura scomparsa di Tycho, avvenuta il 24 Ottobre 1601, quando non aveva ancora compiuto 55 anni. La morte sopravvenne 11 giorni dopo un banchetto offerto da Peter Vork von Rosenberg. L'opinione diffusa tra i contemporanei, tra i quali lo stesso Keplero, fu quella che ad ucciderlo fu uno *scoppio* della vescica, legata ad un *eccesso* di galateo da parte di Tycho.

L'etichetta prevedeva, infatti, che gli ospiti non potessero lasciare la tavola prima del padrone di casa. Per questo motivo la vescica di Tycho, sovra distesa dalle più che abbondanti libagioni, finì con il cedere prima che egli avesse l'opportunità di vuotarla, allontanandosi dal banchetto. Tycho fu sepolto a Praga, nella chiesa Teyn. Sulla sua pietra tombale è inciso questo motto: "Non faces nec opes, sola artis sceptra perennant". La tomba di Tycho fu riaperta il 24 Giugno 1901, in occasione del terzo centenario della sua morte. I resti mortali di Tycho furono esaminati con rigore scientifico. I riscontri ottenuti portarono, ancora una volta, alla ribalta le sue attività di alchimista. Tracce di mercurio, presenti sui capelli, fecero supporre che la sua morte fosse stata causata da un involontario avvelenamento dopo l'assunzione di *medicamenti* che lo stesso Tycho aveva preparato dopo il banchetto fatale. Sul cranio dell'astrologo si riscontrarono evidenti depositi metallici di colore verdastro, soprattutto intorno all'apertura piriforme, a testimonianza della presenza di rame nella lega metallica con la quale era realizzata la sua epitesi nasale, sottoposta a continui esperimenti metallurgici dall'alchimista Tycho. Egli, pertanto, non può essere definito *l'uomo dal naso d'oro,* quanto piuttosto, parafrasando Giulio Verne, *l'uomo dalle ventimila leghe sopra il naso!*

L'iconografia di Tycho Brahe

Di una vicenda così complessa si dispone di un'amplissima documentazione iconografica. In questa sede saranno privilegiati gli aspetti relativi al *Tycho's nose* nei suoi ritratti e nelle pubblicazioni degli astronomi successivi a Tycho.

I ritratti di Tycho

I ritratti di Tycho, eseguiti direttamente sotto la sua scrupolosa supervisione, sono quelli realizzati in occasione del suo quarantesimo e cinquantesimo anno d'età. In entrambi è evidente la cura di tutti i particolari, finalizzati a trasmettere *regalità* alla figura di Tycho, rimarcandone l'appartenenza all'alta nobiltà danese. In questo senso vanno notate: la posa, l'abbigliamento, la presenza di preziosi anelli e della collana d'oro con il sigillo dell'ordine regale dell'elefante, nonché la teoria di stemmi araldici in bella mostra. In entrambi i ritratti Tycho non nega la presenza della sua epitesi, ma lo fa con *discrezione* e, soprattutto, con uniformità di colore rispetto alla pelle che la circonda. D'altra parte la ricerca *metallurgica* di Tycho era stata finalizzata proprio a questo scopo.

Tycho Brahe nelle allegorie degli astronomi successivi

Nell'iconografia delle pubblicazioni di astronomia, successive alla sua morte, l'immagine di Tycho compare inserita nella realtà scientifica nella quale egli visse ed operò oppure assume un vero e proprio significato allegorico. In entrambi è sempre ben riconoscibile il *Tycho's nose*.

Bibliografia

La bibliografia reperibile su Tycho Brahe è vastissima, con numerose biografie monografiche. Vanno segnalate due recenti pubblicazioni centrate sugli aspetti qui trattati:
Fara P., "Tycho Brahe: emperor of Hven and the heavens" Endeavour, Volume 31, Issue 3, Pages 83-120 (September 2007)
Remmert V. R. , "Visual legitimisation of astronomy in the sixteenth and seventeeth centuries: Atlas, Hercules and Tycho's nose" Stud. Hist. Phil. Sci. 38 (2007) 327–362
Sono inoltre presenti, nel web, siti dedicati a Tycho Brahe, quali:
"http://www.nada.kth.se/~fred/tycho/index.html"
"http://www.tychobrahe.com/eng_tychobrahe/index.html".

Swift ritratto da Charles Jervas. (National Gallery, Londra)

Jonathan Swift
(1667 - 1745)

Guido Gandolfi

La sindrome vertiginosa di Jonathan Swift

Jonathan Swift, nato in Irlanda nell'anno 1667 da padre e madre inglesi, può essere considerato come uno dei maggiori scrittori della letteratura inglese del cosiddetto *Augustan period*; Joseph Addison lo ha definito "il massimo genio di questo secolo", mentre Samuel Johnson ha sottolineato la sua originalità di scrittore che non si è mai ispirato a suoi predecessori antichi o moderni.

Nel testo *Tale of a Tub* che può essere definito una sorta di prefazione per le future sue opere, emerge la sua personalità intrisa di bruciante ironia e di grande orgoglio.[6]

Decano della Cattedrale di San Patrizio, caratterizza la sua opera per una tremenda satira sul genere umano, la quale è spesso crudele e violenta, addirittura ripugnante. Mette in luce l'ipocrisia non facendo affidamento sulla bontà dei suoi simili.[1] Nel suo famoso libro *I viaggi di Gulliver* traspare l'amarezza della sua satira in modo assai più accentuato rispetto ad altre sue opere, tanto da farlo giudicare un pessimista. Per vero, il suo percorso letterario è l'espressione dei principali valori dell'epoca in cui vive, nella quale all'approccio emotivo alla realtà veniva preferito un atteggiamento razionale.

Si assiste ad una analisi approfondita del realismo e della natura dell'uomo con l'obiettivo di dare un senso alle contraddizioni esistenti a livello politico e sociale; alla luce di quanto esposto, la satira di Swift appare come una denuncia degli effetti disumanizzanti della natura umana, nel momento in cui essa non è filtrata dalla razionalità, e non soltanto l'espressione di un personale pessimismo.[4]

I viaggi di Gulliver, i racconti filosofici, il Dizionario filosofico, il Trattato sulla Tolleranza di Voltaire, le Nozze di Figaro di Beaumarchais rappresentavano la contestazione dell'ordine e dei valori costituiti, un'istanza polemica nei confronti dell'accettazione acritica dei dettami della tradizione, l'esaltazione della ragione come unica griglia interpretativa per analizzare il passato e per cambiare il presente.[5]

Ne *I viaggi di Gulliver*, l'obiettivo della satira è il narratore in prima persona in quanto non ci troviamo di fronte al resoconto di un viaggio, ma bensì ad una satira sulla irrazionalità dell'uomo e sulla situazione politica dell'Inghilterra settecentesca.[4] Se nel secondo libro dei *Viaggi*, Swift evidenzia la futilità della ricerca scientifica, nel terzo libro si oppone con veemenza ai progetti dei "virtuosi", gli scienziati gentiluomini, i cui approfondimenti meticolosi sulla vita animale andavano oltre la sua comprensione. L'Academy of Lagado appare come una parodia della Royal Society. La satira, a quel punto del suo percorso letterario, sfocia nel ridicolo e nel disgusto.[10]

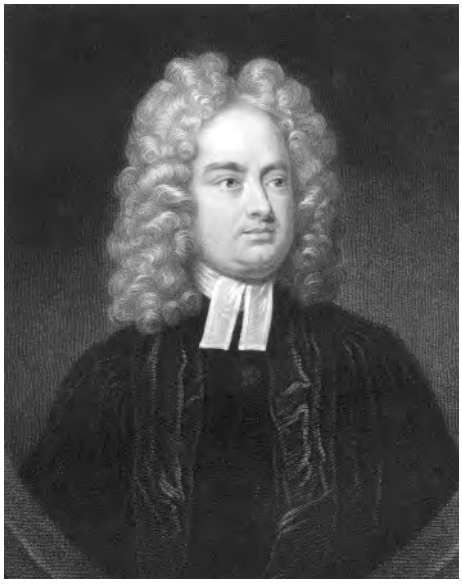


Figura 1. *J. Swift in "Galleria dei ritratti". (Bridgeman Art Library, Londra)*

Per quanto riguarda il rapporto tra lo scrittore irlandese e le forme morbose da lui lamentate dobbiamo ringraziare T.G. Wilson ed il suo lavoro

Figura 2. *Gulliver e i giganti in un dipinto di R. Redgrave. (Victoria&Albert Museum, Londra)*

Swift and the doctors[13], in cui è possibile ricostruire il percorso patologico dello scrittore irlandese affetto da una sindrome vertiginosa particolarmente invalidante.

Non è possibile eludere il fatto che la malattia di Ménière ha spesso condizionato la sua qualità di vita; in un'epoca in cui fiorivano ciarlatani, venditori ambulanti ed erboristi, bisogna dargli atto che egli si rivolse sempre ai Medici del tempo, intrattenendo con loro un rapporto fiduciario sottolineato anche in alcuni suoi scritti.

Lamenta per gran parte della sua vita un quadro clinico caratteristico della malattia di Ménière bilaterale; nel mese di ottobre del 1712 sottolinea come la sua sindrome vertiginosa abbia avuto una durata di ventitré anni.

La prima crisi menierica codificata risale al 5 dicembre 1708; ad essa seguono alti e bassi in un arco temporale che va dal 5 dicembre al 31 gennaio 1709.[9] Il 31 ottobre 1710 una crisi menierica pare coinvolgere l'orecchio sinistro; nel *Journal to Stella* Swift riferisce di una crisi vertiginosa che lo ha sorpreso al mattino, mentre si tro-

vava seduto sul letto caratterizzata da una oggettività del sintomo (il girare della stanza), seguito successivamente da un discreto senso di prostrazione. In quell'occasione vede il dottor Cockburn, il quale promette di reperire le pillole suggeritegli l'anno precedente in aggiunta a dell'olio per le orecchie, da lui utilizzato su un altro paziente per questo tipo di sintomo.[11]

Il 20 novembre 1733 in *Letters of Jonathan Swift to Charles Ford*, esiste un accenno al fatto che i Dottori avevano avanzato l'ipotesi di una correlazione tra il sintomo ipoacusia ed il sintomo vertigine; nella stessa occasione l'autore irlandese si rammarica del fatto che, anche se nel ricettario londinese erano presenti dei suggerimenti terapeutici per entrambi i sintomi, nessun medico glieli avesse prescritti.[7]

Dalla storia della medicina sappiamo come nel Settecento non vi fosse ancora un corretto inquadramento patogenetico della malattia di cui Swift ha sofferto pressoché fino alla fine della sua vita. Du Verney alla fine del '600 riteneva ancora che i canali semicircolari svolgessero una funzione acustica, Vicq d'Azyr nel secolo successivo conferma questa ipotesi. Valsalva nel 1704 riferisce di *zonae sonorae* a livello liquido acquoso nel labirinto in grado di trasmettere gli impulsi della staffa alle terminazioni nervose. Scarpa, dopo aver descritto i rapporti fra canali semicircolari membranosi e l'utricolo, afferma che gli stimoli acustici elementari erano pertinenza dei canali semicircolari, mentre quelli più fini erano da attribuirsi alla coclea.[3]

L'identificazione ipotetica fra sensazione spaziale e localizzazione labirintica è opera di Spallanzani (1793-1794)[12], mentre Venturi (1796) affronta la problematica della correlazione tra udito e sensibilità spaziale. Fluorens riesce a dimostrare che i canali semicircolari non possiedono funzione acustica. Alla luce di esperimenti effettuati su animali, nei quali aveva provocato la sezione dei canali stessi, osserva alterazioni dell'equilibrio e dei movimenti del capo e degli occhi.[3] Saissy (1829) e Delean (1838) sono tra i primi a descrivere la associazione sintomatologica fra vertigini, ipoacusia ed acufeni[8], ma solo Prospero Ménière nel 1861 la descrive in modo com-

piuto. Facendo riferimento al Decano Swift ed alla sua forma morbosa, Wilde (1853) identifica la sua ipoacusia come una forma di sordità cerebrale derivante da una malattia cronica del cervello o del suo rivestimento, caratterizzata da vertigine, disturbi di stomaco e da un interessamento più in generale dello stato di salute e suggerisce da un punto di vista terapeutico un salasso alla nuca.[3]

E proprio da un punto di vista terapeutico Swift incontra le maggiori delusioni.

Esegue svariati tipi di terapie suggerite in parte dai dottori, in parte dagli amici; l'assunzione di acqua in grande quantità gli procura edema agli arti inferiori, peggiorando ulteriormente la sintomatologia vertiginosa;[11] Lady Orkney gli suggerisce un preparato a base di

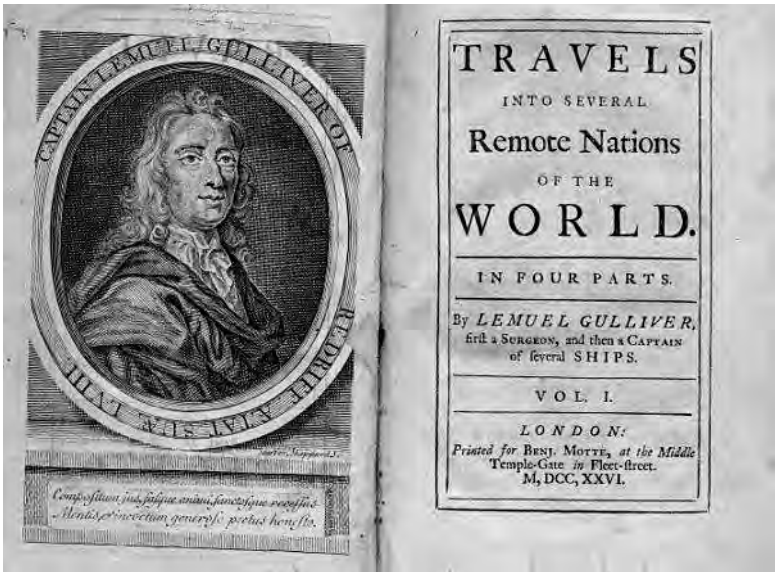


Figura 3. *La prima edizione de "I viaggi di Gulliver" del 1726.*

aloe che Swift ritiene utile. Il preparato denominato *Hiera picra* era composto da aloe, zafferano, miele ed altri ingredienti.[11] Alla fine del marzo 1711, lamenta un episodio particolarmente doloroso di *Herpes zoster* ad una spalla in seguito al quale appare particolarmente sofferente.[11] Successivamente egli lamenta la presenza di un

tremore ed una debolezza a carico della mano sinistra che Sir William Wilde attribuisce nel *The Closing Years of Dean Swift's Life* ad un sintomo cerebrale correlato con sordità, vertigine e nausea, anche se poteva essere una conseguenza dell'attacco di Herpes Zoster.[14] Nella storia medica di Swift si reperisce molta confusione, compresa la favola che egli fosse malato di mente, giustificata dal fatto che numerosi scrittori laici manifestavano delle perplessità di fronte alle sue affermazioni.[13]

La salute di Jonathan Swift pare essere stata buona fino ad età avanzata, nonostante la ripetizione delle crisi menieriche da lui ascritte a danni subiti nel tempo e nonostante le problematiche derivate dalla malattia erpetica.[13] La malattia di Ménière preoccupa notevolmente Swift, spingendolo a discutere dei propri sintomi con coloro che, come nel caso di Sir George Beaumont, presentavano lo stesso quadro sintomatologico. Si fa condizionare anche da alcuni tipi di fobie caratteriali, quali il timore di patologie fulminanti e di epidemie terribili, quali la peste; il timore della peste appare giustificato dal fatto di essere nato solo due anni dopo l'epidemia di peste a Londra.

Non si può negare che lo scrittore irlandese tendesse a non minimizzare l'importanza delle sue malattie. Ad esempio, nelle *Letters of Jonathan Swift to Charles Ford*, riferisce di essere stato letteralmente torturato per una settimana da un attacco di emorroidi interne con dolori, perdita di sangue ed impossibilità a prendere sonno.[7]

Intorno agli anni 1741 o 1742, pressappoco all'età di settantacinque anni, comincia a lamentare perdita della memoria e a comportarsi in modo irrazionale. Lord Brain interpreta il quadro clinico come afasia, correlata a tromboflebite del seno venoso petroso superiore e delle vene che drenano il lobo frontale, coinvolgendo dal lato sinistro l'area di Broca.[2]

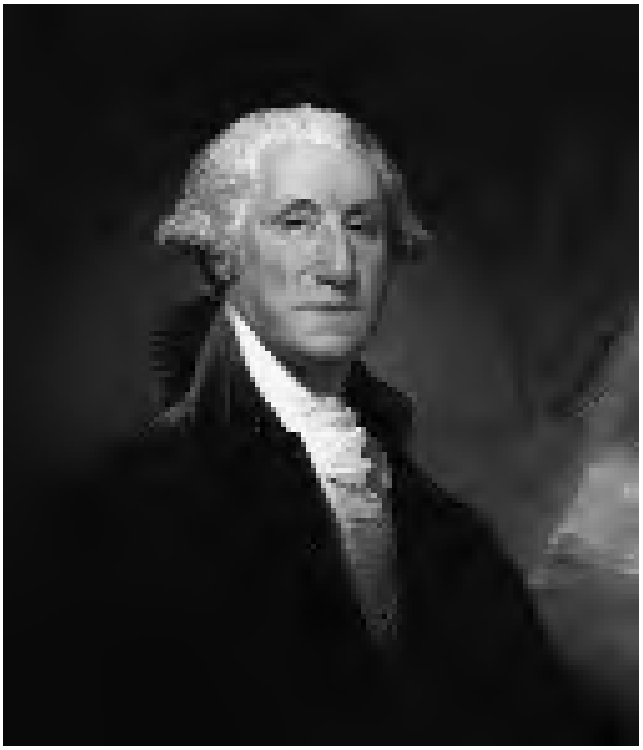
Forse, per i problemi patologici che lo assillarono per tutta la vita, ebbe rapporti con Medici e Fisiologi tra i più prestigiosi: Arbutnot, descritto come l'uomo migliore da lui conosciuto, era anche scrittore politico particolarmente brillante che rivendicava il privilegio di aver inventato lo stereotipo di John Bull, personificazione dell'in-

glese medio.[13] Questo medico, a giudizio di Swift, è l'unico che cerca di comprendere la sua patologia anche se non riesce a dargli rimedi terapeutici efficaci. Nel periodo in cui abita a Londra ha contatti con fisiologi del calibro di Redcliff e Cockburn, mentre durante il soggiorno a Dublino frequenta Hellsham e Grattan. Swift rammenta la gentilezza e la sollecitudine con cui Hellsham lo curò quando lui versò per alcuni mesi in condizioni disperate, scandite da sordità, vertigine, vomito profuso insopportabile e da perdita delle funzioni sfinteriche.[7]

All'età di settanta anni, Swift afferma con disillusione che, pur avendo stimato nella sua vita molti Medici, con i quali aveva avuto rapporti professionali, non ha mai ricevuto il minimo beneficio dai loro suggerimenti terapeutici e dalle loro prescrizioni.[13]

Bibliografia

1. Bartiromo A., Rigotti A., Scarpati Castiglione A. “English and American Writers”, Loffredo Editore, Napoli, 1987.
2. Brian R.: “Some reflections on genius”, London, Pitman’s Medical Publishing Co, 1960, pag.23.
3. Celestino D., Ralli G.: “Storia medica della vertigine da Ippocrate alla moderna interpretazione della malattia di Meniere”, Acta otorhinolaring. it., Suppl. 5, Vol. V, 1985;
4. De Luca B., Grillo U., Pace P., Ranzoli S.: “Views of Literature. Text, context and film”, Loescher Editore, vol.II; Torino, 2001;
5. Guglielmino S.: “Letterature Straniere”, Principato, Milano, I edizione gennaio 1995;
6. Izzo C.: “Storia della letteratura inglese. Dalla Restaurazione alla fine de XVII secolo”, Nuova Accademia Editrice, Milano, 1963;
7. “Letters of Jonathan Swift to Charles Ford”, ed. by David Nicol Smith, Oxford, Clarendon Press, 1935;
8. Michel J. : “Interet de l’etudes du mecanism des decouvertes. A propos de quelques decouvertures medicales dont la maladie de Meniere et la perforation du tympan par Astley-Cooper”. Journ. Franç. Oto-rhino-laryng., 24, 83-102, 1975;
9. Middleton Murray J.: ”Jonathan Swift”, London, Jonathan Cape, 1954, pag.134;
10. Raimondi Capasso M. e Fiotta Genova R.:“CROSS-SECTIONS. A socio-literary survey of british and american cultural traditions”, Ghisetti e Corvi Editori, Milano, 1981;
11. Swift J., “Journal to Stella”, ed. by Harold Williams, Oxford, Clarendon Press, 1948;
12. Theodorides J.: “Lazzaro Spallanzani et le sense de l’orientation chez les chauves-souris”, Atti Simp. Internaz. Storia della neurologia, Varenna 30 agosto 1961, Milano, 1963;
13. Wilson T.G.: “Swift and the doctors” Medical history, 8, 199-216, 1964;
14. Wilde W.: “The Closing Years of Dean Swift’s Life”, Dublin, 1849.



Washington nel ritratto di Gilbert Stuart, 1795.

George Washington
(1732 - 1799)

Dino Felisati, Giorgio Sperati

Morte di un Presidente

G. Washington fu uno dei fondatori e il primo Presidente degli Stati Uniti d'America. Nato a Bridges Creek, Westmoreland, Virginia nel 1732 da nobile famiglia di agrari virginiani, ebbe modo di formarsi una buona preparazione culturale. Avviato alla carriera militare, ebbe diversi incarichi che portò a termine con alterna fortuna, fino alla nomina a generale. Dimessosi dall'esercito, partecipò ad altre azioni di guerra, dedicando però i suoi interessi anche all'agricoltura, nella quale acquisì meriti di eccellenza. Nel 1774 ebbe inizio la sua partecipazione al movimento di indipendenza degli Stati Americani, attraverso azioni militari coordinate a quelle politiche che gli diedero fama di grande condottiero. Dopo la difficile vittoria sugli Inglesi a Monmouth (1778), l'impegno del Generale per l'indipendenza acquistò sempre maggiore importanza.

Nel 1783, fatta la pace con gli Inglesi, depose il comando nelle mani del Congresso. Nel 1786 fu eletto Presidente della Convenzione costituzionale di Filadelfia che scrisse il testo della Costituzione americana. Sui lavori della Convenzione e sul testo della Costituzione egli esercitò una forte influenza, conferendo alla figu-

Figura 1. *Washington attraversa il Delaware River. (Dipinto di E. Leutze del 1851, Metropolitan Museum, New York)*

ra del Presidente ampi poteri, che allora rappresentarono una sicura garanzia di forza per la confederazione. Eletto primo Presidente dell'Unione, assunse il potere il 30 aprile 1789 e governò con molto senso di responsabilità. Fu rieletto nel 1792 per altri quattro anni.

Durante il suo secondo mandato si manifestarono forti reazioni tra i radicali per il suo atteggiamento *anglofilo* che portarono ad una

Figura 2. *George Washington rassegna le dimissioni da comandante in capo dell'esercito al Congresso. (Dipinto di John Trunbull, 1824)*

grave crisi dell'esecutivo, con dimissione di ministri. Nel 1796 allo scadere del mandato decise di non ripresentarsi, pubblicò un messaggio di commiato alla nazione americana, rimasto famoso, e si ritirò nella sua tenuta a Mount Vernon in Virginia dove morì il 14 dicembre 1799, dopo una malattia acuta durata soltanto 21 ore.[3]

Diario della malattia che portò a morte G. Washington

Notizie anmnestiche

Si apprende dall'anamnesi patologica remota che George Washington fu affetto in gioventù da vaiolo e da malaria e che per queste malattie si sottopose a trattamenti prolungati con ossido di mercurio.[3] Forse fu proprio questo farmaco a causare in lui la sterilità (ebbe solo figli adottivi) ed anche gli innumerevoli problemi dentari che lo afflissero per tutta la vita.[1,5]

Una recente ricerca di Barbara Glover ci fornisce, a questo proposito, molte informazioni curiose e poco note.[4] Washington iniziò il

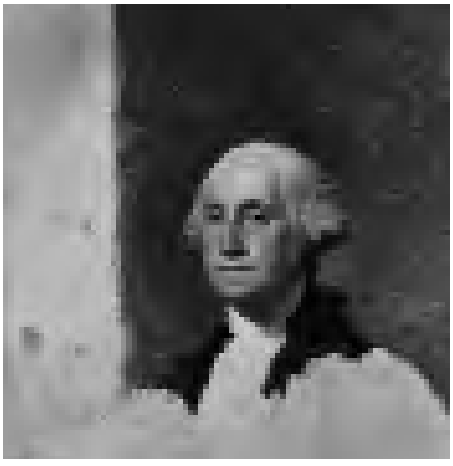


Figure 3 e 4. *Dal confronto dei due visi (a sin. dipinto di C. Peale del 1779, a dx. dipinto incompiuto di G. Stuart del 1796) si rileva la differenza a carico dei tessuti molli della guancia destra quale probabile esito di flogosi a carico dell'arcata mandibolare.*

suo calvario odontostomatologico molto presto: a soli 22 anni perse il suo primo dente e gli altri seguirono col tempo, tanto che nel 1789, quando divenne Presidente, gliene rimaneva uno solo. La tradizione attribuì questa ecatombe dentaria alla sua cattiva abitudine di spezzare noci con i denti[3], ma forse fu più importante l'effetto tossico dei preparati mercuriali. La patogenesi iatrogena spiegherebbe meglio i vari episodi di stomatite e di osteoperiostite, soprattutto mandibolare, che periodicamente afflissero l'illustre paziente. Questi eventi patologici col tempo esitarono in una deformazione edematosa della porzione inferiore della guancia[4] e, in effetti, confrontando attentamente alcuni ritratti del Presidente eseguiti in tempi diversi, si può rilevare una evidente differenza nei contorni di questa regione anatomica, differenza che appare superiore a quanto di solito avviene a causa della maggiore flaccidità dei tessuti per l'invecchiamento.

È anche possibile che la tumefazione in questione sia imputabile alla presenza di una protesi. E noto infatti che Washington cambiò un gran numero di dentiere, molte delle quali realizzate dal suo dentista di fiducia John Greenwood; esse erano in genere costituite da una base di avorio su cui venivano fissati denti umani legati tra loro da filamenti d'oro.[4,5] Questi apparati protesici vennero per lo più mal tollerati, anche per il recidivare di episodi flogistici osteogengivali,

Non vi sono prove che la compromissione orale abbia avuto qualche rapporto con la malattia che condusse a morte George Washington, ma ne avrebbe potuto essere una causa predisponente in conseguenza della persistenza di germi patogeni a livello oro-faringeo.

La crisi mortale

Il 12 dicembre 1799, dopo avere ispezionato a cavallo la sua fattoria sotto una pioggia gelata, rientrò a casa per la cena senza cambiarsi gli abiti bagnati. Il giorno dopo accusò un leggero mal di gola imputato ad un incipiente raffreddore. Nella notte, tra le 2 e le 3, si svegliò con difficoltà del respiro e dolore alla deglutizione; non

tornò a letto, anche perché i sintomi si andavano aggravando. Al mattino, all'ora di colazione, fece chiamare il suo fattore e vecchio amico Tobias Lear e gli ordinò di praticargli un salasso, trattamento in grande uso a quel tempo per qualsiasi genere di malattia, eseguito sia da medici che da profani. Furono estratti circa 250 ml di sangue.

Alle 10 del mattino arrivarono il Dr. James Craik e il Dr. Gustavus Brown, medici curanti ed amici del malato. L'obbiettività che rilevarono fu rossore della faringe, ma tenuto conto dei sintomi: dolore alla gola, difficoltà alla deglutizione e alla respirazione e dolore nel parlare, emisero diagnosi di *inflammatory quinsy*, che potremmo tradurre come *squinanzia infiammatoria*, vale a dire: stenosi alta delle vie respiratorie che può portare a soffocazione. I due medici ordinarono un più generoso salasso e altri 250 ml di sangue furono tolti. Poiché il tempo passava senza che si verificasse miglioramento, essi pensarono di far venire il Dr. Elisha Cullen Dick, un giovane medico di Alexandria, laureato all'Università di Pensylvania di cui avevano grande stima. In attesa del Dr. Dick, visto che non si manifestava alcun segno di miglioramento, Craik e Brown praticarono un terzo salasso.

Alle 3 del pomeriggio arrivò il Dr Dick che, dopo aver esaminato l'illustre paziente, si ritirò a consulto con i due anziani colleghi, proponendo loro di eseguire una tracheotomia. Per l'ostruzione delle vie aeree era l'estremo rimedio, ma questo intervento era poco praticato. Tuttavia Dick, convinto che soltanto in questo modo si potesse salvare la vita di G. Washington, si dichiarò disposto ad assumersi la piena responsabilità per le eventuali conseguenze. Craik fu inizialmente favorevole all'intervento, ma quando Brown fece presente che il paziente sarebbe potuto morire durante l'operazione, cambiò parere. L'accordo tra i tre medici fu raggiunto sulla opportunità di praticare un quarto salasso. Furono estratte 32 once di sangue – quasi 1 litro – che, aggiunto ai precedenti prelievi, porta a quasi 2 litri la perdita ematica totale. Il malato presentò, ovviamente, segni di debolezza, ma desiderava rimanere in posizione seduta per le difficoltà di respiro. Nel frattempo, veniva aumentando lo stato di irre-

Figura 5. *George Washington a Valley Forge.*

quietezza. Alle 8 di sera furono applicati dei vescicanti alle gambe e posto un collare di crusca alla gola.

Alle 10 il respiro si fece più lieve, sembrava che la situazione volgesse al meglio, ma alle 11,30 sopravvenne la morte. I medici, senza risorse, erano a fianco del letto.[3,6]

Il post-mortem

Cinque giorni dopo Craik e Brown pubblicarono su Alexandria Times un rapporto sulla successione dei fatti che portarono a morte il primo Presidente degli Stati Uniti. Si trattava, secondo loro, di *cynanche trachealis*, che nel gergo medico latino voleva dire semplicemente infiammazione tracheale: nulla di più generico, ma che cosa si poteva pretendere in un tempo in cui la specialità otorinolaringoiatrica non era ancora nata? Contro di essi vi furono violenti attacchi: chi riteneva che si fosse trattato di croup (William Cobett) e che Washington avrebbe potuto essere curato in 4 ore con bagno freddo, brandy e grasso d'oca frizionato sul collo e sul torace; chi pensava che, invece dell'abbondante salasso, per dare sollievo al malato sarebbe bastato prelevare un pochino di sangue dalla regione tonsillare o da una vena sotto la lingua (John Brickell). Il Dr. Dick insistette sul valore della trachetomia che aveva proposto.[6]

A questo punto dobbiamo ricordare quale fosse il grado di conoscenza della cosiddetta *squinanzia* o *squinantia* alla fine del Settecento. Il termine *squinantia* derivava da quello ippocratico di sinanche o kinanche (dal verbo greco *sinanchein*, stringere insieme,

strozzare) e venne usato dall'antichità fino al primo Ottocento per indicare una sindrome ostruttiva acuta delle alte vie respiratorie, determinata da fatti patologici della più varia natura: ascessi, flemmoni, edemi, corpi estranei, croup, ecc. La terapia della squinantia, ancora agli inizi del XIX secolo, consisteva nel salasso, in particolare sublinguale dalla vena ranina, nel sanguisugio cervicale, nelle scarificazioni sulla mucosa faringea, nella applicazione di vescicanti o di revulsivi sulla cute e nell'uso di emetici e di oppiacei[2]. Trattamenti di scarsa o nulla efficacia o addirittura controproducenti. L'unica soluzione possibile per evitare l'asfissia rimaneva quindi la tracheotomia, intervento noto fin dall'antichità (Asclepiade, Celso, Antillo), ma praticato per secoli soltanto all'ultimo istante, quale estremo tentativo poco prima che il paziente esalasse l'ultimo respiro. In queste condizioni quindi il rischio di mortalità intraoperatoria diventava elevatissimo (>70%) per cui pochissimi chirurghi ebbero il coraggio di eseguirla, anche dopo la rinascita dell'anatomia e della chirurgia nei secoli XV e XVI (Vesalio, Fabrizi, Paré, Casserio, Eustachi). La mortalità discese in maniera significativa soltanto dopo le esperienze di Bretonneau sui difterici (1821-22) e soprattutto dopo la definitiva codificazione dell'intervento da parte di Armand Trousseau nel 1850. Trousseau ebbe il grande merito di ribaltare finalmente i vecchi concetti dando le prove che la tracheo-

Figura 6. *La casa di Mount Vernon.*

tomia, per essere più sicura ed efficace, avrebbe dovuto essere eseguita il più presto possibile e non all'ultimo istante.[7]

Quale fu la vera causa di morte di G. Washington? Un attacco di laringite acuta stenosante? L'interpretazione di H. H. E. Scheidemandel, che su questo argomento ha pubblicato un articolo nel 1976 (dal quale abbiamo tratto lo spunto per questa nota), è che si sia trattato di una epiglottite acuta.[6] Che sia stata una lesione flemmonosa a livello epiglottideo con edema reattivo del vestibolo laringeo, sembra assai verosimile sulla base della descrizione dei sintomi riportata nei documenti ufficiali. Certo, siamo costretti a volare un po' di fantasia, come sempre quando si interpreta la storia a distanza, e lo storico, per interpretare i fatti, deve talvolta creare ipotesi e trovare supporti per sostenerle. Ma nel caso in oggetto sembra proprio che si sia trattato di una lesione a livello epiglottideo. Se Manuel Garcia avesse scoperto l'uso dello specchietto laringeo prima della malattia di G. Washington, la diagnosi avrebbe potuto essere precisa, precoce, e la terapia forse risolutiva. Invece l'esplorazione della laringe cominciò più di cinquant'anni dopo, nel 1854.

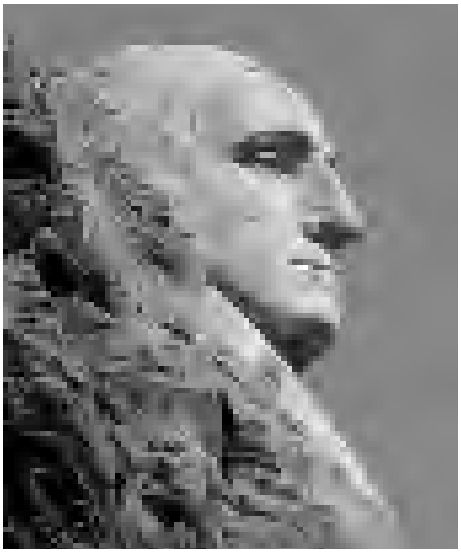


Figura 7. *La gigantesca immagine commemorativa di George Washington scolpita sulle rocce del monte Rushmore. (South Dakota)*

Bibliografia

1. Amory J. K. “George Washington’s infertility: why was the father of our country never a father?”. Fertility and sterility vol. 81, 3, 2004
2. Castiglioni A. “Storia della medicina”. Mondadori, Milano 1936
3. Freeman D. S. “George Washington, a Biography” Shuman, N.Y. 1948
4 Glover B. “George Washington” A dental victim (htpp://www.american-revolution.org/dental.html2006)
5. Lloyd J., Mitchinson J. “The Book of General Ignorance” Faber & Faber, N. Y. 2006
6. Scheidemandel H. H. E. “Did George Washington Die of Quinsy?”. Arch. of Otolaryngol. Vol. 102, 519, 1976
7. G. Sperati: “Cenni storici” in Colombo E. “Le Tracheotomie”. Ed. TorGraf, Lecce, 2001.

Autoritratto a sessantanove anni. (Museo del Prado - Madrid)

Françisco José de Goya y Lucientes
(1746 - 1828)

Dino Felisati, Giorgio Sperati

Dalla pittura della luce a quella delle tenebre

Françisco José de Goya y Lucientes fu pittore di grandi capacità espressive. La sua opera, che si svolse tra gli ultimi decenni del Settecento e i primi dell'Ottocento, in un arco di più di sessant'anni, è densa di contenuti, varia di soggetti, multiforme nella tecnica, in una parola eclettica. Pitture a olio, acqueforti, acquetinte, disegni, litografie si susseguirono con una intensità che sembrava non soddisfare mai completamente l'ambizione dell'artista.

