XII CONGRESSO NAZIONALE FIAMO

FEDERAZIONE ITALIANA ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI
FIAMO

L.M.H.I
LIGA MEDICORUM HOMEOPATHICA INTERNATIONALIS

IL TRAUMA

QUANDO UN EVENTO ROMPE UN EQUILIBRIO FISICO ED EMOTIVO: ESPERIENZE DI MEDICINA UMANA E VETERINARIA

TEMI LIBERI

28-30 MARZO 2014
FIRENZE
HOTEL LONDRA

atti
DEL CONGRESSO

XII CONGRESSO NAZIONALE FIAMO

Presidente del Congresso
Gustavo Dominici

Segreteria Scientifica
Manuela Sanguini, Mauro Dodesini,
Giuseppe Fagone, Vincenzo Falabella,
Antonella Ronchi, Sergio Sportiello,
Marco Verdone

Coordinatore per il Congresso
Giovanna Giorgetti

Sede congressuale
Firenze, Hotel Londra
via Jacopo da Diacceto, 16-20

www.fiamo.it
FIAMO
Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopati

Informazioni
Segreteria FIAMO – via C. Beccaria 22 – Terni
e-mail: omeopatia@fiamo.it – Tel/Fax 0744-429900

Informazioni e prenotazioni spazi espositivi e inserimenti pubblicitari nelle riviste Il Medico Omeopata e il Granulo
Giovanna Durante, cell. 347-6094735
e-mail: gdurantefiamo@virgilio.it

con il patrocinio di

- Comune di Firenze
- FNOVI – Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani
- Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze
- Ordine dei Medici Veterinari di Firenze e Prato
- Ordine Farmacisti della Provincia Firenze

---

sponsor gold

Boiron | Cemon | Plose

---

aziende espositrici sponsor della manifestazione

- Fabio Libri
- Laboratorio Sodini
- Named
- Pi Pure
- Weleda
- Laboratori Hering
- H.M.S.
- OTI
- Similia

XII CONGRESSO NAZIONALE FIAMO

sommario

venerdì 28 marzo 2014

I SESSIONE – Moderatori: Antonella Ronchi – Marco Verdone

Il trauma di Tatia – *Fabio Antonioni* 6

Lorenzo e Bellis perennis: testa alta e sempre in piedi! – *M. Cristina Andreotti* 14

Un caso di trauma da separazione dalla madre in un bambino di sette giorni di vita *Marialisa Angeli* 27

II SESSIONE – Moderatori: Sergio Sportiello – Vincenzo Falabella

Prima del trauma: quali rimedi e "famiglie omeopatiche" presentano una struttura che rende il trauma significativo? – *Massimo Mangialavori* 35

Cocculus in una paziente con diagnosi di sclerosi multipla – *Giuseppe Fagone* 36

"Trauma uguale Arnica?" – *Alessandro Avolio* 45

Il trauma in medicina dello sport – *M. Rita Gualea* 54

Caso clinico di trauma cranico in un gatto trattato con terapia omeopatica. Documentazione video – *Roberto Orsi* 61

sabato 29 marzo 2014

III SESSIONE – Moderatori: Manuela Sanguini – Mauro Dodesini

Neurobiologia e trauma: il rimedio omeopatico come strumento di conoscenza e integrazione *Raffaella Pomposelli* 62

Nuove visioni della similitudine: omeopatia ed entanglement quantistico – *Egidio Galli* 74

Soffocare un trauma: il caso di Pulce – *Nicoletta Messina* 87

I rimedi traumatici in veterinaria – *M. Baer* 95

IV SESSIONE – Moderatore: Francesco Marino – Marina Nuovo

Trauma fisico e psichico: un'inseparabile unione – *Vera Caltabiano* 102

Confronto tra terapia palliativa convenzionale e trattamento omeopatico personalizzato dei pazienti oncologici – *Francesca Talarico* 106

Problematiche inerenti alla valutazione e all'uso di rimedi rari: Lac Humanum *Giandomenico Lusi* 140

"Trauma" da confinamento nella specie umana e canina: approccio omeopatico e gestionale *Livia Malara* 147

Proving: Proteus vulgaris – *Benedetta Gobbi Frattini* 160

domenica 30 marzo 2014

V SESSIONE: TEMI LIBERI – Moderatori: Giuseppe Fagone – Mario Sciarri

Stili di vita osservati in soggetti trattati in ambulatori privati e pubblici da medici omeopati della FIAMO Toscana – *Sergio Segantini* 183

Studio e confronto tra la prima farmacopea ufficiale italiana (1897) e la farmacopea omiopatica poliglotta (1879) – *M. Teresa Baffa* 194

Sterilizzazione del cane prepubere: un profondo trauma dell'equilibrio psicofisico di un soggetto in crescita risolvibile con l'omeopatia – *Chiara Dissegna* 252

La psora secondaria di Hahnemann: confronto delle edizioni delle malattie croniche, analisi dei sintomi e della materia medica non hahnemaniana – *Sebastiano Di Salvo* 264

Un caso clinico di artrite idiopatica giovanile post-traumatica guarita con trattamento omeopatico tradizionale – *Massimo Rittatore* 276

Un caso di artrite reumatoide trattata con Agaricus muscarius a confronto con altri casi dello stesso rimedio – *Bruno Zucca, Monica Delucchi* 286

SESSIONE POSTER

Giovanni Vespia 314

Gli Autori 318

Fabio Antonioni

Il trauma di Tatia

PAROLE CHIAVE

Trauma affettivo- Omeopatia- Sali di magnesio- Contesto ambientale- Repertorizzazione

Introduzione

Quante volte noi Veterinari Omeopati ci troviamo in difficoltà nel comprendere un interlocutore che racconta del proprio animale; fortunatamente l'esperienza tanto declamata dallo stesso S. Hahnemann ci viene in aiuto.
Viene illustrato il caso di una gatta dove si chiarisce l'esigenza di esaminare il quadro nel suo insieme, cioè oltre a valorizzare i segnali del corpo ed il corredo sintomatologico, diventa indispensabile una valutazione delle dinamiche ambientali al fine di una lettura più coerente di ciò che definiamo sinteticamente "sistema paziente".
Nello specifico il proprietario, come spesso accade, si limita ad una versione dei fatti essenziale ed alquanto riduttiva nei contenuti, non consentendo una immediata comprensione del problema reale strutturatosi da tempo nella sua gatta.
Valutando meglio l'intera vicenda è stato possibile risalire alla vera natura dello scompenso, rivelatosi un imprevisto trauma di natura affettiva e, di conseguenza, proporre una soluzione omeopatica efficace, risolutiva e duratura nel tempo.
A tale riguardo non soltanto i sintomi fisici e le generalità si sono rivelati essenziali nella tecnica repertoriale, ma le stesse manifestazioni comportamentali della paziente hanno acquisito un peso rilevante a conferma di una chiara espressione reattiva disadattativa.

Materiali e metodi

Viene descritto il caso clinico di Tatia, una gatta nera di razza europea portata in visita per un problema gastroenterico ed uno stato di deperimento psicofisico che perdura inspiegabilmente da diverso tempo.

22.04.13- 1° visita: Tatia, sesso femminile, età 13 aa (nata in Agosto 2000), sterilizzata.
La proprietaria, visibilmente preoccupata si abbandona subito ad un pianto liberatorio.
Esordisce:
" Tatia non sta troppo bene, sono preoccupata. Circa 3 mesi fa l'ho fatta visitare, le hanno fatto una serie di esami (vedi referti), è risultato tutto nella norma. Ha fatto anche una ecografia addominale (controllato referto), non le hanno trovato nulla. Però ultimamente la vedo dimagrita, era una gatta di 7,50 Kg, ha perduto il suo pelo lucido ed è sempre stata stitica".
Domando sulla consistenza delle feci
"… come dire, come quelle di un coniglio per intenderci, piccole e scure, nere, mentre dentro sono più chiare, però mi hanno detto di darle del latte per farla andare di corpo"
Chiedo se le piaccia il latte
" .. moltissimo, però la fa andare in diarrea, è un disastro, non si ferma più"
Quale dieta segue?
" ora le do crocchette della …., ho provato anche …. prima lei aveva un appetito notevole, per quello non le manca, le piace pollo, tacchino e … carpaccio, quasi mi vergogno a dirlo "
D: mi racconti del suo problema
" da circa un anno lei beve molto e va subito a fare urina, delle volte la vedo come se avesse male alla pancia, si avvicina a me, ai miei piedi, si rannicchia, prova a spingere come quando emette feci ed escono gocce di urina, in verità lei non fa urinate grandi ma piccoli laghetti. 15 gg fa ho visto che nelle feci c'erano dei vermi ed il mio Vet le ha prescritto un vermifugo…

PARAMETRI BIOCHIMICI

	VALORE		CANE	GATTO	
ALT (GPT)	28	U/L	10-100	12-130	
AST (GOT)		U/L	10-62	14-41	
Fosfatasi alcalina (ALKP)	48	U/L	23-212	14-111	
Bilirubina	0.4	mg/dl	0.1-0.6	0.0-0.9	
Urea/BUN	27	mg/dl	7-29	16-36	
Creatinina	2.2	mg/dl	0.5-1.8	0.8-2.4	
Glucosio	112	mg/dl	70-143	71-159	
Proteine totali (PT)	8.1	g/dl	5.2-8.2	5.7-8.9	
Albumina		g/dl	3.2-4.7	2.3-3.9	
Calcio		mg/dl	9-11.9	7.8-11.3	
Fosforo		mg/dl	1.9-7.9	3.1-7.5	
Potassio		mEq/L	3.9-5.5	3.5-5.8	
Sodio		mEq/L	146-156	150-165	
Amilasi (AMYL)		mEq/L		500-1500	

che dovrei ripetere ora" (consiglio di soprassedere per il momento).

ESAME EMOCROMOCITOMETRICO

	VALORE		CANE	GATTO	
ERITROCITI	7.1	10^6/ul	5.5-8.5	5-10	
EMOGLOBINA (HGB)	13.0	g/dl	13-20	8-17	
HCT	37.4	%	38-60	27-47	
MCV	53	fl	60-75	40-55	
MCHC	34.7	g/dl	32-36	31-36	
RDW	15.2	%	18-23	17-22	-
PIASTRINE (PLT)	300	10^3/ul	200-500	180-430	
Stima piastrinica	adeguata				
LEUCOCITI	20.4	10^3/ul	6-15	5-11	+++

FORMULA LEUCOCITARIA	VALORE		CANE	GATTO	
Neutrofili	13.8 (67%)	u/l	3.0-10.0	3.0-12.0	+
Linfociti	6.3 (31.1%)	u/l	1.0-4.8	1.0-4.0	+++
Monociti	0.3 (1.9%)	u/l	1.5-10.0	0-5	
Eosinofili	-	u/l	1-12.5	1.7-15.7	
Basofili	-	u/l	0-1.0	0-2.0	

Visita clinica: la gatta appare curiosa ma intimidita, esce lentamente dal suo trasportino, si lascia toccare e manipolare senza problemi, manifesta un atteggiamento piuttosto infantile, cerca insistentemente la proprietaria fino ad aggrapparsi con le unghie alla sua spalla. In generale presenta un addome piuttosto dilatato, gonfio, dolorante alla palpazione profonda, non reagisce ma si limita a fare brevi miagolii di disapprovazione. Per il resto: respirazione, linfonodi, T° rettale, tutto nella norma, nulla di rilevante a parte l'alitosi lamentata dalla proprietaria, che và a momenti, quando più disturbata aumenta.

D: Altro?

" deglutisce continuamente, non so perché lo faccia."

Domando qualcosa a livello ambientale.

" in casa vive con un'altra gatta più giovane di circa 4 aa di nome Sputnik, una trovatella anche lei"

Chiedo se siano in buoni rapporti.

" no, assolutamente, Tatia sta bene solo con me o con mio marito, un terzo sarebbe di troppo, non vuole stare con altri. Poi è anche piuttosto riservata e si offende per niente, quando la sgrido mi fa i dispetti, mi urina in giro."

D: problemi in passato?

" no, è una gatta che dopotutto è sempre stata bene"

Domando se abbia problemi con il treno posteriore.

" oh, si dottore, quasi dimenticavo, ci sono momenti nei quali sembra avere come dei dolori quando la si tocca alle zampe posteriori e sembra fare più fatica a muoversi, io dico che soffre di reumatismi come i vecchi , può essere?"

Analisi del caso

Prendo in esame i sintomi oggettivi e le generalità.

Radar 10.5

1	1234	1	GENERALS - FOOD and DRINKS - milk - agg.	155
2	1234	1	ABDOMEN - PAIN - cramping	38
3	1234	1	ABDOMEN - DISTENSION	33
4	1234	1	ABDOMEN - ENLARGED	56
5	1234	1	RECTUM - DIARRHEA - milk - agg.	27
6	1234	1	STOMACH - THIRST	41

	ars.	calc.	chin.	iod.	kali-c.	lyc.	mag-m.	nat-c.	podo.	sep.
	6	**6**	**6**	**6**	**6**	**6**	**6**	**6**	**6**	**6**
1	2	3	3	1	2	2	3	2	1	3
2	2	3	2	1	2	3	3	2	3	2
3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	2
4	1	2	1	2	1	2	1	1	1	3
5	1	3	1	1	2	2	3	3	1	3
6	3	3	3	3	2	1	1	2	2	1

Prescrizione omeopatica:

Magnesia muriatica 3 LM (diluizione disponibile in farmacia)

5 gocce die in plus per 3 sett.

Controllo fra 3 settimane.

Follow-up

13.05.13 (3 sett dopo): Chiedo se abbia notato cambiamenti durante la cura.

" mangia regolarmente, ora si scarica bene ogni 2,3 gg, le feci sono normali, sono allungate, non più palline, addirittura prima c'erano momenti che faceva diarrea. Prima di scaricarsi si vede che sta male, poi quando si libera sta meglio….. ultimamente fatica con le zampe dietro a camminare. Per il resto tende a dormire molto durante il giorno, in generale si muove poco".

Alla visita rilevo un'ulcera di colore rosso intenso al centro della lingua ed altre due a carico delle gengive a livello dei premolari inferiori, entrambi non presenti la volta precedente. Sembra che anche in passato abbia sofferto di stomatite, ma in merito non riesco a saperne di più.

Permane la presenza di forforina bianca a livello cutaneo, appetito conservato, tendenza a deglutire spesso, alitosi specie in alcuni momenti della giornata.

" non so come dire, la vedo … un po' più energica, ci sono gg, quando non si scarica

cambia stato d'animo, anche il pelo diventa brutto, capisco che si deve scaricare. Fa feci lunghe, normali, qualche gocciolina di sangue sopra."
Chiedo se ricordi qualche problema in passato.
" la sterilizzazione l'ha sofferta, i punti non erano belli, due punti si sono aperti ed ha fatto infezione, è stata una settimana in clinica con flebo, un calvario durato 3-4 mesi."
Non convinto della efficacia della prescrizione omeopatica penso ad un altro Sale di magnesio; la signora non fornisce risposte convincenti sui problemi a carico delle fauci, si limita a parlare in modo affettato, appare visibilmente ansiosa, mi rivela di essere preoccupata di non vedere la sua gatta arzilla come prima e mi chiede se possa dipendere dall'età.
Riesame del quadro:
costituzionalmente la gatta appare ben strutturata, piuttosto tozza nel complesso, lenta nei movimenti, addome a botte, prendo in esame la costipazione, la criticità nel rapporto con il latte, i sintomi fisici nuovi:

Radar 10.5

1	1234	1	Rectum - Constipation	430
2	1234	1	Generals - Food And Drinks - Milk - Desire	111
3	1234	1	Generals - Food And Drinks - Milk - Agg.	155
4	1234	1	Rectum - Diarrhea - Milk - Agg.	27
5	1234	1	Mouth - Aphthae	177
6	1234	1	Rectum - Constipation - Stool - Urging To - Constant; With	13

	mag-c.	sil.	sulph.	ars.	bry.	calc.	kali-ar.	nat-ar.	nat-c.	nux-v.
	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5
1	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3
2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2
3	2	1	3	2	2	3	1	2	2	2
4	2	2	2	1	1	3	2	3	3	-
5	2	1	3	3	1	2	2	2	1	3

Prescrizione omeopatica:
Magnesia carbonica Q1
5 gocce die per 3 settimane in plus.

09/07/13 (2,5 mesi dopo): "dottore è rinata, per forza ha sempre la testa nel frigo, però ora ha una alitosi tremenda. Poi guardi fa le feci lunghe, erano mesi che non le vedevo più, prima erano tonde e piccole, è rinata! Mentre prima beveva tanto, aveva sempre la testa nella ciotola, ora beve nella norma. Ha molta più energia, ha voglia di evadere, di andare giù nel giardino, addirittura fa tutto il giro della casa e mi tocca anche chiamarla perché se ne starebbe fuori, mentre prima no. Anche il pelo dottore, ieri l'ho spazzolata, non ha più quel pelo squamato? Solo che adesso dottore sono 2 gg che mi sembra stia tornando a fare quello che faceva prima cioè è tornata un po' ad inghiottire a vuoto"
Alla visita clinica, rilevo due piccole ulcerette sulla lingua grandi come un seme di miglio mentre sono rientrate le ulcere in sede gengivale.
D: a livello caratteriale è cambiato qualcosa?
" è meno aggressiva! anche con noi, prima gnolava spesso (un modo dialettale per descrivere un atteggiamento di rabbia repressa), anche con mio marito ora è più socievole, prima tendeva ad isolarsi molto di più ed io la spingevo ad andare fuori ma poi veniva sù subito, ora invece fosse per lei starebbe sempre fuori!"
D: soffre più il caldo o il freddo? (visto il caldo afoso esterno)
"decisamente più il freddo, in inverno le piace stare vicino a caminetto o sotto il piumone!"
D: rapporto con l'altra gatta?
" non è cambiata, TATIA la ignora, per lei non esiste neppure e l'altra pur avendo 4 aa vorrebbe giocare. Pensi che stamane mi sono alzata per andare al lavoro alle 4 e ho trovato in casa un millepiedi, TATIA si è messa a giocare, gli correva dietro, erano anni che non la vedevo così.
E' gelosa di noi, ha cambiato il carattere da quando …… è arrivata l'altra gatta, ma Sputnik era una trovatella, non ce la siamo sentiti di lasciarla andare"
D: anche Tatia è una trovatella, vero?
" certo, ce la aveva data una ragazza che l'ha trovata davanti a casa, io e mio marito eravamo appena sposati ed allora abbiamo pensato di tenerla, era un truciolo piena di vermi, un ammasso di cacca e vermi"
D: cibo, ora cosa gradisce?
" carpaccio di manzo di cui è ghiotta, bistecche di suino, tutto fatto a pezzettini piccoli altrimenti non li vuole, pollo allo spiedo, prosciutto cotto, tutta roba da cinque stelle… diciamo"

D: come mangia?
" lenta, lentissima. Poi le piace molto la mollica di pane e il formaggio, quello spalmabile light, ne mangia più lei che io. Lei comunque è una gatta asociale, non và d'accordo con alcuno!
Ad esempio quando vado da mia madre me la porto dietro, lei ha 6 gatti, li ignora, non li vuole vedere, si mette da una parte, accetta più il cane di loro.
Comunque ora è cambiata, è positiva, sta bene, le piace andare giù, le piace camminare, stare in garage, stare in mezzo alla legna o mettersi nella cuccia del cane che è morto. Anche il pelo è bello, è diventato lucido".
D: e con le zampe adesso?
"dottore ora è più svelta di me e di mio marito, vedesse come fa le scale e poi gioca. Poi una cosa che fa quando siamo seduti io e mio marito, si mette sopra le nostra ciabatte e se uno si sposta lei morsica, forse lo fa per gelosia, comunque è energica, è vispa!"
Confermo il rimedio ed alzo la diluizione:
Magnesia Carbonica Q3
5 gocce in plus per 4 settimane

26/07/13 (3 mesi dopo) " dottore non l'ho mai vista stare così bene, pensi che si lava tutta anche le zampe posteriori, cosa che non faceva prima, poi vuole sempre uscire, andare fuori, è energica, si scarica meravigliosamente bene. L'altro giorno la guardavo seduta alle spalle e devo dire che ha assunto proprio un contorno da vera gatta (accompagna il gesto con entrambe le mani), è sparita quella brutta panciona che aveva all'inizio, si ricorda? Sono felicissima!"

05/09/13 (oltre 4 mesi dopo) " dottore lei sta benissimo, anzi stamane si è anche svuotata, erano da almeno 3 gg che non andava di corpo, per il resto non l'ho mai vista stare così.. Però sono da un paio di gg che tende a deglutire sempre e ho visto proprio della saliva che le colava ai lati della bocca, ho pensato fossero tornate le ulcere? ".
Al controllo la gatta è in piena forma, corpulenta ma con addome finalmente sgonfio.
Ad una ispezione accurata della bocca pur con una certa difficoltà riesco a scorgere qualche lieve fissurazione puntiforme a carico della faccia superiore della lingua e del palato molle che appare leggermente arrossato e questo probabilmente costringe TATIA a ripresentare la periodica deglutizione a vuoto. Non c'è salivazione, lieve alitosi.
Ripropongo per qualche gg la diluizione precedente, Magnesia carbonica Q1 5 gocce mattino e sera in plus.

18/09/13: la situazione non si risolve, la gatta biascica, saliva aumentata, alitosi persistente.

Alla visita TATIA ha un pelo lucido, le sue condizioni generali restano buone, ma disturbata da una piccola ulceretta sulla lingua ed a carico delle gengive inferiori che appaiono color rosso intenso, brucianti che continuano ad infastidirla.
Decido di intervenire con un rimedio situazionale:
Arsenicum album Q1 - 4 g.cce mattino e sera per una settimana
27/09/13 (poco oltre 5 mesi dopo): migliora rapidamente il problema orale, TATIA ha ripreso a mangiare, la signora sembra soddisfatta.
Una volta stabilizzata la situazione clinica consiglio di riprendere l'utilizzazione del rimedio costituzionale Magnesia carbonica Q3 riducendo la frequenza di somministrazione a due volte a settimana.
Purtroppo la preparazione per la partenza negli Stati Uniti dei proprietari per motivi di lavoro mi impedisce di continuare a seguire visivamente la gatta, ma resto in contatto telefonico.

Conclusioni

Si è reso necessario studiare il caso clinico prendendo in esame l'intero quadro contestuale dei sintomi allo scopo di circoscrivere correttamente il motivo di scompenso della paziente.
L'introduzione in ambito domestico di una nuova " gatta trovatella" e le eccessive premure dimostrate dalla proprietaria sono state la miccia capace di turbare la sensibilità di Tatia, la gatta più anziana e quindi di spostare gli equilibri affettivi in ambito domestico innescando un progressivo deperimento dello stato di salute.
Chiarita la dinamica degli eventi è stato più agevole circoscrivere l'esperienza traumatica della paziente sviluppatosi sia a livello psicoemotivo che fisico in funzione delle circostanze.
Con gli opportuni accorgimenti prescrittivi è stato possibile intervenire efficacemente sullo stato di salute generale della gatta, fornendo la soluzione ad un percorso di sofferenza che persisteva inspiegabilmente da mesi.

Bibliografia

1. J. H. Clarke - *Dizionario di farmacologia omeopatica clinica* - IPSA Editore, Palermo, 1994.
2. F. Del Francia - *Veterinaria Omeopatica e psicopatologia del cavallo* - La casa verde per conto di Demetra s.r.l., San Martino di Buon Albergo (VR), 1990.
3. R. Petrucci - *Pediatria. Temi e concetti in Medicina Omeopatica* - Asterias, Milano, 2007.
4. J. Scholten - *Omeopatia e gli elementi della tavola periodica* - Salus Infirmorum, Roncade (TV), 2007.
5. F. Schroryens – *Synthesis 9.1* - In RADAR 10.1. Archibel; 2008

Maria Cristina Andreotti

Lorenzo e Bellis Perennis: testa alta e sempre in piedi!

INTRODUZIONE

Viene trattato un caso pediatrico nel quale il paziente mostra, in maniera molto marcata, le dinamiche caratteristiche di uno dei rimedi più usati nella traumatologia. Per soddisfare la domanda terapeutica relativa all'ipertrofia adenoidea si è ragionato sulla dinamica costituzionale del malato. Lorenzo-Bellis perennis ci parla di una continua sfida e sprezzo del pericolo, al punto di ritrovarsi nelle più gravi conseguenze lesionali. La raccolta anamnestica ha portato a un gruppo di sintomi guida, che evidenziavano la performance corporea come biglietto da visita di questo piccolo paziente, a dimostrare la sua forza, la sua invulnerabilità, il suo eccellere. Il pregresso trauma fisico, rilevato all'anamnesi, è stato poi l'elemento confermativo per l'individuazione del rimedio.

Il lavoro vuole essere esplicativo di come per Lorenzo l'evento traumatico, nel suo caso piuttosto grave, sia stato elemento decisivo per confermare un rimedio che già emergeva vistosamente dalle sue parole e dai suoi atteggiamenti. Il caso è seguito da un lungo follow up che conferma nel tempo l'indicazione del rimedio come trattamento di fondo,comprese tutte le espressioni acute.

Materiali e metodi -

Applicando una lettura del rimedio per "tematiche" e per "famiglie" comprensiva degli aspetti e delle caratteristiche della sostanza e delle sue relazioni con l'ambiente, si rileva un suo quadro rappresentativo, che rende più immediata la sua identificazione tra i rimedi conosciuti per i traumi.

Conclusioni -

Se si ragiona in termini di complessità, ogni rimedio risulta essere un quadro dinamico, un film di cui in visita si cattura solo un momento, un'immagine istantanea. La storia di Lorenzo ci mostra come la sua reazione al trauma, il suo porsi sempre in sfida al pericolo, il suo volersi far trovare "sempre in piedi" siano gli elementi chiave che permettono la diagnosi di rimedio.

PAROLE CHIAVE

Bellis perennis; ipertrofia adenoidea; trauma epatico.

Prima visita 20 GENNAIO 2010

Lorenzo viene condotto in visita, accompagnato dalla madre, per un problema di ricrescita delle adenoidi, dopo pregressa adenoidectomia.

Lorenzo è un bel bambino di età 5 anni e 9 mesi, biondo, alto e fisicamente ben strutturato ed armonico.

Entra in studio con una espressione leggermente circospetta; si avvicina subito ad un cesto di giochi, con decisione, anche se in modo un po' affrettato, quindi prende un

gioco veramente molto amato dai miei piccoli pazienti: un T. Rex Transformer, che si trasforma in un Robot guerriero, ed inizia il suo gioco di battaglia immaginaria.

La mia impressione, in brevissimo tempo confermata, è che Lorenzo non perda una parola, come spesso accade per i bambini, e che lo faccia, sopratutto, per essere anch'egli interprete del colloquio.

La madre inizia dicendomi :

" Vengo perché ho sentito parlare bene di lei ed avendo iniziato il suo pediatra di base a studiare l'omeopatia, mi ha consigliato di far vedere Lorenzo per il suo problema respiratorio da un medico omeopata esperto. Le devo però dire subito una cosa : nel maggio 2009 ha subito un intervento per una perforazione epatica .

Interviene spontaneamente e con forza Lorenzo:

"LO AMMAZZO DI SBERLE QUEL SASSO! Non ne parlare ancora che mi viene il vomito!"

La madre riprende:

"È caduto dalla bicicletta e cadendo si è piantato il freno nella pancia .È stato un intervento in laparotomia per perforazione del fegato ."

Di nuovo Lorenzo, che cambia volutamente e platealmente il discorso:

"Ogni volta che tossisco mi viene su il catarro!"

Madre

"Nell'aprile del 2009 Lorenzo ha fatto l'adenoidectomia per un problema di sordità rinogena, con impedenzometria alterata ."

Mentre la madre racconta , vedo Lorenzo agitarsi sempre più e diventare molto irrequieto; non sta fermo, sposta rumorosamente i giochi, fa un notevole baccano. Chiedo quindi spiegazioni del suo comportamento che sta progressivamente accentuandosi.

Madre:

"A livello emotivo è ancora irrequieto, ed arrabbiato; all'inizio, dopo l'incidente, si dava la colpa; ma questo è venuto fuori dopo un po', non me ne voleva parlare, solo che operava tutti, soprattutto suo padre. Poi se ne è uscito che se ne dava la colpa!"

§ Chiedo se voglia ancora raccontare o sentirsi raccontare del trauma e dell'intervento.

Madre:

"Sì anche15 gg fa ha voluto sapere di nuovo tutto"

Interviene Lorenzo:

"Giochiamo con le macchinine e l'ambulanza che prende il bimbo Lorenzo da terra"

La madre riprende il discorso:

" Quando lo preparavano per la sala operatoria, diceva: voglio stare con la mia mamma! La diagnosi di perforazione è stata fatta dopo 3 giorni, in quei 3 giorni svarionava, non mi riconosceva, parlava del fratello (che ha 19 anni), del nonno. Poi era

molto arrabbiato con me, perché diceva che non lo dovevo lasciare ai dottori a fare quello che gli hanno fatto….”
Lorenzo si agita ancor di più, se possibile, nel senso che riesce ad aumentare la confusione, per cui cambio volutamente il discorso, chiedendo: § “Dopo l’adenoidectomia come è stato con le orecchie?”
Madre:
“Le adenoidi sono subito ricresciute e, se si riempie di catarro, gli vengono ancora le apnee. Anche di giorno trattiene il respiro e mi dice : mamma da questo orecchio non ci sento! Noi facciamo 2 mesi di mare, e lì sta bene, bene, respira, smocciola e poi sta benissimo. 10 gg dopo che siamo rientrati a ..... è già pieno di catarro. È migliorato però il livello delle febbri che faceva, prima erano anche a 40 °C; nel primo anno di vita soffriva sopratutto di gastroenteriti.”
§ Chiedo del male alle orecchie, se avesse otalgie forti.
Madre:
“Ha una soglia del dolore alta, basta che dica solo una volta che ha male ed è già piena e forte otite! Ma non vuole che lo si tocchi all’orecchio, guai! ”
§ A questo punto chiedo quando Lorenzo abbia iniziato ad ammalarsi.
Madre:
“Già ad 8 mesi aveva la febbre e il naso chiuso, poi per un po’ è stato bene”
§ Continuo con l’anamnesi chiedendo della funzione intestinale.
Madre:
“È stitico da 1anno,1 anno e mezzo. Secondo me perché non si da il tempo, credo sia pigrizia; lui deve giocare e correre dietro al gatto, ma in realtà lo tormenta, povera bestia! Sta anche 3-4 giorni, la trattiene!”
§ Chiedo che rapporto abbia con il cibo.
Madre:
“E’ un bimbo che ha appetito. Quando cala l’appetito è perché è pieno(di feci).”
§ Chiedo ancora sul suo carattere e dinamiche relazionali: ”Che rapporto ha con lei e con il padre?”
Madre:
“Non abbiamo nonni, non abbiamo zii per cui i primi 3 anni siamo stati sempre insieme, in simbiosi. Tutt’ora fa fatica a staccarsi da me.”
La madre in questo frangente rimane piuttosto evasiva e sintetica, mi sembra che su questo argomento non abbia desiderio di soffermarsi: verrò a sapere ben due anni di un problema famigliare importante: il marito l’aveva più volte picchiata .
§ Quindi chiedo ancora della salute fisica di Lorenzo:”E come sta ora di salute? “
Madre:
“Sabato tossiva che diventava viola, rosso. L’altro giorno a forza di tossire aveva gli occhi rossi.”