Figura 1. *Autoritratto.*

Nella produzione di Goya possiamo individuare, grosso modo, due periodi: il primo, quello dell'affermazione del suo valore, che comprende il periodo degli arazzi e dei ritratti; il secondo, quello della libertà espressiva, che è caratterizzato da una multiforme produzione

Figura 2. *L'ombrellino. (Cartone per gli arazzi reali, Museo del Prado - Madrid)*

di capolavori che va dai *Capricci*, alle *Majas*, ai *Disastri della guerra*, alle *Pitture nere*, alla *Tauromachia*. Questo secondo periodo – secondo l'opinione dei critici – porta il segno di una grave malattia, forse la lue contratta in gioventù, che lo portò alla sordità completa, dopo un inizio acuto incominciato all'età di 46 anni.

L'arte di Goya spazia dal barocco al romanticismo di cui Goya può essere considerato il primo maestro; a lui si ispirarono, tra gli altri, Manet e Picasso. Pioniere di nuove tendenze artistiche e anticipatore di nuove forme espressive, egli può essere considerato il padre dell'arte moderna.

Nacque a Fuendetodos in provincia di Saragozza il 30 marzo 1746 da famiglia modesta; si trasferì poi a Saragozza dove il padre faceva il doratore; studiò alle Escuelas Pias de San Anton che accoglievano i figli dotati delle famiglie povere. A 13 anni cominciò a fare l'apprendista da un pittore di Saragozza. Poi, grazie all'amicizia con il pittore Françisco Bayeu, che era entrato a far parte degli artisti di corte, si trasferì a Madrid.

Nel 1770 compì un viaggio in Italia. Fu a Napoli, a Roma dove

conobbe Giovan Battista Piranesi, e soprattutto a Milano. Si dice che conducesse una vita sregolata tra donne e osterie. Partecipò ad un concorso indetto dall'Accademia di Parma con un dipinto dal titolo *Annibale vincitore rimira per la prima volta dalle Alpi l'Italia*, arrivando secondo, dopo Paolo Borroni, autore de *Il genio della guerra guida Annibale attraverso le Alpi*.

Di ritorno a Saragozza, l'anno seguente, assunse i primi incarichi per la decorazione della Chiesa di S. Maria del Pilar. Due anni dopo sposò Josefa Bayeu, sorella dell'amico pittore e realizzò affreschi per la certosa di *Aula Dei*. Nel 1774 si trasferì a Madrid, dove il pittore Anton Mengs, molto potente a corte, gli fece avere commesse per disegnare cartoni per l'Arazzeria reale. Gli arazzi erano destinati a San Lorenzo del Escorial e al Prado, due palazzi fuori città, abitati dalla Corte durante l'autunno e l'inverno. Nei successivi 17 anni realizzò 62 disegni con scene di intrattenimenti popolari e campestri. I suoi disegni piacquero ai principi: il futuro re Carlo IV e la moglie Maria Luisa.

Egli entrò così nelle grazie della nobiltà di cui dipinse i ritratti. Nel 1780 venne eletto all'unanimità membro dell'Accademia Reale di Belle Arti di Madrid. Tre anni dopo, ospite per un mese di don Luigi, fratello cadetto del re Carlo III, dipinse il ritratto *La Famiglia di Luis de Borbon*; contemporaneamente dipinse *Il Conte di Floridablanca* e *Il duca e la duchessa di Osuña*. Goya, molto richiesto come ritrattista, venne nominato *Pintor del Rey* (1786).

Nel 1788 Carlo III morì, gli subentrò il figlio con il nome di Carlo IV. Nel 1789 Goya divenne *Pintor de Càmara*, cioè pittore di corte.

È di questo periodo lo schizzo a olio su tela *La prateria di San Isidro* che non fu tradotto in arazzo forse per la difficoltà di tessere gli infiniti piccoli particolari rappresentati. Il quadro ritrae la festa del Santo Patrono di Madrid il 15 maggio, durante la quale i pellegrini mangiano, danzano e giocano in un'atmosfera gioiosa e piena di luce. Scoppiata la Rivoluzione Francese, l'aristocrazia d'Europa precipitò nel terrore. Nel 1792 la Francia si dichiarò repubblica. L'anno dopo Luigi XVI e Maria Antonietta vennero decapitati. La Francia dichiarò guerra alla Spagna. A Madrid Manuel Godoy,

l'amante della regina, divenne Primo ministro. Di lui, l'uomo più influente e più odiato di Spagna, Goya dipingerà il ritratto nel 1801.

Ma torniamo al 1792. Goya si ammalò gravemente; la malattia, i cui prodromi si erano manifestati nel 1777, a 31 anni, lo portò alle soglie della morte. Soggiornò lungamente a Cadice, ospite dell'amico Sebastiàn Martinez, poi tornò a Madrid e riprese a lavorare.

Nel 1795 venne nominato direttore dell'Accademia Reale. Dipinse il *Ritratto della contessa di Alba e del duca di Alba*. Godoy firmò una pace ingloriosa per la Spagna e nel frattempo Napoleone Bonaparte divenne comandante dell'esercito francese. Nel 1796 Goya iniziò a lavorare a *Los Caprichos,* una serie di 80 incisioni che sarebbe stata pubblicata tre anni dopo. La serie è introdotta da un autoritratto in cui Goya appare sicuro di sé con un cappello a cilindro; in realtà avrebbe dovuto aprirsi con la famosa tavola del Capriccio 43, intitolata *El sueño de la razon produce monstruos*, frase che appartiene al Don Chisciotte di Cervantes.

Figura 3. *"El sueño de la razon produce monstruos"*.

Nella tavola è rappresentata una figura addormentata (l'artista che sogna?) circondata da animali orrendi: pipistrelli, gufi, una lince e un gatto nero.

I Capricci furono realizzati con l'intento di fare satira su errori, vizi umani, stravaganze e follie, e anche di criticare il potere dei monaci, del clero e dell'Inquisizione. Nel 1799, Goya divenne *Primer Pintor de Càmara*.

In Francia Napoleone prese il potere. Dopo numerosi studi preparatori Goya dipinse il ritratto de *La Famiglia di Carlo IV* (1801). Dal 1797 al 1800 Goya dipinse per commissio-

ne di Godoy la *Maja desnuda* e dal 1800 al 1805 la *Maja vestida*. Il nudo era proibito dalla Chiesa e punito dall'Inquisizione, ma il committente era così potente che poteva permettersi di derogare alla legge. Contrariamente ai nudi che sorridono graziosamente, dipinti da altri pittori in Europa, la *Maja* di Goya, come molte altre donne da lui ritratte, non sorride; la *Maja* di Goya è realistica, come lo sono *Le Vecchie*, dipinte con i volti truccati e l'espressione delle megere.

Nel 1807, con la scusa di invadere il Portogallo, l'esercito francese occupò la Spagna. Godoy perse il potere e Carlo IV abdicò. Il suo successore Ferdinando VII fu costretto all'esilio. A Madrid il 2 maggio 1808 scoppiò la rivolta. Una rivolta popolare che venne repressa nel sangue e offrì a Goya lo spunto per realizzare due quadri *Il 2 maggio 1808* e, il più famoso, *Fucilazioni del 3 maggio 1808* che dipingerà però nel 1814. La guerra spagnola di indipendenza durò cinque anni. Nel 1810 Goya iniziò a dipingere una serie di incisioni dal titolo *I disastri della guerra*, ma nel contempo dipinse anche il ritratto di Giuseppe Bonaparte, fratello di Napoleone, insediato sul trono di Spagna. Nei *Disastri della guerra* Goya descrisse il massacro tra francesi e spagnoli, la violenza e le atrocità della guerra. Nel 1814, dopo la sconfitta e l'abdicazione di Napoleone, Ferdinando VII ritornò in Spagna e avviò un processo di dura repressione nei

Figura 4. *Le fucilazioni del 3 Maggio 1808. (Museo del Prado - Madrid)*

confronti dei liberali. Goya, per ingraziarsi il re, eseguì i dipinti relativi all'insurrezione del 2 maggio 1808.

Nel 1816 pubblicò un'altra serie di opere famose costituita da 33 acquetinte intitolate *La Tauromachia*. Goya era appassionato di tori, toreri e corride; forse in gioventù aveva toreato pure lui. Queste tavole sono impregnate di sanguinosa violenza.

Nel 1819 Goya acquistò una villa vicino a Madrid, denominata *La Quinta del sordo*, ma tornò ad ammalarsi gravemente. Lo assistette il dott. Arrieta al quale egli dedicò un quadro (1820). Goya è ritratto malato, tra le braccia del suo medico che gli somministra una medicina. Dal 1820 al 1823 decorò le pareti di due stanze della sua nuova casa con un ciclo di 14 pitture a olio su intonaco definite, per il loro contenuto e per il loro aspetto, *Pitture Nere*.

Figura 5. *Saturno che divora i suoi figli. (Una delle pitture nere della "Quinta del Sordo". Museo del Prado - Madrid)*

Facevano parte di questa raccolta, che fu in seguito staccata e riportata su tela con sede al Prado, l'orrendo *Saturno che divora i suoi figli* e *Il Pellegrinaggio a San Isidro*. È la visione finale del mondo di Goya.

Dominano le bocche spalancate e il bianco delle occhiaie; le figure, mostruose e tragiche, esprimono tutta la disperazione dell'autore. Goya, temendo di subire misure repressive

chiese e ottenne dal re di potersi recare in Francia ai Bagni di Plombières. Andò prima a Parigi, poi a Bordeaux, dove vivevano molti suoi amici liberali, tra cui il pittore Delacroix; tornò in seguito in Spagna per chiedere al re di accettare le sue dimissioni da pittore di corte (1826). Le dimissioni vennero accettate e il re gli assegnò una cospicua pensione.

Nell'esilio francese a Bordeaux dipinse le sue ultime opere, le litografie *I tori di Bordeaux* e il bellissimo quadro *La Lattaia di Bordeaux*, che anticipava il romanticismo.

Goya morì a Bordeaux il 16 aprile 1828, dopo un attacco di trombosi cerebrale insorto 14 giorni prima.

L'arte di Goya e la sua malattia

Goya dipinse la società del suo tempo; i suoi soggetti spaziano dalla dolcezza dei bambini alla sensualità delle *Majas*, dall'orrore dei mostri prodotti dalla fantasia, non più controllata dalla ragione,

Figura 6. *La lattaia di Bordeaux. (Museo del Prado - Madrid)*

alla pensosa severità delle sue donne che non sorridono mai, dalla atrocità delle scene di guerra alla violenza della tauromachia. Egli fu tra i maggiori ritrattisti. Goya doveva accontentare i suoi committenti e la sua clientela condizionò parte della sua produzione, ma anche nel rappresentare i suoi personaggi tese sempre a sottolinearne il carattere, i vizi nascosti dallo sfarzo delle vesti, e a proporre le miserie di una società in sfacelo. Quando si rese indipendente, la sua opera pittorica si liberò dai vincoli e allora comparvero mostri, streghe, scene di violenza e tutto il bagaglio fantastico legato alle ansie, inquietudini, ed incubi che furono parte integrante della sua personalità. In alcuni suoi quadri il clima della follia è ritratto alla perfezione.[5]

I biografi dividono il corso pittorico di Goya in due periodi: prima e dopo la malattia. Il primo caratterizzato da gioia e luce, il secondo da orrore e fantasmi. In realtà anche nel primo periodo compaiono anticipazioni di quelle figure che più tardi daranno forma ai suoi incubi. La linea di demarcazione dovrebbe essere rappresentata dalla malattia. Nel novembre 1792 Goya si ammalò gravemente in Siviglia; comparvero cefalea, vertigini, acufeni, ipoacusia e disturbi della vista, paresi al braccio destro.[9,10]

Fece seguito uno stato di depressione accompagnato da atteggiamento stuporoso con allucinazioni, deliri e dimagramento progressivo. Il 17 gennaio 1793 scriveva al suo amico Martin Zapatero informandolo dei suoi disturbi.

L'amico rispondeva facendo menzione della sua *poca cabeza* (poco giudizio), alludendo alla possibilità di una infezione venerea conseguente alla sua vita sregolata. Nel marzo 1793 Sebastiàn Martinez scrive a Zapatero che Goya è un poco migliorato, ma che procede lentamente: "Tengo confianza en la estaciòn (stagione) y que los baños de Trillo, que tomarà a su tiempo la restablezcan. El ruido y la sordera en nada han cedido, pero està mucho mejor de la vista y no tiene la turbacion que tenia, que le hacia perder el equilibrio…"[10] Nell'aprile 1793 tornò a Madrid, profondamente sordo e l'infermità lo accompagnò per tutta la vita.

Molto si è discusso sulle cause di questa grave infermità: encefa-

lopatia luetica, mercuriale da trattamento antiluetico, da piombo contenuto nei colori che Goya maneggiava, vascolare? Purtroppo le testimonianze al riguardo sono limitate agli accenni contenuti nella corrispondenza con Zapatero che si limita a scrivere: *la natura del male è tra le più temibili, e mi viene da pensare con malinconia al ristabilimento di Françisco*. Esamineremo più avanti, in dettaglio, le possibili cause dei disturbi del Nostro.Tre anni dopo Goya ha una ricaduta, ma non si sa molto di più. È certo che la sua sordità è diventata completa e permanente.[9]

Comunque sia, Goya va incontro a disturbi psicologici come malinconia e ipocondria e, come tutti i sordi diventa diffidente. Sono di questo periodo le undici tele *Divagazioni popolari*, tra cui *Il Tribunale dell'Inquisizione* e *Il funerale della sartina* che esprimono situazioni di alienazione. Si è molto discusso sull'influenza della malattia nella produzione artistica di Goya. La suddivisione in due periodi, prima e dopo, è forse fittizia perché, come abbiamo già detto, elementi tragici si incontrano anche nelle opere del primo periodo, certo è che nel secondo periodo l'orrore compare sempre più spesso e impronta la produzione, dai *Capricci* alle *Pitture nere*. Si osserva inoltre che in occasione delle recidive della malattia

Figura 7. *Il dottor Arrieta cura Goya gravemente malato. Dipinto del 1820. (The Minneapolis Institute of Arts)*

(anni 1796, 1819, 1825) la produzione rallenta per riprendere con maggior lena dopo il miglioramento.[9] Appare interessante infine considerare l'influenza della sordità sull'umore del pittore e quindi ritenerla fattore condizionante la sua opera.

È certo che dopo il 1793 il modo di dipingere di Goya si modifica, i soggetti trascendono la realtà e acquistano tonalità sempre più fantastiche e drammatiche. Un esempio significativo del processo evolutivo cui Goya va incontro nell'arco della sua vita emerge dal confronto fra due pitture che riguardano lo stesso luogo. Intendiamo la *Prateria di San Isidro* del 1788 e il *Pellegrinaggio a San Isidro* del 1820-23. Il primo è festoso, pieno di gioia di vivere, il secondo, eseguito a distanza di oltre trent'anni, è orrendo: la folla in processione è costituita da uomini e donne salmodianti con le bocche spalancate, le pupille rovesciate, le facce che sembrano maschere.

Cause morbose

Gli autori che hanno studiato la malattia di Goya hanno potuto, ovviamente, esprimere conclusioni diagnostiche solo ipotetiche: tutti hanno concordato nel riconoscere la presenza di lesioni neurologiche centrali e periferiche, ma hanno dato interpretazioni assai diverse sulle cause di tale patologia.[9,10] Alcuni ipotizzano una origine luetica, altri arteriosclerotica, altri ancora chiamano in causa una intossicazione cronica da piombo o mercurio.

A nostro avviso i tre moventi eziologici non si escludono l'un l'altro, anzi è probabile una loro comune responsabilità sulla origine e sulla progressione della malattia.

La lue nel XVIII secolo era molto diffusa ed è indubbio che il genere di vita condotta dall'artista possa averlo facilmente esposto al contagio venereo, d'altronde la notizia che la moglie ebbe venti gravidanze, di cui solo cinque portate a termine e che solo un figlio sopravvisse ai genitori, alimenta questo sospetto. Ma anche ammettendo la presenza di una infezione luetica, questa, da sola, consentirebbe di spiegare soltanto alcune delle manifestazioni morbose che

colpirono l'artista durante parte della sua vita. I danni neurologici potrebbero essere stati accentuati dagli effetti iatrogeni della terapia mercuriale. A quel tempo infatti la cura della sifilide, oltre che degli infusi di guaiaco (legno santo) e di salsapariglia, si avvaleva ancora dell'unguento mercuriale che portava a effettive remissioni della malattia, ma anche, con l'uso prolungato, a lesioni del sistema nervoso centrale (tremore mercuriale, stati depressivi) e periferico (neuriti ottiche, sindromi vertiginose), oltre a stomatiti, enterocoliti e lesioni renali.

L'unguento mercuriale fu introdotto in terapia nel XVI secolo da Berengario da Carpi e da Giovanni da Vigo[7] e per la sua positiva azione antiluetica venne universalmente impiegato per circa tre secoli, pur essendo noti da lungo tempo i danni iatrogeni che l'uso prolungato del cosiddetto *unguento napolitano* poteva provocare in alcuni soggetti.[2] Gli antichi autori, da Fernelio[3] a Frambesario,[7] da Ettmuller[1] a Ramazzini,[7] avevano già attribuito alla intossicazione mercuriale cronica l'insorgenza di *tremorem manuum* e di *gravem vertiginem terebricosam et continuam*, mentre studi assai più recenti hanno segnalato la presenza di neuriti ottiche e depressione del tono affettivo,[6] tutte manifestazioni che compaiono, quantomeno saltuariamente, nella storia clinica di Goya.

La predetta sintomatologia era però abbastanza rara nei luetici e la si riscontrava principalmente negli *iatroliptes*, in coloro cioè che per professione praticavano le unzioni ai pazienti, ma, nel caso di Goya, il pittore potrebbe aver incrementato l'assunzione di mercurio per motivi professionali, grazie al ripetuto contatto con il cinabro, minerale ricco di questo elemento, un tempo usato per ottenere il colore rosso.

Se vogliamo, tuttavia, dar credito all'ipotesi che la malattia del grande pittore sia stata, almeno in parte, dovuta a fatti tossici legati alla sua attività professionale, dobbiamo ricordare che tra i pigmenti di origine minerale usati per ottenere colori erano soprattutto quelli contenenti piombo a possedere la maggiore tossicità.

L'assorbimento prolungato di questo metallo attraverso la pelle o le vie respiratorie poteva produrre, nel lungo periodo, una lenta

intossicazione, responsabile, in alcuni soggetti, di danni neurologici, intestinali e sensoriali. Il piombo, contenuto nella biacca sotto forma di carbonato basico e nel giallo cromo sotto forma di cromato, è altamente dannoso se assunto per anni e la tossicità di alcuni colori è nota ormai da lungo tempo. Bernardino Ramazzini, che fu il primo a descrivere le malattie professionali[7] dedicò l'intero capitolo IX della sua opera alla patologia tipica dei pittori *(De pictorum morbis)*. Egli sostenne che nei colori la maggior tossicità era dovuta ai pigmenti di origine minerale e non a quelli vegetali e che purtroppo i primi erano di gran lunga i più usati perché più duraturi *cum metallici colores vegetabilibus longe durabiliores sint*. Oggi sappiamo che è proprio il piombo il costituente tossico più importante di questi colori minerali e che esso viene assorbito principalmente dalla cute delle mani, ma anche attraverso vesti impregnate e con la cattiva abitudine di tenere i pennelli in bocca. Il metallo si accumula lentamente nell'organismo provocando alterazioni del microcircolo e dei sistemi enzimatici che esitano poi in diffuse lesioni angiosclerotiche e in neuropatie.[6] Tipica è l'encefalopatia saturnina con deliqui, allucinazioni, deliri e stati diversi di psicopatia che vanno dalla semplice instabilità fino alla depressione e alla demenza. Altrettanto tipiche sono la sordità retrococleare e la sindrome vertiginosa da labirintopatia tossica o da lesione centrale e abbastanza frequenti sono le paresi e paralisi saturnine del nervo radiale. Un quadro sintomatologico altamente suggestivo se rapportato alle manifestazioni cliniche della malattia di Goya che comprendono una grave sordità progressiva, crisi vertiginose, depressione psichica, stati allucinatori, un episodio di paresi al braccio, manifestazioni che possono essere ricondotte a una cronica intossicazione da piombo. Ciononostante i dubbi permangono in quanto non abbiamo alcuna notizia circa la presenza di alterazioni della mucosa orale, di fatti convulsivi o delle tipiche coliche addominali, sempre presenti nel saturnismo. Va anche rilevato che, pur considerando le grandi quantità di biacca utilizzate da Goya (testimoniata dalle fatture del droghiere che gli forniva i colori), l'intossicazione saturnina è un evento assai raro nei pittori, tanto è vero che questa diagnosi è stata

formulata in via ipotetica solo per spiegare le psicopatie del Correggio e di Van Gogh. Altre categorie di lavoratori, nei quali il contatto con l'elemento tossico è ben più pronunciato, corrono rischi assai maggiori. I dubbi quindi permangono e ci fanno ritenere che probabilmente non vi sia stata un'unica causa responsabile degli eventi patologici che afflissero il grande artista spagnolo durante parte della sua vita, ma che essi siano derivati da una eziologia multipla, dalla associazione di due o più dei fattori suddetti, perché nessuno di essi, da solo, consente di spiegare in modo inequivocabile tutti i sintomi. L'ipotesi più verosimile è che alla predisposizione a lesioni arteriosclerotiche si siano aggiunti i danni provocati dall'intossicazione da metalli pesanti e, forse, dall'infezione luetica. Poco probabile appare poi la supposizione che Goya fosse affetto da schizofrenia. Questa idea era nata per spiegare la dissociazione in periodi ben distinti, rilevabile nell'opera dell'artista. In particolare venne sottolineato che tre attacchi, o ricadute, della malattia furono seguiti da un immediato periodo di apatia e, successivamente, da una fase di frenetica attività. Ma una psicopatia tanto grave avrebbe dovuto alterare profondamente la personalità dell'artista e renderlo schiavo di fissazioni stereotipate.[9] Invece è proprio nel secondo periodo

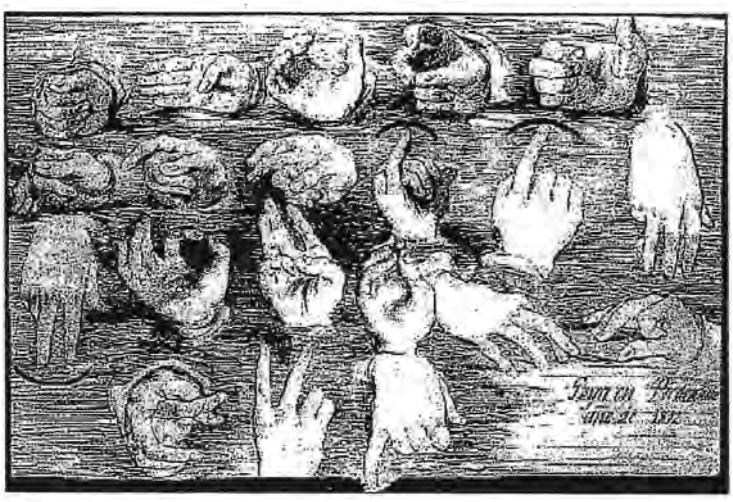


Figura 8. *Studio di mani interpretato come lingua dei segni, usata dai sordi per comunicare.*

della sua attività che emerge la personalità creativa e innovativa di Goya, che sentiva finalmente liberata la propria fantasia dai vincoli legati alle opere su commissione e alla sua posizione di pittore di Corte.

Se non possiamo ipotizzare una grave psicopatia, è però indubitabile che Goya abbia sofferto di uno stato depressivo che le recidive della sua malattia accentuarono particolarmente. Soprattutto la sordità ingravescente, come spesso avviene, dovette avere un peso non indifferente nell'indurre alla malinconia, all'isolamento, a cercare rifugio nella fantasia. La sordità divenne col tempo pressoché totale, tanto da costringere l'artista a dare le dimissioni dall'Accademia per la impossibilità di udire le domande degli allievi *"La sordera es tan profunda que absolutamente non oye nada"*.[10] A questo proposito ricordiamo che una incisione del Maestro del 1812, considerata in passato come uno studio anatomico di varie posizioni della mano, è stata reinterpretata da Ferrerons e Gascon[10] nel 1998 come uno studio per segni alfabetici, un tentativo cioè che Goya avrebbe compiuto per ottenere un mezzo suppletivo di comunicazione. Certamente questa grave menomazione dovette avere un influsso rilevante sulla psicologia del grande pittore, peggiorandone lo stato depressivo, più di quanto abbiano potuto incidere gli acufeni, la cefalea, le crisi vertiginose, i deliri, perché con il suo andamento progressivo ostacolò sempre più i suoi rapporti con le altre persone.

È indubbio quindi che la malattia abbia avuto, in questo caso, una influenza determinante anche sul patrimonio ideativo ed espressivo dell'artista, condizionandone l'opera in maniera evidente.

Bibliografia

1. Ettmuller M.: “Opera omnia” Ed. Hertz. Venezia,1734
2. Fallopio G.: “De morbo gallico” Padova,1563
3. Fernel J.F.: “Medicina” Ed. Wechelum Parigi, 1554
4. Hagen RM. e Hagen R.: “Goya” Gruppo Editoriale l’Espresso, via Po,12 – 00198. Roma, 2003
5. Hughes R. “Goya” Ed. Mondadori Milano, 2006
6. Molfino F. “Medicina del lavoro” Min.Med.,Torino 1959
7. Ramazzini B.: “De morbis artificum diatriba” Ed. Capponi, Modena 1700
8. Rousselot J. “La Medicina nell’Arte” Silvana Editoriale d’Arte - Milano
9. Sterpellone L. “Francisco Goya” in: “Pazienti Illustrissimi”, vol. II - Ed. Delfino Roma, 1986
10. Vallés Varela H. “Goya, su sordera y su tiempo” Acta Otorrinolaringol. Esp. 2005, 56: 122-131.

Il Maestro dipinto da Karl Stieler nel 1819. (Casa natale del Maestro - Bonn)

Ludwig van Beethoven
(1770 - 1827)

Vito Mallardi

La sordità di Beethoven, la sfida di un genio

Le esequie di Ludwig van Beethoven si svolsero nel pomeriggio del 29 marzo 1827 nella chiesa parrocchiale nell'Alserstrasse. Vienna impudentemente gli rese tutti gli onori che gli aveva negato in vita. Le scuole furono chiuse e quel giorno i viennesi ebbero la certezza di aver perso qualcosa di veramente grande; tuttavia l'im-

Figura 1. *Funerale di Ludwig van Beethoven nel 1827.*

mensa e commossa partecipazione non riuscì minimamente a riscattare, agli occhi di coloro che lo amarono profondamente, la lunga indifferenza riservata al Musicista negli ultimi anni della sua triste esistenza.

Smarrito e confuso, il devotìssimo compagno Nikolaus Zmeskal, costretto nella sua poltrona di vecchio gottoso, osservò il corteo funebre dalla finestra e qualche giorno dopo scrisse a Therese von Brunsvik, più che carissima amica del maestro: "La sua morte ha suscitato una emozione di cui non si ha ricordo… Da ventimila a trentamila persone lo accompagnarono alla tomba. I compositori più illustri, tra i quali Franz Schubert (che a distanza di un anno, a soli trentuno anni avrebbe riposato anche lui e per sua volontà accanto a Beethoven ndr) reggevano i cordoni del feretro…".

Beethoven ricevette l'estrema unzione la mattina del 24 marzo con consapevolezza e calma assoluta e nel pomeriggio del 26 alle ore 17,45, nella sua ultima dimora (Schwarzspanierhaus), chiuse per sempre gli occhi dopo un'agonia durata poco meno di 48 ore. Gli erano accanto la moglie del fratello Johann ed un giovane musicista di Graz certamente non intimo, ma grande ammiratore del Maestro, di nome Anselm Huettenbrenner. Questi, molti anni dopo, in una lettera inviata nel 1860 ad Alexander Thayer, un biografo di Beethoven, così descriverà gli ultimi istanti: "Giacque privo di cono-

Figura 2. *La Casa Natale.*

Figura 3. *Pianoforte a cinque pedali costruito da Streicher per Beethoven.*

scenza con il rantolo della morte in gola dalle tre di pomeriggio fino alle cinque passate; ad un tratto vi fu un lampo, accompagnato da un violento scoppio di tuono e la camera del moribondo fu illuminata da una luce abbagliante. Dopo questo imprevisto fenomeno naturale, Beethoven aprì gli occhi, sollevò la mano destra e guardò verso l'alto per qualche secondo, con il pugno chiuso ed una espressione severa, minacciosa, quasi tentasse di dire: 'Potenze ostili, io vi sfido!'. Quando lasciò ricadere la mano sul letto gli occhi erano semichiusi. Gli tenevo la mia mano destra sotto il capo, la sinistra posata sul petto. Non vi fu altro respiro, altro battito del cuore. Il genio del grande musicista è fuggito da questo mondo fallace nel regno della verità". Il giorno successivo il giovane scultore Danhauser gli fece la maschera mortuaria.

Si concluse così la vita del Maestro, una vita triste e solitaria, nonostante i successi artistici, tormentata per oltre 30 anni da una

salute malferma e soprattutto da una sordità ingravescente, angosciosa, iniziata precocemente con fastidiosi ronzii percepiti come intrusioni uditive persecutorie, che lo escluse gradualmente ed inevitabilmente dalla vita di relazione.

"Vuoi avere notizie sulla mia situazione… scrisse all'amico, e medico Franz Gerhard Wegeler il 21 giugno del 1801, quando aveva trentun anni, quel demone geloso, la mia pessima salute mi ha messo un bastone tra le ruote; il mio udito, negli ultimi tre anni è diventato sempre più debole… Frank, il Direttore dell'Ospedale di Vienna, ha cercato di ritonificare il mio organismo con ricostituenti ed il mio udito con olio di mandorle… La sua cura non ha avuto alcun effetto; la sordità è ancora peggiorata… Poi un asino di dottore mi ha consigliato bagni freddi, ho avuto delle coliche fortissime, ma un medico più sensato mi ha prescritto i soliti bagni tiepidi nel Danubio. Tuttavia, la sordità persiste, anzi direi che è peggiorata… Le orecchie continuano a ronzare e fischiare giorno e notte. Ti confesso che sto trascinando una vita ben misera.

Da quasi due anni ho smesso di prendere parte a qualsiasi attività sociale, appunto perché mi è impossibile dire alla gente: sono sordo!… Se la mia professione fosse un'altra, riuscirei forse a far fronte alla mia infermità, ma nel mio caso essa rappresenta un terribile ostacolo. E se lo venissero a sapere i miei nemici, che sono parecchi, cosa direbbero? Per darti una idea di questa strana sordità, ti dirò che a teatro mi devo mettere vicinissimo all'orchestra per capire le parole degli attori; ad una certa distanza non riesco ad udire i suoni acuti degli strumenti e del canto. In quanto alla conversazione è sorprendente che certuni non abbiano notato mai la mia sordità; ma dato che sono stato sempre soggetto ad eccessi di distrazione, attribuiscono a ciò la mia debolezza d'udito. A volte riesco a stento ad udire una persona che parla a bassa voce; posso udire i suoni, ma non distinguo le parole. Ma se qualcuno grida, non lo sopporto. Dio solo sa che ne sarà di me. Il dottor Vering dice che il mio udito certo migliorerà, sebbene la sordità non potrà essere guarita del tutto. Se sarà possibile, sfiderò il mio destino, anche se credo che finché vivrò vi saranno momenti in cui sarò la più infelice creatura

di Dio…". Non esistono dati per stabilire con esattezza l'epoca di insorgenza della sordità, sebbene in qualche scritto Beethoven avesse lasciato intendere che i primi sintomi si erano manifestati quando aveva 26 anni nel 1796, anno in cui fece le sue prime tournée a Berlino, Dresda, Praga, Lipsia, Norimberga e Budapest. Con tutta probabilità egli stesso non riusciva, con sufficiente precisione, a localizzare nel tempo l'inizio della malattia perché, da un lato, l'esordio fu indubbiamente subdolo e, dall'altro, giovane e consapevole delle sue ampie capacità artistiche musicali, non si aspettava certo di diventare sordo.

Beethoven non si rassegnò e non rinunciò alla speranza che i medici potessero in qualche modo aiutarlo, ma, con disarmante razionalità, non si nascose mai la verità, prevedendo tutte le incalcolabili difficoltà che la vita professionale e quella sociale erano pronte a riservagli.

Il 16 novembre 1801 il compositore scrisse nuovamente all'amico Wegeler: "…vuoi sapere come sto e di cosa ho bisogno. Il dottor Vering mi mette dei vescicanti nelle braccia… Questo trattamento mi è molto sgradevole; a parte i dolori, vengo privato ogni volta dell'uso delle braccia per due o tre giorni… devo convenire che il ronzio alle orecchie è minore di un tempo specialmente all'orecchio sinistro dal quale è cominciata la malattia; ma l'udito non è migliorato. Non cambio medico volentieri, ma mi sembra che Vering[*] sia un po' empirico… Cosa ne pensi del dottor Schmidt?[**] Da questo lato mi sembra tutt'altro uomo. Raccontano meraviglie del galvanismo. Che cosa ne pensi? Un medico mi ha detto che ha visto a Berlino un bambino sordomuto riacquistare l'udito ed un uomo

---

[*]Dal 1797 al 1809, direttore dell'istituto di salute degli ospedali di Vienna. Fu consigliere medico dell'imperatore Giuseppe II. Fu inoltre medico di Beethoven al primo manifestarsi delle difficoltà di udito nell' estate 1801

[**]Fu professore di anatomia al Medizinisch-chirurgische Josephs-Akademie di Vienna nel 1789, istituzione creata dall'imperatore Giuseppe II nel 1786. Fu consigliere imperiale e reale e medico molto rinomato, particolarmente in oftalmologia. La pubblicazione di numerosi articoli medici contribuì alla sua rinomanza scientifica. Amico di lunga data di Franz Gerhard Wegeler, Beethoven gli accordò fiducia ed apprezzò i suoi consigli e le sue cure; lo curò dal 1801 fino alla sua morte nel febbraio 1809. Nel testamento di Heiligenstadt, come si vedrà, Beethoven invitò il Dr. Schmidt a descrivere la sua malattia dopo la sua morte. Melomane, era riconosciuto violinista di talento. Beethoven gli dedicò il Trio per piano, violino e violoncello in *mi bemolle maggiore* op.38.

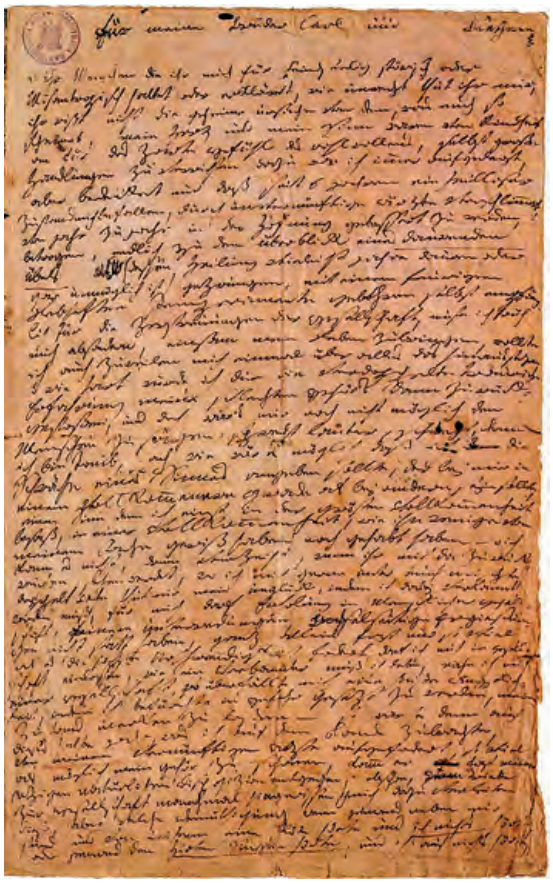


Figura 4. *Prima pagina del "Testamento di Heiligenstadt", 6 Ottobre 1802.*

sordo da sette anni guarire completamente".

Ma anche il dottor Schmidt, sicuramente a corto di provvedimenti, non riuscì ad aiutarlo ulteriormente e si limitò a raccomandargli la vita di campagna per proteggersi dagli strapazzi della città.