§ Rimango sul piano anamnestico:”La gravidanza com’è andata?”
Madre:
Bene fino a 5 mesi, poi è iniziata la gestosi. Sono ingrassata 28 Kg, bevevo 4 litri di acqua al giorno, avevo sete, anche adesso ho sete. Lui era podalico ed il giorno prima del T.C. aveva deciso di nascere, avevo le contrazioni . Quindi T.C. di urgenza; il suo peso era di 3,470 Kg. Ho allattato poco, 20 giorni perché non avevo latte. Si attaccava, si addormentava, mi erano venute le ragadi. A 3,5 mesi ho cominciato lo svezzamento usando il biberon, perché mangiava ogni 2 ore: latte, latte, latte! E’ sempre stato un bimbone. Non ha mai pianto, se non per fame, aveva rigurgiti, beveva, beveva e poi faceva i vomiti!”
§ Altra mia domanda: “E il sonno come va?”
Madre:
“Dorme e gli piace dormire. La mattina fatica a svegliarsi. E’ nel suo mondo, in un mondo parallelo. Parla tanto mentre gioca. Bisogna richiamare la sua attenzione e dire: guardami ed ascoltami.”
§ Rivolgendomi a Lorenzo:”Ti ricordi Lorenzo se fai dei sogni?
Lorenzo subito risponde con enfasi:
“Ma certo!”
Allora chiedo se li ricordi e se abbia voglia di raccontarmene qualcuno.
§ Lorenzo:
“Non me li ricordo! Sempre sogni brutti, brutti, bruttissimi, non li voglio dire!
§ A questo punto, pensando al rimedio, chiedo: ”Dopo l’incidente ha ripreso la sua usuale motricità ?”
Madre:
“Dieci giorni dopo la dimissione, a casa di un amico, è scivolato cadendo da una macchinina, ha sbattuto il ginocchio, ed è diventato bianco, bianco; diceva che aveva mal di pancia e siamo dovuti tornare a casa. Ha voluto dormire e ha dormito 3 ore, poi stava bene. Ma continua a correre tanto, e saltare.”
§ Domando ancora:”Che rapporto ha col dolore?”
Madre:
“Dopo l’intervento c’era un punto che faceva un po’ fatica chiudersi e per togliergli il cerotto una tragedia! Diceva: io vorrei una pancia come la tua! (mia nota: nel senso indenne). Ed ha cominciato a dar tanti cazzotti al muro. Se gli succede qualcosa, dice: perché succede tutto a me? Poi inizia ad elencare: e questo e quello……Quando aveva 2 anni è caduto dal letto con un chupa-chupa in bocca, e gli è rientrato l’incisivo superiore; ma è rimasto, e lo è tuttora, molto vivace . Da piccolo voleva sempre stare nudo; a letto sta solo con la maglietta. Ogni tanto di giorno vuole i boxer, non le mutande.”

Lorenzo interviene spontaneamente:
"Le mutande stringono,i boxer lasciano le gambe libere."
Prescrivo BELLIS PERENNIS 30 CH 3 granuli una vv die per 3 settimane , poi al bisogno nell'acuto, inoltre uno sciroppo per bambini a base di manna per rendere le feci più morbide e favorire lo stimolo all'evacuazione, perché penso che Lorenzo trattenga un po' le feci: 1 cucchiaino la sera per pochi giorni.
La madre si fa sentire telefonicamente dopo 4 mesi e mi riporta: "Sa che Lorenzo è stato benissimo! Ha avuto e sfogato subito solo del catarro, ma tanto, come fa al mare, ma gli ho dato i granuli come mi aveva detto lei (dinamizzati in una bottiglietta d'acqua da bere nella giornata e Carpino in MG 4 gocce 2 volte die) ed è stato bene: niente tosse!"
Fissiamo il controllo dopo l'inizio della scuola , Lorenzo andrà in prima elementare e per un bambino così l'inizio sarà sicuramente impegnativo.
La diagnosi.
Ho potuto fare subito diagnosi di questo rimedio, senza repertorizzare ed anche se non è conosciuto per l'ipertrofia adenoidea, poiché ne ho già una discreta esperienza, come cronico e come sintomatico, e grazie allo studio con colleghi più esperti dei rimedi così detti "vulnerari ".
Se si ragiona in termini di complessità, ogni rimedio risulta essere un quadro dinamico, un film di cui in visita si cattura solo un momento, un'immagine istantanea. La storia di Lorenzo ci mostra come la sua reazione al trauma, il suo porsi sempre in sfida al pericolo, il suo volersi fare trovare "sempre in piedi", l'importanza dell'integrità fisica, siano gli elementi chiave che permettono la diagnosi di rimedio. Come sempre è stato dai follow-up, succedutesi negli anni, che è emersa la conferma della diagnosi; follow-up che mi hanno permesso di approfondire ulteriormente la conoscenza del rimedio. In effetti questa è stata la mia prima prescrizione di Bellis perennis come rimedio di fondo/costituzionale in un bambino relativamente piccolo.
Quali le tematiche che mi hanno portato alla diagnosi di rimedio.
Penso che quasi sempre si cerchi di porre una diagnosi di rimedio il più possibile coerente col quadro che il paziente ci prospetta durante una pur breve visita, ma ritengo sia fondamentale sapere a quale livello si voglia e/o si possa lavorare. Possiamo dire che nel caso di Lorenzo avrei potuto proporre come terapia uno tra i rimedi meglio noti per l'ipertrofia delle adenoidi, certo scegliendolo in modo che più corrispondesse al bambino nella sua complessità. Se un rimedio è una sorta di mappa, più o meno dettagliata in base alla conoscenza e letteratura che abbiamo di quel rimedio, il nostro paziente è il territorio: l'essere che ci dà i segni (verbali, corporei, comportamentali) che è poi l'oggetto della nostra attenzione.
Pertanto ho diagnosticato Bellis perennis come rimedio: - di fondo - costituzionale

- cronico - basandomi proprio sulla dinamica del rapporto di Lorenzo col trauma, avendo rilevato come dalle sue parole e dal suo vissuto il trauma fosse funzionale all'espressione di se stesso, così come lo era la sfida continua, la competizione. Come vedremo ai controlli successivi, non solo i problemi respiratori si risolveranno completamente, ma la costante sfida di Lorenzo nei confronti del trauma, il come si descriva a livello corporeo, ci confermano il rimedio, in letteratura ben noto per i traumi.
Belli perennis rimedio sintomatico e rimedio cronico
Applicando una lettura del rimedio per "tematiche" e per "famiglie", comprensiva degli aspetti e delle caratteristiche della sostanza e delle sue relazioni con l'ambiente, si rileva un suo quadro rappresentativo, che rende più immediata la sua identificazione. Naturalmente non si tratta di una lettura in termini di analogia piatta e New Age, bensì dall'attingere per la sua conoscenza e studio anche da tutto ciò che è possibile sapere della sostanza di origine, come se il rimedio diluito e dinamizzato evidenziasse "l'anima"(o anche mente, come definita da G.Bateson) della sostanza stessa. Nel caso soprattutto di alcune Asteraceae, come Arnica montana, Bellis perennis, Calendula officinalis, il trauma è tema fondante della loro espressione; e sono in effetti tutti rimedi così detti vulnerari.
Poiché anche Bellis perennis è da sempre conosciuto ed utilizzato in medicina popolare come rimedio per i traumi, studiando quel poco che abbiamo nella nostra letteratura, confrontandomi con l'esperienza clinica di omeopati esperti e non ravvisando in Lorenzo le caratteristiche più profonde di una Arnica cronica, o di Calendula, la mia scelta mi ha trovato piuttosto fiduciosa.
Bellis perennis
Appartenente alla famiglia delle Asteraceae, è una pianta perenne diffusissima nei prati, originaria dell'Europa occidentale, centrale e settentrionale e largamente diffusa in Italia.
Il suo nome latino deriva dall'aggettivo bellus, grazioso; Bell-is, -idis è il nome con cui, secondo Plinio il Vecchio, già gli antichi romani chiamavano le margheritine. Questo nome appare anche derivato dal latino bellus (a sua volta derivato da bonus=buono) con il significato di grazioso, carino, bello; MA ANCHE DAL LATINO BELLUM = GUERRA PERCHE' CRESCE NEI CAMPI DI BATTAGLIA E PERCHE' SERVE PER CURARE LE FERITE; perennis per il ciclo vitale della pianta. Mentre il nome inglese, daisy, deriverebbe da day's eye, occhio del giorno, per la peculiarità del suo riaprirsi ogni giorno al sorgere del sole.
La Margherita, sebbene schiacciata ripetutamente, sempre risolleva i suoi capolini, sorridendo: è "day's eye - l'occhio del giorno -, forse per il suo aprirsi ben presto al risveglio del giorno.

Introdotta nella farmacopea omeopatica da Burnett.
Primo controllo dopo 10 mesi
Trovo Lorenzo molto cresciuto, ha cambiato molti denti; all'E.O. le orecchie e la gola sono perfetti. In studio Lorenzo è molto più tranquillo, gioca senza fare confusione, con le macchinine prese nel cesto dei giochi, parlando e drammatizzando una competizione di auto, ma come la volta precedente non perde una nostra parola. In effetti interverrà ogni tanto in modo deciso, come durante la precedente visita. Lo fa ogni volta in modo molto assertivo e deciso. Questa volta con me è molto rilassato, anche se assolutamente non gradisce l'esame obiettivo all'addome, si irrigidisce istintivamente, ma non per opporsi. Il suo atteggiamento è quello di un bimbo che si mette sul piano dell'adulto, senza alcun timore, anzi mostra un atteggiamento quasi di sfida.
Madre:
"Subito dopo la visita, come le avevo detto, siamo partiti per una vacanza a Zanzibar, avevo appena iniziato la terapia, da 2 o 3 giorni; al rientro ha avuto l'otite."
Lorenzo interviene spontaneamente:
"Io non me lo ricordo!"
Madre:
"Con pochissima febbre. A Zanzibar era sempre in acqua, sia in piscina, che nell'oceano. Poi al mare a Luglio, in Italia, sfogava (dal naso) della gran schiuma bianca. Ma lui appena torniamo a ..... fa il catarro giallo e verde, ma non si è più ammalato.
§ Domando come respiri la notte.
"La notte respira bene. Nell'acqua alta va sotto, anche nel profondo, così si pulisce bene il naso."
§ Chiedo: "E l'intestino come va ?"
"Ha ottenuto una buonissima regolarità intestinale e adesso va regolarmente. Poi ora assaggia anche qualcosa di nuovo."
§ Chiedo a Lorenzo se faccia qualche sport.
Lorenzo:
"Faccio nuoto e scherma! In bici vado a busso! Io non rallento! E faccio i gradini della piazza con la bici!"
§ Chiedo: "Come va con l'inizio della scuola?"
Madre:
"Siamo piuttosto agitati. C'è una certa regressione, tiene il suo cagnolino di pezza molto di più. E poi piange prima di fare i compiti, non ne vuole sapere."
§ Rivolgendomi a Lorenzo: "Dormi bene la notte?"
Lorenzo: "Sì, dormo bene "
§ Insisto: "Sogni, ne fai?"
"Sì, tutti i giorni."

Ancora, come la prima volta, Lorenzo non vuole parlarne.
A questo punto la madre interviene spontaneamente:
"Non ha assolutamente paura di stare in casa da solo. Se andiamo in garage o al supermercato sotto casa , lui se ne sta tranquillo in casa da solo. Però la sera per fare la cacca..."
Interviene prontamente Lorenzo:"
Devo nascondere tutto dal bagno, butto tutto in un posto nascosto e non devo vedere niente!"
Madre:
"Nessuno deve essere in bagno, non deve sentire rumori, neanche il phone mentre fa la cacca."
Prescrivo Bellis perennis Q2 gocce : 5 gocce al dì, tutti i giorni per un mese, poi al bisogno.
Lorenzo sta fisicamente bene, ma le difficoltà scolastiche rimangono.
Il successivo controllo avviene 13 mesi dopo il primo follow up; nel frattempo ho avuto solo notizie telefoniche, avendole io sollecitate alla madre; ero molto interessata a sapere come andasse con la scuola. Quindi prima delle vacanze natalizie la madre mi telefona e mi racconta che Lorenzo sta bene, non ha più catarri, né tosse, ma soprattutto è molto più tranquillo in classe e, finalmente, sta facendo amicizia con i nuovi compagni di classe. Per Lorenzo la relazione con i coetanei non è mai stata facile, con gli amici della materna aveva impiegato tutto il primo e parte del secondo anno per legare, anche perché fisicamente "troppo prorompente!" (parole della madre) e "piuttosto competitivo!" A casa detta ancora legge per i compiti: "mi fa diventare matta!"
La terza visita in studio di Lorenzo 13 mesi dopo la precedente.
Quando Lorenzo entra in studio è molto evidente che è davvero agitato: una sorta di restlessness un po' rabbiosa, per come si muove e per come parla; come sempre è molto fisico, riempie lo spazio, e più è teso, e più ha necessità di muoversi, ma non è per nulla disarmonico: sembra un leone in gabbia. Comunque dopo 20 minuti circa si siede di fronte a me e interagisce costantemente con me, non in modo maleducato o prepotente, ma certo con molta assertività.
Vedendolo così teso, chiedo alla madre come vada con la scuola, sapendo come per lui sia faticosa, ma Lorenzo esordisce immediatamente con questa affermazione in modo netto, deciso:
" Se farei il tempo pieno mi ammazzo!"
La madre interviene subito:
"Star fermo sulla sedia non ce la fa, come lo vede anche qui! E per fare i compiti gli viene sonno, proprio sonno, si strofina gli occhi. Poi finiti i compiti si scarica sul gatto

e sulla nostra cagnetta, che però è molto svelta. Appena esce da scuola, dobbiamo stare al parchetto col cane e corre come un pazzo per mezz'ora! Ha iniziato ciclismo, l'ha chiesto lui."
Interviene Lorenzo:
" Sì io lo farò fino in fondo!!! e se non me lo fate fare io mi farò fuori!"
Madre:
" Le devo raccontare che a fine Ottobre (3 mesi prima di questo controllo) si è fatto malissimo al collo; correva in discesa su una collina ripida..."
Lorenzo interrompe:
" Hai presente il motocross? non ce la facevo più a tenere il controllo delle gambe, correvo troppo forte, le mie gambe non ricevevano i miei ordini e mi sono capottato sul collo come una moto! Mi potrebbero chiamare Lorenzo lo sfortunato! Non è mica bello andare all'ospedale."
§ Chiedo a Lorenzo come mai corresse così forte, se stesse facendo una sorta di gara con gli amici.
" Certo che era una gara!"
La madre mi racconta, mostrandomi il referto del PS:
" Gli hanno trovato una sub-lussazione del rachide cervicale!"
§ Chiedo quindi al bambino come stia ora.
" Meglio, posso persino saltare sul collo!"
Continuando l'anamnesi, essendo passato tanto tempo dal precedente controllo, la madre mi racconta che 5 mesi prima erano comparse alcune lesioni di mollusco contagioso al volto e sulle palpebre; che dopo averne tolti due, Lorenzo si era rifiutato di tornare dal dermatologo, per cui quelli rimasti si erano riassorbiti da soli, tranne uno rimasto sul mento che " si allarga e si restringe da solo, senza che vi facciamo nulla". Inoltre afferma che Lorenzo in questi mesi non si è mai ammalato e che quelle pochissime volte che ha avuto un po' di raffreddore il catarro con il rimedio dinamizzato se ne va in uno o due giorni al massimo.
Prescrivo Bellis perennis Q3 5 gocce die per un mese, e prego la madre di tenermi informata.
Ora ho assolutamente bisogno di sapere di più sul mondo di Lorenzo.
La rabbia che Lorenzo esprime in studio, nei giochi, nei gesti, nelle parole, la sua sfida continua al pericolo, con conseguenze sempre estreme, mi preoccupano davvero molto. Decido pertanto di chiedere alla mamma del bambino di sentirci telefonicamente per poterle fare domande che non voglio fare in presenza del mio piccolo paziente.
Vengo così a conoscenza del fatto che a Lorenzo è stata diagnosticata una grave dislessia, ma che la sua maestra non segue i protocolli previsti per il suo studio; anzi

lo castiga e mortifica spesso.
Altra cosa molto importante è che la madre ha di fatto allontanato il marito dopo l'ultima lite; una decisione presa dopo essersi rivolta ad un centro di assistenza ed aiuto alle donne, e dopo aver iniziato un suo percorso psicoterapico.
Ora il padre vede Lorenzo e la moglie solo in situazioni di tutela ed ha iniziato egli stesso un percorso di terapia.
Nei 13 mesi successivi non ho notizie dirette di Lorenzo, se non a giugno, quando la madre mi telefona per comunicarmi che lei ed il marito hanno deciso di cambiare scuola a Lorenzo e che dopo l'estate il padre tornerà a casa.

Rivedo Lorenzo nel Febbraio 2013; ormai ha quasi 9 anni.
Lorenzo è veramente un bellissimo bambino: alto, molto ben conformato, esprime potenza nel corpo.
Entra in studio precedendo la madre, molto sicuro ed incuriosito; gli chiedo se si ricordi del mio studio e se desideri prendere i giochi che si trovano nella saletta d'attesa.
Risponde che certo si ricorda bene e che no, i giochi non gli interessano. Mi risulta subito ben chiaro che invece è molto interessato ad essere interprete principale della visita.
Madre:
"Frequentando la nuova scuola per Lorenzo è tutto cambiato: è molto più sereno ed in classe si comporta benissimo; le maestre sono contente di lui, è sempre vivace, ma non crea problemi, anzi mi dicono che è un bambino molto intelligente. E Lorenzo comincia ad avere le sue soddisfazioni a scuola, anche se fare i compiti a casa è sempre un problema, fatica davvero a stare concentrato, ma con i presidi che utilizziamo riesce sicuramente meglio."
§ Chiedo che sport ora faccia Lorenzo.
" Frequenta un corso di MTB a ....., lo porto in auto in un punto di ritrovo e da lì partono col maestro su per le colline. Dal maestro di MTB è soprannominato - chiacchiera - perché mentre in salita tutti arrancano, lui invece chiacchiera!"
§ Domando che sporta pratichi in inverno.
Risponde a questo punto Lorenzo, e mi ha colpito il fatto che finora non fosse ancora intervenuto.
" Basket".
§ Mi sovviene di chiedergli come sia in campo, se sia falloso.
" No, sono veloce!"
Interviene la madre:
" All'inizio della partita fa la voce grossa, incute timore, ma solo a parole, non è fallo-

so, ma se ha la palla non la molla! Continua a studiare il basso tuba ed ha molto fiato!"
§ Domando di raccontarmi qualcosa di ciò, in quanto non ne ero al corrente.
Madre:
" Siamo andati ad un concerto nel teatro di paese e ..."
Questa volta Lorenzo interviene spontaneamente, interrompendo la madre:
" L'ho visto e mi sono subito innamorato!"
§ Chiedo come faccia per lo studio e lettura dello spartito.
Madre:
" Abbiamo uno stratagemma, che sono le note colorate ed ha un grandissimo orecchio."
§ A questo punto domando della scuola direttamente a Lorenzo, ma non risponde a parole, mi fa solo il gesto del pollice verso.
La madre:
" Non accetta la minima frustrazione, se non è come gli altri, non si sente della sua classe, e vuole essere perfetto."
§ Chiedo a Lorenzo come si senta al riguardo.
" Un po' arrabbiato"
Madre:
" E' sempre stato molto bene, solo lo scorso Settembre, proprio all'inizio della scuola, ha avuto una stomatite erpetica, trattata col suo rimedio nell'acqua, che si è risolta benissimo; però quando è stanco o sotto pressione, gli vengono le vesciche in bocca. Col Bellis risolvo sempre tutto, e ne devo usare veramente poco, perché tutto si risolve in fretta, reagisce subito."
§ Domando alla madre come si fosse risolto il mollusco rimasto sul mento.
" Sparito, mettendoci sopra una goccia di Bellis era venuto fuori un lavoro grosso, grosso e poi è sparito!"

Come ho già detto sopra, non ho repertorizzato per la diagnosi di rimedio, ma la diagnosi è stata da me posta avvalendomi della conoscenza e studio delle Asteraceae così dette vulnerarie.
Tuttavia Bellis presenta sintomi che si possono ben riferire alle parole ed alla storia di Lorenzo.
Dal repertorio Complete 4.5 con le aggiunte repertoriali del dottor Massimo Mangialavori vi riporto alcuni sintomi interessanti.

MIND; ANGER, irascibility; tendency; himself, with; sickness, about his as if his body betrayed him (3)
MIND; ANXIETY; pains, from (62) *
MIND; DESPAIR; pains, with the (35) **
MIND; DREAMS; anger (62) *
MIND; EXCITEMENT, excitable; tendency (373) *
MIND; INTEGRITY, concerned about his (16) ***
MIND; TOUCHED; aversion of being (82) **
HEAD; INJURIES of the head, after (56) *
NOSE; CORYZA (404) *
MOUTH; ERUPTIONS; herpes (15) *
MOUTH; ERUPTIONS; pustules (29) *
MOUTH; ULCERS (173) *
STOMACH; CLOTHING; disturbs (48) *
STOMACH; SENSITIVENESS; pressure, to (6)
ABDOMEN; INJURIES of pelvic organs (13) *
FEMALE; INJURIES of pelvic organs (4) **
FEMALE; INJURIES of pelvic organs; caesarian section, after (2) ***
FEMALE; INJURIES of pelvic organs; Uterus (3) ***
FEMALE; INJURIES of pelvic organs; Uterus; breakage of (2) ***
CHEST; CANCER; Mammae; contusion, from (2) **
CHEST; INDURATION; Mammae; contusion, after (2) **
CHEST; INJURIES; mammae, to (6) *
BACK; CONCUSSION of; Spine (6) *
BACK; INJURIES of the spine (33) *
BACK; INJURIES of the spine; Coccyx (6) *
EXTREMITIES; DISLOCATION, sprains; Wrist (3) *
EXTREMITIES; DISLOCATION, sprains; Ankle (23) *
EXTREMITIES; INJURIES; Hand; sprain (5) *
SKIN; CICATRICES (84) *
SKIN; ECCHYMOSE (70) *
GENERALITIES; CONGESTION of blood; venous; mechanical cause, from (1) *
GENERALITIES; EXERTION, physical; amel. (54) **
GENERALITIES; EXERTION, physical; desires (21) *
GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises (220) **
GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises; concussion; actual or tendency (61) *
GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises; extravasations, with (36) *
GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises; operation, disorders from (43) **
GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises; operation, disorders from; deeper tissues (1) *

GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises; operation, disorders from; hysterectomy, after (3) *
GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises; sprains, distortions (98) **
GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises; Bones, fractures (49) *
GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises; Glands, of (20) *
GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises; Nerves, of, with great pain (15) *
GENERALITIES; INJURIES, blows, falls and bruises; Soft parts, of, contusions (41) *

Bibliografia

Massimo Mangialavori: *Praxis*, volume primo

Repertorio Complete 4.5

Repertorio Complete 4.5 con aggiunte del dottor M.Mangialavori

Boericke's Materia Medica

Appunti dalle lezioni del Prof. Alberto Panza sulla relazione terapeutica.

Appunti dai seminari sulle Asteraceae tenuti dal dottor M.Mangialavori

Marialisa Angeli

Un caso di trauma da separazione dalla madre in un bambino di sette giorni di vita

RIASSUNTO

Il neonato della specie umana necessita della presenza della madre la quale è dotata di tutto ciò che fisiologicamente gli assicura la continuità con la vita prenatale ed il graduale adattamento alla vita extrauterina.
Si descrive il caso di un neonato separato, a 7 giorni di vita, dalla madre ricoverata per una broncopolmonite. Dal momento del distacco il bambino riduce i contatti col mondo esterno: non piange, dorme quasi sempre, tiene costantemente gli occhi chiusi.
Si repertorizza con RADAR Synthesiys 8.0 e si prescrive Opium 30CH e, pochi minuti dopo la somministrazione, il bambino apre gli occhi e guarda la madre riattivando il contatto interrotto.
Opium viene prescritto nuovamente, al tempo della dentizione e, successivamente, ad un anno di età risolvendo i problemi manifestatisi.
La risoluzione dei sintomi in rapporto alla scelta e prescrizione delle diluizioni utilizzate (30CH e 200k in unica somministrazione e MK ripetuta per 5 giorni) induce l'Autore ad una riflessione e ad un successivo approfondimento.

PAROLE CHIAVE

neonato, opium, trauma da separazione

Introduzione

A partire dalla seconda metà del secolo scorso e, con maggior frequenza, negli ultimi trent'anni, si sono moltiplicati studi che evidenziano che il neonato sano viene al mondo con un sistema sensoriale e intellettivo intatto e funzionante .
Fin dal momento del concepimento ogni essere umano ha una forma di dialogo con la madre e, attraverso di lei, con il resto del mondo. Thomas Verny e Pamela Weintraub, individuano tre canali possibili per dare luogo ai "dialoghi ombelicali".
Un primo canale può essere definito di "*comunicazione molecolare*": attraverso il cordone ombelicale e la placenta, le molecole materne dell'emozione, inclusi gli ormoni dello stress, come adrenalina e noradrenalina, i vari neurotrasmettitori e gli ormoni sessuali, raggiungono il feto e, in questo senso, il nascituro può essere considerato una parte del corpo della madre.
Un secondo canale può essere definito di "*comunicazione sensoriale*": quando una madre parla, canta, si massaggia la pancia, cammina, danza, comunica con il suo bambi-

no attraverso i sensi del bambino stesso; attraverso la pelle, che si completa all'ottava settimana di gravidanza, il bambino sperimenta la relazione e comunicazione primaria (il contatto segna e segnerà sempre più i confini del proprio essere e l'incontro con l'altro, l'emozione di essere contenuto, la presenza, l'affettività); attraverso l'olfatto e il gusto, i cui organi si completano al secondo e terzo mese di vita intrauterina, il bambino percepisce gli odori e i sapori del liquido amniotico ed impara così a conoscere odori e gusto dei cibi con cui la madre si alimenta e che ritroverà come noti nel latte. Infine l'udito, il cui organo si completa fra il secondo e il quinto mese, gli permette di percepire i suoni del corpo materno, la voce della mamma, le altre voci, i rumori dell'ambiente extrauterino. Dopo la nascita riconosce suoni, parole, musiche appresi in utero e vi reagisce con benessere o malessere, come faceva in utero.
In particolar modo la voce materna riesce a stimolare le sue emozioni, i suoi processi cognitivi, lo sviluppo armonioso del suo sistema nervoso e gli trasmette senso di sicurezza e fiducia o di agitazione e allarme.
Anche quando ascolta vari tipi di musica il bambino risponde con una modulazione del suo scalciare che può essere considerata un vero e proprio linguaggio.
Un terzo canale può essere definito di "*comunicazione intuitiva*": il canale intuitivo trasmette i pensieri della madre, le sue intenzioni e buona parte delle sue emozioni al bambino il quale a sua volta invia frequentemente messaggi attraverso il sogno.
Il parto rappresenta una rottura dell'ecosistema abituale e il bambino viene espulso a forza dal suo ambiente. Questo processo mette in allarme tutti i suoi sensi ed egli nasce con uno stato di allerta massimo, teso verso le prime impressioni del mondo esterno: il tasso di adrenalina presente alla nascita non si ripresenterà mai più.
Il piccolo, con i suoi sensi, cerca di orientarsi nel nuovo mondo: con l'olfatto cerca la madre, con l'udito si orienta verso la sua voce, con il gusto accoglie il colostro, con la pelle cerca la persona che si prenderà cura di lui: ed i suoi occhi? I suoi occhi cercano gli occhi di chi lo accoglie per svegliarvi tenerezza e amore.
Nonostante tutte le dimostrazioni del caso, sono in molti ancora oggi a ritenere che il neonato veda solo ombre confuse: il neonato non solo vede e riesce a seguire con lo sguardo, ma mostra preferenza per le forme che ricordano il volto umano. Il neonato è fisiologicamente miope e mette perfettamente a fuoco ad una distanza di 30cm mentre il resto appare annebbiato: esattamente la distanza fra i suoi occhi e quelli della madre durante l'allattamento in modo tale che il viso della madre spicca in mezzo all'ambiente indistinto. Il bambino di una settimana si alimenta meno e presenta alterazioni del ritmo sonno-veglia se la madre indossa una maschera mentre allatta e inoltre, fra vari latti umani, riconosce e preferisce l'odore di quello della propria madre.
Oltre al latte della mamma, un neonato ha bisogno di nutrimento affettivo e sensoriale, ha bisogno di calore, intimità e contenimento a livello fisico, mentale e relazionale.

"Tra i fattori che promuovono la fisiologia dell'adattamento del neonato e quindi la stabilità e l'omeostasi dei suoi sottosistemi (aspetti neurovegetativi, motori, comportamentali, relazionali) un aspetto rilevante riveste l'ambiente in cui viene allevato e la relazione con chi lo accudisce , aspetti strettamente interconnessi fra loro. L'ambiente ideale è quello che favorisce al massimo l'adattamento termico, metabolico, immunologico, endocrino e neuro- comportamentale, tutti aspetti favoriti da un adattamento a contatto con il corpo della madre o, comunque, dalla sua vicinanza, mentre sono resi più difficili dalla separazione da essa. La madre è dotata di tutto ciò che fisiologicamente aiuta la sopravvivenza del neonato, assicurandone la continuità con la vita prenatale ed il graduale adattamento alla vita extrauterina. I suoi comportamenti di accudimento, volti a favorire la ricostituzione del contatto corporeo, a fornire calore, nutrimento, contenimento posturo-motorio e affettivo, promuovono la stabilizzazione termica, posturo- motoria e comportamentale, promovendo così l'adattamento di tutti i sottosistemi di funzionamento dell'organismo del neonato"
Per uno sviluppo pieno ed armonioso dell'essere umano, esiste una serie di elementi di necessaria continuità che, insieme a valutazioni di anatomia comparata, hanno portato Lorenzo Braibanti a coniare il termine di "*esogestazione*" proprio per indicare il completamento del percorso di formazione delle competenze atte ad assicurare la sopravvivenza dell'essere umano . L'esogestazione, contrapposta alla "*endogestazione*", fa riferimento al fuori o dentro la cavità uterina, rimanendo però il corpo della madre l'indispensabile elemento di continuità ed in questo senso la separazione del neonato dalla madre rappresenta un elemento di rottura di un equilibrio primariamente importante.

Materiali e metodi

Si descrive il caso di Francesco, separato dalla madre al settimo giorno di vita.
Francesco nasce da terza gravidanza dopo un'interruzione volontaria sette anni prima e un fratellino nato due anni prima.
Il parto precedente è avvenuto in ospedale con qualche difficoltà e, questa volta, i genitori vogliono fare un'esperienza diversa: così, alla 27° settimana, si rivolgono ad un centro di assistenza alla nascita con l'intenzione, se possibile, di partorire in casa.
Alle varie visite ostetriche tutti i parametri indicano una gravidanza fisiologica.
Francesco nasce a 40settimane+2, nel pomeriggio del 5 Maggio 2007, in casa, dopo un travaglio di due ore e mezza, assistito da due ostetriche e dal padre.
Dalla cartella ostetrica: "occhi aperti, espressione di calma curiosità, suzione prolungata, secondamento spontaneo dopo 20 minuti, successiva recisione del cordone. Madre: perineo integro, perdita totale di 50gr di sangue, sta bene. Francesco: Apgar 9-10, peso Kg 3,360, c.c. cm.35, c.t. cm.35,5, lunghezza cm.55, respiri 65 al minuto, battiti 135 al minuto".