Beethoven, ascoltandolo, verso la fine di aprile del 1802, si trasferisce ad Heiligenstadt, piccolo e tranquillo sobborgo ai piedi del bosco viennese. Quel soggiorno si protrasse insolitamente per sei mesi e gli consentì di attingere da quel luogo tanti pensieri musicali.

È di questo periodo (6 Ottobre 1802), il famoso Testamento di Heiligenstadt trovato in un cassetto di una vecchia scrivania abbandonata, alcuni anni dopo la sua morte.

"Per i miei fratelli…o voi uomini che pensate che io sia astioso, testardo e misantropo, come mi giudicate male! Voi non ne conoscete la causa segreta… Considerate che da sei anni sono tormentato da un male senza speranza, peggiorato per colpa di medici insensati. Di anno in anno sono stato ingannato con speranze di miglioramento ed

infine costretto ad accettare la realtà di una malattia inguaribile. Nato con un temperamento ardente ed attivo, sensibile anche alle attrazioni della società, ho dovuto ben presto isolarmi e trascorrere la vita in solitudine. Se a volte tentavo di dimenticare, il mio debole udito mi riportava alla realtà. Eppure mi era impossibile dire alla gente: parlate più forte, gridate, perché sono sordo! Come potevo ammettere una infermità proprio in quel senso che in me più degli altri dovrebbe essere perfetto?

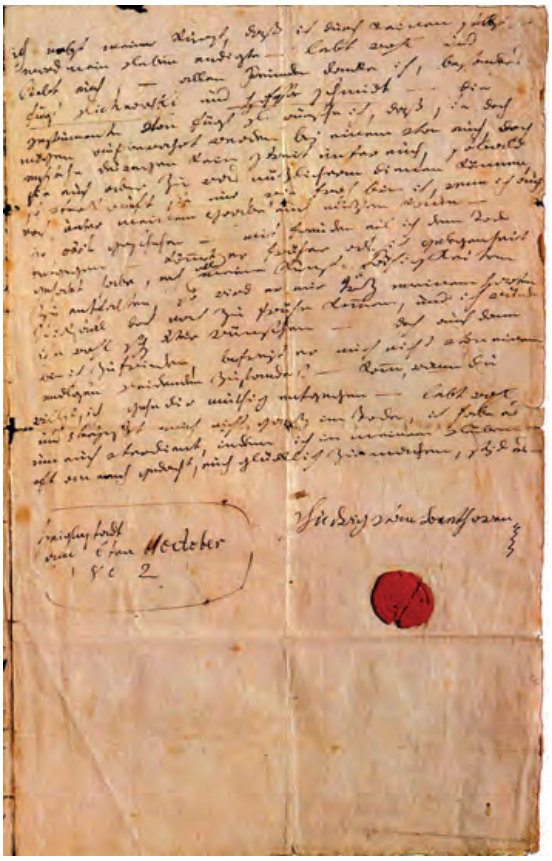


Figura 5. *Ultima pagina del "Testamento di Heiligenstadt".*

Sono costretto a vivere da solo; se sto in compagnia vengo sopraffatto da un'ansietà cocente, dalla paura di correre il rischio che si noti la mia condizione. La mia sventura mi fa doppiamente soffrire perché mi porta ad essere frainteso…

Quale umiliazione ho provato quando un mio allievo che stava accanto a me udì a distanza il suono del flauto ed io non udii nulla, o udiva il canto di un pastore e io ancora nulla. Tali episodi mi hanno spinto sull'orlo della disperazione ed ancora un po' ed avrei posto fine alla mia vita. Fu soltanto la musica a trattenermi. Ah, mi sembrava impossibile abbandonare questo mondo, prima di aver creato

tutte quelle opere che sentivo l'imperioso bisogno di comporre; così ho trascinato avanti questa misera davvero esistenza, dal momento che il mio fisico tanto sensibile può, da un istante all'altro, precipitarmi dalle migliori condizioni di spirito nella più angosciosa disperazione. Quando leggerete questo sappiate che avete commesso una grande ingiustizia nei miei confronti. Voi fratelli domandate al dottor Schmidt di descrivere il mio male cosicché il mondo possa riconciliarsi con me, almeno dopo la mia morte…".

Questo documento testimonia perfettamente il dramma psicologico del grande compositore e dà piena giustificazione della sua involuzione caratteriale. La sordità, tuttavia, non interferì in alcun modo sulla vena creativa dell'artista che riuscì sempre ad esprimere in modo sublime tutto il suo mondo interiore, tutti i sentimenti, tutte le passioni, tutte le emozioni ed ogni percezione dell'anima, dello spirito e della natura.

Il carattere del Maestro, chiuso, ombroso, diffidente, fu certamente reso più aspro dall'infermità, ma è evidente che sulla sua formazione incisero anche gli avvenimenti occorsi durante la sua infanzia e la sua adolescenza.

Secondo di tre figli superstiti, Ludwig van Beethoven era nato a Bonn, in un misero ammezzato di una altrettanto misera casa, il 16 dicembre del 1770 (il nome della famiglia non è nobile e *van* indica solamente il luogo di provenienza: le Fiandre). Suo padre era un tenore insensato, per nulla intelligente ed ubriacone e la sua cultura musicale era appena sufficiente per il coro e i dilettanti di Bonn.

La madre, Maria Magdalena Keverich, che aveva diciannove anni quando nacque Ludwig, era figlia di un cuoco e già vedova di un cameriere di corte.

Non sappiamo molto della sua fanciullezza, ma sicuramente la sua infanzia fu rigida e triste; nonostante ciò il talento per la musica sembra essersi manifestato precocemente. Non aveva ancora otto anni che il padre, totalmente privo della capacità di plasmare un genio in formazione e desideroso di sfruttarne le attitudini musicali, il 29 marzo del 1778 lo fece suonare all'Accademia di Musica di Colonia, attribuendogli l'età di sei anni sicuramente per lanciarlo

come un prodigio. A undici anni faceva parte dell'orchestra del teatro della sua città e a tredici era organista.

L'egoismo del padre tirannico, che ne sfruttò per anni il genio musicale, e la precoce perdita della madre, influirono certamente sulla formazione del suo carattere. Quando a 22 anni lasciò definitivamente Bonn per Vienna, capitale della musica per tutta l'area di lingua tedesca, il giovane Beethoven avrebbe portato con sè i ricordi di una infanzia inquieta e tormentata.

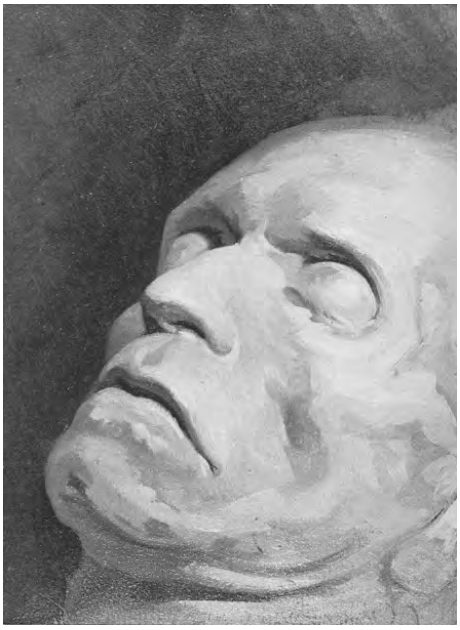


Figura 6. *Maschera mortuaria.*

A Vienna conquistò presto notorietà e successo come concertista e come compositore e col tempo, benchè la progressiva sordità gli frapponesse difficoltà sempre crescenti, continuò a suonare e a dirigere la propria musica in pubblico e a frequentare gli ambienti artistici e le case patrizie, come se fosse preso da un nuovo entusiasmo per la vita e per la sua attività. Egli aveva un bisogno continuo di far ritorno al mondo, di trovare un contatto umano, per compensare in qualche misura il vuoto uditivo. Si rese conto di questa necessità rammaricandosi nel 1809 con il fratello Johann: "Con il mio povero udito ho inevitabilmente bisogno di avere sempre qualcuno a portata di mano. E in chi posso confidare?"

Nonostante la menomazione Beethoven era l'uomo del momento e vedeva accrescere enormemente la propria fama di virtuoso. Tutta la nobiltà, gli aristocratici e la ricca borghesia, che amavano averlo come ospite perdonandogli volentieri la spigolosità del suo carattere pur di poterne gustare la bravura e l'originalità alla tastiera, seguivano ormai da anni le sue composizioni, soprattutto quelle di musi-

ca da camera. Anche i più illustri personaggi della cultura del tempo lo osannavano: Goethe, che lo incontrò ai bagni di Toeplitz scrisse a Karl Friedrich Zelter: "… ho conosciuto Beethoven … il suo ingegno mi ha stupefatto, ma egli è purtroppo una personalità del tutto sfrenata, che certo non ha torto nel trovare detestabile il mondo, ma che in tal modo non lo rende più gradevole né a sé né agli altri. Egli, d'altro canto, è da scusarsi e da compiangersi molto, giacché l'udito l'abbandona, il che forse reca meno danno alla parte musicale dell'indole sua che non a quella sociale…".

Figura 7. *Cornetti acustici costruiti da Maelzel per il Maestro.*

Il poeta, conoscitore di fisiologia, non meno che di mineralogia o di estetica, fu certamente uno dei primi a comprendere come la menomazione uditiva, anche se singolare per un musicista, non poteva comprometterne il discorso e la trama *compositiva* in quanto la grave minorazione non aveva deteriorato il generoso *orecchio musicale* validissimo nella astrazione dei rapporti tonali.

Il 1814 vide l'apogeo della fortuna artistica e personale di Beethoven; infatti, al Congresso di Vienna, nel quale si stava ridisegnando l'assetto europeo, dopo la stagione napoleonica, e che non costituì solamente un evento politico ma anche un rilevante evento mondano, egli venne tenuto in altissima considerazione e, nell'euforia generale, la sua musica venne applaudita e richiesta da tutti i rappresentanti delle nazioni europee. Ai festeggiamenti per la sconfitta di Napoleone, partecipò direttamente come responsabile musicale e venne acclamato come il più grande musicista vivente. Per l'occasione l'imperatore Francesco I d'Austria mise a sua disposizione due saloni per due serate consecutive nella Redouten Saal autorizzandolo a invitare personalmente tutti i sovrani d'Europa convenuti

a Vienna. In quell'anno, in cui aveva raggiunto l'apice della fama, ricevette la cittadinanza onoraria, divenendo viennese d'elezione, privilegio concesso a pochi, ma nello stesso momento vide anche la fine della sua attività concertistica per l'inesorabile aggravamento della sordità.

Nel 1814 Beethoven incontrò il dottor Weissenbach, che si interessò alla sordità del musicista tanto da pubblicarne in un libro gli effetti e le cause, nonché le svariate cure. Il medico era un discreto drammaturgo ed un poeta dilettante, ed anche lui, per uno scherzo del destino, fu colpito da sordità.

La perdita dell'udito del musicista era però progressiva e lo avrebbe portato fino alla sordità profonda.

Le cure a cui ricorse furono le più disparate, le più bizzarre, le più curiose, tutte empiriche e tutte inevitabilmente inutili: sudoripari, vescicanti, lavaggi saponosi, suffumigi, diuretici, soggiorni in campagna, instillazione di varie sostanze nei condotti uditivi, diete, bagni termali caldi e freddi. Numerose furono le stazioni termali frequentate: Toepliz, Baden, Rodaun, Karlbad, Franzesbrunn. Si affidò anche all'omeopatia e, come testimonia la lettera al dottor Wegeler del 16 novembre 1801, si sottopose perfino al galvanismo, un trattamento che utilizzava stimolazioni elettriche a corrente continua. Di scarsa efficacia furono anche i cornetti acustici costruiti dall'abilissimo e geniale meccanico di Corte Jo-

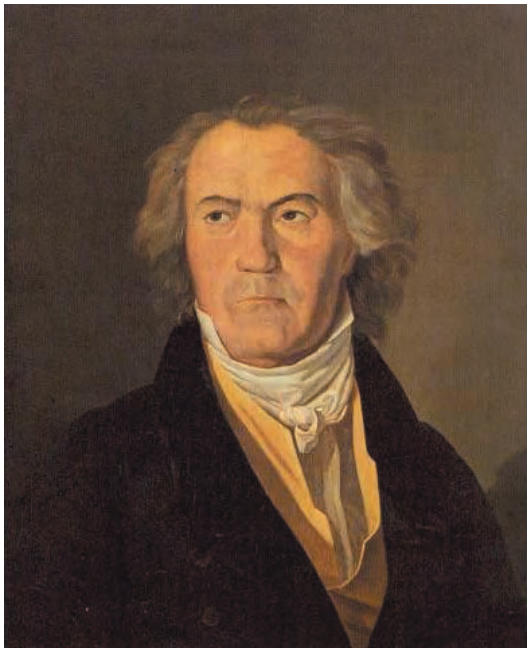


Figura 8. *Ritratto del Maestro di Ferdinand Georg Waldmüller.*

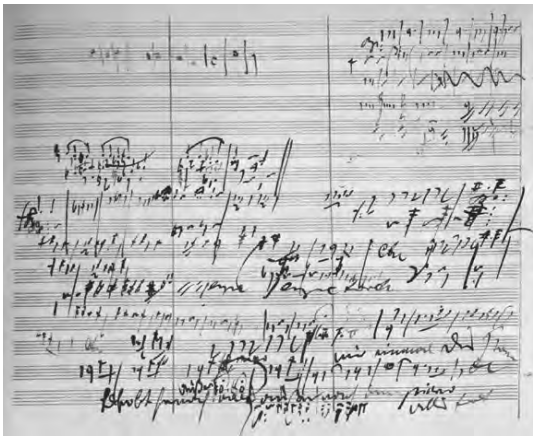


Figura 9. *Abbozzi della Quinta Sinfonia. (Biblioteca del Conservatorio di Musica - Parigi)*

hann Nepomuk Maelzel, inventore del metronomo (1816), strumento utilizzato solo per un certo periodo da Beethoven che in quel periodo scrive nel suo diario: “Se possibile, perfezionare al massimo gli apparecchi acustici e poi viaggiare”. Maelzel, nel 1812, gliene approntò quattro, ma il musicista ne preferì solamente uno applicandolo all’orecchio sinistro perché il destro era completamente sordo. (fig.7) Nell’ottobre dello stesso anno, mentre era a Linz ospite del fratello Johann, che possedeva una farmacia in quella città, il Maestro annotò: “Un cornetto acustico potrebbe essere fatto in modo tale che alcune stelle dall’apertura amplifichino l’ingresso del suono ed il suono stesso venga trasmesso attorno all’orecchio in modo tale da essere udito attraverso tutte le aperture”. Non a caso uno dei cornetti, custoditi attualmente nella Beethovenhaus di Bonn, ha alcuni fori foggiati a stella vicini all’apertura. Sempre in riferimento ai cornetti acustici il Maestro riporta ancora: “…quello di Maelzel è il più potente. Se ne dovrebbero avere di diversi nella stanza, per la musica, per la conversazione ed anche per sale di varie dimensioni”.

Egli riusciva appena ad udire ciò che suonava, tenendo tra i denti l'estremità di una bacchetta di legno (Drumstick) e poggiando l’altra sulla cassa di risonanza del pianoforte per percepire le vibrazioni. Nessun fabbricante di strumenti acustici gli sfuggiva.

A quell’epoca, suonando, utilizzava come cassa di amplificazione e di risonanza un coperchio di legno, appoggiato sulle sue spalle, simile a quello adoperato, al centro del bordo anteriore del palcoscenico, dai suggeritori. L’interponeva tra sé ed il pianoforte per con-

centrare l'energia e, quindi, aumentare l'intensità dei suoni. Il grande coperchio di legno compensato in cui dovevano entrare sia il musicista sia la tastiera era stato progettato da Streicher costruttore di pianoforti.

Ma tutti i presidi erano praticamente inefficaci e la menomazione uditiva diventava sempre più invalidante, con evidenti ripercussioni caratteriali. Una ombrosità sospettosa e deleteria che, acuita dalla sordità e dalle malattie, incomberà sul suo carattere per tutta la sua esistenza come una maledizione. La sordità, dunque, esacerbò ulteriormente il già aspro carattere ed accentuò ancor più la sua diffidenza ed il perenne timore di essere truffato.

Nel 1817, quando iniziava l'abbozzo della Nona Sinfonia, divenne suo medico il dottor Jacob Staudenheimer, professore molto rinomato a Vienna, medico personale dell'Imperatore Francesco I, e grande sostenitore dell'uso curativo dei bagni termali, come Baden dove Beethoven soggiornò a più riprese.

Nonostante tutto, l'evoluzione della sordità continuava e non accennava minimamente ad arrestarsi tanto che dal 1817 incominciò a scrivere su dei quaderni le domande a lui rivolte e le risposte a lui date.

I suoi taccuini sono i notissimi *Konversationschaefe* o *Quaderni di Conversazione*, che, con un totale di circa undicimila pagine, le uniche salvate, costituiscono una testimonianza di valore inestimabile sull'ultimo e triste periodo

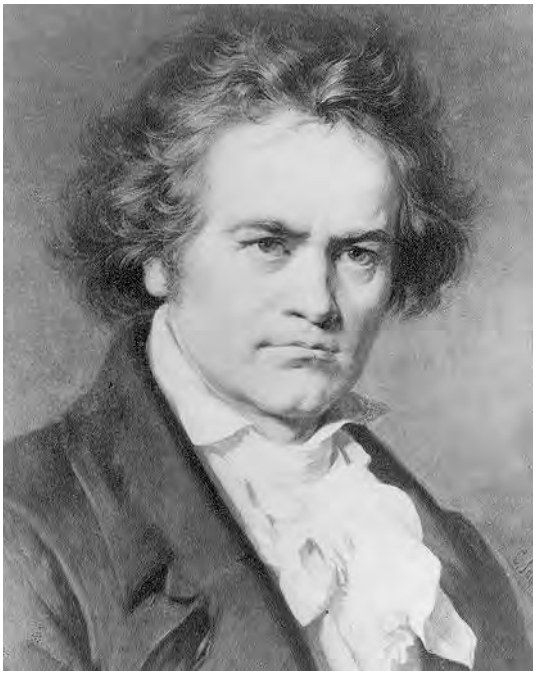


Figura 10. *Ritratto di Beethoven di Carl Jeager.*

della sua vita, anche se bisogna accettarli per quello che sono e per ciò che si può ragionevolmente comprendere. Nei quaderni di conversazione si legge, ad esempio, una curiosa ricetta che un amico gli suggeriva verso la fine del novembre del 1819: "Strofinare rafano fresco su batuffoli d'ovatta ed inserirli poi nei condotti, ripetendo la manovra il più spesso possibile". Probabilmente, per la natura piccante del rafano, si voleva determinare una azione iperemizzante a carico del condotto uditivo esterno, ma questo obiettivo, anche se in parte conseguibile, non poteva assolutamente risolvere all'origine i complessi problemi alla base della sordità e degli intensi ronzii. Realisticamente solo i batuffoli di cotone potevano garantire qualche sensazione favorevole. Essi, modificando in parte la risonanza del sistema tubulare costituito dal condotto uditivo esterno e filtrando alcune frequenze, realizzavano una parziale riduzione degli acufeni, che potevano in qualche modo essere ulteriormente mascherati dal suono stesso. Beethoven stesso lo conferma: "Mentre suono, l'ovatta nelle orecchie toglie al mio udito il brusio che sento continuamente".

Negli anni compresi tra il 1821 e il 1826 Beethoven fu afflitto da manifestazioni patologiche di varia natura, quali ittero, diarrea, epistassi, emoftoe, segno evidente di compromissione epatica. Questa sintomatologia, dopo alterne fasi di remissione e di esacerbazione, andò progressivamente aggravandosi in seguito.

Beethoven ormai, e chi a questo punto non lo sarebbe, era divenuto un paziente deluso, insofferente, indisciplinato, disordinato, un uomo ripiegato in sé. Beveva vino e molto caffè forte. Non si atteneva ai dosaggi delle varie ed inutili pozioni che gli venivano consigliate. Disattendeva tutte le raccomandazioni.

Verso la fine del 1826 il musicista ammala di polmonite e per tre giorni nessun medico lo soccorre finchè il dottor Wawruch, primario della Clinica Medica di Vienna, lo prende in cura e la malattia si risolve in una settimana, ma le condizioni generali peggiorano. Ricompaiono le coliche, la diarrea, l'ittero si aggrava e l'ascite si fa più abbondante. Wawruch decide per l'aspirazione del liquido dalla cavità addominale. Verranno effettuate in successione ripetute para-

centesi tra il 20 dicembre 1826 e il Febbraio 1827, ma tutto è inutile. Il 23 marzo del 1827, dopo aver firmato il testamento con il quale nomina erede universale il prediletto nipote Karl, la penna gli cade dalla mano dopo la firma mormora: "ormai, non scriverò più…" e rivolgendosi consapevolmente ai presenti dice: "Plaudite amici, finita est commedia!".

Il 24 marzo consapevole e calmo riceve l'estrema unzione e la comunione secondo il rito cattolico. Due giorni dopo, Beethoven si spegne. L'indomani il professor Johann Wagner esegue l'autopsia, asportando i padiglioni auricolari. Subito dopo il pittore Joseph Danhausen prende con il gesso la maschera funebre consegnando ai posteri una effige particolare del musicista senza orecchie, immortalando così, con questa mutilazione, l'immagine della tragedia più grande che lo afflisse durante la vita.

Storici, biografi, musicologi, medici, studiosi, senza giungere a conclusioni definitive, si sono costantemente interessati della sordità di Beethoven per tentare di conoscere, da un lato, le cause che l'hanno potuta provocare ed i meccanismi eziopatologici che l'hanno resa evolutiva e, dall'altro, per verificare le possibili interferenze che la grave menomazione ha potuto avere sul carattere, sulla sua vita, sulla qualità della sua produzione musicale, sullo sviluppo della sua arte.

Molteplici sono state le ipotesi e le interpretazioni patogenetiche proposte, ma la vera natura della malattia o delle condizioni patologiche che hanno determinato la sordità sono ancora sconosciute e forse lo rimarranno per sempre.

Uno dei riferimenti più importanti del possibile itinerario diagnostico è rappresentato dall'indagine autoptica dell'apparato uditivo. Eseguita, descritta, commentata ed interpretata secondo le tecniche, le metodiche e le conoscenze di quel tempo, purtroppo consente dati e informazioni del tutto insufficienti per poter inquadrare dal punto di vista anatomo-patologico la malattia otologica di Beethoven e di conseguenza poter giustificare al meglio il suo sintomo principale rappresentato dalla sordità accompagnata da acufeni. Il professor Johann Wagner, direttore del Museo di Anatomia Patologica di

Vienna, alla presenza di un giovane allievo di nome Karl Rokitanski, che diverrà uno dei più autorevoli anatomo-patologi di quel tempo, effettuò l'autopsia il giorno successivo a quello del decesso e, nella parte che riguarda lo stato delle strutture dell'orecchio, così descrisse le varie osservazioni: "La cartilagine del padiglione auricolare è molto grande ed irregolare …e le sue salienze sono molto rilevate. Il meato acustico esterno si mostra, specie vicino al timpano, ricoperto di scaglie epiteliali lucide. La tuba di Eustachio è molto ispessita, la sua mucosa sporgente e la parte ossea è un po' ristretta. Le cellule mastoidee e la rocca petrosa del temporale, specie in corrispondenza della coclea, appaiono iperemiche. I nervi acustici risultano atrofici e demielinizzati. Le arterie uditive che decorrono accanto ai nervi sono dilatate e sclerotiche". Tuttavia non sono da trascurare altri rilievi: "il fegato è ridotto alla metà del suo normale sviluppo, coriaceo e di un colore blu verdastro, pieno di noduli della grandezza di un fagiolo, sia sulla superficie tubercolata, sia all'interno. Tutti i vasi sono atrofizzati e senza sangue. La milza è ingrossata più del doppio delle dimensioni normali".

La presenza della sclerosi dei vasi uditivi consente di avanzare l'ipotesi dell'insufficienza vascolare dell'orecchio interno. Una possibile conferma sarebbe potuta venire se si fossero ritrovati i recipienti che contenevano i temporali conservati in formalina e che Wagner aveva conservati per studiarli meglio. Nel 1863 venne aperta la tomba di Beethoven, ma Politzer nonostante le accurate ricerche trovò solo nove frammenti del cranio.

Le informazioni, che la documentazione relativa allo stato dell'orecchio medio è in grado di fornire, sono talmente esigue che possono essere utilizzate solamente per escludere affezioni o esiti di tipo flogistico cronico.

La maggior parte degli studiosi che si sono interessati del problema, a partire da Baratoux e Nattier (1905) sostengono la tesi di una *spongiosità progressiva* della capsula labirintica con anchilosi della staffa il che equivale a dire una otosclerosi nella forma classica. In un ricco e farraginoso volume del 1921, *La sordità di Beethoven*, un sapiente otologo della vecchia scuola, Guglielmo Bilancioni affer-

ma: “A carico dell’orecchio medio e interno vi è una lesione tuttora oscura nella sua patogenesi, la *sclerosi auricolare*, otosclerosi, che determina una diminuzione di udito progressiva, senza cause valutabili e senza sintomi di rilievo, sino a raggiungere un altissimo grado di cofosi, la quale è eminentemente familiare, sovente ereditaria”. Bilancioni, dunque, sembra propendere per una diagnosi di otosclerosi, ma si pone il problema dell’assenza dell’aspetto ereditario che, come è noto e come anche lui sostiene, è molto frequente.

Scharter, tra l’altro, ricorda che esiste una forma particolare di otosclerosi detta *cocleare* descritta nel 1912 da Manasse e più tardi da Carhart nel 1963.

Dai risultati deduttivi ottenuti con una indagine accurata effettuata nel 1970 due medici statunitensi, Stevens e Hemenway, hanno ricavato delle informazioni che porterebbero alla diagnosi di otosclerosi. I due ricercatori dicono in sostanza che l’interessamento otosclerotico spiega molto bene la perdita progressiva dell’udito ed il brusio lamentato da Beethoven, tuttavia seppur nell’ambito della diagnosi differenziale, prospettano di prendere in considerazione l’ipotesi di un interessamento dell’orecchio interno forse compromesso da una neurite tossica, infettiva o luetica.

Sala (1984), Motta e recentemente anche Grisanti (2004) pur pronunciandosi a favore di una forma di otosclerosi aggiungono “con sordità di tipo misto”, per la contemporanea compromissione neurosensoriale dovuta a labirintosi tossica, nonché ad una neuropatia tossica dell’ottavo nervo.

Come è noto, l’interessamento di tipo otosclerotico tende a giustificare un andamento sintomatologico caratterizzato da un inizio relativamente precoce dell’ipoacusia, dalla bilateralità più o meno simmetrica e da una evoluzione progressiva che può essere differente tra i due lati. Ma ricordando le precise indicazioni e le ripetute descrizioni sintomatologiche che a questo proposito lo stesso Beethoven quasi anamnesticamente fornisce nelle lettere scritte tra il 1801 ed il 1802, l’ipotesi di una otosclerosi può essere messa fortemente in dubbio.

Innanzi tutto, e come è stato segnalato da Bilancioni, non viene

segnalato alcun caso di sordità nella scala genealogica del Musicista che è ben conosciuta. Beethoven non segnala né una paracusia di Willis né sintomi riferibili alla presenza del fenomeno di Weber.

Sembra utile ricordare che la sintomatologia otosclerotica iniziale tende a configurarsi di solito con una diminuzione della capacità uditiva a carico delle frequenze gravi e non di quelle acute, che lo stesso Maestro dice di non sentire. I soggetti otosclerotici pur lamentandosi con una relativa frequenza di acufeni, non riferiscono assolutamente sensazioni di fastidio per suoni di particolare intensità anzi finiscono, talvolta, per gradirli con il classico fenomeno del *cocktail-party*.

La tesi della forma otosclerotica viene contestata da più parti, (Sterpellone, Cavallazzi) a favore di una primitiva lesione cocleare o delle vie acustiche.

Già all'inizio del secolo scorso questa tesi patogenetica, sebbene fantasiosa sia la giustificazione fisiopatologica, si ricava dai resoconti delle sedute dell'Accademia Francese delle Scienze del 9 e del 23 gennaio del 1928 riportati nel volume 186. Infatti, si legge quanto espresso in una conferenza dal dottor Marage che conferma che la malattia cominciò nell'orecchio sinistro e fu provocata da "lesioni dell'orecchio interno, intendendo con questo nome il labirinto e i centri cerebrali da cui si dipartono le diverse branche del nervo acustico".

Tornando alla sintomatologia lamentata da Beethoven, va ricordato che inizialmente non venivano percepiti i toni acuti ed i fiati nel *tutti orchestrale*, mentre i rumori forti, sia nelle primissime fasi dell'affezione che successivamente, procuravano sofferenza e suscitavano intenso fastidio. Queste due caratteristiche, quando concomitanti, sono tipiche dell'interessamento cocleare nella sordità di tipo neurosensoriale. Tipico di questa forma di sordità e il disturbo denominato *fenomeno del recruitment*, che è determinato da stimolazioni acustiche di intensità sostenuta ed è significativamente patognomonico.

Infatti, a questo proposito, Cudennec e Coll. (1983) giungono alle stesse conclusioni affermando che la descrizione dei sintomi lascia-

ta da Beethoven è di gran lunga favorevole alla diagnosi di una "surditè neuro-sensorielle reclutante avec trouble de la discrimination".

Anche l'ipotesi suggestiva che Beethoven soffrisse di morbo di Paget, che può accompagnarsi ad ipoacusia progressiva, non viene supportata da attendibili e sufficienti conferme.

Non solo curiosità, ma anche qualche perplessità suscita l'orientamento, difficilmente confermabile, verso una malattia autoimmune.

Tuttavia, la terribile consapevolezza di non sentire più i suoni della vita e del mondo circostante non ha impedito al suo genio di tradurre in immagini melodiche e in particolari figure musicali tanto le delicate sensazioni quanto le sue poderose nonché reali interpretazioni dell'esistenza.

Quindi si può agevolmente dedurre che non la rassegnazione, ma la sua innata ed ineguagliabile arte e la sua genialità lo condusse fin dall'inizio ai traguardi che conosciamo. Si potrebbe ulteriormente supporre, e questa ipotesi suggestiva può apparire paradossale, che la compromissione iniziale e, successivamente l'assenza totale dell'udito possa aver favorito una purificazione della melodia non venendo condizionata dalle mode, dai rigidi sistemi e dal manierismo del suo tempo.

In base alle notizie desumibili dalle numerose lettere, non può essere dimenticato che solo l'opera n. 1 *I tre trii* è anteriore al 1796, quindi si può concludere che l'intera produzione musicale sia stata concepita da un artista sempre più menomato nell'udito.

È stato discusso, fin dalla sua scomparsa, se la sordità abbia nociuto allo sviluppo, all'articolazione ed al linguaggio espositivo della sua arte. A nostro modo di vedere, per quanto riguarda la possibile influenza sotto l'aspetto puramente fisico-acustico della sua menomazione sulla produzione e sulla tessitura musicale, come giusta premessa e significativo presupposto vanno riportati i risultati dell'indagine, come è stato detto puramente fisica, condotta da Liston e Coll. (1989) e basata sul confronto tra lo spettro frequenziale complessivo relativo alla *Prima Sinfonia* (composta nel 1799 e rappresentata per la prima volta il 2 aprile 1800, quando Beethoven aveva trent'anni e presa come parametro di riferimento basale), e quello

della *Nona Sinfonia* (la cui stesura dal 1822 al 1924 vede Beethoven completamente sordo). Allo scopo di verificare l'esistenza di elementi condizionanti in eventuale sincronia con l'evoluzione della menomazione uditiva, sono stati ulteriormente confrontati gli spettri tonali complessivi delle altre sinfonie. In conclusione non sono state rilevate differenze significative, dimostrando una continua e progressiva coerenza creativa del tutto indipendente dalla sordità.

Se la sordità non ha impedito, anzi sembra averla sublimata, la composizione, che nella sua idealità e progettazione può essere ricondotta e paragonata al ragionamento limpido e conciso di un matematico, la grave perdita dell'udito a 45 anni ha costretto Beethoven, nel momento in cui si accorse di non poter sentire quello che suonava, ad abbandonare la carriera di concertista e poco tempo dopo, per lo stesso motivo, anche quella di direttore. Ma non certo quella del compositore: infatti, l'orecchio del Maestro è stato il suo cervello.

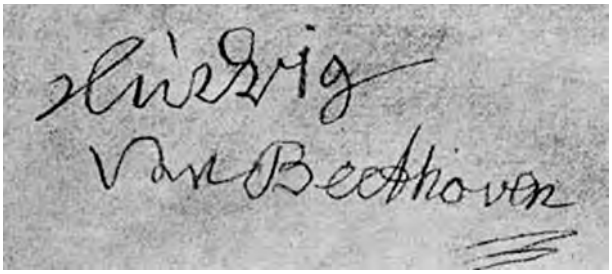


Figura 11. *Ultima firma del Maestro.*

In sintesi, indirettamente e quasi paradossalmente si vuole affermare che l'isolamento e l'estraneità nei confronti del mondo esterno aveva in qualche modo favorito il suo talento e la sua genialità musicale. In quanto vero artista viveva internamente il suo mondo ideale fatto di immagini sonore innalzandole a livello di un puro pensiero, che noi ascoltando le sue opere possiamo solo presumere. D'altra parte si può dire senza dubbio alcuno che quella tragica malattia, segregandolo poco a poco dall'ambiente comune, lo costrinse a vivere in un profondo silenzio, nel quale egli poteva senti-

re solo la sua musica e la sua unica gratificazione, se di gratificazione si può parlare, era quella di esprimerla in tutti i modi possibili.

Grazie a questa inevitabile solitudine Beethoven arrivò gradualmente, con un linguaggio musicale pieno di emozione, alle impensabili astrazioni che caratterizzano la produzione della maturità, traguardi dalle particolari caratteristiche che con tutta probabilità non avrebbe mai raggiunto in condizioni fisiche normali.

Bibliografia

ALBERTINI A.: “Beethoven, l’uomo” IV ed., F.lli Bocca Ed., Milano, 1994
ASCHERSON N.: “Beethoven’s deafness and saga of the stapes”. Trans Hunterian Soc. 1965-1966; 24: 7-34.
BARATOUX G., NATIER M.: “A propos de la surditè de Beethoven” Chron. Med., 1905, 12,492-496.
BILANCIONI G.: “La sordità di Beethoven – Considerazioni di un otologo”. A. F. Formiggini, Ed. Roma, 1921.
BUSCAROLI P.: “La sordità di Beethoven: una proposta di interpretazione”. Rassegna Musicale Curci, 1989; XLII: 7-16.
BUSCAROLI P.: “Beethoven”. Ed. Rizzoli, Milano, 2004.
CARLI BALLOLLA G. :“Beethoven”. Ed. Rusconi, Milano, 1985.
CASELLA A. :“Beethoven intimo”. Ed. Sansoni, Firenze, 1981.
CAVALLAZZI A. citato da Sterpellone in Malati Illustrissimi.
COOPER M: :“Beethoven, l’ultimo decennio 1817-1827” Ed. ERI, Torino, 1980.
CUDENNEC Y., SOUBEYRAND L., BUFFE P.: “Ludwig van Beethoven – l’homme et son enigme mèdicale”. Les Cahiers d’O.R.L., 1983, 1 :41-55.
GRADENIGO G .: “La sordità di Beethoven”, Arc.Ital. Otol., 1921, 32,221.
GRISANTI G. :“L.V. Beethoven: il grande sordo” Audiologia-Newsletter 2004, 9:n. 2-3; 3-6.
HESS W. :“Beethoven” in Dizionario Enciclopedico Universale della Musica. Ed. UTET, Torino, 1990.
HERRIOT E.: “Beethoven, la sua vita ed il suo tempo” Ed. Tarantola, Milano,1947.
KERMAN J., TYSON A:. :”Beethoven” Ed. Ricordi-Giunti, Firenze, 1986.
LARKIN E.: “Storia clinica di Beethoven”. In Beethoven di Cooper M. ed altri, Ed. ERI, Torino, 1980.
LISTON S.L: et al. :“Beethoven’s Deafness”. Laryngoscope 1989, 99; 1301-1304.
MALLARDI V. :“Bilateral Evolution of the unilateral otosclerosis”. Abstracts XIII World Congress of Otorhinolaryngology, 1985, Miami.
MALLARDI V. : “L’otosclerosi monolaterale: evoluzione correlata alle differenze interaurali delle forme bilaterali”. Rassegna Medica Sarda 90: 1987, 77-102, suppl.
MALLARDI V.: “Beethoven, la sordità di un genio”.Adria Medica, 1994, 9: 83-96.
MALLARDI V. :“Beethoven, la sordità di un genio tra vita e mito”. Acta Oto rhinolaryngol. Ital. 1999,19, 166-177.
MARRAGE G.: “Causes et conséquences de la surdité de Beethoven”, C.R. Acad. Sci. (Paaris), 1929, 189, 1036-1038.
McCABE B.F.: “Beethoven’s deafness”. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 1958; 67: 192-206.
MOLTENI A: :“Ludwig van Beethoven, la vita, le opere”. Kaos Ed., Milano,1989.
MOTTINI G. E.: “Beethoven”. A. F. Formaggini Ed., Roma, 1928.
NEUERMANN H.: “Beethoven’s Gehoerleiden und letze Krankheit”. In Wiener MedizinischeWochenschritt, 1927: 76-81.
PIRAGINE F. :“Disordini immunologici nelle malattie audiovestibolari”. Audiologia Italiana, 1989, VI (4).
PESTELLI G.: “Beethoven” Ed. Il Mulino, Bologna, 1988.
PROD’HOMME G.: “Les cahiers de conversation de Beethoven”. Paris, 1946.