Prima visita
Incontro per la prima volta Francesco, in qualità di pediatra, per la visita prevista dal centro nascite per ogni nato in casa. Ha 15 ore di vita, è ben adattato, si guarda intorno, succhia con energia guardando frequentemente la madre, il riflesso rosso è presente e confermo tutti i parametri rilevati dall'ostetrica.
Nei giorni successivi, dalla cartella ostetrica si rileva un decorso del tutto fisiologico: emissione del meconio, calo ponderale, variazione del colore delle feci in seguito alla montata lattea, caduta del moncone ombelicale in quarta giornata. Il bambino poppa regolarmente ogni 2 ore circa al mattino ed ogni 3 al pomeriggio con un intervallo notturno di circa 4 ore.
Seconda visita
Rivedo il bambino in quinta giornata su richiesta dei genitori dal momento che la madre ha avuto un lieve rialzo febbrile. Francesco sta bene, continua a poppare regolarmente guardando gli occhi della madre, pesa Kg. 3,580, sta molto a lungo in contatto con il corpo di lei, quando piange è facilmente consolabile, il sonno è tranquillo, alvo e diuresi sono regolari, continua a guardarsi intorno nei momenti di veglia.
Terza visita
A un mese di vita rivedo Francesco e vengo informata di quanto accaduto.
In settima giornata, la madre ha presentato un improvviso rialzo della temperatura a 40° con tosse secca rapidamente diventata produttiva e P.A. 95-80. Al Pronto Soccorso è stata posta diagnosi di broncopolmonite del lobo superiore sinistro, confermata alla Rx , e quindi ricoverata nel reparto di Malattie infettive e separata dal bambino per contenere il rischio di contagio.
Nei giorni successivi, Francesco è stato nutrito dal latte delle compagne di corso di preparazione al parto che, subito, hanno offerto il loro aiuto. Quando possibile lo hanno attaccato al seno, altrimenti il loro latte è stato dato con il biberon da padre e nonna. Eventuali carenze sono state integrate da latte di soia.
Il comportamento di Francesco è cambiato dal momento della separazione dalla madre:
– non piange praticamente più,
– dorme continuamente
– si alimenta quando il latte gli viene presentato ma, spontaneamente, può stare anche 7-8 ore senza richiederlo
– non guarda più il viso di chi gli porge il nutrimento, sia al seno che con il biberon
– conclude sempre molto velocemente la poppata
In diciottesima giornata, la mamma è stata dimessa dall'ospedale dopo 11 giorni di ricovero e, dovendo completare la terapia antibiotica non ha potuto riprendere subito l'allattamento ma Francesco, cresciuto di 100 gr. nei 10 giorni precedenti, ha riacquistato in un solo giorno 120 gr.
Con il ritorno della mamma il ritmo rallentato di Francesco è sembrato migliorare soprattutto nella richiesta spontanea di nutrimento con mugolii e movimenti e l'accrescimento ponderale è stato buono, ma ha continuato a non piangere praticamente mai, dormire quasi sempre e sfuggire lo sguardo della madre nei rari momenti di veglia.
In ventitreesima giornata, Francesco ha potuto riattaccarsi al seno della mamma, ma niente si è modificato nel suo comportamento.
A un mese di vita Francesco è cresciuto bene, pesa Kg. 4,280, non ha apparenti problemi fisici ma la madre mi ha chiesto una visita perché: " dorme quasi sempre, non mi guarda, mi evita perché, se ne incontro per caso lo sguardo, chiude subito gli occhi".
All'esame obiettivo il bambino appare in ottime condizioni fisiche, la cute è rosea, la temperatura buona senza notevoli differenze fra i vari distretti, a carico di torace e addome non si rileva niente di particolare, i principali riflessi fisiologici si elicitano agevolmente. Francesco tiene gli occhi chiusi tutto il tempo, anche in penombra, ma volta la testa per allontanarsi da una fonte di luce forte.
Su mia richiesta la madre gli offre il seno dal quale succhia con competenza ad occhi chiusi; chiamato per nome prima da me e poi dalla madre, apre gli occhi ma li distoglie prima di incontrare quelli dell'altro e li richiude. All'esplorazione della cavità orale non oppone resistenza pur presentando un normale tono muscolare e mostrando il riflesso del vomito se stimolato. Dopo la poppata emette feci in quantità, consistenza, colore e odore sui generis e si lascia manipolare per essere cambiato continuando a dormire. Sembra non cogliere la differenza se a toccarlo è la madre, il padre oppure una quasi estranea come me.

Considero la separazione dalla madre, oltre che un dispiacere , un trauma ed i sintomi, insorti subito dopo, conseguenti ad esso. In Francesco si è avuto un chiaro allungamento del periodo di sonno e il rimedio da scegliere dovrà presentare questo sintomo . Inoltre, interpreto i suoi occhi chiusi come un desiderio di voler escludere il mondo più che un non voler essere guardato dal momento che il bambino è capace di discostarsi da uno stimolo che non gradisce (es. luce puntata verso le palpebre chiuse) ma non fa alcun movimento per allontanarsi dallo sguardo altrui e, semplicemente, chiude gli occhi.
Repertorizzo con RADAR, vedi tabella 1

SLEEP-SLEEPINESS-children; in

MIND-AILMENTS FROM-grief

MIND-AILMENTS FROM-mental shock:from

EYE-CLOSING THE EYES-desire to

1. Cartella appunti 1	op.	apis	ph-ac.	gels.	coff.	sulph.	ign.	vanil.	caust.	nat-m.	ambr.	am.	acet-ac.	bell.	calc.	nux-v.	plc-ac.	plat.	puls.	sil.	acon.	alum.	am-m.	carc.	ch-
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
	4 6	3 5	3 5	3 4	3 3	3 3	2 6	2 6	2 5	2 5	2 4	2 4	2 3	2 3	2 3	2 3	2 3	2 3	2 3	2 3	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2
1. SLEEP - SLEEPINESS - children; in (6) 1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. MIND - AILMENTS FROM - grief (94) 1	2	2	3	2	1	1	4	3	3	4	3	2	2	2	1	2	1	2	2	-	1	1	1	1	1
3. MIND - AILMENTS FROM - mental shock; frc... (45) 1	2	1	1	1	1	1	2	3	-	1	1	2	1	-	-	1	2	1	1	1	1	-	-	1	1
4. EYE - CLOSING THE EYES - desire to (37) 1	1	2	1	1	1	1	-	-	2	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	2	-	1	1	-	-

Tabella 1: repertorizzazione a 1 mese di vita

OPIUM CRUDUM, è il rimedio che, oltre ad avere la tendenza a dormire più di quanto fisiologicamente prevedibile, copre gli altri sintomi e riporta la presenza di traumi nella sua patogenesi.
Scelgo la diluizione 200K, monodose, da somministrare una sola volta sciolta in acqua considerando che non è defedato, ma non mostra nemmeno un'energia molto alta, e di tenerlo sotto osservazione valutando, nelle ore successive, la necessità di ripetizioni.
L'unica diluizione che il padre riesce a trovare in tempi brevi è però la 30CH, prescrivo quindi 5 granuli sciolti in acqua, un cucchiaino di soluzione in un'unica somministrazione.

RISULTATI

Quindici minuti dopo la somministrazione del Rimedio, Francesco, che stava poppando, apre gli occhi e guarda la mamma.
La madre dirà successivamente: "E' stato come in una fiaba perché ho avuto la sensazione che si fosse sciolto un incantesimo".
Risento i genitori due volte al giorno per una settimana per cogliere il momento adatto alla ripetizione ma, nei giorni successivi, oltre a mantenere il contatto visivo con la madre e con gli altri membri della famiglia, in particolare fratellino e cane, Francesco allunga i suoi tempi di veglia ricominciando ad esplorare il mondo con il movimento, lo sguardo, la voce.

Follow up

Le tappe del processo di crescita psicofisica si susseguono con regolarità rassicurante con la comparsa di sorrisi, lallazione, rotolamento, passaggio alla posizione seduta, interazione con oggetti e tutti gli altri esseri viventi.

5 MESI DOPO (Novembre 2007)
Francesco ha 6 mesi e sta iniziando la dentizione: in pochi giorni presenta irritabilità giorno e notte, forte costipazione con feci che recedono, alternanza di voracità/inappetenza.
Nuova repertorizzazione, vedi tabella 2.

TEETH-DENTITION-difficult

MIND-IRRITABILITY-dentition ,during

RECTUM-CONSTIPATION-dentition;during

STOMACH-APPETITE-changeable

1. Cartella appunti 1	op.	mag-m.	nux-v.	ars.	cina	kreos.	cham.	rheum	bry.	calc-p.	calc.	sil.	zinc.	coloc.	gels.	merc.	nit-ac.	podo.	clmic.	dol.	nat-m.	phos.	syph.	acon.	bor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
	4 4	3 7	3 7	3 6	3 6	3 4	2 7	2 6	2 4	2 4	2 4	2 4	2 4	2 3	2 3	2 3	2 3	2 3	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	1 3	1 3
1. TEETH - DENTITION - difficult (95) 1	1	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	3
2. MIND - IRRITABILITY - dentition, during (10) 1	1	-	1	1	1	1	4	4	-	1	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. RECTUM - CONSTIPATION - dentition; during (7) 1	1	2	3	-	-	1	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
4. STOMACH - APPETITE - changeable (33) 1	1	2	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	1	1	-	1	1	1	-	-

Tabella 2: repertorizzazione a 6 mesi di vita

La ripetizione di OPIUM CRUDUM 30CH non produce nessun effetto , ma in casa è già disponibile la 200K e, senza attendere oltre, ne prescrivo la somministrazione di un quarto di monodose sciolto in acqua, un cucchiaino una sola volta: in 24 ore la sintomatologia si risolve e, ancora una volta, non è necessaria alcuna ripetizione.
11 MESI DOPO (Maggio 2007)
Dopo altri sei mesi di sviluppo regolare, al suo primo compleanno, Francesco ricomincia a presentare irritabilità e costipazione ma, questa volta, alternata a diarrea e accompagnata da insonnia notturna e sonnolenza diurna.
Nuova repertorizzazione, vedi tabella 3.

MIND-IRRITABILITY-children,in

RECTUM- DIARRHEA-alternating with- constipation

SLEEP-SLEEPINESS-daytime

SLEEP-SLEEPLESSNESS-children; in

1. Cartella appunti 1	ars.	sulph.	bell.	puls.	op.	cina	staph.	tub.	ant-c.	lyc.	nux-v.	podo.	calc.	graph.	phos.	sep.	ant-t.	psor.	rhus-t.	cham.	chel.	nux-m.	carc.	coff.	iod
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
	4 6	4 6	4 5	4 5	3 7	3 6	3 6	3 6	3 5	3 5	3 5	3 5	3 4	3 4	3 4	3 4	3 3	3 3	3 3	2 5	2 5	2 5	2 4	2 4	2 4
1. MIND - IRRITABILITY - children, in (50) 1	1	1	1	1	-	3	3	2	1	1	1	-	2	1	-	1	1	1	1	3	-	-	1	-	2
2. RECTUM - DIARRHEA - alternating with - c... (121) 1	2	2	1	2	3	1	2	2	3	2	3	3	1	2	2	1	1	1	1	-	3	2	-	1	2
3. SLEEP - SLEEPINESS - daytime (82) 1	1	2	1	1	2	-	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	-	2	3	-	-	-
4. SLEEP - SLEEPLESSNESS - children; in (29) 1	2	1	2	1	2	2	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	3	3	-

Tabella 3: repertorizzazione a 1 anno di vita

Prescrivo: OPIUM CRUDUM MK, un cucchiaino di un quarto di monodose sciolto in acqua al giorno; al terzo giorno si regolarizza l'intestino e si riduce la sonnolenza diurna; al quinto giorno, Francesco torna in pieno benessere: la funzione intestinale si mantiene regolare e ricomincia a dormire tutta la notte ed a fare di giorno il suo sonnellino a fine mattinata e metà pomeriggio.
Nell'anno successivo ho rivisto due volte Francesco per controllo, ogni volta a distanza di sei mesi e senza rilevare la necessità di altre prescrizioni. All'età di due anni ho cambiato città pur rimanendo in parte in contatto con la famiglia e l'ho rivisto in visita amichevole dopo un anno: stava molto bene e non aveva più assunto Opium né altri rimedi. In un contatto recente i genitori mi hanno riferito che sta bene.

Conclusioni

Opium ha rappresentato per Francesco il Rimedio unico che ha ristabilito le sue condizioni dalla nascita a tre anni.
Nella mia esperienza, questo caso ha rappresentato il primo incontro (da me riconosciuto) con l'espressione di uno stesso rimedio attraverso sintomi anche opposti (sleepiness-sleeplessness, constipation-diarrhea) presentati dallo stesso soggetto durante episodi diversi, in momenti diversi del suo sviluppo.
Se è chiara la necessità di perseverare nella prescrizione di un Rimedio unico quando se ne ha la certezza e se ne è avuto prova di efficacia, non mi è altrettanto chiara la necessità di ripetizioni o meno e la relazione con le diverse diluizioni: perché una sola somministrazione di 30CH e successivamente di 200K è stata sufficiente a ripristinare l'equilibrio mentre, per ottenere un risultato sovrapponibile, è stato necessario ripetere per cinque giorni la MK?

Bibliografia

Bowlby J., *Attachment and loss*. Basic Books
Aisworth M.,Blehar M.C., et al. *Patterns of Attachment*. Erlbaum
Weihs T.J., *Embriogenesi, lo sviluppo embrionale nel mito e nella scienza*, Ed. Filadelfia
Soldera G., *Conoscere il carattere del bambino prima che nasca*, Ed. Bonomi
Verny T., Weintraub P.. *Bambini si nasce*. Ed.Bonomi
Schmid V. , *Onorare la madre*, Ed. SEAO
Proietti L., I *Quaderni di D&D N.1*,Ed.SEAO
Rapisardi G. *Onorare la madre*,. Ed. SEAO
Braibanti L., *Parto e nascita senza violenza*, Ed. RED
RADAR Synthesis 8.0

Massimo Mangialavori

Prima del trauma: quali rimedi e "famiglie omeopatiche" presentano una struttura che rende il trauma significativo?

RIASSUNTO
I rimedi ben noti in letteratura come vulnerari, e/o classicamente conosciuti in situazioni traumatiche dal punto di vista emotivo o affettivo, presentano in realtà una struttura particolarmente sensibile ad eventi che in altri pazienti sono compensati in tempi più rapidi e senza lasciare sequele importanti.
Rimedi ben noti come acuti/sintomatici (vedi Symphitum, Badiaga, Hypericum, Laurocerasus per esempio) presentano nell'esperienza clinica tratti evidenti di una specifica fragilità anche nel profilo di personalità.
Altri più conosciuti come cronici/costituzionali (vedi Ignatia, Natrum muriaticum, Causticum, Cocculus) presentano evidenti fragilità anche a livello somatico.
Un'indagine approfondita di cosa possiamo leggere "prima del trauma" ci permette di aiutare i nostri pazienti a riconoscere, farsi carico ed irrobustire i loro tratti più vulnerabili.
Propongo alcuni esempi di rimedi e famiglie omeopatiche che ho usato con risultati migliori, in circa trenta anni di esperienza, su pazienti con lunghi follow-up, per diverse esperienze traumatiche: dai lutti, alle perdite, agli shock, a gravi incidenti.

PAROLE CHIAVE
trauma, famiglia omeopatica, profilo di personalità.

Cocculus in una paziente con diagnosi di sclerosi multipla

RIASSUNTO
Si prende in considerazione il caso di una giovane donna con diagnosticata Sclerosi Multipla in associazione a ipotiroidismo in trattamento convenzionale.
Materiali e metodi. Dopo la valutazione del caso e una ragionata repertorizzazione viene prescritto Cocculus indicus (formulazione in gocce nella scala Korsakoviana). Nel corso del trattamento, la posologia viene adattata alla risposta sintomatologica della paziente, dapprima in gocce ripetute, in maniera continuativa e quindi in potenza crescente, per poi distanziare la frequenza di somministrazione fino al miglioramento del quadro clinico.
Risultati. Durante il trattamento dal 2007 al 2013 si è accertato il recupero della sintomatologia neurologica; il miglioramento del benessere psicofisico induce la paziente, tre anni fa, ad affrontare una gravidanza. La paziente continua ad assumere Cocculus indicus al bisogno.
Conclusione e Discussione. La valutazione neurofisiologica e l'obiettività assieme alla RMN hanno confermato la riduzione progressiva del danno neurologico, a conferma della risoluzione dei sintomi della paziente.
Per l'andamento naturale (recidivante-remittente) della patologia neurologica, il caso continua ad essere monitorato nel tempo.