PUGNETTI G.: “Beethoven”. In: I grandi di tutti i tempi: A. Mondatori Ed., Milano, 1946.
PUXEDDU P., MALLARDI V.: “La stapedectomia per otosclerosi nel soggetto anziano”. Audiologia Italiana, 1986; 3: 181-193.
RESCIGNO E.: “Beethoven” In: I grandi della Musica. F.lli Fabbri Ed., Milano, 1979.
RIEZLER W.: “Beethoven”. Ed. Rusconi, Milano, 1982.
ROLLAND R.: “Vita di Beethoven”. Passigli Ed., Firenze, 1984.
RUSSO R. :“La sordità creò il genio?”. Ann. Di Laringologia, Otologia, Rinolagia, Laringologia, 1969, 6: 682-690.
SALA O.: “La malattia di Beethoven”. Realtà Nuova. 1984, 3-4:123-126.
SCHWEISHEIMER W.:“Beethoven Krankheiten”. (Zu Beethoven 150. Geburstag am 17 Dezember 1920), Muenchener Medizinishe Wocheschrift, n.51, 1920.
SCHWEISHEIMER W.: “Beethoven’s Leiden”. Monaco, 1922.
SOLOMON N.: “Beethoven”. Malasherbes. Ed. Jean-Claude Lattès, 1985.
SOLOMON N.: “Su Beethoven, musica, mito, psicoanalisi, utopia”. Einaudi Ed., Torino, 1998.
SORBY M.: “Beethoven’s Deafness”. J. Laryngol. Otol., 1930, 45.
STERPELLONE L.: “Pazienti Illustrissimi”. A Delfino Ed., Roma, 7-27; 1985.
STERPELLONE L.: “Il volto malato del genio”. Doctor 1989; VII: 68-81.
STEVENS H.M., HEMENWAY W.G.: “Beethoven’s deafness” JAMA,1970,213, 434-437.
SPECHT R. :“Beethoven”. 3° Edizione. Ed. F.lli Treves, Milano, 1938.
WITESCHNIK A.: “Ich schreibe Noten in Noethen oder Beethoven in Geschchten und Anekdoten”. Paul Neff Verlag, Wien, 1985.

Paganini ritratto da Giuseppe Isola.

Nicolò Paganini
(1782 -1840)

Giorgio Sperati, Dino Felisati

Genio e sregolatezza di un grande artista

Nicolò Paganini, nato a Genova nel 1782 (e non nel 1784, come riportato da alcuni biografi), lasciò un'impronta indelebile nella storia della musica strumentale, e nella vita sociale del Primo Ottocento. Egli infatti fu l'espressione più vera della sintesi tra genio e sregolatezza. Intelligenza precocissima con una storia simile, da questo punto di vista, a quella di Mozart, divenne presto l'idolo delle folle, passando da un successo all'altro, in giro per le capitali d'Europa. L'ideale romantico pervase infatti profondamente non solo la sua attività di eccezionale esecutore e di illuminato compositore, ma tutta la sua vita di artista e di uomo. Quella di Paganini fu, per la verità, una vita turbinosa, sregolata, errabonda che certamente contribuì all'instaurarsi dei molteplici eventi morbosi che lo afflissero, in particolare nell'età matura, quando la fama universale ormai raggiunta e consolidata gli avrebbe invece consentito un'esistenza più serena.

La sua incapacità di risparmiarsi era essenzialmente determinata da uno stato di perenne sovreccitazione, dall'orgoglio e dall'ambizione di voler sempre superare se stesso e dalla consapevolezza di

saper scatenare, come per magia, per ogni esibizione, l'applauso di platee in delirio. È noto che nella foga dell'esecuzione musicale poteva capitargli di rompere una, due o tre corde del violino, continuando a suonare la stessa difficilissima musica su una corda sola. Nel 1832 riuscì addirittura a tenere in soli tre mesi 65 concerti in 30 diverse città d'Europa.[7] Questo eccessivo prodigarsi lo costrinse negli ultimi anni a ricorrere a periodi di forzata inattività per potersi curare e per poter migliorare uno stato di salute che stava diventando sempre più precario.

A partire dal 1828, la salute di Paganini divenne sempre più cagionevole a causa di manifestazioni morbose della più varia natura che si susseguirono e si sovrapposero nel tempo, lasciandogli periodi sempre più brevi di relativo benessere, fino a costringerlo, nel 1837, a rinunciare del tutto ai suoi concerti.

Figura 1. *Il violino di Paganini detto "Il Cannone". (Guarnieri del Gesù 1742, Palazzo Bianco, Genova)*

Fu affetto per gran parte della vita da problemi dentari con risentimenti osteo-periostei mandibolari, da flogosi e disfunzioni intestinali e urinarie che sfociarono poi in stenosi rettale e uretrale, e da una compromissione sempre più evidente a carico dell'apparato respiratorio.

La salute malferma lo costrinse a contrarre una sempre più stretta dipendenza dai farmaci e

Figura 2. *Il primo trionfo di Paganini nel 1804. (dipinto di A. Gatti)*

dai medici. Questo comportamento è testimoniato dalle numerose ricette e dalle note cronologiche contenute nella sua famosa *Agenda Rossa*[9] che egli portava sempre con sé e su cui annotava gli avvenimenti che voleva ricordare.[4,8]

Durante le sue tournée nelle principali città europee, Paganini consultò i medici più famosi: a Londra sir Ashley Cooper e sir Archibald Billings, a Parigi Guillaume Dupuytren, Dominique Larrey, François Broussais e François Magendie, a Milano Siro Borda, a Genova Giuseppe Antonio Garibaldi. A Vienna si sottopose anche alle prime esperienze di medicina omeopatica condotte da Samuel Hanemann e da Mathias Marenzeller. Non mancarono tra i suoi curanti anche alcuni ciarlatani come quel Louis Benech che a Parigi godeva di un certo seguito. Ma i due medici ai quali Paganini fu più legato furono certamente l'ungherese Max Spitzer e soprattutto il modenese Francesco Bennati che gli furono molto vicini, in vari periodi, a Milano, a Vienna, a Parigi.[6,7]

Figura 3. *Nicolò Paganini ritratto da Julien.*

Le terapie prescritte furono ovviamente altrettanto numerose e della più diversa natura: il paziente assunse, negli anni 1822-24, il Farmaco Pollini, a base di salsapariglia e guaiaco e impiegò le frizioni con unguento mercuriale, essendogli stata diagnosticata da alcuni una infezione luetica. Negli anni seguenti utilizzò molti altri farmaci: elettuari emollienti, composti di zolfo, decotti sedativi, sciroppi con oppiacei, vescicatori, acque bicarbonato-magnesiache, ecc… tutti elencati nella *Agenda Rossa*.

Ma il preparato cui non volle mai rinunciare fu il famigerato elisir vomitivo-purgativo *Le Roy*.[4,8]

Gli effetti tossici iatrogeni di molti farmaci impropri si aggiunsero alle ripetute e ingravescenti manifestazioni morbose e segnarono irreparabilmente col tempo il fisico dell'artista, invecchiandolo precocemente. Nel 1835 egli stesso si definì *sdentato e catarroso* e un'ulteriore testimonianza di come si fosse ridotto il suo aspetto ci viene dall'autobiografia di un musicista svizzero, Schnyder von Wartensee che così lo descrive: "Il suo fisico era di una repellente bruttezza. Una prolissa chioma nera gli ricadeva sulle gracili spalle; il suo viso smunto era inespressivo, il suo magro busto si reggeva su gambe troppo sottili, donde un incedere lento e traballante… Ma, quando afferrava il suo strumento per eseguire uno dei suoi magistrali concerti, nessuno più faceva caso alla bruttezza dell'uomo, perché prevaleva l'arte divina".[4]

Figura 4. *Achille bambino. Il figlio legittimato del Maestro faceva da interprete per il padre reso afono dalla malattia laringea.*

Tra le varie manifestazioni morbose che afflissero Paganini, una in particolare lo avvilì e lo tormentò negli ultimi anni della sua vita: una grave disfonia che gli impediva di comunicare verbalmente. Così il grande compositore Héctor Berlioz ricordava nelle sue memorie un incontro con Paganini avvenuto nel dicembre 1838: "Causa la malattia della laringe egli aveva completamente perduta la voce e solo suo figlio… poteva udire o piuttosto indovinare le sue parole…".[2] Il figlio legittimato, Achille, allora tredicenne, accostan-

Figura 5. *Il giovane Hector Berlioz fu beneficato da Paganini che lo riteneva il più degno successore di Beethoven.*

do l'orecchio alla bocca del padre fungeva infatti da interprete: una situazione straziante che si protrasse fino alla morte del grande artista avvenuta a Nizza il 15 maggio 1840. L'inabilità vocale fu causa della impossibilità di confessarsi prima di morire. A questo evento fece seguito una condanna da parte dell'autorità ecclesiastica, a cui non furono estranee dicerie relative alla sua condotta ritenuta quasi eretica, che ritardò per moltissimi anni la sua tumulazione in terra consacrata.[7] Sulle cause della gravissima disfonia furono formulate in tempi diversi essenzialmente due ipotesi: l'una che si trattasse di una lesione laringea luetica, l'altra di una lesione tubercolare. Nessuna delle due però fu confortata da sicuri elementi diagnostici probanti. Sospetti che Paganini fosse affetto da un'infezione luetica furono espressi dai medici di Praga che nel 1828 lo operarono per una osteite necrotizzante della mandibola (peraltro guarita). Questa ipotesi fu sostenuta da François Magendie che nel 1835 gli riscontrò una stenosi rettale e da Guillaume che nel 1839 gli curò una lesione ulcerativa al velo palatino.[3,4,7] Furono congetture non suffragate dalla evoluzione locale delle lesioni, né dalla comparsa di altre localizzazioni terziarie. Appare pertanto azzardato, in mancanza di altri indizi, ipotizzare una laringopatia di questa natura.

Più attendibile sembra essere invece la diagnosi di laringite tuber-

colare, sostenuta dalla maggioranza dei biografi e suffragata da elementi clinici significativi come la febbre e la tosse che tormentarono il paziente per anni e le due gravi emoftoe avvenute nel 1833 e nel 1840. D'altra parte lo stesso Paganini nel 1833 scrisse agli amici di essere *malato di petto* e la diagnosi di Tbc polmonare fu sostenuta da alcuni medici che lo ebbero in cura tra il 1836 e il 1837, come Borda di Pavia e Spitzer di Marsiglia.[7]

Più recentemente è stata prospettata una nuova e suggestiva spiegazione per giustificare la disfonia del grande violinista: una paralisi del ricorrente causata da abnorme dilatazione dell'arco dell'aorta. È noto come spesso alterazioni anatomiche cardio-vascolari, soprattutto aortiche, siano presenti in pazienti affetti dalla sindrome di Marfan, sindrome a cui spesso ci si è riferiti per spiegare la particolare conformazione e mobilità della mano di Paganini, capace di eccezionali prestazioni e di un tecnicismo inarrivabile.

THEATRE ROYAL
COVENT GARDEN.

The Nability, Gentry, and the Public, are respectfully informed that arrangements have been made with

SIGNOR
PAGANINI,
For a Series of Four Concerts;
THE FIRST OF WHICH WILL TAKE PLACE
THIS EVENING,
FRIDAY, JULY 6, 1832,
When he will perform three of his
FAVOURITE PIECES.

PART I.

GRAND OVERTURE to Die Zauberflöte. — — Mozart
AIR, Mr. WILSON
CAVATINA, Signora PIETRALIA, "Ah! perfida" (Donna Caritea) Mercadante

Grand Concerto,
ALLEGRO MAESTOSO,
Composed and performed by Signor PAGANINI.
AIR, Miss SHIRREFF, "The Soldier tired." (Trumpet obligato, Mr. E. Harper) Arne

PART II.

GRAND OVERTURE to Der Freyschütz. — — C. M. von Weber
The celebrated Sonata (on the Prayer in Pietro L'Eremita, followed by a Tema with Variations composed and performed on ONE STRING ONLY, (the Fourth String) by
SIGNOR PAGANINI.
DUET, Mr. WILSON and Mr. MORLEY, "Love and War" T. Cooke.
BALLAD Miss SHIRREFF, "Faithful Ellen." C. Horn.
Variations on the Country Dance, Delle Streghe alla noce di Benevente, or the Comic Dance of the Witches under the Walnut Tree of Benevente, composed and performed by
SIGNOR PAGANINI.

Conductor, — SIR GEORGE SMART.
Leader of the Band, (with the kind permission of Capt. Polhill) Mr. T. COOKE
Doors opened at HALF-PAST SEVEN O'CLOCK, the Concert to commence at EIGHT

Boxes 7s. Pit 3s 6d. Galleries 2s

Applications for Boxes, Orchestra Seats, and Tickets to be made at the Box-Office, Hart-street.

On Monday next,
Mademoiselle MARS,
and
Mademoiselle TAGLIONI,
will make their first appearance at this Theatre, when will be performed
VALERIE, ou LAVEUGLE.
The Principal Characters by Monsieur ARMAND, (from the Theatre Francais, Paris,)
Mademoiselle St. ANGE, Monsieur LAPORTE, and
Mademoiselle MARS.
THE FATHER PIECE,
L'HERITAGE.
The Principal Characters by Monsieur ARMAND, and
Mademoiselle MARS.
And TWO DIVERTISSEMENTS,
In both of which Mademoiselle TAGLIONI will appear.
On Tuesday, SIGNOR PAGANINI'S SECOND CONCERT

Figura 6. *Manifesto per un concerto di Paganini al Covent Garden di Londra nel 1832.*

In effetti, i caratteri tipici di questo quadro morboso (corpo magro e longilineo, braccia e mani particolarmente lunghe e sottili, abnorme mobilità delle articolazioni) si accordano perfettamente con le caratteristiche somatiche di Nicolò Paganini.[5]

Figura 7 e 8. *Posizione delle mani e del corpo di Paganini durante un concerto del 1830 riprese dal pittore L. P. A. Burmeister, che, secondo Heine, fu il solo ad aver saputo riprodurre l'esatta fisionomia dell'artista. (da Neil)*

Nel 1831 il medico parigino Francesco Bennati, noto ai laringologi per essere stato uno dei primi studiosi della voce cantata, durante una visita, rilevò con grande sorpresa la notevole lassità dei legamenti e la estrema mobilità articolare soprattutto del polso e delle mani del famoso violinista genovese.[1] Il primo a sostenere l'ipotesi che Paganini fosse affetto dalla sindrome che Marfan descrisse nel 1896 fu l'americano Schonfeld (1956). L'ipotesi fu poi condivisa da altri studiosi come Paolo Mantero (1994) e Giovanni Brigato

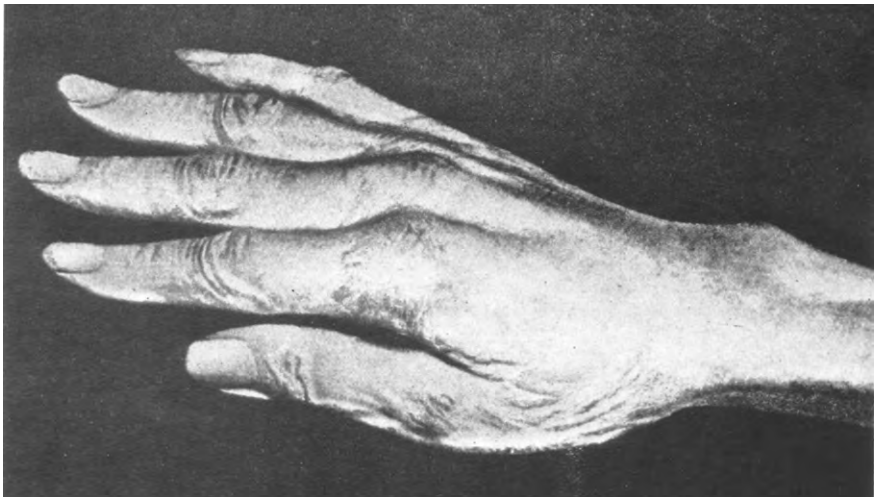


Figura 9. *Calco della mano destra di Paganini. (collezione privata)*

(2003).[5] Su questa base si è voluto interpretare la disfonia come la conseguenza di una paralisi ricorrenziale da ectasia aortica, anche se per giustificare una alterazione vocale tanto grave, si dovrebbe pensare ad una paralisi cordale bilaterale in abduzione.

Non ci sentiamo di condividere l'ipotesi che la disfunzione laringea abbia avuto questa origine, mentre è ammissibile ritenere che il grande violinista sia stato affetto dalla sindrome di Marfan. In questo caso, tuttavia, l'alterazione anatomica legamentosa e articolare delle mani rappresentò un vantaggio e non un limite per il suo virtuosismo strumentale.

I dati biografici raccolti ci permettono di ipotizzare che la più pro-

babile causa della grave disfonia, che afflisse Paganini negli ultimi anni della sua vita, sia imputabile ad una laringite tubercolare. La presenza di lesioni specifiche polmonari appare infatti confermata, come abbiamo visto, dai ripetuti episodi di emoftoe e dalle lettere dell'artista agli amici più intimi, ed è ragionevole pensare che, nella sua progressione, l'infezione si sia propagata alla laringe, causando il graduale peggioramento del difetto vocale, fino alla afonia quasi completa.

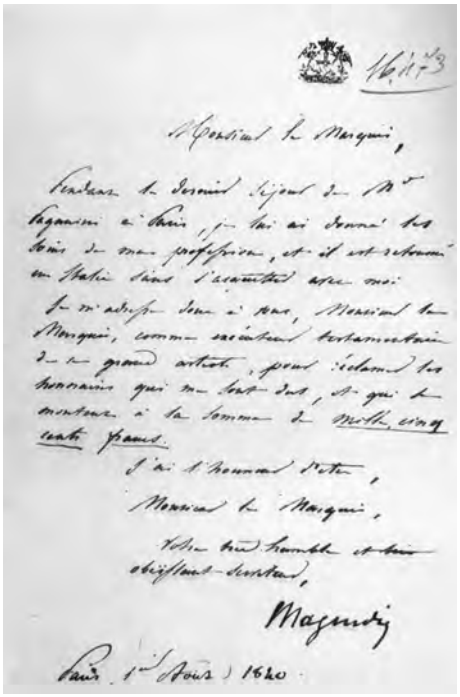


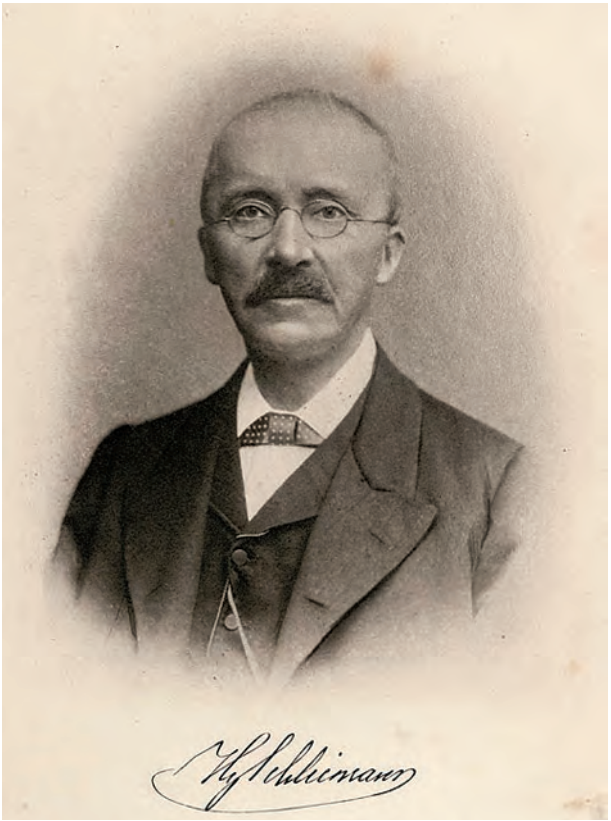
Figura 10. *Richiesta del prof. Magendie al marchese Lorenzo Pareto, esecutore testamentario del defunto Paganini, dell'ingente somma di 1500 franchi per prestazioni mediche fornite all'artista, durante il suo soggiorno parigino. (Museo del Risorgimento, Genova)*

Rimane da stabilire se e in quale misura la malattia poté agire sulla psiche del paziente. Forse l'attività frenetica, quasi maniacale, che caratterizzò gran parte della vita di Paganini, può essere spiegata proprio come una reazione ai vari episodi morbosi che lo afflissero. Sembra quasi che egli avesse il presentimento di una vita troppo breve, che non gli avrebbe lasciato il tempo per esprimersi completamente, una sensazione cui volle ribellarsi consacrandosi ad una iperattività intensa, anziché abbandonarsi ad una sterile apatia. Non rinunciò mai a lottare e ad opporsi con tutte le sue forze alle sofferenze fisiche e ai malanni invalidanti. Solo negli ultimi due anni della sua vita parve rassegnarsi, amareggiato soprattutto per l'aggravarsi del disturbo vocale che gli impediva di comunicare liberamente con gli altri e che lo costrinse a rinchiudersi sempre più in se stesso. Alla fine, si isolò del tutto

da quel mondo che aveva tanto amato e dal quale, per la verità, non aveva ricevuto la gratitudine che meritava per i tesori della sua arte che aveva generosamente profuso lungo tutto l'arco della sua vita.

Bibliografia

1. Bennati F.: "Notice physiologique sur Niccolò Paganini" - Revue de Paris, 1, 1831
2. Berlioz H.: "Memoires" - Paris 1870
3. Berri P.: "Il calvario di Paganini" - Savona, 1941
4. Berri P. "Paganini – Ricordi e testimonianze" – Genova 1962
5. Brigato G.: "Paganini, il suo violino, la sua malattia" Realtà Nuova, 4, 2003
6. Contestabile G.C.: "Vita di Nicolò Paganini" – Milano 1936
7. Neil E. : "Nicolò Paganini" – Genova 1978
8. Vyborny Z.: "Paganini sconosciuto: lettere dalla Francia" – Rassegna Arch. Di Stato, 3, 1961
9. Vyborny Z.: "Paganini sconosciuto: l'Agenda Rossa" La Scala, n 117-118 - 1959.



Heinrich Schliemann
(1822 -1890)

Rosario Marchese-Ragona, Alberto Staffieri

L’otopatia di un grande archeologo dilettante

Il giorno di Natale del 1890, in Piazza della Santa Carità, una strada di Napoli, un passante vestito in maniera dimessa, crolla al suolo. Lo sconosciuto riprende conoscenza ma è incapace di parlare, viene portato all’ospedale più vicino e adagiato su una barella di legno. I soccorritori non trovano su di lui né denaro né alcun elemento per poterlo identificare, ma soltanto il biglietto da visita di un illustre otorinolaringoiatra napoletano, il Prof. Vincenzo Cozzolino. Lo sconosciuto è condotto in una stazione di polizia che intanto rintraccia il Prof. Cozzolino il quale riconosce nello sconosciuto afasico, Heinrich Schliemann che egli aveva visitato il giorno precedente, e che aveva appena sostenuto un intervento chirurgico in Germania per tentare di porre rimedio alla sordità che da anni lo affliggeva. Un giornale del tempo riportava *“sconosciuto colpito da improvviso malore sulla pubblica via”*. L’archeologo morì il giorno dopo.

Finiva così una delle personalità più discusse della storia. Henrich Schliemann è considerato il più grande archeologo di tutti i tempi, appassionato conoscitore degli autori classici e grande cultore di Omero che attraverso i suoi scavi di Troia e Micene, trasformò in

storia le leggende Omeriche. Come altri personaggi vissuti nella sua epoca, Schliemann non nasce come archeologo *professionista*, ma fu commerciante, imprenditore, banchiere che solo tardivamente si dedicò alla sua passione di scoprire antiche civiltà sepolte.

Schliemann nacque il 6 gennaio 1822 a Neubuckow in Germania. Figlio di un pastore evangelico, ebbe un'infanzia difficile per gli eccessi alcolici del padre e nel 1831 fu affidato a uno zio paterno. All'età di otto anni in un libro per ragazzi vide una figura di Troia in fiamme, e al padre che diceva che era un immagine di fantasia rispose che egli avrebbe trovato quella città. Frequentò una scuola professionale che lasciò dopo pochi anni per la mancanza di risorse e si mise a lavorare come garzone di bottega. Risale a quegli anni l'abitudine di nuotare al mattino nell'acqua fredda per rinvigorire la propria costituzione. Nel 1841 dopo un corso di contabilità decise di partire da Amburgo per il Venezuela a cercar fortuna, così povero che vendette il suo unico vestito per comprare una coperta. La nave su cui si era imbarcato naufragò presso le coste olandesi, costringendolo così a rimanere in Europa. Trovò allora un impiego come fattorino e contabile in una ditta commerciale ad Amsterdam e cominciò, nel tempo libero, a dedicarsi allo studio delle lingue, imparando in breve tempo a parlare con facilità l'inglese, il francese, l'italiano e il portoghese. La sua azienda lo inviò come agente di commercio a San Pietroburgo e lì imparò il russo ed ebbe tanta fortuna da riuscire, nel 1849, ad aprire a Mosca una filiale della ditta. Tra il 1850 e il 1852 si stabilì

Figura 1. *Il tesoro di Priamo.*

in America, dove continuò ad arricchirsi, prestando denaro ai cercatori d'oro. Tornato a San Pietroburgo, sposò una russa, da cui ebbe tre figli. Durante la guerra di Crimea (1854-1856), accumulò un'enorme fortuna come fornitore dell'armata zarista.

Figura 2. *La maschera di Agamennone.*

Nel 1864 lasciò la moglie e intraprese un viaggio in Egitto, India, Indonesia, Cina, Giappone, Stati Uniti e Cuba. Nel 1866 si stabilì a Parigi per dedicarsi a studi linguistici, storici, archeologici e filosofici. Schliemann alla fine padroneggerà sedici lingue straniere moderne scritte e parlate, che userà per le corrispondenze ed i diari. Imparerà inoltre, per i suoi scavi, il greco antico, il latino, l'ebraico e il sanscrito. Schliemann ideò un metodo di studio assai efficace, infatti, le prime lingue le apprese in un anno, ma le ultime, come l'arabo, in sole sei settimane. Nel 1868, ritiratosi dagli affari, Schliemann si dedicò alla realizzazione dei suoi sogni, i viaggi e le scoperte archeologiche e dopo un soggiorno in Italia, fece il primo viaggio in Grecia, visitando Corfù, Itaca (dove compì alcuni scavi alla ricerca del palazzo di Ulisse), Tirinto e Micene. Nel 1869 divenne cittadino americano e, divorziato dalla prima moglie, sposò la diciassettenne greca Sofia Engastroménos che lo seguirà nei suoi scavi e che gli dette due figli che chiamò Agamennone e Andromaca. Nel 1870 intraprese un viaggio verso la Cina e il Giappone; poi si trasferì in Italia e infine giunse in Turchia dove nel 1871 presso la collina di Hissarlik iniziò la ricerca della città di Troia con il supporto di Frank Calvert, viceconsole britannico. La collina fu sezionata tramite enormi trincee, rivelando i resti sovrapposti di

sette insediamenti diversi. Schliemann identificò i resti della città omerica nella cosiddetta *città bruciata* (secondo strato) nel quale trovò ciò che venne chiamato il *tesoro di Priamo*, più di 200 oggetti d'oro, che vennero clandestinamente trasferiti ad Atene (e per questo l'archeologo fu processato dalle autorità locali). Nel 1874 Schliemann cominciò ad interessarsi di Micene, guidato ancora una volta dalla lettura delle fonti antiche. Schliemann trovò un circolo sepolcrale con cinque tombe a fossa, contenenti gioielli, armi, utensili e alcune maschere d'oro, che riconobbe come i sepolcri degli Atridi, la famiglia reale di Micene. Tra questi pensò di individuare il volto del leggendario re Agamennone. Nel 1875 durante un ciclo di conferenze in Europa eseguì scavi in Italia ad Albalonga e Mozia. Tra il 1884 e il 1885 Schliemann si spostò a Tirinto, dove mise in luce i resti di un palazzo miceneo. Altre campagne a Troia furono condotte da Schliemann tra il 1878 e il 1879, nel 1882 e nel 1889.[1-5]

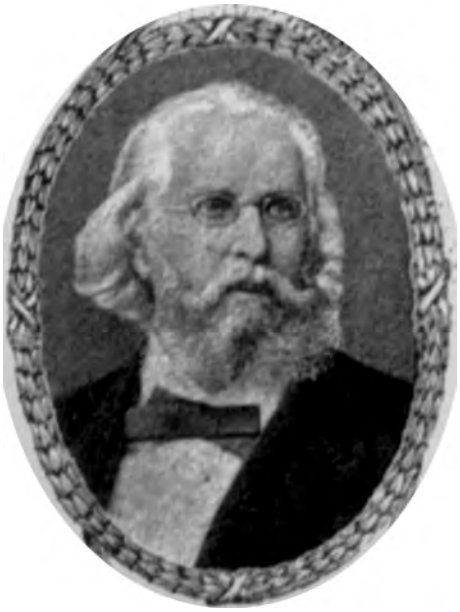


Figura 3. *Anton von Tröltsch (1829 - 1890). Studiò otologia con Toynbee e Wilde. Fu maestro di Schwartze e Bezold.*

La passione del nuoto

Heinrich Schliemann amava il nuoto ed anche nelle giornate più rigide raggiungeva anche a cavallo, il bacino d'acqua più vicino per nuotare. Sin dal 1860 aveva cominciato a soffrire di episodi otitici e frequenti otalgie e durante i suoi viaggi aveva consultato dei medici a Napoli, Parigi e Wurzburg[4]. Nel 1865 per una riacutizzazione dell'otite a Giacarta, in Indonesia, erano state rimosse alcune escrescenze ossee.[4] Nel 1877 com-

parvero un'ipoacusia e un'intensa otalgia per la quale si rivolse a Von Tröltsch (1829-1890) otorinolaringoiatra a Würzburg. Von Tröltsch gli consigliò di sospendere il nuoto nei mesi freddi e di fare lavaggi auricolari quotidiani con una soluzione contenente laudano.[1,3-5]

Dal 1886 il problema auricolare peggiorò e inoltre dal 1888 divenne stabile l'ipoacusia con una continua otalgia.

Schliemann consultò Virchow col quale condivideva la passione per l'archeologia.

Figura 4. *Rudolf Virchow (1821-1902).Oltre che fondatore della patologia cellulare fu un brillante antropologo e uomo politico.*

Rudolph Virchow riscontrò alcune tumefazioni che occludevano i condotti uditivi e consigliò a Schliemann di smettere di nuotare e di recarsi dall'otoiatra più famoso del tempo Hermann Schwartze che aveva iniziato a trattare con la chirurgia le otiti suppurative.[1,3-7]

Dopo qualche tempo la situazione migliorò. Nel 1890 durante la terza campagna di scavi a Troia, in seguito ad un episodio influenzale il quadro otitico peggiorò per cui Schliemann si recò da uno specialista otorinolaringoiatra a Costantinopoli, il Dott. von Mellinger il quale consigliò un'immediata operazione.[4]

Schliemann divenuto ormai quasi sordo, seguendo il consiglio di Virchow, nel novembre 1890 si reca a Halle. Giunto a Halle il 4 novembre in assenza del Prof. Schwartze è visitato dal suo assistente dott Wagner. Appena Schwartze rientrò consigliò l'esecuzione immediata dell'intervento.[4]

Il 13 novembre 1890 fu operato bilateralmente con anestesia

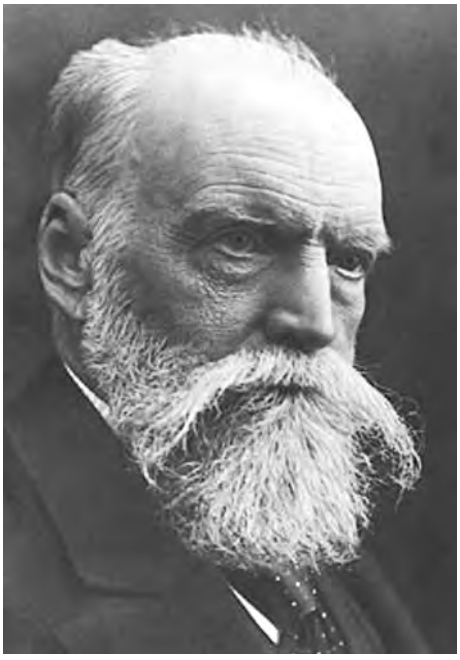


Figura 5. *Hermann Schwartze (1837 - 1910).*

indotta dal cloroformio.

L'intervento reso complicato da un profuso sanguinamento a sinistra si prolungò per un'ora e 45 minuti.

Dall'orecchio destro furono rimosse alcune esostosi mentre nell'orecchio sinistro fu eseguita la mastoidectomia con approccio retroauricolare.[1,2-5] Fu inserito un drenaggio in gomma. Non ci è pervenuto l'atto operatorio e il diario clinico post-operatorio. Il Prof Jakoby direttore della Clinica ORL di Halle dal 1958 al 1982 racconta di aver visionato l'atto operatorio di

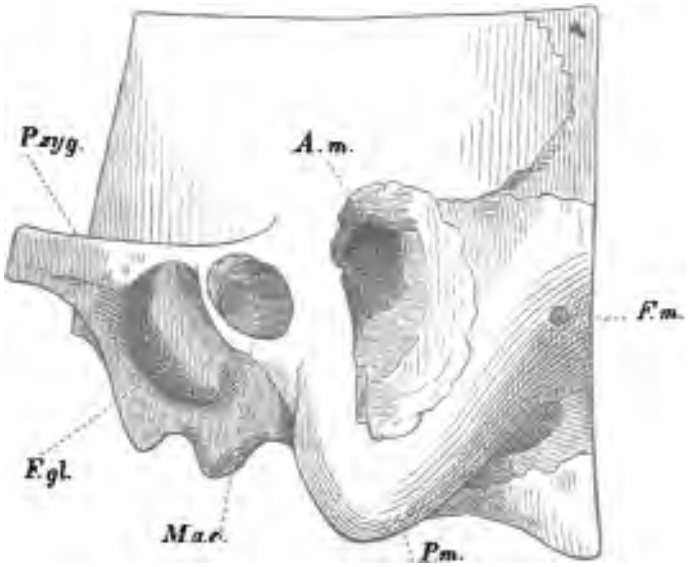


Figura 6. *La mastoidectomia di Schwartze (in realtà era un'antrostomia eseguita con scalpello e martello).*

Schliemann, prima del suo smarrimento e rivela che nell'orecchio sinistro fu trovato un colesteatoma.[2] Il decorso postoperatorio fu complicato da un'intensa otalgia sinistra con drenaggio di pus. Schwartze pur dichiarando che l'intervento era pienamente riuscito, non sapeva giustificare l'atroce otalgia. Il Prof. Schwartze eseguiva dei lavaggi quotidiani con una soluzione contenente acido carbolico al 2%.[2] Il decorso post-operatorio, infatti, era a quel tempo molto prolungato: da 1 a 3 mesi nei casi acuti e da 9 a 10 mesi nei casi cronici.[7] Le notizie che ci sono arrivate sul decorso post-operatorio si ricavano dalla corrispondenza dello stesso archeologo. Schliemann, infatti, il 23 novembre in una lettera alla moglie riferiva la fuoriuscita di secrezioni maleodoranti dall'orecchio sinistro; il 28 novembre in una lettera a Virchow lamentava un'intensa otalgia sinistra affermando che Schwartze aveva riscontrato un'infezione all'orecchio. Il 6 dicembre scriveva alla moglie: "Da ieri ho un intenso dolore all'orecchio… ho capito che non uscirò vivo da Halle". Il 12 dicembre scriveva ancora alla moglie: "Non mi sono ripreso completamente dai disturbi. Continuo a sentire male all'orecchio sinistro ad intervalli. Inoltre mi risulta difficoltoso parlare".[3,5] Schliemann tuttavia, il 12 dicembre, contro il parere del chirurgo che consigliava di rimanere in Clinica fino alla scomparsa dell'otalgia, decise di lasciare l'Ospedale per trascorrere il Natale in Grecia con i familiari.[1-5] Lasciata Halle si recò a Lipsia dal suo editore e successivamente a Berlino da Virchow al quale consegnò una scatola contenente 2-3 formazioni ossee asportate dai suoi condotti uditivi.[4] Da Parigi, dove eseguì una nuova visita specialistica, si recò a Napoli per visitare i nuovi scavi archeologici di Pompei, da qui si sarebbe imbarcato per raggiungere *Il Pireo*.[1,2-5] Giunto a Napoli ebbe una riacutizzazione dell'otite sinistra, per cui si recò dal Prof. Cozzolino che gli praticò un'iniezione (forse un lavaggio?).[4] Contro il parere di Cozzolino, ma forse accompagnato dallo stesso specialista si recò a visitare i nuovi scavi archeologici di Pompei.[4] Il 25 dicembre usciva dal suo albergo in piazza Umberto per recarsi nello studio di Cozzolino, ma in prossimità di Piazza della Carità ebbe un collasso; dopo aver ripreso conoscenza, era incapace di parlare. Addosso non gli fu trovato il

portafogli (che in realtà per le vie di Napoli teneva legato con un laccio al collo) ma soltanto il biglietto da visita del Prof. Cozzolino che rintracciato riaccompagnò Schliemann nel suo albergo. Fu chiamato il Dott. Von Schron un chirurgo tedesco che viveva e operava a Napoli, il quale eseguì un'incisione da cui drenò il pus dall'orecchio sinistro e diagnosticò una sospetta complicanza intracranica che necessitava un'urgente esplorazione con trapanazione cranica. Le condizioni cliniche intanto peggiorarono e comparve un'emiparesi destra. Furono chiamati, al cospetto dell'illustre paziente, per un consulto almeno sei tra i più illustri Clinici Napoletani, tra cui il Prof. Cardarelli. La mattina successiva, quando i medici tornarono a visitarlo, il malato era già morto.[1, 2-5]

Figura 7. *Vincenzo Cozzolino (1853-1911). Professore di Otologia e Otorinolaringoiatria presso l'Università di Napoli dal 1882.*

Il suo corpo fu trasportato in Grecia e il 4 gennaio 1891 la salma fu inumata nel cimitero di Atene alla presenza dei reali di Grecia e del corpo diplomatico. Il primo marzo 1891 si tenne una commemorazione ufficiale a Berlino, fu Virchow a recitare l'orazione funebre.

Considerazioni

È ben nota la connessione tra l'insorgenza d'esostosi e il nuoto, specie in acqua fredda, e quando l'ostruzione del condotto supera l'80% si è soggetti a ricorrenti episodi di otite esterna ed ipoacusia. È certo che Schliemann fosse affetto da esostosi bilaterali; rimane il sospetto che fosse

anche affetto da un colesteatoma all'orecchio sinistro, asportato in maniera incompleta.[1,4] La causa del decesso di Schliemann potrebbe essere stata un ascesso cerebrale (probabilmente del lobo temporale) a partenza otogena. Non sappiamo se Schwartze lacerando il seno sigmoide o il seno petroso superiore (da cui il profuso sanguinamento interaoperatorio) o inavvertitamente interrompendo la dura madre o asportando in maniera incompleta il colesteatoma può aver predisposto la formazione di un ascesso cerebrale. Ancora oggi l'otite cronica rappresenta la causa più frequente di ascesso cerebrale nell'adulto. L'avvento della terapia antibiotica, il perfezionamento e la diffusione di metodiche di imaging più accurate (RM e TC) e l'affinamento delle metodiche microchirurgiche hanno ridotto la morbilità e la mortalità delle complicazioni intracraniche dell'otite che tuttavia quando insorgono presentano ancora oggi una mortalità significativa.

Recentemente uno storico italiano ha ipotizzato l'avvelenamento di Schliemann da parte della criminalità organizzata con cui aveva fatto affari lucrosi per vendere in giro per l'Europa (in modo fraudolento) i tesori scoperti. Secondo tale ipotesi, quel dicembre, l'archeologo era a Napoli per vendere il *secondo tesoro di Troia*. Secondo l'autore desta sospetto il fatto che i suoi ultimi pasti, per curare il mal d'orecchi che lo affliggeva da quando era arrivato a Napoli, furono stranamente a base solo di «brodo e caffè». In effetti, anche quando era in vita, l'onestà di Schliemann fu spesso messa in discussione. Forse è una coincidenza, ma abbiamo scoperto che il 27 giugno 1889 una collezione di quarantacinque oggetti provenienti dagli scavi dei più bassi strati di Troia fu venduta da Schliemann al museo di Antropologia dell'Università di Napoli per 238 lire…[9]

Bibliografia

1. McGovern FH. “The operation and death of Henry Schliemann”. Laryngoscope. 1977;87:1726-30.
2. Payne R. “The Gold of Troy: The Story of Heinrich Schliemann and the Buried Cities of Ancient Greece”, Funk & Wagnalls Co, NY, 1959
3. Skoulakis C, Papadakis C, Stavroulaki P, Drivas E, Valagiannis D. “The otologic problem and death of Heinrich Schliemann”. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008 in stampa
4. Stoney P, MacKay A, Hawke M. Schliemann, Schwartze, “Virchow and the unusual Christmas present”. J Otolaryngol. 1991;20:231-2.
5. Yardley M, Rutka J. “Troy, Mycenae, and the otologic demise of Herr Heinrich Schliemann”. J Otolaryngol. 1998 27:217-21.
6. Sunder S, Jackler RK, Blevins NH. “Virtuosity with the Mallet and Gouge: the brilliant triumph of the “modern” mastoid operation”. Otolaryngol Clin North Am. 2006 Dec; 39(6):1191-210.
7. Wustrow F. “100 years of antrotomy. Schwartze Centennial Memorial Lecture”. Arch Otolaryngol. 1973;98:294-6.
8. La Ferla M., “L’ultimo tesoro. La vita segreta e la morte sospetta di Heinrich Schliemann, l’inventore di Troia”. Viterbo: Stampa Alternativa - Nuovi Equilibri. 2006
9. Nicolucci G.: “Alle origini dell’antropologia moderna”. Edited by Fedele F.G., pp. 123-64. Isola de Liri: Editrice Pisani. 1985.
10. Weir N., “Otolaryngology: an illustrated history”. London; Boston: Butterworths, 1990.

Federico III di Prussia
(1831 - 1888)

Giorgio Sperati

Un caso storico di cancro della laringe

Cento anni orsono, il 15 Giugno 1888, moriva per cancro della laringe Federico III re di Prussia ed imperatore di Germania, dopo un regno durato appena 99 giorni. La scomparsa all'età di soli 56 anni di questo monarca saggio ed illuminato, così amato dai liberali che affettuosamente lo avevano battezzato *unser Fritz* (il nostro Fritz), si risolse per la Germania e per l'Europa intera in un vero disastro dal punto di vista politico, tanto da costituire, secondo l'opinione di alcuni,[12] addirittura una causa non irrilevante della Prima Guerra Mondiale. Il giovane Guglielmo II che gli succette al trono

Figura 1. *Federico Guglielmo Hohenzollern, futuro Federico III.*

Figura 2. *Il Kronprinz Federico alla battaglia di Sadowa con il generale von Moltke, nella guerra franco-prussiana del 1870.*

fu infatti, come è noto, tanto autoritario ed impulsivo quanto il padre era stato assennato ed equilibrato ed inoltre il nuovo sovrano si dimostrò sempre sensibile all'influsso della parte più retriva della casta militare prussiana, di quella cioè che considerava la guerra come l'unico mezzo per risolvere le controversie politiche od imporre rivendicazioni territoriali.

Ma al di là di queste implicazioni la tragica fine dell'imperatore e la malattia che ne fu la causa suscitarono comunque in tutta la vecchia Europa una particolare e vastissima eco. Questa triste vicenda costituì davvero quello che in linguaggio giornalistico attuale potrebbe essere definito *un avvenimento che commosse il mondo* e ciò non solo a causa dell'importanza dei personaggi coinvolti, ma anche, e soprattutto, per le feroci dispute tra alcuni dei più celebri medici del tempo, che non si risparmiarono i colpi bassi pur di far trionfare la propria opinione a proposito della natura del male che affliggeva l'augusto paziente e della relativa condotta terapeutica.

Le numerose polemiche che opposero i laringologi tedeschi, i quali fin dall'inizio avevano sospettato il cancro, a Sir Morell Mackenzie, laringologo inglese, ostinatamente ancorato ad una diagnosi benigna, furono notevolmente ampliate, oltre che da quella medica, dalla stampa politica europea che diede ampio risalto

soprattutto agli aspetti scandalistici della vicenda.

Sono quindi comprensibili l'interesse e la curiosità che può risvegliare in noi il riesumare gli avvenimenti di quegli anni lontani e ciò non solo perché essi coinvolsero i primi grandi maestri della nostra disciplina, allora agli albori, ma anche perchè quest'ultima fu significativamente influenzata nel suo sviluppo, per almeno un quarto di secolo, da quello che può essere considerato senza dubbio il più spiacevole *affair* della storia della laringologia.

Figura 3. *La Principessa Vicky, moglie di Federico di Prussia e figlia della Regina Vittoria.*

Diario Clinico[*]

Gennaio 1887. Dopo un banale episodio da raffreddamento il Kronprinz Federico presenta una disfonia di grado modesto che tuttavia non recede. La persistenza del sintomo viene attribuita all'abuso vocale ed al non aver eseguito le opportune terapie. Le cure sono comunque inutili e la disfonia, pur se leggermente migliorata, continua.

[*] Le notizie riportate sono state ricavate dalle testimonianze dei medici curanti[2,11] e dalla stampa dell'epoca.

6 Marzo 1887. Viene chiamato a consulto il Prof. Carl Adolf Gerhardt, dell'Università di Berlino, uno dei padri della laringologia, il quale rileva un diffuso arrossamento di entrambe le corde vocali ed a sinistra la presenza di una piccola neoformazione (mm. 2x4) localizzata al terzo posteriore della corda stessa. La mobilità è normale. La laringoscopia è particolarmente disagevole per la difficoltà del paziente a protrudere la lingua. Nei giorni successivi Gehrardt dopo la cocainizzazione (questo tipo di anestesia era stato introdotto tre anni prima da Jelinek[7]) tenta di asportare la neoformazione senza però riuscirvi, data la durezza dei tessuti, e decide perciò di ricorrere alla galvanocaustica.

14 Marzo. La neoformazione pare estendersi anche a livello sottocordale con una propaggine rossastra a superficie irregolare. La causticazione provoca nel paziente persistenti dolori nella deglutizione.

16 Marzo. Viene ripetuta la cauterizzazione e questa volta si osserva una minore reazione dolorosa e la voce appare lievemente migliorata.

18 Marzo. Il tumore è regredito, la mobilità è sempre normale, ma il paziente risulta assai disfonico. Il trattamento viene sospeso per una settimana in occasione delle feste reali per il genetliaco del Kaiser.

26 Marzo. Vengono riprese le causticazioni, che saranno ripetute quotidianamente per 10 giorni.

7 Aprile. La neoformazione glottica pare scomparsa, ma persiste l'infiltrazione sottocordale, oltre a gonfiore e ad arrossamento reattivo di tutta la emiglottide sinistra. Persistono la disfonia, specie serotina, ed i dolori alla deglutizione, non si palpano linfoghiandole. Vengono prescritte inalazioni con soluzione di Cloruro di sodio (0,5%) e Sublimato corrosivo (0,05%).

8-9 Aprile. Gerhardt, visto il quadro clinico, sospetta trattarsi di un epitelioma ed esterna i suoi dubbi al Dott. Wegner, medico personale del principe, il quale propone di inviare ad Ems, per un ciclo di terapia inalatoria termale, l'illustre paziente anche allo scopo di farlo riposare e riprendere. La proposta viene accolta alla condizione che al ritorno dalle terme se si fosse rivelata una ripresa del tumore od una ipomobilità cordale si sarebbe consultato subito un chirurgo.

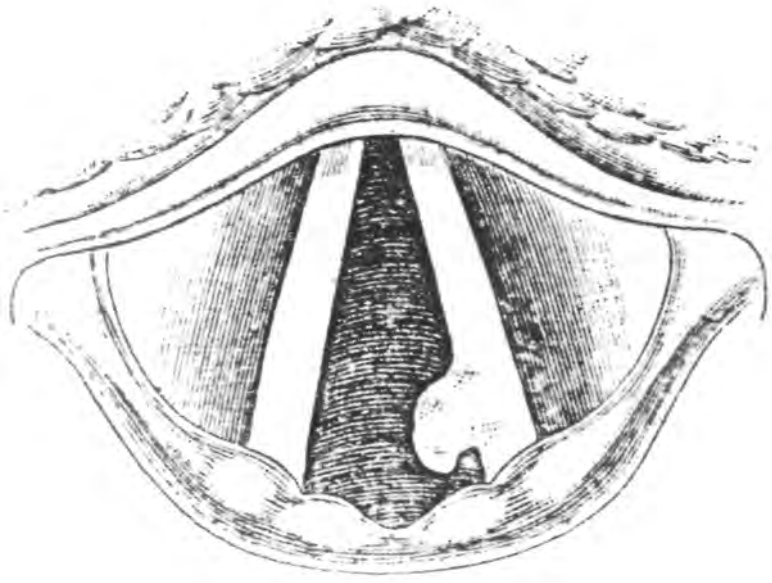


Figura 4. *Il quadro laringeo come appariva il 20 Maggio 1887 (da M. Mackenzie "Frederick the Noble" Londra 1888).*

13 Aprile. Il Kronprinz si sente molto migliorato e parte sereno per Ems.

15 Maggio. Al ritorno dalle cure termali la situazione appare nettamente peggiorata: la disfonia è aumentata, la neoplasia si è riformata, la corda vocale sinistra è divenuta ipomobile. Come stabilito viene convocato a palazzo Ernst Von Bergmann, il celebre chirurgo, collega di Gehrardt alla Università di Berlino.

16 Maggio. Bergmann visita il paziente, confermando la diagnosi di epitelioma, e propone una laringofissura (secondo la tecnica codificata 18 anni prima da Desormeaux), intervento che egli dice di impiegare sempre nei casi sospetti di malignità. Bergmann afferma di aver operato con questa tecnica 15 pazienti negli ultimi 4 anni con esiti soddisfacenti (tranne un decesso per difterite) e che analoghi risultati hanno riportato Koeler e Rauchfuss.

Egli sostiene poi che l'intervento, che prevede l'escissione dei tessuti intorno alla neoplasia, essendo il principe un uomo valido, in condizioni generali ottime, non presenta grossi rischi, tranne la

Figura 5. *Federico con il figlio Guglielmo nel suo viaggio in Scozia del giugno 1887*

disfonia, data la limitata estensione del tumore.

18 Maggio. Bergmann visita nuovamente il paziente consultandosi con Aldalbert Tobold e Leopold Schrader, inviati del cancelliere Bismarck, e con i curanti Gehrardt e Wegner e tutti concordano sulla diagnosi di malignità per i caratteri della neoplasia (durezza, superficie irregolare, recidive ripetute, corda ipomobile) e sulla necessità dell'intervento. Il paziente accetta l'operazione che viene stabilita per il 21 Maggio, tuttavia per ulteriore conferma e soprattutto per le pressioni di parte della famiglia reale e della corte, si decide di ascoltare ancora il parere di un altro laringologo non tedesco, e vengono fatti i nomi di Schrötter di Vienna, di Rauchfuss di Pietroburgo e di Morell Mackenzie di Londra, il quale ultimo a quel tempo era senza dubbio il più famoso. La scelta cade su Mackenzie che, essendo inglese, è maggiormente gradito alla moglie del paziente, la principessa Vicky, figlia della regina Vittoria.

20 Maggio. Mackenzie giunge a Postdam in serata e visita subito il paziente. Sicuro di sè il laringologo inglese afferma non trattarsi di cancro, ma di una forma benigna, riservando però la conferma della diagnosi dopo la esecuzione di un prelievo bioptico che viene fissato per il mattino successivo. L'esame obiettivo dettato da Mackenzie è il seguente: presenza di una piccola neoformazione

della grandezza di un pisello localizzata in vicinanza del processo vocale della corda vera sinistra, sotto la quale sono apprezzabili granulazioni rosa pallido di aspetto papillomatoso (Figura 4). La corda stessa è leggermente ipomobile.

21 Maggio. Mackenzie esegue il prelievo di un piccolo frammento servendosi di una pinza di fabbricazione francese, non avendo a disposizione la propria pinza ad angolo retto. L'esame istologico viene affidato a Rudolf Virchow il celebre patologo, il quale non riscontra la presenza di cellule atipiche, ma solo di una pachidermia con fatti flogistici sottomucosi. Sembra quindi trionfare la diagnosi ottimistica di Sir Morell, ma i medici tedeschi pur rischiando di apparire degli incompetenti non modificano la loro opinione.

23 Maggio. Mackenzie si decide ad effettuare un altro prelievo, impiegando una pinza diversa, ma dopo alcuni tentativi infruttuosi desiste. Gehrardt, nel suo rapporto, dà di questo episodio una testimonianza a dir poco sconcertante. Egli sostiene di aver visto Mackenzie introdurre la pinza senza averla pulita, di aver effettuato la manovra alla cieca, in quanto la luce era rivolta altrove e, dulcis in fundo, di aver ferito la corda vocale sana. Accusato di ciò da Gehrardt, pare che Mackenzie abbia risposto con glaciale imperturbabilità britannica: "It can be!" ("Può essere!"). Viene comunque stabilito di curare il paziente, molto disfonico, con polverizzazioni quotidiane di un composto di morfina, bismuto, catechù (estratto di areca) e zucchero.

24 Maggio. Consulto tra Gehrardt, Wegner e Mackenzie.

Quest'ultimo asserisce di essere sicuro di poter eliminare la neoformazione per mezzo della pinza laringea o solo con le causticazioni e poter fare normalizzare la voce in breve tempo, mentre Gehrardt esprime il suo scetticismo. La stampa britannica (in particolare il Daily Telegraph) che aveva iniziato a diffondere la notizia della malattia del Kronprinz esalta ora Mackenzie come fosse dotato di poteri taumaturgici, mentre i medici tedeschi vengono fatti apparire quasi degli incapaci.

25 Maggio. Si riuniscono nuovamente a consulto Wegner, Gehrardt, Bergmann, Tobold e Mackenzie, il quale pur mantenendo-

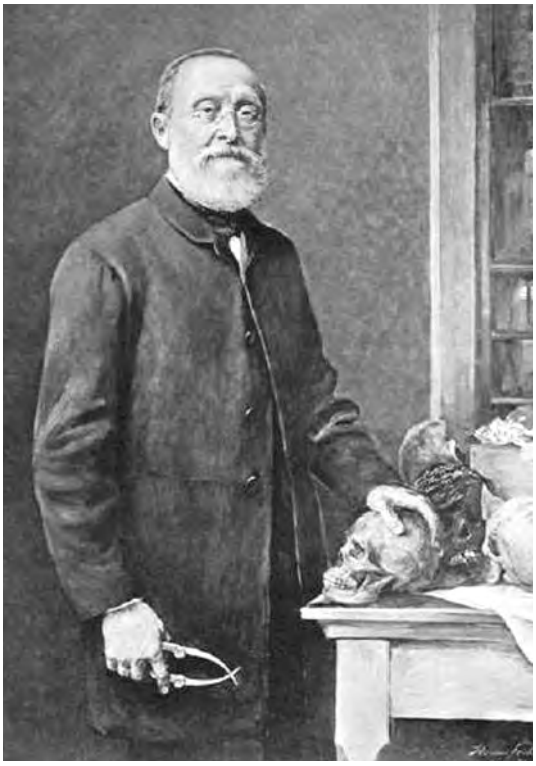


Figura 6. *Rudolph Virchow fu il più grande patologo del suo tempo ed eseguì i controlli istologici dei prelievi effettuati su Federico Hohenzollern.*

si sempre ostinatamente antinterventista (almeno fino a prova istologica contraria) comincia a dimostrarsi un po' meno sicuro della riuscita del suo piano terapeutico, sentendosi contestare dagli altri la possibilità di eliminare radicalmente per la sola via endolaringea una neoformazione così dura e recidivante.

27 Maggio. Dal castello di Charlottenburg, Mackenzie scrive al suo amico Mr. Cook che è sua intenzione fare ritorno al più presto in Inghilterra, anche se il Kaiser cerca in ogni modo di trattenerlo[*].

1 Giugno. Partito Mackenzie, Gehrardt visita per l'ultima volta il paziente e segnala una maggiore estensione posteriore del tumore ed una più marcata fissità cordale. Persiste il dolore alla deglutizione, non vi sono turbe respiratorie nè si apprezzano adenopatie.

8 Giugno. Mackenzie, tornato dall'Inghilterra, esegue un altro prelievo bioptico (questa volta a porte chiuse, viste le critiche mossegli in precedenza) e l'esame istologico viene ancora affidato a Rudolf Virchow, il quale neppure questa volta trova segni di malignità e fa diagnosi di *Pachydermia verrucosa*.

Mackenzie propone un soggiorno climatico all'isola di Wight,

[*] La lettera in questione fu reperita del tutto casualmente anni orsono da Maxwell Ellis che la pubblicò col titolo "A letter from Sir Morell Mackenzie" sul British Medical Journal del 30/12/1967.

soggiorno che i medici tedeschi ritengono invece del tutto inutile. La stampa esaspera notevolmente il contrasto tra le due fazioni.

14 Giugno. Convinti che il viaggio del principe sia stato ormai deciso da tempo, in quanto compreso nel programma di recarsi in Inghilterra per partecipare alle cerimonie per il giubileo della Regina Vittoria, e convinti altresì della inutilità di ogni opposizione al riguardo, Gehrardt, Bergmann, Tobold, Schrader, Lauer e Wegner, decidono di dare il proprio assenso a condizione che lo stesso Wegner e Landgraf (un giovane assistente di Gehrardt) accompagnino il Kronprinz per poter valutare l'evoluzione della malattia e tenere informati i colleghi.

19 Giugno. Landgraf, partito al seguito del principe per Norwood, rileva la presenza di una infiltrazione sottocordica destra e di una maggiore ipomobilità sinistra che Mackenzie nega. Visti i contrasti d'opinione, Landgraf cerca di ottenere dal Kaiser un ordine che costringa Mackenzie a segnalare in anticipo ai medici tedeschi, ogni variazione delle misure terapeutiche, ma senza risultato in quanto ormai l'autorità del laringologo inglese è tale da renderlo inattaccabile. Lo stesso paziente ripone la più completa fiducia in Sir Morell e tollera a malapena Landgraf.

20 Giugno. Mackenzie esegue per alcuni giorni toccature endolaringee con soluzione di Percloruro di Ferro e segnala una riduzione di volume del tumore.

28 Giugno. Nuova biopsia da parte di Sir Morell, ancora con esito negativo.

15 Luglio. Il Kronprinz apparentemente migliorato si reca a Londra al Throat Hospital di Golden Square, la fondazione creata da Mackenzie, e visita l'istituto intrattenendosi con i ricoverati. Tutta la stampa europea parla ora di trionfo della medicina inglese su quella tedesca e di una grande affermazione personale di sir Morell che ha saputo porre rimedio agli errori degli altri.

4 Agosto. Dal punto di vista soggettivo il paziente appare peggiorato: è comparso respiro affannoso, e sono aumentati i dolori alla deglutizione, peraltro presenti, in modo più o meno costante fino dal mese di Marzo, Mackenzie effettua cauterizzazione dei residui neo-

plastici e propone un cambiamento di clima dall'isola di Wight alla Scozia.

7 Agosto. Il tumore si estende in basso e la fissità dell'emilargine sinistro è pressoché completa. Landgraf e Wegner constatano quanto mal riposto sia l'ottimismo di Sir Morell, ma rinunciano a convocare i colleghi berlinesi rendendosi conto che ormai a quel punto un intervento conservativo non avrebbe avuto più senso.

9 Agosto. Il principe si reca in Scozia: prima ad Edimburgo e poi ad Aberdeen ed a Braemar. Viene aggregato allo staff medico al seguito il dottor Mark Hovell, assistente di Sir Morell.

23 Agosto. Landgraf visita per l'ultima volta il paziente e riscontra un progresso del tumore.

28 Agosto. Dal castello di Balmoral la regina Vittoria scrive al genero: "Caro Fritz, sarei felice di decorare come cavaliere il medico che ti ha così ben curato poichè bisogna riconoscere che il dottor Morell Mackenzie ti ha veramente seguito con molta assiduità. Sono lieta che tu ti sia ripreso durante il tuo soggiorno in Inghilterra ed in Scozia…"

29 Agosto. Mackenzie ed Hovell ritengono che il quadro clinico sia immodificato e giudicano superflue altre biopsie.

3 Settembre. Landgraf ritorna a Berlino, mentre il principe si reca prima a Dobbiaco, poi a Venezia ed a Baveno, infine a Sanremo, sempre accompagnato da Hovell.

3 Novembre. Il Kronprinz raggiunge Sanremo per trascorrere l'inverno a Villa Zirio.

6 Novembre. Mackenzie giunto anch'egli a Sanremo effettua una visita di controllo, e rileva la presenza di un edema aritenoideo sinistro, di una neoformazione rossastra delle dimensioni di circa 1 cm, sotto la corda vocale sinistra e di un'altra più piccola sotto la corda destra.

9-10 Novembre. Consulto tra Mackenzie ed Hovell con Leopold Von Schrötter di Vienna, Hermann Krause di Berlino, e Moritz Schmidt di Francoforte (inviato dal vecchio Kaiser). Si concorda, nonostante i dubbi di Mackenzie, sulla diagnosi di carcinoma e viene proposta al paziente l'alternativa tra la laringectomia totale e la tracheotomia palliativa. Il principe rifiuta per iscritto l'intervento

radicale (che a quel tempo aveva ancora una mortalità operatoria di oltre il 50%).[13]

13 Novembre. Bergmann da Berlino decide di inviare il proprio aiuto Bramann affinché sia disponibile qualora si presenti la necessità di una tracheotomia di urgenza.

23 Novembre. Visto il cambiamento della situazione la stampa incomincia a manifestare delle perplessità, ma sul World compare ancora una affermazione di Mackenzie il quale sostiene che certamente non era cancro quello che lui aveva visto all'inizio, e che continua ad avere dei seri dubbi sul quadro clinico attuale.

25 Novembre. Bramann riscontra che il tumore invade tutta la emiglottide di sinistra e che ancora non si apprezzano adenopatie.

10 Dicembre. Krause ed Hovell rilevano una iniziale ulcerazione del tumore.

15 Dicembre. Mackenzie, tornato a Sanremo, non condivide questo giudizio ed afferma che il tumore gli appare regredito e che continua a ritenerlo di natura non maligna. Il British Medical Journal riporta questa ottimistica notizia.

23 Dicembre. Bramann, che si lamenta di non poter visitare con assiduità il paziente, constata un peggioramento della situazione locale per aumento dell'edema del vestibolo laringeo che ora interessa il lato destro.

26 Dicembre. Mackenzie, che non rinuncia al suo ottimismo, interpreta il quadro clinico come conseguenza di una pericondrite non neoplastica.

7 Gennaio 1888. Il British Medical Journal riporta con ottimismo un po' eccessivo che i sintomi dell'augusto paziente sono quasi del tutto spariti, e che la neoformazionne è regredita sensibilmente. Tutto ciò conferma, a detta dell'autorevole periodico, la diagnosi di laringite cronica.

14 Gennaio. Il paziente comincia a lamentare cefalea, febbre e dispnea.

17 Gennaio. Un frammento necrotico eliminato con la tosse, esaminato prima a Sanremo da un patologo polacco e poi dallo stesso Virchow, rivela la presenza di perle cornee, ma a questo punto tutti

hanno paura di sbagliare, ed esprimono per iscritto giudizi diagnostici solo al condizionale ed in forma dubitativa.

29 Gennaio. Mackenzie invita Bramann a visitare con lui il paziente. Ecco il risultato dei due esami obiettivi.

Mackenzie: miglioramento a sinistra, il minor gonfiore lascia intravedere la corda sottostante che non appare ulcerata, a destra è più rilevante che a Natale, ma è di tipo flogistico, se l'edema dovesse aumentare ancora, si renderà necessaria la tracheotomia.

Bramann: (dopo cocainizzazione) a sinistra il gonfiore è maggiore che a Natale, lo spazio glottico è ridotto a meno della metà ed anche la corda vocale di destra è ipomobile. Vi è edema sottocutaneo prelaringeo. La disfonia è marcata e la dispnea è presente anche per i piccoli sforzi.

31 Gennaio. Bramann chiede sia avvertito Bergmann in modo che questi possa avere il tempo di arrivare a Sanremo per la tracheotomia. Ma Sir Morell, che ormai odia visceralmente Bergmann, insiste perchè l'intervento sia affidato allo stesso Bramann, e pronostica che ci vorranno comunque almeno 2-4 settimane prima che le condizioni respiratorie rendano indifferibile l'atto operatorio.

7 Febbraio. Consulto tra Krause, Schrader e Mackenzie, il quale ultimo conferma l'aumento della stenosi laringea.

8 Febbraio. Il paziente trascorre una notte insonne tormentato dalla cefalea e dall'aumento della dispnea, Bramann prega ancora Mackenzie di chiamare Bergmann, ma l'inglese è dell'opinione che possono passare ancora 8-10 giorni.

9 Febbraio. Visto il peggioramento della situazione, il collegio dei curanti reputa ormai indilazionabile la tracheotomia e ne affida l'esecuzione a Bramann.

Questi, emarginato dai consulti precedenti, gode ora della propria rivincita e afferma di non poter procedere immediatamente all'intervento, ma di aver bisogno di tempo per studiare la situazione e chiede inoltre un consulto con il suo maestro Bergmann. Mackenzie non è certo tipo da subire imposizioni, ed alle 12,30 convoca Bramann e non gli lascia alternative dicendogli: "Il Kronprinz l'attende tra mezz'ora, devo ricordarle che d'ora innanzi tutte le responsabilità

Figura 7. *La tracheotomia eseguita a Sanremo da Bramann il 9 febbraio 1888.*[7] *(Da sin. Mackenzie, Krause, Bramann, Hovel, Schrader).*

circa il paziente ricadono su di lei". Alla visita il principe appare pallido, sofferente, in decubito seduto obbligato, notevolmente disfonico, è presente tirage ad ogni atto respiratorio e tosse con escreato ematico. Alla laringoscopia anche l'emilaringe destro appare fisso e la rima glottidea non è più visibile, l'aria può passare solo grazie al dislivello esistente tra le tumefazioni dei due lati.

Dopo la visita viene stilato un rapporto nel quale si afferma che la tracheotomia è ormai indispensabile e che sarà rinviata solo qualora si verifichi nelle ore successive un sensibile miglioramento. Mentre il paziente viene trattato con cocainizzazioni e ghiaccio, Bramann, aiutato da Schrader, prepara l'operazione. Un'altra divergenza di opinioni si manifesta a proposito dell'anestesia: Mackenzie sostiene che in Inghilterra le tracheotomie vengono eseguite senza anestesia per diminuire il rischio operatorio, mentre Bramann afferma di

avere eseguito a Berlino oltre 400 tracheotomie su adulti e bambini sempre in narcosi cloroformica e senza inconvenienti e si rifiuta di operare altrimenti. Raggiunto l'accordo si procede con l'intervento che viene eseguito da Bramann aiutato da Schrader, mentre Krause funge da assistente, Hovell somministra il cloroformio e Mackenzie controlla il polso.* Dopo un arresto respiratorio momentaneo ed una breve crisi vagale con pallore, bradicardia e midriasi, viene eseguita una tracheotomia sottoistmica con incisione mediana della trachea tra il terzo ed il quinto anello, con posizionamento di una cannula in argento del diametro di 11 mm. e con zaffamento pericannulare con garza iodoformica. L'intervento dura, compresa la narcosi, 20 minuti. Al risveglio il paziente vomita, ma respira bene e si sente molto sollevato. Schrader telegrafa a Bergmann.

11 Febbraio. Bergmann arriva a Sanremo con l'ordine del Kaiser di trasferire il paziente a Berlino non appena le sue condizioni lo consentano.

12 Febbraio. Lo stato generale è soddisfacente, non c'è febbre ed anche la ferita va bene. Viene cambiata la cannula. Appare su un settimanale medico di Berlino una dichiarazione di Mackenzie il quale afferma in base ai segni clinici ed alla negatività delle biopsie di essere indotto ad escludere il cancro ed a orientarsi verso la pericondrite.

13 Febbraio. Il paziente ha tosse con escreato ematico.

14 Febbraio. Nuova disputa fra i medici: Mackenzie sostiene che il sangue e la tosse dipendono da un decubito della cannula sulla parete posteriore della trachea, mentre Bergmann è ovviamente del parere contrario. La notizia che la cannula causa sanguinamenti rimbalza sui giornali di Vienna e di Berlino e di lì si diffonde per tutta Europa.

15 Febbraio. La visita di Kussmaul di Strasburgo, uno dei padri della pneumologia, esclude che il sangue provenga da lesioni polmonari.

---

* La scena dell'intervento fu ritratta da un ignoto testimone e stampata. Tutte le copie furono, poco tempo dopo, ricercate e distrutte; un esemplare, sfuggito a tale sorte, fu acquisito dalla collezione del Prof. Seiferth (che fu il successore di Gehrardt a Wurzburg) ed è stato pubblicato da Guerrier e da Mounier-Kuhn nel loro volume sulla storia dell'ORL (fig.7).[7]

16 Febbraio. Iniziano esami microscopici quotidiani dell'espettorato, in cui si evidenziano corpi sferoidali con cellule epiteliali, fibre elastiche e, a volte, frammenti di cartilagine, che vengono ritenuti da Bergmann e Krause espressione dell'usura prodotta dalla neoplasia, mentre per Mackenzie sono gli esiti del decubito della cannula.

20 Febbraio. Mackenzie fa prevalere il proprio punto di vista e sostituisce la cannula con una da 12 mm. più adattabile (cannula di Duhram).

21 Febbraio. Il paziente sembra tollerare meglio la nuova cannula e l'escreato non è più ematico.

La notizia trapela ed i giornali esaltano un'altra affermazione di Sir Morell: lo Standard riferisce che la cannula era inadeguata e che i medici tedeschi avevano sbagliato ancora una volta.

22 Febbraio. Ricompare escreato ematico e si manifesta adenopatia laterocervicale sinistra. Mackenzie fa costruire da un orafo locale una cannula più corta (cannula di Sanremo).

24 Febbraio. Il paziente presenta tosse, escreato gelatinoso ematico, dolori all'emitorace sinistro per cui viene richiamato Kussmaul il quale esclude ancora lesioni neoplastiche polmonari.

Morell Mackenzie, dopo aver accusato Schrader di non aver cambiato correttamente la cannula, riconosce che anche la sua produce decubito, ma egli rimane ancora ostinatamente ancorato alla diagnosi di pericondrite flogistica e si dichiara disposto a cambiare idea solo se si avrà una conferma istologica di malignità da parte di un autorevole oncologo quale Rudolf Virchow.

In sostituzione di Virchow, in quei giorni irraggiungibile in Egitto, viene convocato Wilhelm Waldeyer.