PAROLE CHIAVE
Sclerosi Multipla, Cocculus indicus, trauma emotivo, integrazione terapeutica, omeopatia.

KEYWORDS
Multiple sclerosis, Cocculus indicus, emotional shock, therapeuticintegration, homeopathy

Introduzione

La diagnosi di sclerosi multipla (SM), nelle fasi iniziali della malattia, può presentare difficoltà in circa la metà dei casi[1], perché esordisce spesso con sintomi sfumati, facilmente attribuibili ad altre patologie benigne o non presi in considerazione per la loro fuggevolezza. La malattia, inoltre, alla sua diagnosi, implica un forte impatto emotivo per il significato di incurabilità che le viene attribuito. Talvolta è accompagnata da altre patologie, nonostante la giovane età delle pazienti coinvolte, le donne sono colpite da due a tre volte più degli uomini, probabilmente per una maggiore suscettibilità alle patologie immunitarie ed infiammatorie. In Italia, la prevalenza è stimata tra i 30 e i 60 casi per 100.000 abitanti[1] in ragione di singole aree geografiche. Al giugno 2013 si calcola la presenza di 68.000 pazienti affetti da SM, con una maggiore incidenza nell'età compresa tra i 20 e i 40 anni[2]. Le forbici dei dati di incidenza e prevalenza sono legate a variazioni regionali, apparendo più alto il numero nelle regioni del nord rispetto a quelle del sud. La SM presenta forme diverse di gravità: a) SM a decorso recidivante-remittente (SM-RR) che interessa l'85% delle persone nella loro fase iniziale, in cui a episodi acuti di malattia si alternano periodi di benessere; b) SM secondariamente progressiva, che si sviluppa come evoluzione della SM-RR in circa il 35% dei soggetti con diagnosi di SM, sviluppandosi nell'arco di 10 anni circa come forma progressiva; c) SM primariamente progressiva, è una forma in cui non si hanno vere e proprie poussè, ma i sintomi tendono a progredire nel tempo anche se in maniera lenta, riguarda circa il 10% dei soggetti colpiti da SM; d) SM a decorso progressivo con ricadute[1], in cui alla forma progressiva si associano episodi acuti, interessa circa il 5% dei soggetti.
In realtà non è possibile all'inizio definire il tipo di SM da cui è affetto il paziente, questo lo si dedurrà con il trascorrere del tempo; inoltre, la precocità di diagnosi sempre più frequente e l'instaurarsi di trattamenti terapeutici ha modificato la storia clinica di moltissimi pazienti.

Materiali e metodi

Si prende in considerazione il caso di una donna con diagnosi di SM in trattamento presso un Centro specializzato. La diagnosi è confermata e circostanziata dagli esami strumentali e dalle valutazioni cliniche ripetute nonché dalle remissioni cliniche a seguito del trattamento con i farmaci specifici. L'approccio é quello proprio della clinica omeopatica, come è intesa dalla definizione di omeopatia Hahnemanniana o omeopatia classica: si procede alla raccolta dei sintomi spontanei, alla valutazione degli esami di laboratorio e strumentali già eseguiti, alla presa in considerazione delle valutazioni già effettuate dai colleghi specialisti e ad un interrogatorio condotto secondo la metodologia omeopatica. La valutazione delle informazioni raccolte sarà vagliata secondo la modalità che viene definita di gerarchizzazione dei sintomi e successiva analisi repertoriale, per poi mettere in diagnosi differenziale le differenti possibilità terapeutiche. Per la terapia ho utilizzato una medicina della farmacopea omeopatica in composizione unitaria e in scala korsakoviana, somministrata in gocce sottolinguali.
Per la repertorizzazione si utilizza il Repertorio Synthesis9.1[3] presente su Radar.

Risultati

Prima visita (28-5-2007)
La paziente ha 36 anni; sulla base dei dati clinici e delle conferme strumentali, presso un Centro ad alta specializzazione, le è stata diagnostica la Sclerosi Multipla. La paziente riferisce che il primo episodio neuritico si è manifestato, come scotoma centrale, a 23 anni,

dopo un "conflitto" con il fidanzato dell'epoca. Nel 25% dei casi la neurite ottica è la prima manifestazione di SM[1]. "Allora studiavo ingegneria e sentivo che non era ciò che volevo fare; io volevo fare danza … io non avevo il controllo delle cose", per cui alla contraddizione della scelta universitaria si sommavano le incomprensioni con il fidanzato. A questo primo episodio ne seguì un secondo a distanza di due anni. Il terzo e ultimo episodio di neurite ottica si è verificato poco prima di separarsi dal fidanzato nel 1997. Il trattamento utilizzato è quello conosciuto come *escalation therapy* il cui primo passo è il trattamento con steroide ad alto dosaggio (metilprednisolone 500mg al giorno per 5 giorni e poi riduzione progressiva) che porta alla risoluzione della sintomatologia con un periodo di benessere di circa cinque anni. Nel marzo del 2002 compare un'altra crisi neuritica a seguito di un "conflitto" con due soci con cui aveva fondato una scuola di danza; questi abbandonarono la società lasciando una serie di problemi amministrativi ma soprattutto avendo messo in atto un "tradimento" alle sue spalle. Questa volta la crisi neuritica si presenta come un formicolio dal bacino in giù, con riscontro alla RMN di lesione encefalica. Il trattamento ad alto dosaggio di steroidi porta di nuovo alla risoluzione sintomatologica.
Nel 2004 le viene riscontrato un ipotiroidismo da Tiroidite di Hashimoto, che viene trattato con levotiroxina 75 mcg /die. Anche se alcuni studi sembrano escludere la copresenza di più patologie autoimmunitarie nello stesso soggetto[7], uno studio recente ne ha confermato la concomitanza[8].
Nell'aprile del 2007, la paziente è nuovamente esposta ad un forte stress emotivo per la rottura di un'amicizia di lunga data e dunque "la perdita di un riferimento di vita". Manifesta anestesia delle gengive e della lingua; alla TAC (4-4-2007) si riscontra "nuova placca infiammatoria al peduncolo cerebellare medio sinistro con estensione pontina fino all'origine dell'emergenza trigeminale omolaterale". Il trattamento con steroidi ad alto dosaggio comporta una remissione parziale della sintomatologia, ovvero permane l'insensibilità della gengiva e del lato sinistro della lingua. Alla proposta del trattamento con interferone o alla possibilità di un futuro trattamento con le cellule staminali, che sono il secondo passo della *escaltion therapy*, la paziente, in considerazione degli effetti collaterali e dei prospettati benefici di questi trattamenti, decide di curarsi con la medicina omeopatica. La scelta non è apertamente osteggiata dei neurologi che la seguono, pur avvertendola del fatto che al primo riapparire di sintomi non avrebbe potuto sottrarsi alle terapie scientificamente testate.
Oltre a quanto riportato, la paziente riferisce un intorpidimento delle gambe e crampi al polpaccio dx dopo sforzi prolungati. Nel 2005 compare un episodio di sciatica a destra e nel 2006 metatarsalgia da sovraccarico di lavoro "io lo so che quando sto tirando troppo il mio corpo mi ferma".
Assume Bromazepam in gocce (durante il giorno, alla sera prima di dormire e al bisogno), perché ha dei momenti di forte ansia per il pensiero della malattia, ha delle

crisi di ansia tipo attacco di panico che si manifestano frequentemente.
La paziente non nomina mai la sua malattia perché "già solo il nome mi spaventa; è come se nominarla potesse evocarla".
Quando lei era alla soglia della laurea il padre è andato via di casa e da allora lei cerca di andare a trovare la madre tutti i giorni, perché potrebbe avere bisogno sia di conforto che di un aiuto. Che il padre abbia fatto una serie di sotterfugi e non abbia mai dato spiegazioni del suo gesto la mette in grande difficoltà, non lo ha mai compreso, ma è suo padre. Lei si sacrifica molto per gli altri. Si prende cura degli altri. Lei non vuole considerarsi ammalata, lei deve aiutare e accudire chi ha bisogno. Inoltre, "rimugino lungamente ogni evento, un torto mi torna sempre in mente".
Guardando la paziente, colpisce un costante movimento degli occhi, da un lato all'altro, come un nistagmo lento. "Ce l'ho da sempre", mi dice. Alla visione laterale presenta un'area di "smerigliatura sui bordi esterni", un'area di visione sfuocata, con le crisi passate aveva avuto anche diplopia.
I sintomi presi in considerazione per la prescrizione sono:
disturbi da preoccupazione e accudimento, ansia per la propria salute e ansia per la salute degli altri, rimugina sugli eventi passati, insensibilità della lingua, movimento a pendolo degli occhi, intorpidimento degli arti inferiori, crampi del polpaccio, dispiacere prolungato.
Il quadro repertoriale:

MIND - AILMENTS FROM - cares, worries
MIND - ANXIETY - health; about - ownhealth; one's
MIND - DWELLS - pastdisagreeableoccurrences, on
EYE - MOVEMENT - pendulumlike, from side to side
MOUTH - INSENSIBLE - Tongue
GENERALS - NEUROLOGICAL complaints
MIND - AILMENTS FROM - grief - prolonged
EXTREMITIES - NUMBNESS - Lower limbs
EXTREMITIES - CRAMPS - Legs - Calves
MIND - ANXIETY - health; about - relatives; of

REPERTORIZZAZIONE

La repertorizzazione evidenzia come medicina omeopatica Cocculus indicus (Anamirta cocculus – menispermacee), che prescrivo alla MK (3 gtt/die al mattino).
*Primo controllo telefonico (*6 giugno 2006)
ridotta l'ansia, ora prende il bromazepam solo una volta alla sera. Mantiene l'assunzione di Cocculus MK ma lo assume 3 gocce al mattino e 3 gocce alla sera.
*Primo controllo in studio (*16 luglio 2006)

Ha eseguito una RMN il 14 giugno dove si riscontrava: "all'esame di base è sensibilmente ridotta di estensione la lesione ponto-cerebellare sinistra. Le altre lesioni sono invariate come numero ed estensione. (…) si osserva sfumata area di impregnazione patologica, segno di attività, di una lesione nella sostanza bianca parietale posteriore sin. Al controllo del 4 aprile era già evidente ma non presentava impregnazione patologica". È evidente che la variazione del quadro RMN non possa essere imputato al breve periodo di uso della medicina omeopatica, ma serve per comprendere che il trattamento steroideo riesce a ridurre in parte le aree di infiammazione senza risolvere la condizione lesionale, che infatti si manifesta sintomatologicamente. Si sente meno in ansia e ora assume il bromazepam solo al bisogno. Lei si sente in uno stato di sospensione, tutto è rinviato anche la decisione di una gravidanza. Sia perché i neurologi che la seguono l'hanno invitata a rinviare perché se non la gravidanza, almeno il puerperio può presentare recrudescenze della malattia. Ma quello che più l'ha colpita è stata la storia di una paziente del centro che ha avuto un netto peggioramento dopo la gravidanza. Riferisce che ha pure ragionato sulla sua ansia e in realtà quello che la spaventa è la possibilità degli eventi improvvisi. "a chiunque di noi può capitare che un giorno ci sei e il giorno dopo non ci sei più … La morte mi disturba molto, cerco di evitare il pensiero, mi sembra che non siamo abituati a prenderla in considerazione … io sono molto impressionabile: un giorno mia madre è svenuta in bagno e mi sono così impressionata che per mesi e mesi ho vissuto temendo che potesse succedere ancora". Sul piano fisico si è resa conto che lei tende a sbattere contro gli oggetti. I sintomi Impressionabile, Goffaggine, e soprattutto paura degli eventi improvvisi confermano la prescrizione di Cocculus. Infatti i sintomi repertoriali usati sono:

MIND - FEAR - events – sudden events
MIND - IMPRESSIONABLE
MIND - HORRIBLE things, sad stories affect her profoundly
MIND - AWKWARD

La prescrizione è Cocculus indicus XMK 3 gocce tutte le sere. Eseguirà gli esami di routine e chiamerà dopo i risultati.

Secondo controllo in studio (13 novembre 2007)

Non usa più il bromazepam da metà agosto, non ha più avuto episodi di attacchi di ansia, quelli che lei definiva attacchi di panico. Sbatte meno contro le cose, ha meno paura degli eventi improvvisi, ancora di tanto in tanto lieve scotoma laterale come una smerigliatura sul bordo del campo visivo. Riduce il dosaggio della levotiroxina a 75mcg alternata a 50 mcg e passa all'uso di Cocculus LMK 3 gocce alla sera.

Terzo controllo in studio (26marzo2008)

Ha eseguito esami di laboratorio il 19-3-2008 FT4: 1,10 TSH: 1,83, quindi valori nella norma. Il ciclo mestruale negli ultimi mesi è regolare. Non ha più avuto nessun episodio di scotoma laterale. Talvolta episodi di cefalea. Vuole avere un figlio, e ci pensa spesso, ma ha ancora paura che possa aggravare la sua condizione. Continuerà ad usare Cocculus LMK 3 gocce una volta al giorno, in prossimità del mestruo lo assumerà due volte al giorno e se ha crisi di cefalea assumerà Cocculus MK 3 gocce al momento zero, dopo quindici minuti Cocculus XMK, dopo altri quindici minuti Cocculus LMK. Questo piccolo schema è nato da una serie di tentativi con episodi di cefalea precedenti e si è rivelato il più efficace per risolvere le sue crisi di cefalea.

Quarto controllo in studio (25 luglio 2008)

Continua a non presentare più problemi della vista, non scotomi e nemmeno movimenti oscillatori degli occhi. Ora usa Levotiroxina 50 mcg cinque giorni la settimana e 75 mcg due volte alla settimana. Nell'ultimo periodo ha notato che se vede gente che sta male entra in ansia, a maggior ragione se va nei posti dove ci sono quelli con la sua malattia (ancora non la nomina). Ancora può avere paura che accada qualcosa di spiacevole, sia a lei che agli altri. Ha fatto un sogno in cui mentre era in macchina una tigre la attaccava, poi si è svegliata. Il ciclo è ancora regolare, ha notato che ultimamente i denti sono un poco sensibili. Si ripresentano i sintomi:

MIND - FEAR - events – sudden events
MIND - ANXIETY - health; about - ownhealth; one's
MIND - IMPRESSIONABLE

Pur in forma ridotta e meno invasiva sono presenti, pertanto continuerà ad assumere Cocculus LMK 3 gocce una volta al giorno.

Quinto controllo in studio (11 dicembre 2008)

Sente pesantezza alle gambe, "come quando in estate c'è caldo e le gambe sono pesanti" a volte sensazione come se dovessero venire i crampi, ma non li ha.

Extremities – Heaviness – lower limbs: Cocculus è presente al terzo grado e ci richiama il sintomo con cui era arrivata alla prima visita Numbness – lowerlimbs. Riferisce anche piedi sempre freddi, altro sintomo che presenta Cocculus tra i suoi rimedi. Alla RMN eseguita l'11 settembre 2008 il quadro è invariato, nessuna nuova lesione. Per lei quello in cui si trova è un momento difficile l'altra insegnate di danza con cui collabora nella scuola dove insegna, è incinta e quindi lei deve rimandare la sua scelta e lavorare per tutte e due.

Il ciclo è ancora regolare, non presenta nessun disturbo. La sensibilità dei denti si è risolta.

"A parte la spada di Damocle della mia malattia, non c'è nulla che non vada, ma proprio questo mi fa sentire che possa accadere qualcosa all'improvviso". Assumerà

Cocculus LMK 3 gocce alla sera a giorni alterni.