25 Febbraio. Il British Medical Journal riporta che il Principe fa piccoli progressi, che *i sintomi negativi* erano causati dalla cannula inadatta e che la nuova, costruita con grande impegno dai medici inglesi, ha portato grande sollievo al paziente.

Secondo il World, Hovell avrebbe accusato Bramann di aver effettuato una tracheotomia eccentrica, provocando così la scarsa adattabilità delle cannule.

28 Febbraio. Il Kaiser invita Bergmann, già pronto a tornare a

Berlino, a trattenersi a Sanremo almeno fino all'arrivo del principe ereditario Guglielmo, previsto per il 2 Marzo.

4 Marzo. Waldeyer, giunto a Sanremo la sera prima, esamina i preparati allestiti con l'espettorato e con i tessuti necrotici espulsi dalla cannula e conclude senza lasciare adito a dubbi, per un carcinoma epidermoidale vista la presenza di numerose perle cornee. Tutti finalmente concordano sulla diagnosi (che viene taciuta alla stampa) e sulla decisione di affidare a Morell Mackenzie la condotta terapeutica (ovviamente ormai solo palliativa).

9 Marzo. Muore il Kaiser Guglielmo I.

10 Marzo. Il Kronprinz lascia Sanremo con il treno reale per raggiungere Berlino dove sarà incoronato con il nome di Federico III.

15 Marzo. Viene rimessa la cannula di Duhram, posizionandola in modo più adeguato.

23 Marzo. Viene espulso dallo stoma tracheale un frammento di tessuto 12x6 mm., che esaminato al microscopio da Hartmann, si rileva costituito da cartilagine ialina senza localizzazioni neoplastiche.

25 Marzo. Il paziente presenta sempre tosse con espettorato ematico e cefalea (che viene combattuta con la morfina). All'esame obiettivo si rileva che l'epiglottide è ancora libera mentre un vistoso edema del vestibolo impedisce la visione delle parti sottostanti: la cute peristomale è infiltrata.

29 Marzo. Vengono ancora espulsi frammenti di cartilagine e di tessuto necrotico.

6 Aprile. Viene rilevata la presenza di noduli sottocutanei peristomali. Waldeyer compie un nuovo esame sull'espettorato e conferma quanto da lui stesso diagnosticato un mese prima.

10 Aprile. Federico III, dopo la sua incoronazione insignisce Morell Mackenzie della Comthur Kreuz e della Stella dei Reali Ordini degli Hoenzhollern e Mark Hovell del Kronorden di II classe.

11 Aprile. Il Kaiser è tormentato nella notte da una intensa dispnea.

12 Aprile. Mackenzie chiede l'aiuto di Bergmann inviandogli questo biglietto: "Dear Professor von Bergmann. We have difficulties

with the canula and I shall be glad if you will see the Emperor with me as soon as possible, your truly Morell Mackenzie".

Il paziente è in gravissime condizioni respiratorie, cianotico, con un tirage intensissimo e con uno stridore inspiratorio che viene udito anche nelle stanze vicine. I curanti non erano riusciti a reintrodurre la cannula che a causa delle voluminose escrescenze peristomali, aveva creato una falsa strada. Bergmann e Bramann riescono a riposizionare la cannula ed il paziente finalmente si riprende nonostante un rialzo febbrile a 38 gradi.

14 Aprile. La febbre sale a 39,4 gradi accompagnata da un aumento della tosse e dell'espettorato che fanno sospettare una broncopolmonite, una mediastinite (Mackenzie) od una polmonite metastatica (Bergmann).

16 Aprile. Il Prof Hermann Senator di Berlino, consultato per valutare i motivi del peggioramento, concorda con la diagnosi di polmonite metastatica.

17 Aprile. Diminuisce la febbre ma aumentano la tosse e l'espettorato.

25 Aprile. Bergmann a causa della sua incompatibilità verso Mackenzie, al quale rimprovera un comportamento deontologicamente scorretto, rassegna le proprie dimissioni nelle mani della regina.

28 Aprile. Il British Medical Journal sostiene ancora che la causa del peggioramento è da ricercarsi nella errata introduzione della cannula il 12 Aprile, e quindi non può essere in alcun modo attribuibile ai medici inglesi.

30 Aprile. Bardeleben, che ha preso il posto di Bergmann, visita il paziente dopo essersi assicurato che tutti i componenti dello staff medico siano d'accordo con la diagnosi di cancro. Viste le vegetazioni periostomali, chiede di poter impiegare una cannula più leggera in alluminio, cannula che Mackenzie promette di procurargli per il giorno successivo.

1 Maggio. Viene sostituita la cannula e si iniziano applicazioni locali di sali di Bismuto sulle vegetazioni cutanee peristomali.

4 Maggio. La cannula è ben tollerata e lo stato generale pare migliorato. Il paziente è sfebbrato.

Figura 8. *Sir Morell Mackenzie in una caricatura di Leslie Ward del 15 Ottobre 1889. (da Vanity Fair)*

Figura 9. *Sir Felix Semon. (da Vanity Fair del 1 Maggio 1902)*

9 Maggio. Cambiata la cannula le vegetazioni peristomali appaiono ridotte. Lo stato generale è buono.

14 Maggio. Mackenzie esprime il timore che la cannula possa causare una fistola tracheo-esofagea per decubito sulla parete posteriore tracheale, ma Bardeleben esclude questa possibilità.

1 Giugno. Il paziente è invariato, secondo il giudizio dei medici curanti riuniti a consulto al castello di Charlottenburg.

8 Giugno. Durante la colazione il Kaiser espelle latte attraverso il tracheostoma. Si sospetta una fistola.

12 Giugno. Viste le difficoltà dell'alimentazione anche con i liquidi si introduce una sonda alimentare esofagea in caucciù. Il paziente è febbrile ed in preda a grave astenia.

14 Giugno. Le condizioni generali si aggravano notevolmente, la febbre permane alta, polso e respiro si fanno frequentissimi.

Bardeleben avverte il principe ereditario, il cancelliere Bismark, e il ministro della Giustizia che al Kaiser non rimangono che poche ore di vita.

15 Giugno. Dopo perdite di conoscenza ripetute Federico III muore alle 11,12.

Nel pomeriggio Wegner, Bardeleben, Hartmann e l'imbalsamatore Wickersheimer preparano la salma dopo che lo stesso Wegner ha provveduto a riconfermare ufficialmente l'avvenuto decesso.

16 Giugno. L'autopsia, praticata da Virchow e Waldeyer, dimostra la distruzione cancerosa della laringe con metastasi linfonodali locoregionali (laterocervicale sinistra e peristomale destra). Indenni da localizzazioni neoplastiche sono invece l'esofago ed i polmoni dove appaiono solo fatti broncopneumonici con bronchiectasie. Il documento conclusivo viene sottoscritto dal conte Stolberg-Wernigerode e da tutti i medici (Mackenzie, Leuthold, Bramann, Hovell, Wegner, Bardeleben, Bergmann, Virchow e Waldeyer). Un altro documento viene allegato al voluminoso fascicolo:[2] si tratta delle dichiarazioni di Mackenzie ed Hovell espressamente invitati dal nuovo Kaiser Guglielmo II a riferire per iscritto sulla malattia del defunto.

Mackenzie nel suo rendiconto afferma che non è possibile sapere se il tumore era già maligno all'inizio o se lo divenne in seguito e

che la pericondrite e la carie cartilaginea hanno giuocato un ruolo importante rendendo difficile la diagnosi. Hovell, da fedele collaboratore, non fa che confermare quanto sostenuto dal suo maestro.

Ecco la trascrizione dei due attestati:

"Schloss Friedrichskron, June 16th 1888

It's my opinion that the disease from which the Emperor Friedrich III died was cancer. The morbid process probably commenced in the deeper tissue, and the cartilaginous structure of the larynx became affected at a very early date. A small growth which was present when I first examined the late Emperor was removed by me by several intralaryngeal operations and though all the portions taken away were submitted to Professor Virchow he was unable to detect in them any evidence of the existence of cancer.

Examinations of the sputa made at the beginning of March by Professor Waldeyer, hower, led that pathologist to believe that cancer was then present.

Whether the disease was originally cancerous, or assumed a malignant character some months after its first apparence it is impossible to state.

The fact that perichondritis and caries of the cartilages played an active and important part in the development of the disease no doubt largely contributed to make it impossible to form a decided opinion as to its nature till quite recently.

Morell Mackenzie"

"June 16th 1888

In so far as my observations since last August permit me to form an opinion. I concur entire with Sir Morell Mackenzie's view.

T. Mark Hovell"

Epilogo

Si chiude così molto tristemente questa vicenda che per oltre un anno aveva tenuto desta l'attenzione delle Corti e dei salotti di tutta Europa, ma le polemiche non si arrestano, anzi vengono rinfocolate con il passare del tempo grazie alla creazione di due fazioni contrapposte, ognuna delle quali tenta con ogni mezzo di far prevalere la propria tesi. L'11 Luglio 1888 viene pubblicato, da parte dei medici tedeschi, un rapporto su "La malattia dell'Imperatore Federico III descritta e analizzata dai testimoni ufficiali",[2] e nell'Ottobre dello stesso anno Sir Morell Mackenzie, risponde dando alle stampe l'opuscolo dedicato a "La fatale malattia di Federico il Nobile"[11] dove espone il proprio punto di vista cercando di dimostrare di non aver commesso errori. Nella prefazione del suo libro, nelle cui pagine si avverte incombente il sapore della sconfitta, Mackenzie, non più baldanzoso, ma disilluso ed amareggiato per le critiche subite, tenta di giustificare i 13 mesi di cure prestate al Kaiser Federico, del quale magnifica le doti di sopportazione e di coraggio.

La linea di difesa appare tuttavia abbastanza debole basata com'è sulle quattro biopsie negative, sulla condrite e sul fatto che il paziente aveva rifiutato la laringectomia totale, trascurando però di ricordare che questi aveva però accettato la laringofissura nei primi mesi di malattia quando l'intervento avrebbe forse potuto risultare risolutivo. Tutti ormai, a questo punto, hanno compreso che la tenace ostinazione nel sostenere una diagnosi ottimistica ed il costante rifiuto della terapia chirurgica hanno condotto al disastro.

Così la morte di Federico segna anche la fine della splendida carriera di Sir Morell Mackenzie al quale rimangono quale unica consolazione, oltre alle onorificenze ricevute, le 12.000 sterline dell'onorario. Anche i colleghi inglesi hanno ormai abbandonato l'illustre laringologo che viene censurato persino dalla British Medical Association e dal Royal College of Surgeons.[5] Sir Felix Semon, il celebre medico di origine tedesca che fu allievo di Mackenzie e che gli sarebbe succeduto nella direzione del Golden Square Hospital dice addirittura di lui: "Er hat meinen Kaiser getötet" (Egli ha ucci-

so il mio re). Ma ormai è troppo facile maramaldeggiare contro un uomo finito ed obbligato a ritirarsi nell'oblio.

Sir Morell Mackenzie morirà pochi anni dopo, il 3 Febbraio 1892, per una broncopolmonite influenzale giunta a complicare l'asma di cui soffriva da tempo.

Forse per reazione ad una fine tanto amara si è tentato, soprattutto da parte di AA. di scuola anglosassone,[1,8,10,15] di riabilitare la figura di questo personaggio, cercando di giustificarne il comportamento mentre, ancora a distanza di un secolo, da parte degli AA. tedeschi viene mantenuto, in genere, un duro atteggiamento di critica nei suoi confronti.[6]

Certo la diagnosi sbagliata, l'ostinata perseveranza nell'errore, le scorrettezze deontologiche (peraltro ben ricambiate dagli avversari) non possono essere dimenticate, ma altrettanto non può e non deve essere cancellato, per questo disgraziato episodio, quanto di meritorio Mackenzie compì per il progresso della nostra disciplina. Egli fu infatti il padre della laringologia britannica, il fondatore del Golden

Figura 10. *Mausoleo di Federico III a Potsdam.*

Square Throat Hospital nel 1863, del Journal of Laryngology (insieme a Norris Wolfenden) nel 1887, della British Rhinolaryngological Association nel 1888, e fu autore, nel 1884, di quel celebre trattato sulle malattie del naso e della gola tradotto e diffuso in tutto il mondo.[5]

Il cardine della difesa, anche recente, di Mackenzie, è rappresentato, come abbiamo detto, dall'esito negativo di ben quattro biopsie, avallate dall'autorità indiscussa di Rudolf Virchow che evidentemente doveva indurre alla prudenza, soprattutto in considerazione della posizione sociale del paziente.

L'evoluzione del quadro clinico doveva tuttavia far tenere in debito conto la possibilità di falsi negativi. Oggi siamo tutti ben consapevoli di queste evenienze, ma anche un secolo fa c'era chi si rendeva ben conto del problema: tra i tedeschi lo stesso Gehrardt che nel suo rapporto[2] citò numerosi casi in cui la diagnosi istologica non corrispondeva a quella clinica e, tra gli inglesi, Henry Butlin, il noto chirurgo cui lo stesso Semon affidava i propri pazienti. Butlin, in un articolo apparso il 4 Giugno 1887 sul numero 1379 del British Medical Journal, sostenne di sapere per esperienza quanto fosse difficile eseguire in laringe un prelievo mirato, per cui, non raramente, o per insufficienza di materiale o per biopsie in zona paraneoplastica, si avevano risposte falsamente negative.

Il caso di Federico III non condizionò soltanto la vita dei protagonisti, ma ebbe conseguenze ben più vaste influenzando in maniera determinante il progresso della laringologia. Questo influsso si esercitò sia in senso positivo, grazie alla enorme ed imprevista propaganda che agì da stimolo,[9] sia, purtroppo, anche in senso negativo perchè la sfiducia sulla affidabilità della biopsia portò per molti anni ad enfatizzare solo la evidenza clinica giungendo fino all'eccesso di proscrivere le biopsie preoperatorie.[1,6]

La crociata che si scatenò contro i prelievi veniva motivata non solo dalla incerta attendibilità dei risultati (Virchow stesso aveva sempre sostenuto che l'istologia non era infallibile[2]), ma soprattutto dalla convinzione che i traumi, specie se ripetuti, potevano avere un effetto cancerizzante su un substrato predisposto.[9] Per restare al caso

specifico di Federico III si ipotizzò che le ripetute manipolazioni endolaringee subite dal paziente fossero state la causa della trasformazione maligna di un processo morboso benigno, e vennero accusati per questo di volta in volta sia Gehrardt che Mackenzie.*

In tutta questa vicenda, comunque, l'elemento più significativo che ancora oggi colpisce di più è, a mio avviso, non tanto l'influsso sulla vita dei protagonisti, sulla politica europea o sullo sviluppo della laringologia, quanto l'estrema acrimonia e l'assoluta mancanza di *fair play* che caratterizzò la divergenza di opinioni tra i fautori delle due fazioni. Questi, pur di prevalere, abbandonarono ogni regola deontologica, divulgando le proprie opinioni attraverso la stampa, che da parte sua amplificava e distorceva, come d'abitudine, le notizie apprese facendosi influenzare anche da spinte nazionalistiche. Fu il disgustoso trionfo della calunnia e del pettegolezzo impiegati per annullare un avversario a rendere emblematico questo caso, divenuto così una delle più tristi pagine della storia della medicina. Non si risparmiarono da ambo le parti le accuse più crude ed infamanti: Mackenzie bollato quale incompetente ed arrivista si difendeva affermando che un assistente cieco del suo ospedale sarebbe stato senz'altro più qualificato del clinici tedeschi,[2] e Bergmann fu addirittura accusato di indulgere ai piaceri dell'alcool.[16] Neppure il povero paziente potè salvarsi dall'ondata dei pettegolezzi; lo si accusava di aver tollerata la disputa tra i medici e si vociferava persino che la sua lesione laringea fosse di natura luetica, chiamando in causa al proposito una relazione del principe con la celebre danzatrice Dolores Cada, conosciuta in Egitto nel 1869 in occasione delle cerimonie per l'inaugurazione del canale di Suez.[5] A questa voce aveva dato credito lo stesso Moritz Schmidt che aveva consigliato di trattare la lesione con Ioduro di Potassio e che ne accennò nelle sue lezioni agli studenti della Università di Fran-

* La *pachidermia verrucosa*, diagnosticata da Virchow, che pubblicò il resoconto delle proprie osservazioni sul Berliner Med. Wochenschrift del 1887 (Vol. 25, pag 445), era allora poco conosciuta (il primo caso era stato descritto, come è noto, da Jurgens nel 1881), ma si sapeva che essa poteva cancerizzare per l'azione protratta di stimoli diversi. Divenne famoso in quegli anni uno studio bibliografico condotto da Sir Felix Semon su 8216 casi di tumori benigni laringei (poi divenuti 10747) dei quali 31 avevano avuto evoluzione maligna.[10]

coforte.[5] A questo punto ritengo che l'esposizione dei fatti sia stata sufficientemente esauriente per permettere ad ognuno di formarsi una opinione e di trarre con facilità le proprie conclusioni.

Se una morale può essere ricavata da questo celebre ed infausto caso clinico essa può essere condensata in una breve domanda retorica: se invece del futuro Imperatore di Germania si fosse trattato di un semplice operaio berlinese o di un contadino della Baviera, l'esito sarebbe stato lo stesso od una terapia radicale tempestivamente instaurata avrebbe potuto salvarlo?

Bibliografia

1. Alberti P.W.: The Evolution of Laryngology and Laryngectomy in the Mid19th Century. Laryngoscope, 85, 228-229, 1975.
2. Bardeleben A.; Bergmann E.; Bramann W.; Gehrardt C. et al: Die Krankheit Kaiser Friedrich des Dritten dargesttellt nach amtkichen Quellen. Kaiserk Reichdruckerei, Berlino, 1888.
3. Cawthorne T.: Two historical tracheotomies. Proc. Roy. Soc. Med. 61, 1169-1176, 1968.
4 Delavan D.B.: Personal recollections af a great laryngologist, Sir Morell Mackenzie (1836-1892). Ann. Otol., 42, 321-351, 1933.
5. Doey W.D.: Sir Morell Mackenzie als Konsiliarius bei dem Larynx-Carcinom von Kaiser Friedrich III (1887-1888). HNO, 1, 9-21, 1987.
6. Gerlach J.: Epilog zum Kehlkopfkrebs Kaiser Friedrich III: HNO, 2, 16-18, 1988.
7. Guerrier Y.: Mounier-Kuhn P.: Histoire des maladie de l'oreille, du nez et de la gorge. Dacosta, Paris, 1980.
8. Guthrie D.: Sixty years of otolaryngology. J. Laryngol. Otol., 85, 595-602, 1971.
9. Holinger P.H.: A Century of progress of Laryngectomies in the northern emisphere. Laryngoscope, 85, 322-332, 1975.
10. Huizinga E.: Sir Felix Semon. Acta Otolaryng., 84, 473-478, 1966.
11. Mackenzie M.: The fatal illness of Fredrick the Noble. Sampson Low, Searle&Rivingstone, London, 1888.
12. Mc Innis W.D.; Egan W., Aust J.B.: The management of carcinoma of the larynx in a prominent patient, or did Morell Mackenzie really cause World War I? Am. J. Surg., 132, 512-522, 1976.
13. Pirsig W.; Rodegra H.: Chirurgie de la larynx et de la tracheè, p. 1427-1504. In: Willemot J., Naissance et developpement de l'ORL dans l'histoire de la medecine. Acta ORL Belg., 35, Suppl. IV, 1981.
14. Richter O.: Kaiser Friedrich III. Mittler, Berlin, 1903.
15. Richter W.: Friedrich III. Leben und Tragik des zweiten Hohenzollern-Kaisers: Bruckmann, Munchen, 1981.
16. Sperati G. Un caso storico di cancro della laringe (la morte di Federico III di Prussia) Acta Otorhinolar. It. X, suppl. 32, 1990.
17. Stevenson R.S.: Morell Mackenzie, the story af a Victorian Tragedy. Schumann, New York, 1947.
18. Wolf H.J.: Die Krankeit Friedrich III und ihre wirkung auf die deutsche und englische offentlichkeit. Berliner Medizinche Verlagsanstalt, Berlin-Lichterfelde, 1958.
19 Wullstein H.L.: The beginning of Oto-Rhino-Laryngology in Wurzburg during the 19th Century. Acta Otolaryng., 59, 99-102, 1965.

Autroritratto del gennaio 1889. (Propr. Block, Chicago)

Vincent van Gogh
(1853 - 1890)

Dino Felisati

Una breve vita dannata

Van Gogh è uno degli artisti più conosciuti al mondo; la sua pittura è unica, differente da quella di tutti coloro che lo hanno preceduto e da quella dei suoi contemporanei, gli impressionisti, e può essere considerata come l'anticipazione della pittura del Novecento. Ma anche nel Novecento nessun pittore ha saputo esprimersi in maniera così convincente come Van Gogh, e suscitare uguali consensi.

Dal punto di vista della storia della Medicina, il particolare della mutilazione dell'orecchio sinistro, che interessa l'Otorinolaringoiatria, è un accidente, nella tormentata vita del pittore, del tutto marginale, rispetto alle cause del disagio esistenziale che lo portò al suicidio due anni dopo. La automutilazione, che diede a Van Gogh lo spunto per dipingere l'autoritratto, in cui egli si ritrae con l'orecchio bendato, è un evento che consegue alla malattia mentale, che è la causa del suo malessere. È la malattia mentale, di cui lui è portatore e vittima, che domina la scena dei suoi ultimi anni di vita e che condiziona la sua produzione artistica.

La automutilazione verrà emulata dagli artisti del Novecento appartenenti al gruppo della *Body-Art*: Gina Pane si sevizia l'orec-

chio con una lametta nel 1974 e analoga pratica esercita Chris Burden. I body-artists infliggono sofferenze ai loro corpi e "incarnano l'ultima versione dell'artista romantico, l'incompreso o il profeta in patria".[3] Il dolore diventa compagno obbligato dell'artista. Ma quanto ha influito l'esempio di Van Gogh?

Nel temperamento di questo artista cogliamo elementi diversi e contrastanti. Egli è pervaso da sentimenti di umanità, di generosità, di partecipazione alle miserie della vita, di condivisione della sofferenza che condizioneranno gran parte del suo modo di essere, ed è profondamente religioso. Cerca la compagnia dei suoi amici, ma è facilmente irritabile e litigioso; si scontra con Gauguin, col dott. Gachet, perfino con il fratello Theo, cui lo lega un profondo affetto e col quale scambia una corrispondenza che rimane un documento storico importante anche dal punto di vista letterario. Si stanca presto di tutto e di tutti, è ombroso e ha difficoltà di relazione. Cerca l'amore, ma è possessivo, infantile e non sa conservarlo.

Figura 1. *Albero di pero in fiore. (Rijksmuseum, Amsterdam)*

Cambia continuamente sede, così che la sua vita è una peregrinazione senza fine. In definitiva, dimostra una grande instabilità interiore.

Van Gogh scopre la pittura dopo i fallimenti di altre esperienze e allora la pittura polariz-

Figura 2. *Notte stellata, 1889. (Museum of Modern Art, New York)*

za i suoi interessi, ma è disordinato e inquieto. Si getta nella produzione artistica con tutta la passione e l'irruenza di cui è capace, alla ricerca di un significato della vita. Tenta di scoprirlo attraverso l'analisi del colore, la ricerca del tratto, la riproduzione della forme, sia che si tratti di paesaggi, che di figure. Egli crede nell'uomo e scrive: "Con un quadro vorrei poter esprimere qualcosa di commovente come una musica. Vorrei dipingere uomini e donne con quel qualcosa di eterno, un tempo simboleggiato da un'aureola, e che noi cerchiamo di rendere con l'irraggiare, col vibrare del colore". Qualche volta non è soddisfatto del suo lavoro e scrive: "Mai potrò costruire un edificio importante su un passato così tarlato e scosso… Perché sono assolutamente certo che come pittore non rappresenterò mai nulla di importante… A me non è consentito vivere, soffrendo così spesso di vertigine, che in una posizione di quarto, quinto rango".[2,5]

È un intellettuale della pittura, anche se istintivo e vero. La sua arte (oltre 800 quadri, disegni in gran numero e studi, il tutto in 10

anni circa), vissuta in maniera totalizzante e passionale, contribuì ad aggravare la sua fragilità mentale, comportando un dispendio enorme di energie. Van Gogh è l'incarnazione dell'artista *fuori di sé*, sia per la gravità della psicosi che lo tormenta, sia per la qualità della sua produzione artistica che da quella è condizionata. Egli è il paradigma del procedere unito di psicosi e arte, della fusione delle alterazioni mentali con la pittura, i colori, le forme, dell'influenza reciproca di genio e follia.

La vita e le opere

Van Gogh nacque il 30 marzo 1853 a Groot Zundert, piccolo paese nel Brabante olandese, ai confini col Belgio. Il padre era pastore protestante e sicuramente influì sull'educazione del figlio che fu sempre pervaso da una profonda religiosità. Il bambino, taciturno, emotivo e sensibile fu mandato a scuola lontano da casa e dalla famiglia, ma dimostrò scarso interesse per gli studi ed è probabile che sentisse fortemente la mancanza degli affetti familiari. A quindici anni andò a lavorare. Lo zio lo fece assumere come commesso nella filiale olandese dell'Aja della casa d'arte francese Goupil & C.

Nel gennaio 1873 (aveva 20 anni) la ditta gli assegnò un cospicuo aumento di stipendio e lo trasferì nella sede inglese di Londra.

Vincent approfittò di un breve periodo di vacanza per andare a Parigi, dove visitò il Salon des Artists, il Louvre, il museo del Luxembourg. Nello stesso anno anche il fratello Theo venne assunto dalla Goupil e inviato nella filiale di Bruxelles. Tra i due fratelli iniziò una fitta corrispondenza (668 lettere) che sarebbe durata fino alla morte di Vincent. A Londra Vincent ebbe una prima delusione amorosa: si era innamorato di Ursula, la figlia della signora Loyer, che gli dava ospitalità, ma la sua proposta di matrimonio venne rifiutata. Ne seguì un periodo di forte depressione. Nel maggio 1875 fu chiamato a Parigi, alla casa madre Goupil, ma era svogliato e distratto. Non era soltanto la delusione amorosa che lo disturbava, ma il bisogno di ripensare la sua vita. Nacque, in quel tempo, una

forte vocazione religiosa che andò assumendo rapidamente toni di esaltazione. Il padre, nel 1877, lo mandò ad Amsterdam a preparare gli esami di ammissione alla facoltà di teologia. Vincent studiava intensamente, ma più che le dotte disquisizioni, gli interessava diventare servo di Cristo. Gli esami non ebbero esito favorevole, e Van Gogh, l'anno dopo, si trasferì a Bruxelles per seguire corsi più semplici. Anche qui fu un insuccesso. Tornò a Etten, dove la famiglia si era trasferita, deciso a fare il missionario. Nel dicembre passò a Paturages per dedicarsi ai malati. Il "Comitato della Scuola di Evangelizzazione di Bruxelles" gli conferì l'incarico di *Evangelista laico* nel Borinage (Belgio meridionale). A contatto con le scadenti condizioni di vita dei minatori e con la miseria dei contadini, Vincent prodigava se stesso in ogni possibile opera di soccorso, al punto che le autorità lo ritennero un *sovversivo* e non gli rinnovarono l'incarico. Il fratello e la famiglia gli furono vicini. Vincent scrisse a Theo: "Come chiunque altro io sento il bisogno di una famiglia, di amicizie, di affetto, di rapporti cordiali col prossimo; non sono fatto di sasso o di ferro, come un idrante o un lampione, e quindi non posso vivere privo di tutto questo senza sentire un profondo senso di colpa".[2] Era il 1879, il tempo in cui stava nascendo in lui la vocazione alla pittura. Sono di quel periodo i primi disegni di minatori e di contadini, che appaiono risentire l'influenza di Millet. Questo pittore della seconda metà dell'Ottocento rimarrà per sempre il suo idolo, assieme a Delacroix ed egli ne parlerà spesso nelle sue lettere a Theo. Vincent, rimasto senza impiego, riceveva un assegno mensile dal fratello che gli permise di dedicarsi alla sua nuova passione a tempo pieno. Tornato a casa, nell'estate 1881 dichiarò il suo amore alla cugina Kate, più vecchia di qualche anno, rimasta vedova con una figlia piccola, proponendole di sposarla, ma il rifiuto fu secco. Fu il secondo fallimento sul piano sentimentale.

Agli inizi del 1882, in seguito ad una accesa lite col padre, si trasferì all'Aja, frequentando le lezioni di Anton Mauve, pittore olandese di buona fama, che gli divenne amico. Il sodalizio durò poco: Vincent entrò presto in polemica con lui e la sua scuola, che definì costituita da *borghesi*, perché i modelli del Nostro erano i poveri, la

Figura 3. *Ritratto del Dottor Gachet. (Jeu de Paume, Parigi)*

gente umile, i contadini. Si aprì una nuova parentesi sentimentale: incontrò Clarina Maria Hoornick, detta Sien, malata, con una bambina e incinta. Vincent si legò a lei "per bisogno di affetto e per igiene"[2]. Farà da modella per alcuni suoi disegni, ma dopo un anno e mezzo di litigi e di eccessi di violenza, riprenderà la sua vita di prostituta.

Nel dicembre 1883 Vincent tornò a casa a Nuenen, dove il padre si era trasferito come priore,[1] e vi rimase due anni.

Fu questo il tempo dei primi quadri importanti: *Tessitori al telaio*, teste di contadini, *I mangiatori di patate*, opere espressioniste, drammatiche, di denuncia sociale. I contadini mangiano con le mani le patate che loro stessi hanno coltivato, quasi a significare la intimità, la fusione tra la fatica dell'uomo e il prodotto del suo lavoro. Una nuova delusione amorosa lo coinvolse nell'agosto 1884: Margot Begeman che lui frequentava tentò di togliersi la vita perché i suoi genitori non volevano che si legasse al pittore. Il 26 marzo 1885 morì il padre di Vincent all'improvviso e per lui fu un altro motivo di sofferenza.

Nel novembre 1885 partì per Anversa. "Tutto andrà come sempre – scrisse – e come in ogni cosa, voglio dire che sarò deluso".[2] Ma ad Anversa scoprì Rubens. Era ammirato della sua opera "così straordinariamente semplice, o piuttosto, apparentemente semplice". Nei due mesi di permanenza nella città si iscrisse alla Scuola di Belle

Figura 4. *I quattro girasoli.*

Arti, seguì i corsi di disegno e scoprì le stampe giapponesi che lasciarono un segno, sia pur transitorio, nella sua produzione artistica. Poi, sempre inquieto e instabile, raggiunse Theo a Parigi, dove questi era diventato promotore d'arte e di pittura contemporanea, che lo accolse con la solita disponibilità. Parigi, dieci anni dopo, era cambiata: Millet, Courbet e Daumier erano morti. La loro lezione era stata acquisita dal nuovo gruppo degli Impressionisti. Van Gogh frequentò Monet, Degas, Pissarro (con cui ebbe rapporti di amicizia), Signac, Seurat, Toulouse-Lautrec, Renoir e Gauguin (Gauguin tornava dalla Bretagna dove aveva guidato la "Scuola di Pont-Aven"), ma la sua pittura restò sostanzialmente autonoma, anche se la sua tavolozza si fece più vivace e la luce divenne più viva. Con questi nuovi amici ebbe litigi frequenti e scontri violenti e la vita gli divenne presto difficile. Theo scriveva: "La vita con Vincent è quasi insopportabile; nessuno può venire a casa mia perché Vincent non fa che litigare con tutti… Spero che si sistemi da qualche altra parte".[2] Vincent lasciò Parigi e si trasferì in Provenza, ad Arles, il 20 febbraio 1888. Theo, a Parigi, riuscì ad inserire tre sue tele al Salon des Artists Indépendents. "Ho smesso di bere e di fumare" scrisse Vincent al fratello. Il sole e i colori del Midì della Francia esaltaro-

no il suo umore e si trasferirono nei suoi quadri. Ma anche ad Arles furono alti e bassi di speranze e di delusioni. Nel giugno-luglio 1888 diceva "Sono scontento di tutto quello che faccio".

Nell'agosto 1888 parla del suo *bisogno terribile di religione*: "E allora vado fuori di notte a dipingere le stelle, e sogno sempre un quadro come quello con un gruppo di amici vivi". Questa speranza di riuscire a dipingere il cielo stellato non lo abbandonerà mai. Ha difficoltà a ritrarre soggetti religiosi, santi e angeli, perché l'emozione è troppo forte e sceglie con modestia soggetti più umili, riuscendo a realizzare con una sedia e un paio di scarpe due capolavori.

Lo attraeva l'aspetto della natura: le emozioni erano talvolta così forti che non si accorgeva del tempo che passava e "le pennellate vengono giù una dopo l'altra e i rapporti di colore come le parole nei discorsi o in una lettera".[1,2] I paesaggi del sud attraevano Vincent per i loro colori vivaci ed egli si impegnò totalmente a disegnare e dipingere, con una tensione nervosa e una esaltazione creativa che portò presto a una crisi mentale. L'attacco, che raggiunse il suo acme la vigilia di Natale del 1888, aveva avuto i suoi prodromi a fine 1887 e un peggioramento nella primavera del 1888. Secondo Jaspers[4] la malattia di Van Gogh fu una psicosi schizofrenica, secondo altri si trattava di epilessia; la moderna psichiatria tende a interpretare questi disturbi come alterazioni della personalità.

In quel tempo ritrasse frutteti in fiore, ponti levatoi, immagini di mietitura, volti di amici. La suggestione impressionista era ormai superata. Molte tele di quel periodo furono accomunate da un insieme di colori forti, con sfondi netti. In ottobre parlava dei suoi stati di esaltazione, manifestando il timore di diventare folle.

Vincent era solo e soffriva di questa sua solitudine; oltretutto avrebbe voluto creare attorno a sé un gruppo di pittori d'avanguardia, per creare una *Scuola del Mezzogiorno*. Invitò Gauguin a venire ad Arles, a stare con lui, nella piccola *casa gialla*. Paul Gauguin arrivò il 22 ottobre 1888. Egli era ordinato, preciso e cercava di mettere ordine anche nella disordinata vita di Vincent. Questi, invece, era assillante e possessivo; si inquietava facilmente e litigava. Tanto Gauguin nella sua pittura voleva allontanarsi dalla realtà, quanto

Vincent voleva coglierne l'emozione.[1] Paul ritrasse Vincent mentre dipingeva i girasoli, magro e allucinato. Presto i rapporti si fecero tesi. Una sera al caffè, senza motivo apparente, Vincent scagliò contro Paul un bicchiere di assenzio. La sera dopo gli andò incontro per la strada con un rasoio in mano. Paul, allora, decise di andarsene e si trasferì a dormire all'albergo. Vincent, rimasto solo e disperato, sfogò su se stesso tutta la sua violenza, tagliandosi il lobo dell'orecchio sinistro e portandolo a Rachel, una prostituta amica. Il mattino dopo, il postino Joseph Roulin trovò Vincent a letto sanguinante e lo fece ricoverare all'ospedale di Arles. Viene da chiedersi: "Perché si inferse la mutilazione proprio all'orecchio?" Forse perché sede di insopportabili allucinazioni uditive: Vincent, infatti, sentiva *le voci*. Fu presto dimesso, ma le crisi si fecero frequenti. Scrisse a Gauguin pregandolo di "non parlar male della nostra piccola casa gialla"[1] e, in questa raccomandazione, cogliamo un delicato sentimento di tenerezza di Vincent e di rispetto verso l'abitazione, non molto confortevole peraltro, che aveva ospitato entrambi e che aveva loro consentito di vivere un periodo, sia pur breve, di comunione d'affetto e di interessi. Ma cogliamo anche tutta la disperazione di un'anima inquieta e dolente. Fra gli attacchi più violenti e quelli più lievi, si possono individuare intervalli quasi regolari. Scrive al fratello: "Dopo la mia malattia mi è rimasto un occhio naturalmente molto, molto sensibile… Eppure la malinconia mi riprende spesso con grande violenza: allora mi sento tanto triste".[4]

Nel maggio 1889 Van Gogh si fece ricoverare nel manicomio di Saint Remy. Per un po' di tempo le giornate passarono in silenzio e inattive, poi egli riprese a dipingere e nacquero altri capolavori e alcuni drammatici autoritratti. Theo, che nel frattempo si era sposato, stimò i nuovi quadri e diede di essi un'interpretazione assai calzante, dimostrando che Vincent era tutt'altro che un pittore isolato: "Vi è in tutti una potenza di colori che non avevi ancora raggiunto, ciò che costituisce già una rara qualità, ma tu sei andato più lontano e se ci sono quelli che cercano il simbolo a forza di torturare la forma, io lo trovo in molti dei tuoi quadri attraverso l'espressione concentrata dei tuoi pensieri sulla natura e gli esseri viventi a cui tu

Figura 5. *Autoritratto del 1889. L'orecchio leso è il sinistro (effetto specchio). Courtauld Gallery, Londra.*

sei così fortemente attaccato".[1] Nello stadio preliminare della crisi l'intensità di lavoro aumentava, dopo l'accesso acuto diminuiva, anche se le facoltà creative permettevano a Van Gogh una nuova evoluzione artistica. Nel settembre 1889 scrisse:

"Lavoro come un pazzo nella mia stanza, il che mi fa bene e scaccia, a quanto sembra, pensieri strani… Sto lavorando come un ossesso, ho più che mai un furore sordo di lavoro… Lotto con tutta la mia energia per rendermi padrone del mio mestiere, dicendomi che, se ci riesco, sarà questo il miglior parafulmine contro il mio male".[4] Verso ottobre, aggiunse: "Credo proprio che il sig. Peyron (il direttore del manicomio, *ndr*) abbia ragione nel dire che non sono un pazzo e proprio perché la mia mente è perfettamente chiara e normale, e persino più di prima. Ma durante la crisi è una cosa terribile, e allora perdo la coscienza di tutto. Ma questo fa sì che mi spinga al lavoro".

Nell'inverno seguente prese forma il progetto di trasferirsi al Nord, nei pressi di Parigi, nella speranza di migliorare. Continuava la fuga da un luogo all'altro.

Nel maggio 1890 si trasferì a Auvers-sur-Oise, vicino Parigi, sotto la sorveglianza del medico dott. Gachet che lo ebbe in cura negli ultimi mesi di vita. Gachet era un personaggio eccentrico, anche lui

dipingeva; diventarono amici e Vincent ne eseguì il ritratto: un capolavoro assoluto. Nel luglio 1890 Van Gogh dipinse *Campo di grano con corvi* che può essere considerato il suo testamento spirituale. Jaspers, nella sua analisi dell'opera di Van Gogh, sostiene che il pittore conobbe i colori ardenti del Midi proprio nella primavera 1888, ma la coincidenza tra l'inizio della malattia e l'evoluzione rapida verso un nuovo stile, fanno pensare all'influenza della psicosi. "Certo, la schizofrenia non può essere creativa senza la conquista di una tecnica pittorica, senza una completa padronanza artistica come quella che Van Gogh acquisì in quasi dieci anni di lavoro, dopo essersi sforzato per tutta la vita di arricchire le sue possibilità interiori". E aggiunge: "I quadri delle ultime settimane danno spesso un'impressione caotica. I colori diventano più brutali, sfociano nella devastazione, nel caos. Le opere di questo periodo racchiudono tensioni e agitazioni che sembrano voler esprimere questioni vitali e universali. Ciò che si incarna non è la tecnica acquisita, ma l'esperienza vissuta di una personalità in sfacelo".[4]

Il 27 luglio, in mezzo ai campi con cavalletto e pennelli, in preda ad una ennesima crisi, si sparò un colpo di pistola al petto. Non morì sul colpo e si trascinò fino a casa. Theo, avvisato dal dott. Gachet, venne subito a trovarlo e Vincent gli disse: "Niente lacrime, l'ho fatto per il bene di tutti". Morì il 29 luglio 1890, dopo aver conversato e fumato in compagnia del dott. Gachet.

Epicrisi

Theo morì il 25 gennaio 1891, sei mesi dopo Vincent, e sua moglie raccolse e ordinò la nutrita corrispondenza intercorsa tra i fratelli.

Gli amici che Theo aveva coinvolto per la *Mostra degli Indipéndents* portarono 10 tele di Vincent che furono le più ammirate della rassegna. Incominciava il tempo del riconoscimento e della rivalutazione di Van Gogh, un pittore che ha cambiato il corso della storia dell'arte. Una meteora rapida e splendente che ha solcato il cielo dell'arte del XIX secolo.

Bibliografia

1. Armiraglio F., a cura di: “Van Gogh” Collana “I classici dell’arte” del Corriere della Sera. Ed. RCS Libri S.p.A, Milano, 2002
2. Castellucci L. in “Van Gogh” Suppl. n 5 sett. Oggi dell’1 gennaio 1993. Ed. Electa - Milano
3. Fanelli F. “Van Gogh – Dalla follia di Vincent nacque la pittura moderna”. Corriere della Sera 3 sett. 2003, p. 37
4. Jaspers Karl “Genio e follia” Ed. Raffaello Cortina Milano, 2001
5. Van der Wolk J., Pickvance R. “Vincent van Gogh” Ed. A. Mondadori Arte, Milano, 1990

Il celebre ritratto di Oscar Wilde dipinto da Toulouse Lautrec. (Collez. Lesyer, New York)

Oscar Wilde
(1854 - 1900)

Giorgio Sperati, Dino Felisati

Ascesa e rovina di un esteta

Il celebre scrittore irlandese Oscar Wilde ebbe un particolare legame con l'otologia, da una parte perché era figlio di Sir William Wilde, che fu pioniere di questa disciplina nel Regno Unito, dall'altra perché, per un singolare destino, morì precocemente a causa di quelle complicanze endocraniche dell'otite cronica che il padre aveva descritto tra i primi.

Figura 1. *Oscar Wilde a 35 anni.*

Della biografia di Oscar Wilde sono ben noti gli aspetti legati alla sua produzione letteraria, caratterizzata da un marcato virtuosismo linguistico, e quelli relativi agli aspetti edonistici e stravaganti della sua vita sociale, improntata

sempre al desiderio di stupire, di distinguersi dagli altri, di considerarsi caposcuola di una nuova estetica. È noto anche come la buona società britannica, allora così rigidamente puritana e conformista, dopo averne subito il fascino e dopo averlo osannato, lo abbia abbandonato, scandalizzata per i suoi comportamenti anomali, favorendone la completa rovina. Questa giunse in breve tempo, dopo i processi per omosessualità, con il carcere, l'indigenza e l'esilio.

Questi aspetti biografici costituiscono ormai argomento ben conosciuto e documentato, mentre assai meno noti sono altri aspetti della vita dell'artista. In particolare, non conosciamo molto della sua infanzia e della sua giovinezza, un periodo fondamentale per la formazione del carattere e della personalità di uomo. Verosimilmente la sua educazione risentì di un ambiente famigliare del tutto particolare: la sua casa era un importante cenacolo di artisti dove il padre e la madre riunivano spesso i più qualificati esponenti della vita culturale di Dublino. Sir William, oltre che otoiatra e oculista era anche letterato e archeologo di fama internazionale e sua moglie, Jane Francis Elgee, accesa sostenitrice dell'indipendenza irlandese, era scrittrice abbastanza nota con lo pseudonimo di *Speranza*.

Figura 2. *Casa londinese di Wilde in Tite Street nel quartiere di Chelsea.*

Le molteplici attività culturali dei genitori non lasciavano loro molto tempo da dedicare all'educazione del giovane Oscar che crebbe senza una guida sicura. Anche la moralità di casa Wilde

forse lasciava a desiderare come sembra attestare, per quanto riguarda il padre, il processo subito nel 1864 per un tentativo di stupro su una giovane paziente cloroformizzata e, per quanto riguarda la madre, la significativa frase di Oscar: “Mia madre ed io abbiamo fondato un sodalizio per l’abolizione della virtù”. Il comportamento dei genitori può aver avuto un significativo influsso sullo sviluppo della personalità di un giovane particolarmente sensibile.

Egli di certo amava la madre, dalla quale si sentiva intellettualmente compreso, mentre il rapporto col padre fu sempre abbastanza conflittuale, ed ebbe affetto sincero per il fratello Willy e in particolare per la sorellina, morta in giovane età, alla quale dedicò *Requiescat*, una tenera e toccante poesia. Ma i contatti con la famiglia andarono sempre più allentandosi (il padre morì nel ‘76) e, dopo la laurea, ottenuta a Oxford nel 1878, Wilde si tuffò in pieno nella vita di società, conteso dai circoli intellettuali e aristocratici di Londra per le sue doti di brillante conversatore e affascinante affabulatore.

Affrontò ogni tipo di esperienza, facendo della ricerca del piacere il suo obbiettivo prevalente. In una delle sue opere più belle, il *De Profundis*, una sorta di riflessione autobiografica scritta durante la reclusione nel carcere di Reading, questo desiderio di nuove esperienze è espresso molto chiaramente: “Io ricordo quando ad Oxford, passeggiando per i viali stretti abitati dagli uccelli di Magdalen Col-

Figura 3. *La tomba di Oscar Wilde nel cimitero parigino di Père Lachaise, dove fu traslato da Bagneux nel 1909. (opera di Jacob Epstein)*

lege, una mattina dell'anno che precedette la mia laurea, dissi ad uno dei miei amici che avrei voluto mangiare il frutto di ogni albero della terra e che sarei entrato nel mondo con questa passione nell'anima. E fu davvero così e così io vissi". Di questa scelta di vita egli non si pentì mai, anche negli anni bui e tristi della reclusione, come dimostra un'altra frase contenuta nella stessa opera: "Io non rimpiango un solo istante di aver vissuto per il piacere. Lo feci pienamente, come si dovrebbe fare per ogni cosa intrapresa. Non ci fu piacere che io non sperimentassi". È indubbio quindi che già negli anni giovanili era presente, oltre ad una esasperata ricerca estetica, l'insopprimibile curiosità per ogni tipo di emozione, sia intellettuale, sia sensuale, e il desiderio sfrenato di conoscere, di provare tutto, oltre ogni limite, oltre ogni convenzione. Un modello di vita cui si sarebbe attenuto coerentemente fino alla morte, pagandone duramente il prezzo negli ultimi anni.

Un altro aspetto poco indagato e del quale abbiamo solo notizie vaghe e frammentarie è quello relativo allo stato di salute e, in particolare, all'otite cronica che afflisse per anni questo geniale scrittore. Oscar Wilde aveva contratto la lue in età giovanile, ma è molto

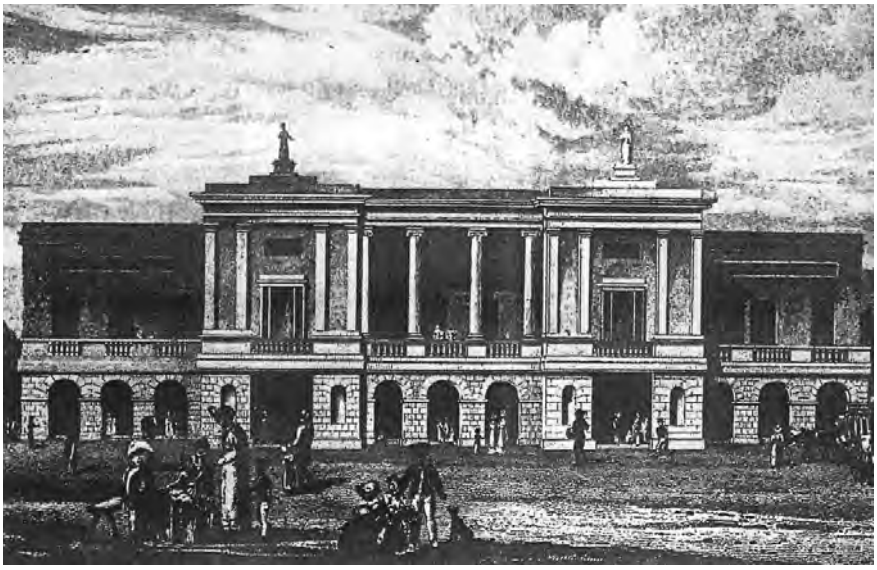


Figura 4. *Teatro reale di Dublino dove Wilde cominciò la sua carriera di commediografo.*

dubbio che questa sia stata responsabile della sua otopatia, come è stato ipotizzato da alcuni. In effetti è più probabile si sia trattato di una otite purulenta cronica aspecifica insorta o riacutizzata in conseguenza della malnutrizione, delle perfrigerazioni, delle pessime condizioni igieniche e dell'assenza di cure appropriate durante i due anni di reclusione nel carcere di Reading.

Scarcerato il 9 maggio 1897, egli si rifugiò in Francia, lasciando per sempre l'Inghilterra e quella società dimostratasi così crudele e ottusa nei suoi confronti. In Francia, a causa delle sue ormai scarse disponibilità finanziarie, fu costretto a vagabondare in vari alberghi, anche di infimo ordine, mentre il suo fisico, già minato dalle sofferenze e dagli stenti patiti, venne ulteriormente compromesso dagli abusi di alcool e di assenzio ai quali prese ad abbandonarsi senza freno. Si accentuarono così otalgia e cefalea, a cui i medici consultati in varie città non seppero porre rimedio.[1,4]

Nel 1898 tornò a Parigi dove, grazie ai proventi dei diritti d'autore delle sue ultime opere e alla generosità di alcuni amici, potè prendere alloggio all'Hotel de Nice.

La situazione locale e generale andava però sempre più aggravandosi, finché il 10 ottobre 1900 venne sottoposto a intervento di antrotomia che, tuttavia, non consentì l'evacuazione della raccolta meningoencefalica che si era formata. Non vi fu quindi alcun miglioramento, anzi i dolori al capo divennero insopportabili, nonostante l'impiego della morfina.[4]

Wilde era conscio dell'approssimarsi della fine, ma con

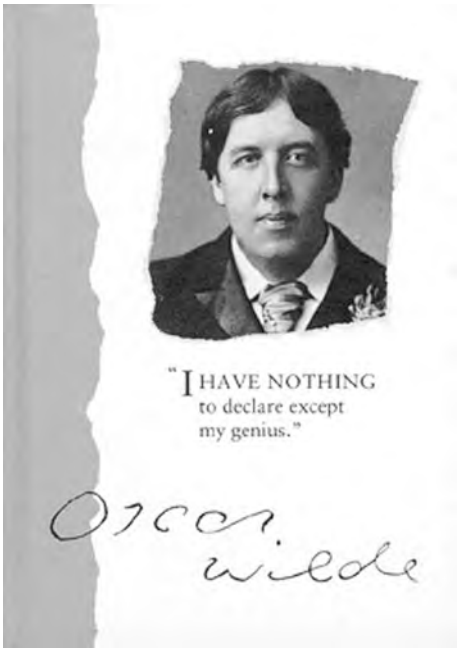


Figura 5. *Una delle massime di Wilde: "Io non ho nulla da dichiarare eccetto il mio genio".*

Figura 6. *Statua di Oscar Wilde in Merrion Square a Dublino.*

la sua tipica arguzia sarcastica lanciò ancora un'ultima frecciata contro quella società britannica che lo aveva emarginato e che egli definì "di filistei". "…Se un altro secolo comincia e mi trova ancora in vita, sarà davvero più di quanto gli inglesi possano sopportare". Fu buon profeta perché la meningoencefalite otogena lo portò alla tomba agli albori del nuovo secolo, il 30 novembre 1900, a soli 46 anni di età. Solo 7 persone parteciparono alle esequie.

Avrebbe potuto essere salvato? Forse, se la diagnosi e soprattutto le cure fossero state tempestive e appropriate. Sul finire del XIX secolo l'otologia aveva incrementato lo studio delle otopatie e del loro trattamento, in particolare quello delle loro complicanze endocraniche, grazie al contributo fondamentale di molti. In particolare, un notevole progresso era stato raggiunto relativamente al trattamento chirurgico delle infezioni otogene: Hermann Schwartze, il Maestro della scuola di Halle, nel 1873 aveva codificato in maniera definitiva la tecnica della mastoidectomia, tecnica che era già stata abbozzata anni prima, nel 1861, da Anton von Troelsch, mentre Ernst von Bergmann aveva introdotto nel 1888 lo svuotamento

petromastoideo, la cosiddetta *radicale*, indispensabile per trattare estesi focolai ossei settici e quale via d'accesso per drenare ascessi cerebrali.[5]

L'impiego della mastoidectomia si diffuse abbastanza rapidamente in Europa ma, purtroppo, specialmente in Francia, non tutti gli otologi erano convinti della sua utilità ed inoltre, tra quelli che la eseguivano, alcuni per prudenza si limitavano ad un intervento molto conservativo, spesso destinato all'insuccesso.

Eppure, nella Francia di fine secolo esistevano otologi di indiscusso valore, alcuni dei quali si erano dedicati particolarmente alla diagnosi e al trattamento delle complicanze cerebrali otogene.

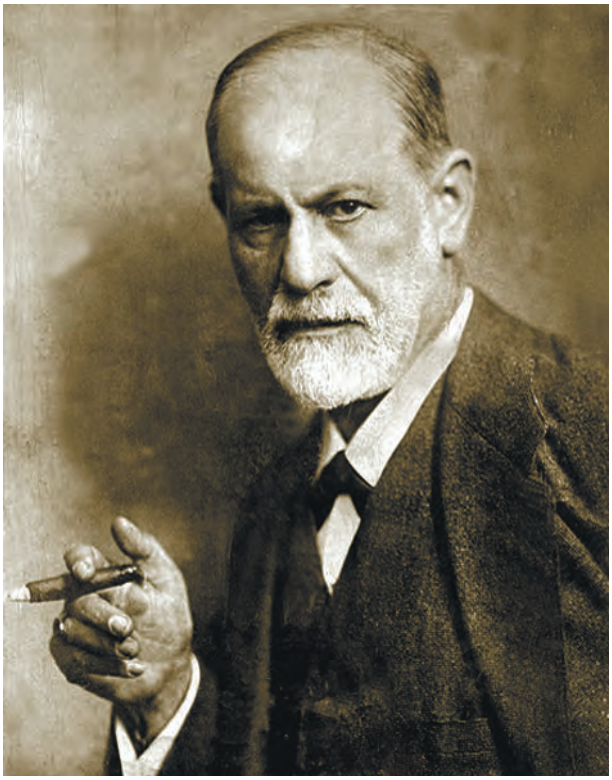
Figura 7. *Sir William Wilde (1815-1876), padre di Oscar, fu, con Toynbee, Yearsley e Hinton, l'iniziatore della Otologia britannica. Di lui si ricordano: l'incisione retroauricolare (taglio di Wilde) per evacuare raccolte mastoidee esteriorizzate, il suo famoso trattato* Practical Observation of aural Surgery *del 1853, e la realizzazione di molti strumenti otologici.*

A Parigi vi erano: Marcel Lermoyez, creatore di un centro di insegnamento dell'Otologia all'Hopital Saint Antoine, Henry Luc autore del celebre trattato: *Les suppurations de l'oreille moyen*, Lubet Barbon che insieme a Paul Broca aveva pubblicato: *Les suppurations de l'apophyse mastoidienne et leur traitment*, sostenendo l'idoneità della via per il drenaggio di ascessi cerebrali e, Pierre Sebileau, il grande chirurgo dell'Hopital Lariboisière.[2] Va anche ricordato Emile Moure, il fondatore della scuola di Bordeaux, che in quegli anni fu forse il più brillante otologo di Francia e che ebbe il merito di tradurre e di far conoscere ai suoi compatrioti i fondamentali lavori di otochirurgia degli autori austriaci e tedeschi.[5] Ma i chirurghi otologi eccellenti

erano comunque assai pochi e non era facile per un paziente ricevere, a quei tempi, un trattamento radicale e tempestivo. D'altra parte, la mortalità per complicanze otogene ascessuali endocraniche era mediamente molto alta (circa 50%): una statistica di Korner del 1905 riporta 137 guarigioni su un totale di 268 casi.[5] Trarre delle conclusioni, a distanza di tanto tempo, è certamente molto difficile, ma rimane il dubbio che se Oscar Wilde fosse stato operato da un chirurgo più audace e competente, forse avrebbe potuto salvarsi.

Bibliografia

1. Ervine Sir J.: "Oscar Wilde" Londra, 1951
2. Guthried D.: "History of Otology" J. Laryng. 55.473, 1940
3. Julian P.: "Oscar Wilde" Parigi, 1968. Traduz. it. Torino 1972–
4. Sterpellone L.: "Pazienti illustrissimi..." Roma 1985
5. Sultan A.: "Histoire de l'Otologie" in J. Willemot: "Naissance et dèveloppment de l'ORL dans l'histoire de la Médicine" Acta ORL Belg. (1981), Suppl. IV, vol. 35, p 1141
6. Winwar F.: "Oscar Wilde and the Yellow Nineties" Londra, 1941.



Sigmund Freud
(1856 - 1939)

Vincenzo Pucci, Bruno Artiano

La malattia del padre della psicanalisi

Sigmund Freud, vissuto a cavallo tra il XIX secolo e il XX secolo, ha senza dubbio rappresentato una delle menti più illuminate ed innovative nel campo della scienza medica, avendo saputo creare una corrente di pensiero sfociata in una vera e propria dottrina scientifica, fondata sulla rivoluzionaria concezione che molte delle patologie neurologiche, classificate fino ad allora come organiche, fossero in realtà da ricercarsi nell'*inconscio* dell'uomo, fatte cioè risalire ad eventi psichicamente traumatizzanti ma repressi.

Laureatosi in Medicina a Vienna nel 1881, egli ebbe occasione di realizzare diverse esperienze nel campo medico con alcuni dei più illustri personaggi dell'epoca, avendo studiato fisiologia con Brucke, psichiatria con Nothnagel, chirurgia con Billroth, neurologia con Charcot ed ipnotismo con Bernheim, prima di ottenere la libera docenza in neuropatologia nel 1885.

Da allora il suo impegno fu tutto teso all'analisi della mente umana, delle sue passioni e dei suoi istinti, dei suoi complessi e dei suoi tabù, con un metodo basato su un viaggio a ritroso a partire dall'età infantile tra i meandri più reconditi della psiche, alla scoperta

Figura 1. *Il celebre divano di Freud. (Freud Museum, Londra)*

degli eventi condizionanti l'esistenza degli uomini e le loro nevrosi, ricorrendo a tal fine proficuamente anche all'interpretazione dei loro sogni. La teoria freudiana che imputava la costituzione e l'equilibrio della personalità umana all'evoluzione della propria sessualità, suscitò enorme scandalo e stentò ad affermarsi, dovendo affrontare lo scetticismo ed il rigore della classe medica dell'epoca ed il radicato puritanesimo della società viennese.

Tacciato inizialmente di eresia e trovando appoggio e conforto soltanto nell'ambito familiare ed in una ristretta cerchia di amici e colleghi, ebbe tuttavia la forza, l'impegno e la costanza di approfondire le sue ricerche nel settore e di divulgare il suo pensiero attraverso numerose pubblicazioni, fino al punto di imporsi, tra mille difficoltà, ad un'attenzione generale sempre crescente culminata con la costituzione di una Società Psicanalitica Internazionale, che contava discepoli ed adepti in diverse parti d'Europa, e la realizzazione di congressi scientifici che contribuivano alla diffusione della sua dottrina. La sua opera ed il suo movimento trovarono tuttavia una fase

di appannamento a partire dagli anni venti per motivi, rispettivamente, di natura personale, legati ad una infermità che l'abbatté nel fisico e nella mente e che attraverso indicibili sofferenze l'avrebbe accompagnato fino alla morte, e di ordine generale, relativi all'invasione dell'Austria da parte dei nazisti.

La malattia cominciò a manifestarsi improvvisamente nel 1923, all'età di 67 anni, con brevi ma ricorrenti gengivorragie interessanti l'arcata alveolare superiore destra, alle quali egli non diede particolare importanza, fino a quando non notò in corrispondenza della sede dell'emorragia una tumefazione che dopo un po' cominciò ad estendersi verso il palato. Decise allora di consultare il prof. Hajek, eminente rinologo di origini slave, direttore della Clinica Rinolaringoiatrica dell'Università di Vienna, il quale gli diagnosticò una lesione leucoplasica dovuta al fumo (egli era un forte fumatore di sigari), consigliandone l'asportazione chirurgica.

Qualche giorno dopo fu effettuato il primo dei numerosi interventi a cui sarebbe dovuto ricorrere, seguito da cicli di terapia radiante, avendo l'esame istologico rivelato la natura maligna della lesione, risultata un *carcinoma*[*].

Quattro mesi dopo, la regione precedentemente trattata chirurgicamente fu interessata da un'ulcera crateriforme del palato duro che si estendeva ai tessuti molli della guancia, alla mucosa mandibolare adiacente fino a lambire il margine linguale.

Alla luce di questo nuovo quadro, si predispose un intervento radicale che fu affidato al prof. Pichhler di Vienna, uno dei più insigni specialisti europei di chirurgia orale, al quale Freud si rivolse in quanto impressionato negativamente da alcuni atteggiamenti poco professionali del prof. Hajek.

L'operazione fu programmata in due tempi chirurgici: nel primo, dopo una pregressa estrazione di parecchi denti da entrambe le emiarcate alveolari di destra e previa la fabbricazione di una protesi palatina su stampo, fu effettuato uno svuotamento laterocervicale omolaterale sopraioideo dei linfonodi sottomandibolari e cervicali

[*] La sede, il lento e progressivo sviluppo, la periodica ricorrenza, la malignità soprattutto locale della malattia potrebbero far pensare ad un carcinoma adenoido-cistico?

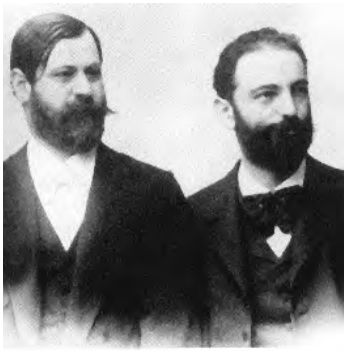


Figura 2. *Freud e Fliess.*[**]

superiori (risultati non interessati da metastasi) e la legatura dell'arteria carotide esterna.

Dopo una settimana si procedette, mediante un'incisione paralateronasale destra, ad asportare la zona di palato duro interessata dalla neoplasia e la parte anteriore del ramo ascendente della mandibola omolaterale, con conservazione del palato molle e chiusura della breccia palatina con un innesto cutaneo alla Thiersch prelevato dalla regione deltoidea destra.

Una recidiva a due mesi, richiese anche l'asportazione di parte del palato molle. Dopo questo importante intervento, cominciarono 16 anni di disagi e sofferenze, costellati dal ripetersi della malattia e da innumerevoli altre operazioni effettuate chirurgicamente o per diatermia di *piccole escrescenze papillomatose* (sic?) rivelatesi istologicamente e puntualmente sempre di natura carcinomatosa. Esse richiedevano il rimaneggiamento continuo della protesi palatina ed il ricorso ininterrotto a cicli di terapia radiante generale o locale per infissione. In questo lungo calvario durante il quale fu sottoposto complessivamente a ben trentatré interventi di chirurgia orale, sotto il controllo, tra gli altri, di illustri specialisti dell'epoca come il prof. Neumann, il prof. Kazanijan ed il prof. Rigaud, egli ebbe comunque sempre la forza di seguire il suo lavoro scientifico e di diffondere il suo pensiero, anche dall'esilio inglese cui fu costretto dopo l'inva-

[*] Gli otorinolaringoiatri hanno sempre avuto nella vita di Freud una particolare rilevanza; uno dei suoi più cari amici e, per molti anni, uno stimato interlocutore per problematiche scientifiche, fu il dottor Wilhelm Fliess, specialista otorinolaringoiatra di Berlino, che individuava in una scarsa funzionalità nasale la patogenesi di vari disturbi, tanto che nella sua prima pubblicazione del 1897 descriveva, *La nevrosi nasale riflessa*, che comprendeva cefalea, varie nevralgie (regione cardiaca, braccia, stomaco), disturbi della circolazione, respirazione e digestione, sindrome che riconosceva nella spina irritativa nasale la causa di varie manifestazioni morbose e che era stata illustrata nel 1882 da Wilhelm Hack. In base a tale teoria, Fliess convinse Freud, al fine di curargli una fastidiosa gastralgia e le ricorrenti crisi tachicardiche che da tempo l'affliggevano, prima a sottoporsi alla resezione dei turbinati inferiori ed in seguito ad utilizzare la cocaina per via nasale, quale rimedio preventivo per eventuali recidive. A distanza di tempo dall'intervento, il noto psicanalista dichiarò di respirare meglio dal naso ma non di aver notato alcun miglioramento in merito alle affezioni per le quali fu operato!

sione dell'Austria da parte delle truppe germaniche nel 1938. Nel corso degli ultimi anni, le sue condizioni generali di salute peggiorarono progressivamente tanto da portarlo ad un intenso dimagrimento ed a segni sempre più marcati di astenia. Nonostante tutto, seppur a ritmo ridotto, egli continuava a visitare i pazienti avvalendosi della collaborazione della figlia Anna, data la sua ormai grave dislalia, ai limiti della incomunicabilità verbale e una ipoacusia destra, causata da una probabile disfunzione tubarica. L'ipoacusia lo costrinse tra l'altro a cambiare la posizione dell'arcinoto lettino per poter prestare l'orecchio sano ai suoi pazienti, il che aggravò molto lo stato di disagio essendo egli un tipico abitudinario.

Figura 3. *Varaztad Kazanijian*

Viene facile pensare come tale malattia sia risultata invalidante, soprattutto per la negativa incidenza esercitata sulla propria attività professionale, quasi esclusivamente basata su una completa integrità anatomo-funzionale degli organi della comunicazione sociale. Gli era venuto a mancare progressivamente un fluido linguaggio ed un attento ascolto. Nel corso di un'ennesima visita specialistica, un'ulteriore recidiva di tipo ulceroso aveva interessato ancora la guancia e la base dell'orbita di destra, tanto che la vasta diffusione per contiguità del cancro aveva indotto il dott. Schur, l'ultimo dei medici dai quali fu assistito, a giudicare inoperabile il tumore.

Sigmund Freud, prostrato nel fisico e con il cancro che ormai aveva eroso la guancia verso l'esterno, morì all'età di 83 anni il 23 settembre 1939 dopo 24 ore di incoscienza.

Bibliografia

Jones E. "Vita e opere di Freud" Ed. Il Saggiatore per la collezione "I Garzanti - Argomenti". 1977
Stone I. "Le passioni della mente". Ed. Dall'Oglio. 1979.

Giacomo Puccini
(1858 - 1924)

Rosario Marchese-Ragona, Alberto Staffieri

Gli ultimi giorni di un grande compositore

Giacomo Puccini fu il più importante compositore d'opera dai tempi di Verdi. Nacque a Lucca nel 1858 da una famiglia di musicisti e, anche se indolente e poco incline allo studio, fin da piccolo dimostrò di possedere un gran talento musicale. Con l'aiuto finanziario dei familiari, e grazie ad una borsa di studio, s'iscrisse al Conservatorio di Milano, dove studiò anche con Ponchielli. Puccini guadagnò il favore del pubblico con *Le Villi* rappresentata a Milano nel 1884 e l'editore Ricordi gli commissionò l'*Edgar*, che fu rappresentata nel 1889. Fu con *Manon Lescaut* del 1893 e la *Bohéme* del 1896, che trovò la fama e la fortuna. Le due opere successive, *Tosca* del 1900 e *Madama Butterfly* del 1904, inizialmente accolte con minore entusiasmo ottennero poi un gran successo. Compose poi *La Fanciulla del West*, scritta per il Metropolitan di New York, dove fu rappresentata nel 1910, *La rondine* (1917) e il *Trittico* (1918). Fu nominato Senatore del Regno *per chiara fama* e la sua notorietà internazionale fu tale da confondersi con l'immagine dell'Italia stessa. Un giornalista del tempo da una sperduta isoletta del Pacifico scriveva: "Ci sono tanti paesi in cui non abbiamo il Console, in cui

non troviamo la nostra bandiera, ma Puccini lo troviamo dappertutto". Nel 1922 Puccini iniziò la composizione di *Turandot* tratta da un racconto di Gozzi con libretto di Simoni e Adami.

I primi sintomi

Puccini, forte fumatore di sigarette e sigari, nel febbraio 1924 cominciò ad accusare mal di gola e dal mese di marzo comparvero tosse insistente e raucedine.[1-5] Si pensò inizialmente che potessero essere la conseguenza dell'estrazione di un osso d'oca dall'ipofaringe avvenuta ad Ingolstadt l'estate precedente.[1] Puccini, poiché i disturbi perduravano, ricorse ad un numero imprecisato di medici i quali ordinarono svariati rimedi naturali: colluttori, latte e miele, uova crude[6]… Uno specialista di Milano diagnosticò un'affezione reumatica della laringe suggerì un cambiamento d'aria e il Prof. Tanturri di Napoli consigliò un ciclo di cure termali che Puccini effettuò al Grand Hotel des Thermes di Salsomaggiore.[2,7] Egli scriveva ad un amico "Salsomaggiore farà bene all'utero, ma io ho il mal di gola".[7,8] Durante la vacanza incontrò la famiglia reale ed il Re d'Italia che esaltò i rimedi naturali e gli consigliò "gargarismi con acqua e sale".[2] In Agosto scriveva a Riccardo Schnabl: "Il mio mal di gola mi dà gran noia. Ho visto come ti ho detto 4 specialisti. Chi mi consiglia una cura chi l'altra. Penso che in Germania e in Svizzera ci debbano essere specialisti bravi. Tu ne conosci? Informati. Il mio male è tonsillite e faringite che da 7 mesi mi tormenta...".[8] Il mal di gola si fece più insistente con otalgia e dolori alla deglutizione, la disfonia peggiorò, e si manifestarono tumefazioni cervicali tali da non poter più chiudere il colletto della camicia.[4,6] Il 9 ottobre scriveva a Clausetti: "…Domani vado a Firenze dal Prof. Torrigiani per un'altra visita alla mia tormentosa gola! Poi se è il caso, a Losanna o a Berna, dove dicono c'è un bravissimo specialista. Purchè non sia grave! Speriamo bene".[8] Puccini si recò a Firenze dal Professor Torrigiani che diagnosticò un papilloma dell'epiglottide linguale forse di natura maligna delle dimensioni di una

noce”.[1,3,7] Alla visita di controllo il Torrigiani confermò la probabile natura maligna della neoplasia. Si trattava di un tumore estrinseco della laringe. Al tempo di Puccini, infatti, i carcinomi laringei erano distinti in intrinseci ed estrinseci. I tumori intrinseci erano lesioni “che crescevano nella parte interna della laringe, di carattere relativamente benigno con lenta crescita…” I tumori estrinseci originavano intorno all’orificio della laringe o sulla superficie faringea con caratteristiche più maligne e insidiosamente rapidi ed erano caratterizzati da un’invasione precoce dei linfatici”. A quel tempo i *tumori estrinseci* erano considerati pressoché incurabili, specie se erano presenti metastasi linfonodali.[9,10] Il Professor Torrigiani consigliò al maestro di recarsi a Berlino dal Prof. Moss che utilizzava il Radium nel trattamento del cancro della laringe. Puccini contattò l’Ambasciatore Italiano in Germania, S. E. Bordonaro, il quale rispose che il Prof. Moss colpito da cecità aveva lasciato la clinica.[7] Tramontata l’idea di Berlino, Puccini il 28 ottobre si recò dal Prof. Toti. Addeo Toti (1861–1935) dal 1894 dirigeva la sezione otologica e laringologica dell’Ospedale S. Maria Nuova di Firenze. Era considerato, dopo Torrigiani, il miglior specialista di Firenze ed è ancora oggi ricordato per aver introdotto, nel 1904, la dacriocistorinostomia. Toti confermò la presenza del tumore e consigliò a Puccini una cura a base di Radium da eseguire presso l’Istituto Fototerapico di Firenze diretto dal Prof. Pellizzari con il quale, Toti, concordò le modalità d’ap-

Figura 1. *Il Professor Camillo Torrigiani. (Da una caricatura di Orlandini)*[*]

[*]Camillo Torrigiani (1881 - 1946). Dopo un periodo di formazione in Svezia e Germania si stabilì a Firenze dove fu primario degli Ospedali Riuniti dal 1920 e, per un breve periodo nel 1940, Cattedratico a Milano. Fu un precursore dell’esofagologia ed allievo di Schindler che nel 1932 in Germania perfezionò il gastroscopio pieghevole di Schindler-Wolf. Nello stesso anno il Torrigiani presentava ne *Il Valsalva* la sua esperienza nell’articolo *Tecnica della gastroscopia*. Il Prof. Schindler emigrato poi a Chicago per motivi razziali nel suo libro *Gastroscopy* citava Torrigiani fra i suoi allievi.