Sesto controllo in studio (24 luglio 2009)

Ha eseguito RMN il 1 luglio con quadro stabile e sovrapponibile a quello del settembre 2008, ad aprile gravidanza, nei giorni precedenti la scoperta della gravidanza ha sognato di avere la montata lattea, che è esitata in un aborto anche questo preceduto da un sogno, che perdeva molto sangue.Questi sogni premonitori non rientrano nella sintomatologia di cocculus e nemmeno della famiglia delle menispermacee, cui cocculus appartiene[5], per cui li teniamo a mente per futuri riscontri. In quel periodo ha continuato ad usare Cocculus LMK con maggiore frequenza seguendo l'andamento della sintomatologia. Nell'ultimo periodo presenta crampi ai polpacci la notte e senso di pesantezza alle gambe. Episodi di cefalea solo per esposizione a correnti d'aria o all'umido. La prescrizione è Cocculus LMK tre gocce una volta al giorno che distanzia gradualmente fino a tre gocce una volta alla settimana.

Ottavo controllo in studio (23 luglio 2010)

Dopo la perdita della gravidanza è stato un anno molto faticoso, è stato difficile anche con la scuola e la danza. "Mi sentivo con la vita congelata, in attesa di restare incinta … mi sembrava che tutti andassero avanti e io ero ferma immobile .. ora finalmente mi sento più rilassata e meno bloccata". In questo anno ci siamo sentiti per telefono o visti brevemente per i malanni di stagione, ha sempre utilizzato Cocculus LMK in modo prevalente, sui casi acuti una volta MK e un'altra MK seguito da XMK e poi da LMK. Ha ancora paura che possa scatenarsi all'improvviso la malattia, due episodi l'hanno colpita: un giovane uomo che ha perso progressivamente la mobilità e una amica di famiglia con una patologia neurologica che l'ha portata al ricovero ospedaliero. RMN del 28-6-2010 quadro delle lesioni demielinizzanti stabile. Nell'ultimo periodo ha la sensazione di qualcosa che si muova dentro le braccia, non in maniera costante ma è molto fastidioso. Il ciclo mestruale è regolare.

Il ritorno del sintomo MIND - FEAR - events – sudden events e l'insorgenza di un sintomo come EXTREMITIES – ALIVE; sensation of something - upperlimbs che presentano un numero ristretto di rimedi ma entrambe contengono Cocculus, fa prescrivere Cocculus CMK tre gocce ogni otto ore per tre volte un giorno alla settimana.

Nono controllo in studio (18 febbraio 2011)

E'incinta alla 32° settimana, la gravidanza è iniziata poche settimane dopo aver iniziato Cocculus CMK. La bimba si muove molto, se lei si sdraia sul fianco destro si muove ancora di più. Riferisce che un mese prima che lei nascesse, la madre aveva perso il padre, che era diabetico, per una malattia di cuore che ancora non aveva compiuto i 60 anni. La madre era legatissima al padre e fu per lei un lutto terribile. Ha sospeso di fare danza dal mese di settembre 2010 e fa yoga per la gravidanza, cammina molto con il cane, sta seguendo un percorso di presa di coscienza della sua gravidanza. Se si sente offesa da qualcuno si mette a urlare. Soffre di stitichezza, manca proprio lo stimolo, RECTUM – STOOL – remains long in rectum with no urging: uno dei rimedi è cocculus. Prenderà Cocculus CMK 3 gocce alla sera e una volta alla settimana tre gocce ogni otto ore per un giorno. Partorisce il 26 marzo del 2011 una bimba che è in buona salute, seguita fin dalla nascita con la medicina omeopatica, per i disturbi che può avere.

Decimo controllo in studio (28 giugno 2013)

Ha ripreso il suo lavoro di insegnate di danza, cresce la figlia e dice "ho sempre bisogno di mettere tutto in ordine in casa, perché la bimba stia in una casa pulita e ordinata, e con una bambina di due anni e mezzo e un cane per casa bisogna fare così". Gli esami di laboratorio sono nella norma.

Ha eseguito l'ultima RMN il 10 gennaio 2014 e riporta: "rispetto al precedente controllo del 28-6-2010, permangono riconoscibili le note lesioni demielinizzanti infiammatorie localizzate nel tronco encefalico e nella sostanza bianca periventricolare sovratentoriale bilaterale. Rispetto alla precedente valutazione, comparsa di una piccola focalità infiammatoria a sede peritrigonale sinistra. Risulta nel complesso invariato il restante carico lesionale". Ha avuto nei mesi precedenti un ritorno della sudorazione notturna prima del mestruo, che è migliorata dopo l'assunzione a brevi cicli di Cocculus CMK. Continua ad assumere levotiroxina 50mcg al giorno. Non ha più dovuto utilizzare steroidi e anche su patologie intercorrenti ha utilizzato sempre la terapia omeopatica. Non ha episodi di parestesie o pesantezza agli arti inferiori, non sono più presenti i disturbi visivi, non ha più avuto crisi di ansia, anche se vive sempre l'insieme del lavoro e degli impegni familiari come gravosi sentendosi in dovere di stare dietro a tutto.

Discussione

La presa in carico di un caso in cui la diagnosi è di una patologia considerata incurabile o almeno inguaribile, pone sempre una serie di interrogativi etici e di approccio metodologico che credo sia interessante affrontare con estrema chiarezza. La mia esperienza con casi di patologie croniche complesse[4] mi fa ritenere che per un omeopata più che di casi incurabili si può parlare di casi complicati o di casi parzialmente guaribili. Il caso riportato ne è un esempio: l'approccio è stato fin dall'inizio quello di assumere come quadro sintomatologico l'insieme della narrazione della paziente in associazione con la sintomatologia obiettivabile e i dati di laboratorio e strumentali. Importante si è rivelato tenere in considerazione la diagnosi di arrivo, sia per motivi medico legali e di corretto approccio al vissuto della paziente, ma anche per non incorrere nell'errore di considerare risolto o, più facilmente, non risolto il caso per il permanere o lo sparire di singoli sintomi propri della Sclerosi Multipla e la sua associazione con la tiroidite.

Il metodo di lavoro seguito è stato quello della totalità dei sintomi della paziente nello stato attuale, ma in riferimento alla coerenza che essi presentano con la storia

clinica complessiva. Rivelando un continuum nelle modalità di risposta del vissuto della paziente che avrebbe potuto assumere lo stesso rimedio fin dall'esordio della malattia. Tutta la storia clinica parla di un quadro di disturbo da stress post traumatico. Già dalla gravidanza un evento improvviso e luttuoso colpisce la paziente e gli eventi "traumatici" si susseguono nel tempo provocando una modalità di risposta costantemente simile a quella di una PTSD. Tipicamente il lascito sono la sensazione che un evento improvviso possa sempre ripresentarsi e i meccanismi di evitamento. I sintomi etiologici e i sintomi mentali e generali presentati indicavano Cocculus come rimedio omeopatico al caso fin dalle prime manifestazioni e l'indicazione è rimasta costante fino alla data di chiusura di questo lavoro.

Conclusioni

Esistono in letteratura studi sull'uso dell'omeopatia in pazienti affetti da Sclerosi Multipla[9], anche se utilizzata in forma ancillare alle cure ufficiali. Questo singolo caso non dimostra che l'omeopatia può curare i pazienti affetti da Sclerosi Multipla, ma sicuramente rende evidente che integrare l'uso dell'omeopatia nel trattamento di pazienti con questo tipo di patologia può condurre alla riduzione progressiva della terapia allopatica e di conseguenza dei suoi effetti collaterali. Il dato più interessante è comunque l'assenza di poussè neuritiche e assieme all'assenza di nuovi sintomi anche la scomparsa di quella residuale delle precedenti crisi neuritiche. Infine la presenza di una piccola area di demielinizzazione non accompagnata da evidente sintomatologia è un dato che allo stato attuale non permette valutazioni certe, ma ci spinge a proseguire l'osservazione e studiare altri casi di Sclerosi Multipla, col fine di ottenere guarigioni sempre più durature e metodi di approccio sempre più affidabili.

Bibliografia

1) Adams e Victor: *Principi di Neurologia, ottava edizione, Mc Graw-Hill*. Edizione italiana a cura di C. Ferrarese, G. Nappi, P. Tonali, 2006.
2) Dati diffusi da AISM (Associazione Italiana Scerosi Multipla) riportati da uno studio di: Nicola Canal, Angelo Ghezzi, Mauro Zaffaroni *Sclerosi multipla. Attualità e prospettive, Elsevier.*
3) Schroyens F.: *Synthesis, repertoriumhomeopathicumsyntheticum; edition 9.1*, Homeopatic Book Publisher, London
4) Fagone G.:*Trattare la tireotossicosi con l'omeopatia*.Il Medico Omeopata, XVIII, 52, maggio 2013, pag. 58-65
5) Bolte A. WichmannJ.: *The naturalrelationship of remedies*. FagusVerlag, Refrath, Germany, 1997
6) Hodiamont G.: *Trattato di Farmacologia Omeopatica, vol. II*. Nuova IPSA editore, Palermo, 1991
7) Somers et al.: Am J Epidemiol 2009. Are individuals with an autoimmune disease at higher risk of a second autoimmune disorder?
8) Dobson R. , Giovannoni G. : *Autoimmune disease in people with multiple sclerosis and their relatives: a systematic review and meta-analysis.* J Neurol. 2013 May; 260(5): 1272-85
9) Whitmarsh TE. : *Homeopathy in multiple sclerosis*. Complement Ther Nus Midwifery. 2003 feb: 9(1): 5-9

Trauma uguale Arnica

PAROLE CHIAVE:
Totalità sintomatologica, rimedio costituzionale, complementarietà

Introduzione

Con il termine trauma (dal greco τραῦμα, «ferita») in medicina si indica una lesione prodotta nell›organismo da un qualsiasi agente capace di azione improvvisa, rapida e violenta. In psicologia e in psicanalisi, viene definito trauma psichico un turbamento dello stato psichico imputabile a un avvenimento dotato di notevole carica emotiva.
Per quanto riguarda l'aspetto fisico gli effetti possono ripercuotersi su tutti gli organi e apparati corporei, andando quindi a provocare danni di pertinenza medica pluri-specialistica (chirurgica, ortopedica, oculistica, neurologica, vascolare, odontoiatrica, dermatologica ecc.). Fra i traumatismi più frequenti abbiamo le contusioni, le distorsioni, le lussazioni, etc.
La contusione è una lesione prodotta dall'urto di un corpo che comprime e schiaccia i tessuti sottostanti senza determinare soluzioni di continuo a carico della pelle. L'entità del danno è condizionata dalla quantità d'energia trasmessa nell'urto dal corpo contundente, dallo spessore, dalla consistenza delle parti molli interposte tra quest'ultimo e il piano di resistenza (scheletro, suolo) e da condizioni predisponenti, come per es. una milza ingrossata e fragile per patologie concomitanti.
La contusione cranica, in particolare, può provocare un danno cerebrale a prescindere dalla lesione cutanea e ossea eventualmente associata; traumi di questo tipo sono suddivisi in commozioni e contusioni, ma è più opportuno suddividerli in base ai segni clinici e alla durata della sintomatologia.
Per distorsione s'intende l'escursione di un'articolazione oltre i limiti fisiologici, tale da determinare una progressione di eventi lesivi a carico delle strutture capsulo-legamentose che tentano di contrastarla. A seconda dell'entità della distorsione le strutture capsulo-legamentose interessate, dapprima allungate al massimo della loro resistenza, cominciano a strapparsi, fino alla rottura completa se non si arresta l'ab-

norme sollecitazione. Il segno clinico più comune è il dolore spontaneo, associato alla tumefazione e al versamento ematico intra- o extra-articolare.
La lussazione è la perdita dei rapporti articolari completa e permanente tra i capi ossei di un'articolazione. Si parla di sublussazione quando tale perdita è parziale e si riduce spontaneamente. Solitamente le lussazioni prendono il nome dell'articolazione colpita e della direzione dello spostamento del segmento distale (anteriore, posteriore, inferiore ecc.).
Il concetto di trauma, invece, si è via via ampliato nel tempo, coinvolgendo oltre alla sintomatologia clinica, anche una sindrome psichica che può manifestarsi con una sindrome vegetativa o neurologica di vario grado.

Metodi

Ho seguito 6 casi di adulti, di età compresa fra 30 e 60 anni, per un tempo compreso da 3 settimane a 1 anno. Trattasi di pazienti che presentavano esiti post-traumatici non risolti con la terapia farmacologica classica. L'evoluzione di ognuno dei casi è stata seguita solo attraverso dei parametri clinici per cui legati all'osservazione del malato e alla conseguente limitazione funzionale che ne deriva. Purtroppo non è stato possibile somministrare nessun tipo di sistema di valutazione per le difficoltà intrinseche ad ogni test.

1°CASO

donna di anni 35 viene in visita a distanza di 2 anni dall'evento traumatico

Evento traumatico	Calcio di un cavallo che ha interessato l'ipocondrio sn e che ha causato un trauma contusivo.
Diagnostica	ECO negativo, TAC negativa post evento traumatico
Sintomi Post-traumatici	Dolore ipocondrio sn, tale da impedire il normale svolgimento delle attività quotidiane (impossibile stare in piedi per più di 1 ora o alzare un secchio d'acqua)
	Dolore in regione dorso-lombare
Sintomi pre-traumatici	Cefalea continua da 5 giorni prima del ciclo
	2 episodi mensili di otite catarrale ma solo durante il periodo invernale
	Colite spastica legata a stress
	Insonnia almeno 2 episodi settimanali
Farmaci assunti	Anti-infiammatori e anti-dolorifici per diversi mesi ma senza alcun sollievo

2°CASO

uomo di anni 30 viene in visita a distanza di 2 anni dall'evento traumatico

Evento traumatico	Caduta con il parapendio da circa 40 metri che ha causato diversi traumi
Diagnostica	Frattura tibia e perone gamba dx, lussazione e frattura spalla sn, lussazione caviglia sn con frattura astragalo, frattura di diverse costole.
Sintomi Post-traumatici	Dolore gamba dx praticamente giornaliero che gli impedisce di muoversi soprattutto in discesa e che causa insonnia
	Zoppia
	Lombosciatalgia acuitasi a causa dell'evento traumatico.
Sintomi pre-traumatici	Lombosciatalgia
	In genere gli eventi acuti erano mensili anche a causa dell'impossibilità di astenersi dagli sforzi fisici richiesti dal lavoro di falegname.
Farmaci assunti	Anti-infiammatori e anti-dolorifici mesi ma con sollievo parziale.

3°CASO

donna di anni 60 viene in visita a distanza di circa 4 mesi dall'evento traumatico

Evento traumatico	Caduta da una scala che ha causato un trauma cranico lieve
Diagnostica	RX negativo, RNM negativa, TAC negativa post evento traumatico
Sintomi Post-traumatici	Sonnolenza continua (riposo notturno superiore alle 12 ore)
	Torpore mentale
	Riflessi ridotti
	Lentezza nell'eloquio
	Disortografia
	Non ricorda i nomi e debolezza della memoria
Sintomi pre-traumatici	Ipertensione per cui assume il PRELECTAL
	Depressione
	Artrosi a seconda del fastidio

4°CASO

uomo di anni 30 viene in visita a distanza di 2 anni dall'evento traumatico

Evento traumatico	Caduta con il parapendio da circa 40 metri che ha causato diversi traumi
Diagnostica	Frattura tibia e perone gamba dx, lussazione e frattura spalla sn, lussazione caviglia sn con frattura astragalo, frattura di diverse costole.
Sintomi Post-traumatici	Dolore gamba dx praticamente giornaliero che gli impedisce di muoversi soprattutto in discesa e che causa insonnia
	Zoppia

	Lombosciatalgia acuitasi a causa dell'evento traumatico.
Sintomi pre-traumatici	Lombosciatalgia
	In genere gli eventi acuti erano mensili anche a causa dell'impossibilità di astenersi dagli sforzi fisici richiesti dal lavoro di falegname.
Farmaci assunti	Anti-infiammatori e anti-dolorifici mesi ma con sollievo parziale.