Figura 2. *Prof. Giuseppe Gradenigo.*[*]

plicazione del radio.[7,11] Il giorno successivo il figlio di Puccini, Antonio, si recò a Firenze da Toti per avere ragguagli e questi gli disse: "Lo sa che suo padre ha un cancro galoppante?"

Intanto Puccini, sconvolto, decise di richiedere un nuovo parere e convocò un luminare del tempo il Prof. Gradenigo dell'Università di Napoli.[1-7]

Puccini scriveva a Clausetti: "…il mio male è papilloma, non grave, ma bisogna levarselo e presto; è situato sotto l'epiglottide. Ho telegrafato al Prof. Gradenigo, dovrò operarmi… col radio o coi raggi X, vedremo il responso del Gradenigo. Per la località dell'applicazione radio, o a Firenze o a Parigi. Bella noia!"[8] Il 2 novembre, Gradenigo, Toti e Torrigiani (nello studio di quest'ultimo) visitarono Puccini ed eseguirono una biopsia laringea. Gradenigo che conosceva e stimava Louis Ledoux, che in Belgio eseguiva un innovativo trattamento radio-chirurgico per i tumori della laringe, diceva quindi a Puccini: "…macché Firenze! Vada a Bruxelles. Lì il Radium fa miracoli. Le darò io una lettera per il Prof. Ledoux. Un tumoretto… Andrà via tutto".[1-7,11] Puccini scriveva a Adami: "… Sono in un periodo tremendo. Questo mio mal di

[*]Il Conte Giuseppe Gradenigo (1859 - 1926), di nobile famiglia veneziana, conseguì la laurea (1883) e la Libera Docenza (1888) a Padova. Fu a Vienna da Politzer e studiò l'embriologia e l'istologia dell'orecchio medio con Schenk. Dal 1889 fu a Torino dove nel 1896 divenne Professore Straordinario e nel 1910 Professore Ordinario. Fondò a Torino una Casa di Cura privata con 70 posti letto, ancora esistente. È anche ricordato per la Sindrome che porta il suo nome, cioè una petrosite con cefalea, paralisi dell'abducente e otorrea. Nel 1917 in seguito a contrasti con l'Amministrazione Ospedaliera si trasferì a Napoli. Con Emilio de Rossi (1844 - 1901) fondò nel 1893 l'*Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia* di cui fu co-editore fino alla morte.

gola mi tormenta, ma più moralmente che per pena fisica. Andrò a Bruxelles da un celebre specialista. Partirò presto. Mi opererò? Mi si curerà? Mi si condannerà? Così non posso più andare avanti. E Turandot è lì. Al ritorno da Bruxelles mi metterò al lavoro".[8] Pochi giorni prima di partire per Bruxelles aveva discusso con Toscanini, che conosceva le sue condizioni, le pagine già composte del duetto finale, producendo grande impressione e pronunciando la storica profezia: "L'opera verrà rappresentata incompleta, e poi qualcuno uscirà alla ribalta e dirà al pubblico: "A questo punto il maestro è morto".[3]

Figura 3. *Giacomo Puccini nel 1924.*

Bruxelles

Il 4 novembre 1924 Puccini partì in treno da Milano per Bruxelles insieme al figlio Antonio, e Clausetti amministratore di Casa Ricordi. La moglie Elvira, che non stava bene, rimase a Milano. Durante il viaggio, il maestro ebbe numerosi episodi di sputo ematico che nascondeva buttando i fazzoletti intrisi di sangue fuori del finestrino.

Il 5 novembre Puccini giunse a Bruxelles e la mattina successiva si recò presso il Radium Institute in Avenue de la Couronne. Fu visitato dal Prof. Ledoux che eseguì una nuova biopsia laringea, effettuò inoltre la visita cardiologica e pneumologica e gli esami del sangue.[2,12] Lo specialista belga disse al figlio di Puccini: "Sa ella di aver

Figura 4. *Avenue de la Couronne.*[*]

condotto qui da noi un cadavere e non un uomo? Se soltanto tre mesi fa suo padre fosse stato qui qualcosa di probabilmente utile si sarebbe potuto realizzare…oggi è escluso un intervento di estirpazione perché suo padre morirebbe sotto i ferri…”.[7,11] Il trattamento di Ledoux prevedeva un’associazione radio-chirurgica con questi tempi: 1) tracheotomia, 2) svuotamento laterocervicale con applicazioni post-operatorie di radio e, 3) inserimento di aghi radioattivi direttamente sul tumore. I tre tempi erano distanziati di circa dieci giorni.[13] Il severo diabete e probabilmente lo stadio tumorale dell’illustre paziente fecero decidere l’esclusione dello svuotamento laterocervicale dalla programmazione terapeutica.

Il 7 novembre Puccini iniziò il trattamento con la radioterapia esterna: un collare contenente radium era posizionato in sede cervicale per alcune ore al giorno.

Puccini scriveva ad un amico: “…sono in croce come Gesù! Ho un collare intorno alla mia gola che è come una tortura. Radio esterno,

[*]Avenue Raymond Blyckaerts, già Avenue de la Couronne, nel quartiere d’Ixelles. Dove sorgeva il Radium Institute adesso si trova un palazzo moderno. Una targa commemorativa (particolare in basso nella foto) ricorda Giacomo Puccini.

per ora, poi spilli di cristallo nel collo e buco per respirare, anch'esso nel collo. Non lo dica però né ad Elvira, né a nessuno. Questo buco, con un cannello di gomma o d'argento non lo so ancora, mi fa orrore.

Figura 5. *Il collare di radio.*[*]

Assicurano che non soffrirò niente, e che devo farlo per lasciare tranquilla la parte che deve guarire…Così dovrò respirare dal cannello. Dio mio che orrore! Io dopo otto giorni ritornerò a respirare dalla bocca. Che roba! Dio mi assista. È una cura lunga, sei settimane, e terribile. Però assicurano guarigione. Io sono un po' scettico e ho l'animo preparato a tutto. Dal giorno della partenza il mio male è peggiorato. Spurgo sangue vivo e nero a boccate la mattina. Ma il medico dice che non è nulla e che ora devo stare tranquillo perché la cura è cominciata. Vedremo…"[8]

Inizialmente la cura era senza privazioni, appena il collare era tolto, il maestro poteva muoversi. Egli solitamente andava pranzo e a cena con gli amici e si recò al cinematografo ed anche al teatro *La Monnaie* ad assistere alla *Butterfly*, dove riconosciuto, fu acclamato dal pubblico.[1-3,11] A visitarlo in Clinica si recarono l'Ambasciatore d'Italia Orsini-Baroni e Monsignor Micara, Nunzio Apostolico in Belgio. I Reali di Belgio s'interessavano tutte le mattine della sua salute.[1-7,14] Le condizioni cliniche nei giorni successivi migliorarono, l'emoftoe cessò, Puccini riacquistò l'abituale appetito e …ricominciò a fumare.[2] Scriveva il 17 e il 19 novembre ad un amico: "…Cura

[*]Dal 1920 al 1940 per trattare le stazioni linfonodali del collo venivano utilizzati collari contenenti sorgenti di radium. Il radium veniva inserito in materiali a bassa densità come la cera il legno e la gomma e uno strato di sughero distanziava le fonti radioattive dalla cute. I collari erano rivestiti con pasta di Columbia o con piombo.

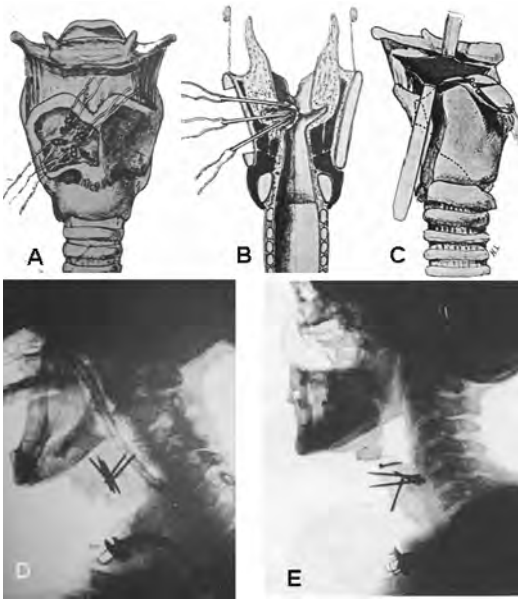


Figura 6. *L'intervento di Ledoux.*[*]

esterna, però mi pare di star meglio". "… Solito tran-tran; collare, inalazioni, non appetito, tre cuscini a letto… Lunedì comincia il brusco.

Speriamo che mi salvino!"[8]

Lunedì 24 novembre fu eseguito l'intervento chirurgico. Dopo una premedicazione con morfina, fu eseguita la tracheostomia in anestesia locale.

Mediante un'incisione cutanea sottojoidea, Ledoux disinserì dall'osso joide i muscoli sterno e omojoidei ed espose la membrana tiro-joidea.

Dopo la legatura dell'arteria tiroidea superiore e la sezione del nervo laringeo superiore rimosse parte della cartilagine tiroidea conservando il pericondrio interno. Eseguì probabilmente una faringotomia ed isolò il tumore che si estendeva bilateralmente e infisse sulla neoplasia sette aghi radioattivi (3 da una parte, 4 dall'altra) che prevedeva di lasciare in laringe per 7 giorni.[6,12,13] Durante l'intervento si verificò un abbondante sanguinamento che fu tamponato con delle garze che impedirono la completa chiusura della ferita.[6] L'operazione andò avanti per 3 ore e 40 minuti, fu eseguita in anestesia locale con novocaina, fu inoltre introdotto un sondino nasogastrico.[1-7]

L'amico Magrini, giunto intanto a Bruxelles scriveva: "L'operazione fu terribile, uno squarcio di 10 centimetri alla gola, tale e

[*]Immagini dell'intervento di fenestrazione di Ledoux (A, B): schema della faringotomia per inserire il radium nel cancro dell'epiglottide (C); alcuni controlli radiologici post-chirurgici (D, E). Da: Ledoux L. *Traitement curie-chirurgical du cancer laringé*. Le Cancer 1924.

quale come si fa agli agnelli. Hanno poi frugato dentro per isolare il tumore che è grosso come una noce, e lo hanno circondato con 7 aghi di platino, irradiati".[8]

Puccini che non poteva parlare, scriveva su un taccuino: "mi sento come se avessi delle baionette in gola".[1-7] Era nutrito con il sondino naso gastrico e per placare il senso di sete gli bagnavano le labbra con Champagne.[2] Nei giorni successivi all'intervento si diffuse un certo ottimismo.

Figura 7. *Monsignor Micara.*[*]

Clausetti scriveva a Adami: "le cose vanno come meglio nessuno avrebbe sperato. Il cuore, i polmoni e i bronchi funzionano regolarissimamente. Ora tutto il compito è affidato al radio che sarà il miracoloso salvatore. Di vero e proprio miracolo della scienza deve parlarsi e, senza i valorosi medici di Bruxelles il nostro grande amico non avrebbe avuto speranza di guarigione".[8] Il 27 novembre Ledoux pubblicamente dichiarava: "Puccini s'en sortira" ed ai familiari prometteva che il compositore avrebbe cominciato presto ad alimentarsi per bocca. Alle ore 18 del 28 novembre Puccini mentre era seduto in poltrona ebbe un attacco cardiaco e perse conoscenza. Il battito divenne irregolare e la ferita iniziò a sanguinare.[1-7] Il dott. Ledoux immediatamente rimosse gli aghi radioattivi dalla laringe e praticò un'iniezione, probabilmente di morfina, e lasciò la Clinica così stravolto dagli eventi che tornando a casa in auto investì e uccise un pedone.[1-711,12] Puccini per l'ultima

[*]Nominato vescovo nel 1920 fu Nunzio Apostolico in Cecoslovacchia e successivamente in Belgio e Lussemburgo. Nel 1946 fu ordinato Cardinale e dal 1951 al 1965 fu il Cardinale Vicario di Roma.

volta scriveva: “Sto peggio di ieri, l’inferno in gola e mi sento svenire, acqua fresca”. Il figlio Tonio accanto a lui bagnava le sue labbra con Champagne. Nella notte le condizioni del maestro si aggravarono e il mattino giunse in Clinica Monsignor Micara che impartì i sacramenti a Puccini ormai morente.[14] Alle 11.30 del mattino del 29 novembre il maestro si spense. Come testimoniato da Monsignor Micara, in Clinica regnava un senso d’impressionante sbalordimento e confusione. I messaggi che giungevano da personalità da ogni parte del mondo, rivelarono al Dott. Ledoux la grandezza dell’artista e il medico rimase annichilito per la responsabilità che si era assunta.[14] Su insistenza di Monsignor Micara, fu allestita la camera ardente presso il Radium Institute. La stessa sera al Teatro *La Monnaie* dove era in cartellone *La Bohème*, fu eseguita la marcia funebre di Beethoven e prima dello spettacolo furono osservati due minuti di silenzio.[15]

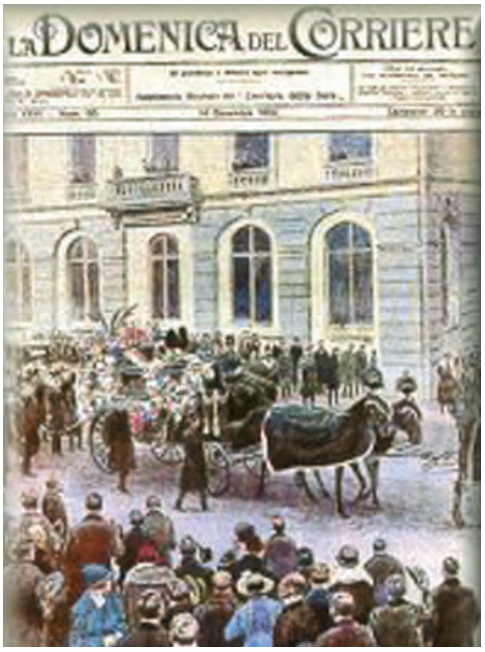


Figura 8. *I solenni funerali di Giacomo Puccini a Bruxelles. Da ‘La Domenica del Corriere’ del 14/12/1924.*

Il primo dicembre a Bruxelles nella chiesa di St. Marie si svolse una cerimonia funebre, officiata da Monsignor Micara. Un corteo accompagnò il feretro fino alla stazione ferroviaria. Il feretro venne posto su un vagone privato che fu agganciato al treno per Milano.

Il 3 dicembre nel Duomo di Milano si svolse il funerale solenne celebrato dal Cardinale Tosi. Arturo Toscanini con l’orchestra ed il coro della Scala eseguì la messa di Requiem dall’Edgar. Fu dichiarato il lutto nazionale, le bandiere sventolavano a mezz’asta dagli

edifici pubblici e privati, una moltitudine accompagnò il corteo funebre fino al cimitero monumentale ove la salma fu tumulata nella cappella di Toscanini.[1-7] La morte colse il compositore, quando stava componendo il terzo atto ed aveva ultimato tutta la scena della morte di Liù. L'editore Ricordi, Toscanini e il figlio di Puccini, decisero di affidare la redazione del finale di Turandot al compositore napoletano, Franco Alfano. Lo stesso Toscanini diresse la prima alla Scala di Milano il 25 aprile 1926. Nel corso del terzo atto, il Direttore interruppe l'esecuzione sull'ultima nota della partitura pucciniana, ossia dopo la morte di Liù, si girò verso il pubblico depose la bacchetta e disse: "Qui finisce l'opera perché a questo punto il Maestro è morto".

Figura 9. *Arturo Toscanini (1867 - 1957).*[*]

Solo dalla seconda replica Toscanini eseguì pure il finale, scritto da Franco Alfano.

Ringraziamenti

Gli Autori ringraziano sentitamente Simonetta Bigongiari e il "Centro Studi Giacomo Puccini" di Lucca per la preziosa collaborazione.

[*]Nato a Parma il 25 marzo 1867 si diplomò nel 1885 in violoncello e composizione al Conservatorio della città. A soli diciannove anni si ritrovò sul podio a sostituire un Direttore d'orchestra che aveva abbandonato la scena. Ebbe così inizio la straordinaria carriera del Maestro, considerato il più grande direttore di tutti i tempi. Nel 1895, come direttore artistico del *Teatro Regio di Torino*, inaugurò *La Bohème* di Puccini. Nel 1898, all'età di 31 anni, divenne direttore stabile della Scala di Milano. Nel 1908 fu chiamato al Metropolitan di New York, dove diresse la prima di *La Fanciulla del West* di Puccini. Nel 1931 lasciò l'Italia e si stabilì negli Stati Uniti perché fu oltraggiato da un gruppo di fascisti per essersi rifiutato di eseguire gli inni ufficiali prima di uno spettacolo. Tra Puccini e Toscanini esisteva un rapporto d'amicizia e stima personale ed artistica contrastato. Un aneddoto ricorda che Puccini inviò un panettone per Natale al Direttore e subito dopo, ricordatosi che era un periodo in cui non si parlavano, inviò un telegramma: "Panettone mandato per errore. Puccini" cui Toscanini rispose "Panettone mangiato per errore. Toscanini".

Bibliografia

1. Adami G. Il Romanzo Della Vita di Giacomo Puccini, 3rd ed. Milano: Rizzoli e C, 1942
2. Böhme G. Medizinische Porträts Berühmter Komponisten. Stuttgart/New York: Gustav Fischer Verlag, 1987
3. Carner M. Giacomo Puccini. Biografia Critica. Milano: Casa Editrice Il Saggiatore, 1961
4. Panichelli P. Il "Pretino" di Giacomo Puccini Racconta, 3rd ed. Pisa: Nistri-Lischi Editori, 1949.
5. Severgnini S. Invito All'ascolto di Puccini. Milano: Mursia, 1984.
6. Latkowski B, Halama A, Modzelewska E. Two dramatic events in the life of Giacomo Puccini. Otolaryngol Pol. 1991;45:479-81.
7. Magri G. La verità sulla morte di Giacomo Puccini. Il Dialogo 1998;19/2:7.
8. Gara E. Carteggi Pucciniani. Milano: Ricordi, 1958
9. Devine K. Laryngectomy: vicissitudes in the development of a good operation. Arch Otolaryngol 1963;68:816–825.
10. Marchese-Ragona R, Marioni G, Staffieri A. The unfinished Turandot and Puccini's laryngeal cancer. Laryngoscope. 2004 May;114:911-4
11. Cecchi S. Bruxelles cancella l'ultima dimora di Puccini. da La Nazione, edizione del 10 maggio 2006, pag 5.
12. Tainmont J. Belgian fate of Giacomo Puccini (1858-1924) B-ENT. 2006;2:151-9.
13. Ledoux L. Traitement curie-chirurgical du cancer laringé. Le Cancer (Bruxelles) 1924; 2 :100-6
14. Marchi R. Gli ultimi momenti di Giacomo Puccini. Notiziario Filatelico1966; 6:31-2
15. Phillips-Matz M.J. Puccini: A Biography. Boston: Northeastern University Press, 2002.

Franz Kafka
(1883 - 1924)

Dino Felisati, Giorgio Sperati

Tormento e contraddizioni di una esistenza disperata

Figura 1. *Copertina della prima edizione de* "La Metamorfosi". *(1915)*

Nasce a Praga il 13 luglio 1883, da ebrei tedeschi. La sua famiglia è di cultura germanica, ma l'appartenenza al ghetto la esclude dal rapporto con la minoranza tedesca presente a Praga. Il padre governa la famiglia con autorità. "Di fronte all'intolleranza e alla tirannia dei miei genitori, vivo nella mia famiglia più estraneo di uno straniero" egli scrive, e infatti si sente doppiamente straniero: nella sua famiglia e nella sua città.

Nel 1901, dopo aver frequentato per due settimane il corso di chimica e per sei mesi quello di germanistica, passa alla facoltà di giurisprudenza,

Figura 2. *Statua bronzea di Kafka a Praga.*

considerata meno impegnativa, che gli consente di trovare un impiego e di cominciare a scrivere. Si laurea all'Università tedesca di Praga il 18 giugno 1906. In quest'epoca pare si manifestino i primi segni della tubercolosi polmonare che sarà la causa della sua morte prematura all'età di 41 anni.

Due anni dopo viene assunto dalla Arbeiter-Unfall Versicherungs Anstalt (Istituto delle Assicurazioni Infortuni sul Lavoro, filiale praghese delle Assicurazioni di Trieste) che gli consente di avere il pomeriggio libero per dedicarsi alla scrittura. Ma la stanchezza lo obbliga al riposo e pertanto il lavoro intellettuale viene rimandato alla notte.

Compaiono insonnia e intolleranza verso i rumori. Il quadro clinico si arricchisce di foruncolosi, astenia, stipsi e disturbi neurovegetativi. Si cura con diete crudo-vegetariane. Nel 1912 scrive al suo amico Max Brod di avere sfiorato il suicidio. Nel 1909 e nel 1913 soggiorna a Riva del Garda in una Casa di Cura raccomandata per il trattamento della neurastenia, disturbi di assimilazione, affezioni di cuore e dei polmoni. Alcuni anni dopo ha i nervi a pezzi, è tormentato da cefalee e vive in uno stato di profonda depressione psichica che tende all'autodistruzione. Il 9 agosto 1917 la malattia tubercolare si manifesta attraverso un'emottisi. Così egli ne parla: "Erano circa le quattro del mattino. Io mi sveglio, mi meraviglio della strana quantità di saliva in bocca, la sputo ma poi decido di accendere la luce. E così comincia. Crleni, non so se è scritta bene, ma è un'espressione efficace per questo sgorgare dalla gola. Pensai che

non dovesse smettere più. Come facevo a tappare la sorgente se non l'avevo aperta. (…) Ecco dunque la situazione di questa malattia spirituale, la tubercolosi".[4]

Cinque anni prima aveva conosciuto Felice Bauer con la quale aveva intrattenuto una fitta corrispondenza (sono gli anni de *La Metamorfosi* e *Il Processo*). Nel 1919 incontra Julie Wohryzeck, ma pochi mesi dopo la lascia perché ha conosciuto Milena Jesenka. I suoi amori sono lo specchio della sua insicurezza, della sua mente alterata: egli ha paura di perdere la sua libertà, ma nello stesso tempo teme di rimanere solo.

La tubercolosi si aggrava: viene successivamente ricoverato a Merano, ove la febbre diventa continua ed elevata, la tosse secca e stizzosa. Da Merano inizia la corrispondenza con Milena Jesenka che sarà fonte di preziose informazioni sul suo stato di malattia fisica e mentale. Traspaiono evidenti "la mania autodistruttiva, il bisogno di fustigarsi e di umiliarsi, il senso della propria nullità e impotenza".[6]

Nel 1920 viene ricoverato in un sanatorio di montagna. La sofferenza è tale che chiede al dr. Klopstock di praticargli una iniezione mortale di oppio: "mi uccida o lei è un assassino". Ma per fortuna si riprende e torna a Praga. Qui conosce Dora Dyamant (16 giugno 1923).

Con lei va a vivere a Berlino.

Nel febbraio 1924 il suo stato di salute peggiora, viene ricoverato a Vienna, nella clinica del prof. Markus Hajek: il processo tubercolare ha ormai invaso la

Figura 3. *Tomba di Kafka e della sua famiglia nel cimitero ebraico di Praga.*

Figura 4. *Markus Hajek. fu uno dei più noti rinologi e laringologi del suo tempo.*

laringe. Viene trasportato nel piccolo sanatorio di Kierling ove il prof. Neumann pratica l'alcolizzazione del nervo laringeo superiore.[5]

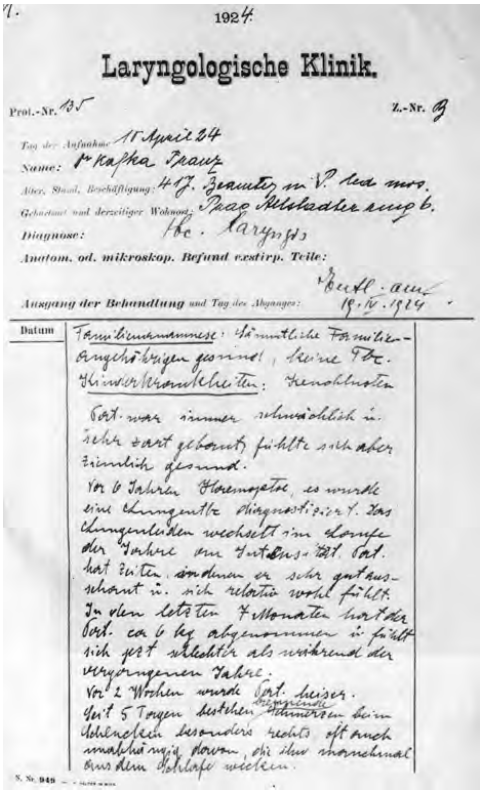
In mancanza di una terapia eziologica contro il bacillo di Koch, in quegli anni si poteva ricorrere unicamente a cure palliative. Per le localizzazioni specifiche della laringe, responsabili di violente crisi di tosse pertussoide e di dolori intensi dovuti a interessamento delle aritenoidi, che rendevano difficoltosi l'alimentazione ed il riposo del paziente, venivano eseguite infiltrazioni per via cervicale del nervo laringeo superiore con soluzione di cocaina 1% più alcool a 60-80 % ed eventualmente stovaina 1%. Le infiltrazioni avevano un benefico effetto sulla sintomatologia, ma dovevano essere ripetute ogni 8-10 giorni. Le condizioni generali di Kafka erano però talmente compromesse che, dopo pochi mesi, il 3 giugno1924 sopravvenne la morte.

L'opera di Kafka e il suo rapporto con la malattia

Kafka è scrittore complesso, addirittura assurdo, difficile da capire se non si penetra nei meandri della sua personalità. Affiorano alcuni elementi come possibile chiave di lettura della sua opera. Innanzi tutto è figlio di ebrei da tempo inseriti in ambiente germanico, quindi in parte staccati dalle loro tradizioni originarie, ma non

accettati proprio perché ebrei. In secondo luogo, pesa nello sviluppo caratteriale del giovane Kafka il rapporto con la famiglia, con un padre autoritario che certamente non facilita il corretto sviluppo di una delicata personalità. In terzo luogo intervengono disturbi di tipo psicologico, che sfociano nella nevrosi, complicati da alterazioni psicosomatiche, ai quali si associa una malattia organica, la tubercolosi polmonare. L'approccio alla sua opera non può prescindere dalla psicologia. Kafka conosce l'opera di Freud ed egli stesso pratica l'analisi ricordando episodi della sua infanzia, ricostruendo il rapporto con i genitori, in particolare col padre.[1]

La malattia fisica non entra nelle opere, mentre quella mentale è ben rappresentata, spesso dai personaggi principali maschili, i più autobiografici. Infatti i protagonisti del *Castello*, del *Processo* o di *America* sono cupamente soli, afflitti da sensi di colpa che li schiacciano e li condannano ad un'esistenza disperata e ai margini della società, proprio come il loro creatore. Con lui condividono un'importante caratteristica: l'esitazione. Sono incapaci di scegliere, sono condannati ad una *non-vita*. Lo stesso Kafka nei suoi diari dice di essere un *non-nato*, condannato a morire senza avere vissuto. La malattia fisica invece non è rappresentata nelle opere, di tubercolosi non si parla mai, anche se, leggendo tra le righe, tanti personaggi ci sembrano dei


1924

Laryngologische Klinik.

Prot.-Nr. 135 Z.-Nr. 9

Tag der Aufnahme 18 April 24

Name: Dr Kafka Franz

Alter, Stand, Beschäftigung: 41 J. Beamter in V. led mos.

Gebartsort und derzeitiger Wohnort: Prag Altstädter ring 6.

Diagnose: Tbc. Laryngis

Anatom. od. mikroskop. Befund exstirp. Teile:

Ausgang der Behandlung und Tag des Abganges: Heutl. aus 19.IV.1924

Datum

Familienanamnese: Sämmtliche Familienangehörigen gesund, keine Tbc.

Kinderkrankheiten: Keuchhusten

Pat. war immer schwächlich u. sehr zart gebaut, fühlte sich aber ziemlich gesund.

Vor 6 Jahren Haemoptoe, es wurde eine Lungentbc diagnostiziert. Das Lungenleiden wechselt im Laufe der Jahre am Intensität. Pat. hat Zeiten, in denen er sehr gut ausschaut u. sich relativ wohl fühlt. In den letzten 7 Monaten hat der Pat. ca 6 kg abgenommen u. fühlt sich jetzt schlechter als während der vergangenen Jahre.

Vor 2 Wochen wurde Pat. heiser.

Seit 5 Tagen bestehen brennende Schmerzen beim Schlucken besonders rechts oft auch unabhängig davon, die ihn manchmal aus dem Schlafe wecken.

S. Nr. 949

Figura 5. *Frontespizio della cartella di Kafka in occasione del suo ricovero presso la Clinica Laringologica di Vienna diretta dal Prof. Hajek.*

condannati a morte, che avanzano ignorando il loro male; dei malati che proseguono incuranti e incurabili. Un altro tema molto importante, al pari della malattia, è l'ebraismo che non è mai citato esplicitamente in nessuna opera, ma del quale possiamo leggere tra le righe molti richiami.[2]

I protagonisti dei romanzi sono uomini sani, che però vengono fiaccati dai loro mali mentali, come per esempio l'agrimensore K. nel *Castello*: nel momento supremo, quando il funzionario Brugel lo può aiutare miracolosamente, l'agrimensore è talmente privo di energie che crolla addormentato. Il tema dell'insonnia e dell'impossibilità di dormire ritorna a più riprese. I personaggi kafkiani, come il loro autore, non hanno pace nemmeno nelle attività quotidiane e più elementari, quali il mangiare e il dormire.

Per quanto nelle opere di Kafka non si parli esplicitamente di malattia, va detto però che talvolta emerge il problema del corpo come elemento estraneo da sé, basti pensare al racconto *La metamorfosi*, in cui il protagonista è trasformato in un orrendo insetto. In altri racconti compaiono grottesche figure dalla stazza enorme, come il padre de *La condanna* o *la cantante Brunelda*, o viceversa figure magre e minuscole, come l'artista digiunatore, alter-ego di Kafka che muore di inedia.

L'intera opera è la traduzione del senso di estraneità di Kafka rispetto al mondo esterno, del suo desiderio e nello stesso tempo dell'impossibilità di vivere la realtà quotidiana come chiunque, di partecipare al godimento degli affetti e degli avvenimenti che la vita offre. E vive questo stato di disagio come una colpa, nella convinzione di esserne egli stesso la causa. Si rifugia pertanto nel suo mondo, quello della letteratura, vivendo una condizione di alienato dalla società. "Spesso i suoi racconti o i suoi romanzi hanno la caratteristica dei sogni, come se nella notte, mentre scriveva, fissasse sulla carta le sue fantasie, le sue allucinazioni".[3]

Quanto alla tubercolosi, essa viene considerata qualcosa di buono, qualcosa che gli crea situazioni in cui può vivere l'esistenza che più gli è propria. Non è la malattia fisica ad essere forte e grave, ma la malattia mentale che, per non sopraffare l'individuo con la forza del

suo tormento, trova una via d'uscita nella malattia fisica. Kafka scrive a Milena: "Ecco: il cervello non riusciva più a tollerare le preoccupazioni e i dolori che gli erano imposti. Diceva: 'Non ne posso più; ma se c'è ancora qualcuno cui importi di conservare il totale, mi tolga un po' del mio peso, e si potrà campare ancora un tantino'. Allora si fecero avanti i polmoni, che – tanto – non avevano nulla da perdere. Queste trattative tra il cervello e i polmoni, che si svolgevano a mia insaputa, devono essere state spaventevoli."[6]

E a Milena scrive ancora: "Sono malato di mente, la malattia polmonare non è altro che lo straripare della malattia mentale". Kafka definisce la tubercolosi polmonare di cui soffre addirittura *malattia spirituale*.[4] Sulla lettura che Kafka dà del rapporto tra la sua malattia fisica e quella mentale, secondo gli psicoanalisti si tratta di una ambiguità che fa parte del discorso poetico. Kafka, come Freud, vede la malattia da un punto di vista psicoanalitico, ma la interpreta poeticamente alla luce della sua immaginazione, mentre Freud impiega un rigoroso metodo scientifico.

Kafka non è una persona qualsiasi, egli è un *diverso*, vive in uno stato di angosciosa solitudine, straniero a tutti, non è inserito né nella sua città, né nel suo popolo, né nella sua famiglia, né mai troverà una donna con cui dividere la sua vita. Questa sua diversità si esprime sotto forma di malattia mentale. Egli quindi attende con ansia e accoglie positivamente la malattia fisica, che scarica parte della sofferenza interiore sul corpo e che sottolinea la sua diversità e unicità. Secondo Kafka un diverso e un solitario non può essere sano, si deve distinguere anche nel corpo.

L'idea di suicidio

Si è detto sopra che Kafka ebbe l'idea del suicidio nel 1912. Nonostante fosse continuamente insoddisfatto di sé e della sua vita da perenni sensi di colpa, non sembra che egli abbia mai pensato seriamente al suicidio. L'unica occasione in cui meditò seriamente questa scelta fu in seguito ad un battibecco in famiglia, durante il

quale l'adorata sorella Ottla (l'unica persona che riusciva a comunicare davvero con lui e a sbirciare un poco nella sua anima) prese le parti dei genitori contro di lui. Questo fatto, brusco e inaspettato, lo spinse a meditare una scelta altrettanto brusca e netta. Peraltro, nella sua vita, le delusioni patite furono sempre calcolate e aspettate, determinate dalla sua continua indecisione; facevano parte della sofferenza prolungata e quotidiana dello scrittore, non furono straordinarie e improvvise come nel caso del litigio con la sorella.[1]

In questo quadro di sofferenza giornaliera entra un'altra forma di suicidio, più velata, ma altrettanto terribile: la lunga malattia che appare come una forma di lento e accettato suicidio. Kafka, afflitto com'è dai sensi di colpa, non può dare un taglio netto alla sua vita, deve espiare prima di morire. Ecco quindi le cure che non vengono seguite, il rifiuto del cibo o comunque un'alimentazione scarsa e disordinata. Rientra in questo quadro la difficoltà a rapportarsi con il corpo, spesso sentito come elemento estraneo da sé, che lo ostacola con i suoi problemi e la sua stanchezza, sottraendolo all'amata attività letteraria. Sappiamo inoltre dai suoi epistolari quale fosse la sua paura verso il corpo altrui e verso il rapporto carnale con le donne.[2] I temi morte-sofferenza-espiazione sono mirabilmente trattati in uno dei suoi racconti più agghiaccianti, *La colonia penale*. I condannati a morte subiscono una lunga tortura, sulla loro pelle vengono incisi con un'erpice segni che inizialmente sono indecifrabili, ma che a lungo andare si svelano ai loro occhi insieme alla sofferenza della carne. Ormai agonizzanti, riescono a decifrarli: è la spiegazione della loro colpa, che li fa morire tra le sofferenze, ma "anche al più ottuso si dischiude l'intelligenza. Comincia a diffondersi dagli occhi. È una vista che spingerebbe qualcuno a mettersi accanto al condannato sotto l'erpice". Forse è questo che spera di ottenere Kafka, con il suo lento e sofferente suicidio: che gli si schiuda la verità, che arrivi a comprendere il significato della sua vita e della sua sofferenza. Ma ciò non avverrà certo nella dolorosa agonia, così come il comandante del racconto appena citato, perirà sotto l'erpice e nei suoi occhi "non si poteva cogliere alcun segno della promessa trasfigurazione".

Bibliografia

1. Brod M. “Franz Kafka” Praga 1937
2. Hackermüller R.“Das Leben,das mich stort” Vienna 1984
3. Martinelli Seltzer L.: “Kafka: introduzione all’opera”, in: “Wege zur deutschen Literatur” Firenze, 2001
4. Laura Montani “Kafka e la malattia come significante” in “Il corpo e il testo” – PSY-CHOMEDIA (Home page Italiana), ARTE E RAPPRESENTAZIONE, Letteratura
5. Skopec M., Majer E. H. “Geschichte der O.R.L. in Osterreich” Vienna 1998
6. Sterpellone L.: “Franz Kafka” in “Pazienti illustrissimi…” Roma 1985.