5°CASO

Donna di anni 40 chiede un consulto telefonico a distanza di circa 3 ore dall'evento traumatico

Evento traumatico	Distorsione di 1°grado alla caviglia sinistra
Diagnostica	RX negativo
Sintomipost-traumatici	Dolore
	Impossibilità alla mobilizzazione
	Edema alla caviglia con versamento emorragico
Sintomi pre-traumatici	Palpitazioni cardiache da endocardite
	Artrosi
Farmaci assunti	Direttamente rimedio omeopatico unitario

6°CASO

Uomo di anni 50 chiede un consulto telefonico a distanza di circa 30 minuti dall'evento traumatico

Evento traumatico	Distorsione di 1°grado alla caviglia sinistra
Diagnostica	RX negativo
Sintomi post-traumatici	Dolore
	Impossibilità alla mobilizzazione
	Edema alla caviglia con versamento emorragico
Sintomi pre-traumatici	Artrosi diffusa
Farmaci assunti	Direttamente rimedio omeopatico unitario

Risultati

1°CASO

donna di anni 35 viene in visita a distanza di 2 anni dall'evento traumatico

Sintomi post-traumatici	Dolore ipocondrio sn, tale da impedire il normale svolgimento delle attività quotidiane(impossibile stare in piedi per più di 1 ora o alzare un secchio d'acqua)
	Dolore in regione dorso-lombare
Sintomi pre-traumatici	Cefalea continua da 5 giorni prima del ciclo
	2 episodi mensili di otite catarrale ma solo durante il periodo invernale
	Colite spastica legata a stress
	Insonnia almeno 2 episodi settimanali
Rimedio	CHINA OFFICINALIS 200K 3 GOCCE 3 VOLTE AL GIORNO
DOPO 6 SETTIMANE DI TERAPIA OMEOPATICA	
Sintomi post-traumatici	Dolore ipocondrio sn, migl del 60%
	Dolore in regione dorso-lombare migl del 50%
	Mi ha detto che il marito è molto contento di questa terapia perché lei ha ricominciato a dare da mangiare agli animali!!!
Sintomi pre-traumatici	Cefalea continua da 3 giorni prima del ciclo
	Otite catarrale siamo in estate per cui non valutabile
	Colite spastica, migl di un 50%
	Insonnia nessun episodio
Rimedio	CHINA OFFICINALIS 200K 5 GOCCE 3 VOLTE AL GIORNO
DOPO 11 SETTIMANE DI TERAPIA OMEOPATICA	
Sintomi post-traumatici	Dolore ipocondrio sn, migl del 80%
	Dolore in regione dorso-lombare non più
Sintomi pre-traumatici	Cefalea continua da 3 giorni prima del ciclo
	Otite catarrale siamo in estate per cui non valutabile
	Colite spastica, non più presenti
	Insonnia nessun episodio
Rimedio	CHINA OFFICINALIS 1M 3 GOCCE 1 VOLTA AL GIORNO e assumere il rimedio 3 volte al giorno da circa 5 giorni prima del ciclo
DOPO 21 SETTIMANE DI TERAPIA OMEOPATICA	
Sintomi post-traumatici	Dolore ipocondrio sn, scomparso
	Dolore in regione dorso-lombare non più
Sintomi pre-traumatici	Cefalea continua da 1 giorno prima del ciclo
	Otite catarrale siamo in estate per cui non valutabile
	Colite spastica, non più presenti
	Insonnia nessun episodio

Rimedio	CHINA OFFICINALIS 1M 5 GOCCE 1 VOLTA AL GIORNO e assumere il rimedio 3 volte al giorno da circa 5 giorni prima del ciclo
DOPO 8 MESI DI TERAPIA OMEOPATICA	
Sintomi post-traumatici	Dolore ipocondrio sn, scomparso
	Dolore in regione dorso-lombare non più
Sintomi pre-traumatici	Cefalea non più presente prima del ciclo
	Otite catarrale nessun episodio nonostante l'inverno
	Colite spastica, non più presenti
	Insonnia nessun episodio
Rimedio	CHINA OFFICINALIS 1M 5 GOCCE 1 VOLTA AL GIORNO per poi ridurre in modo costante la somministrazione del rmedio

2°CASO

uomo di anni 30 viene in visita a distanza di 2 anni dall'evento traumatico	
Evento traumatico	Caduta con il parapendio da circa 40 metri che ha causato diversi traumi
Diagnostica	Frattura tibia e perone gamba dx, lussazione e frattura spalla sn, lussazione caviglia sn con frattura astragalo, frattura di diverse costole.
Sintomi post-traumatici	Dolore gamba dx praticamente giornaliero che gli impedisce di muoversi soprattutto in discesa e che causa insonnia
	Zoppia
Sintomi pre-traumatici	Lombosciatalgia acuitasi a causa dell'evento traumatico.
	In genere gli eventi acuti erano mensili anche a causa dell'impossibilità di astenersi dagli sforzi fisici richiesti dal lavoro di falegname.
Farmaci assunti	Anti-infiammatori e anti-dolorifici mesi ma con sollievo parziale.
Rimedio	FALCON PEREGRINUS 1M 3 GOCCE 3 VOLTE AL GIORNO
DOPO 11 SETTIMANE DI TERAPIA OMEOPATICA	
Sintomi post-traumatici	Dolore gamba dx giornaliero migl del 70%
	Dolore gli impedisce di muoversi soprattutto in discesa migl del 50% e non più insonnia
	Zoppia ridotta
Sintomi pre-traumatici	Lombosciatalgia acuitasi a causa dell'evento traumatico ridotta del 90%
Rimedio	FALCON PEREGRINUS 1M 3 GOCCE 3 VOLTE AL GIORNO
A DISTANZA DI 6 MESI	
Sintomi post-traumatici	Dolore gamba dx giornaliero non più solo dopo aver sciato
	Dolore gli impedisce di muoversi soprattutto in discesa non più e non più insonnia
	Zoppia pochissima
Sintomi pre-traumatici	Lombosciatalgia non più

Rimedio	FALCON PEREGRINUS 1M 3 GOCCE 3 VOLTE AL GIORNO solo dopo aver sciato 3 gocce ogni 5 minuti per 3 volte

3°CASO

donna di anni 60 viene in visita a distanza di 2 mesi dall'evento traumatico	
Sintomi post-traumatici	Sonnolenza continua (riposo notturno superiore alle 12 ore)
	Torpore mentale
	Riflessi ridotti
	Lentezza nell'eloquio
	Disortografia
	Non ricorda i nomi e debolezza della memoria
Sintomi pre-traumatici	Ipertensione per cui assume il PRELECTAL
	Depressione
	Artrosi a seconda del fastidio
Rimedio	OPIUM 1M 3 GOCCE 3 VOLTE AL GIORNO
DOPO 1 SETTIMANA DI TERAPIA OMEOPATICA	
Sintomi post-traumatici	Sonnolenza scomparsa
	Torpore mentale scomparso
	Lentezza nell'eloquio scomparsa
	Memoria molto meglio
	Riflessi nella norma
Sintomi pre-traumatici	In questa settimana la paziente ha notato un cambiamento anche dei dolori artrosici
Rimedio	OPIUM 1M 3 GOCCE 3 VOLTE AL GIORNO

4°CASO

uomo di anni 30 viene in visita a distanza di 3 settimane dall'evento	
Sintomi post-traumatici	Sonnolenza continua (riposo notturno superiore alle 12 ore)
	Torpore mentale
	Vertigini tali di limitare la deambulazione
	Stipsi
Sintomi pre-traumatici	Allergia respiratoria
	Sinusite
	Dermatite seborroica sul cuoio capelluto
Rimedio	OPIUM 1M 3 GOCCE 5 VOLTE AL GIORNO

DOPO 6 GIORNI DI TERAPIA OMEOPATICA	
Sintomi post-traumatici	Sonnolenza finita
	Torpore mentale finito
	Vertigini scomparse
	Stipsi non più
	Ha ricominciato a fare il lavoro di prima cioè l'allenatore in piscina
Sintomi pre-traumatici	Allergia respiratoria
	Sinusite
	Dermatite seborroica sul cuoio capelluto
	Non hanno avuto nessuna modifica rilevante visto anche il tempo relativamente breve della terapia

5°CASO

Donna di anni 40 chiede un consulto telefonico a distanza di circa 3 ore dall'evento traumatico	
Evento traumatico	Distorsione di 1°grado alla caviglia sinistra
Diagnostica	RX negativo
Sintomi post-traumatici	Dolore
	Impossibilità alla mobilizzazione
	Edema alla caviglia con versamento emorragico
Sintomi pre-traumatici	Palpitazioni cardiache da endocardite pregressa
	Artrosi
Rimedio	KALMIA 1M 3 GOCCE 1 VOLTA AL GIORNO
Rimedio trauma	RUTA GRAVEOLENS 1M 3 GOCCE OGNI 10 MINUTI PER 1 ORA E POI OGNI ORA
A DISTANZA DI 24 ORE	
Sintomi post-traumatici	Dolore diminuito del 90%
	Riesce a camminare
	Edema scomparso permane anche se in modo minore il livido

6°CASO

Uomo di anni 50 chiede un consulto telefonico a distanza di circa 30 minuti dall'evento traumatico	
Evento traumatico	Distorsione di 1°grado alla caviglia sinistra
Diagnostica	RX negativo
Sintomi post-traumatici	Dolore
	Impossibilità alla mobilizzazione
	Edema alla caviglia con versamento emorragico
Sintomi pre-traumatici	Artrosi diffusa

Rimedio	CALCIUM PHOSPHORICUM 1M 3 GOCCE 1 VOLTA AL GIORNO
Rimedio trauma	RUTA GRAVEOLENS 1M 3 GOCCE OGNI 10 MINUTI PER 1 ORA E POI OGNI ORA
A DISTANZA DI 10 ORE	
Sintomi post-traumatici	Dolore diminuito del 90%
	Riesce a camminare
	Edema scomparso permane anche se in modo minore il livido

Discussione

I risultati presentati in questo lavoro ci devono far riflettere su diversi ambiti: nei primi 2 casi il rimedio costituzionale ha fatto rientrare anche i sintomi da trauma, nei secondi 2 casi l'unico effetto che si può valutare è quello traumatico, negli ultimi 2 casi gli effetti sul trauma sono rientrati con un complementare del rimedio costituzionale. Come interpretare tutto questo?
Una certezza, anche se dovrebbe essere ampliata la casistica, è che non si può parlare di rimedi da trauma, la prescrizione deve comunque rispettare la regola della totalità dei sintomi e il rimedio prescritto per il trauma deve avere un legame o coincidere con il rimedio costituzionale.

Conclusioni

In realtà questi casi non ci fanno scoprire niente di nuovo, visto che già Hahnemann e più tardi F.E. Candegabe2 hanno affermato: "In caso di traumi e di indisposizioni vedremo anche, il più delle volte, che, se conosciamo il simillimum, la sua prescrizione sarà coronata dal successo."

Bibliografia

1. Radar 10.05.003
2. ENCICLOPEDIA OMEOPATICA: E.F.Candegabe *8 seminari svolti dal 1985 al 1990 in Italia*
3. ENCICLOPEDIA OMEOPATICA: E.F.Candegabe *Materia medica comparata*

Sitografia

http://www.treccani.it/enciclopedia/trauma_(Universo-del-Corpo)/ di Giorgio Santilli, Luciano Accogli e Olga Pozzi. Visitato in data 12-01-14

Maria Rita Gualea, Emanuela Longa

Il trauma in Medicina dello sport

PAROLE CHIAVE
Frattura da stress, terapia omeopatica, trauma sportivo, sindrome da sovraccarico
(Stress syndrome, homeopathic treatment, sport injury, overtraining syndrome)

Introduzione

La gestione del trauma nell'atleta è un evento molto delicato per lo specialista in medicina dello sport. L'atleta è costretto ad interrompere gli allenamenti e a rinunciare a partecipare a gare programmate da tempo e il trauma fisico diventa anche trauma emotivo, sia per giovani atleti che per atleti master.
Soprattutto le lesioni da sovraccarico (traumatiche croniche), patologie da ipersollecitazione funzionale sui vari distretti (scheletrico, articolare, muscolare, tendineo) per fenomeni microtraumatici ripetuti nel tempo, rappresentano il trauma più frequente.
I fattori che possono predisporre a questo tipo di traumatismi sono esogeni, endogeni e fattori determinanti.
I fattori predisponenti esogeni comprendono i terreni di gioco, le calzature non idonee, le condizioni atmosferiche, l'errata esecuzione del gesto tecnico, errori dietetici e l'utilizzo di sostanze anabolizzanti e farmacologiche (ad esempio antibiotici e cortisonici).
I fattori predisponenti endogeni sono le anomalie congenite o acquisite del sistema osteo-articolare e muscolo-tendineo, come le dismetrie degli arti, le alterazioni articolari o muscolari sottostanti la lesione, le malattie intercorrenti, le alterazioni elettrolitiche, i deficit di ferro e l'età.
I fattori determinanti sono le ripetute e abnormi sollecitazioni funzionali in rapporto all'esecuzione del gesto tecnico specifico dello sport praticato, soprattutto se non correttamente eseguito. Esse determinano sulle strutture anatomiche interessate fenomeni reattivi (flogosi) e/o degenerativi.
Per la diagnosi di una lesione da sovraccarico occorre eseguire una corretta anamnesi, un esame clinico accurato ed eventuali accertamenti diagnostici.

Inizialmente i sintomi riferiti dall'atleta possono essere lievi e sottostimati e manifestarsi durante o dopo l'attività sportiva. Importante è valutare eventuali variazioni di allenamento, sia per durata che per intensità, l'introduzione di nuove tecniche o nuovi attrezzi per l'allenamento.
L'esame clinico inizia con l'ispezione per individuare tumefazioni, arrossamenti o pallore cutaneo. La palpazione permette di evidenziare tumefazioni nel sito della struttura danneggiata. Vanno inoltre valutati l'arco di movimento articolare sia attivo che passivo e la forza muscolare rispetto all'arto contro laterale sano. Vanno, inoltre, affrontati e corretti fattori meccanici ed intrinseci che possono aver determinato la lesione e che devono essere corretti anche durante il trattamento e la riabilitazione dell'atleta.
La diagnosi spesso richiede accertamenti strumentali per confermare il sospetto clinico. Il primo esame strumentale da effettuarsi per la diagnosi di eventuali patologie ossee è la radiografia. Ulteriori esami sono la scintigrafia ossea, la TC e la RMN, quest'ultima utile in particolare per le lesioni dei tessuti molli, ma anche per la diagnosi e la stadiazione delle fratture da stress.
L'ecografia, soprattutto se dinamica, è utile per le lesioni muscolari e capsulo legamentose. L'EMG permette la diagnosi delle lesioni da sovraccarico sul sistema nervoso e l'eco-doppler dinamico permette di rilevare compressioni vascolari funzionali.
La terapia delle lesioni da sovraccarico è quella di ridurre il dolore e l'infiammazione e riabilitare la regione lesa.
Il riposo viene sempre consigliato per un periodo dipendente dal tipo di lesione, a volte associato anche ad immobilizzazione con gessi o tutori e astensione dal carico.
I farmaci antinfiammatori vengono di solito prescritti per ridurre sia il dolore che la risposta infiammatoria. Altri approcci terapeutici sono l'applicazione di ghiaccio, caldo, terapia fisica locale strumentale e massaggio.

Materiali e metodi

Verrà effettuata l'analisi di due casi clinici di pazienti affetti da lesioni da sovraccarico, in cui, oltre alla sospensione dall'attività sportiva e al trattamento fisioterapico, viene associata la terapia omeopatica unicista come coadiuvante a questi trattamenti ed in sostituzione alla terapia farmacologica antinfiammatoria. Verranno valutati i tempi di recupero confrontandoli con i tempi di recupero descritti in letteratura per una lesione analoga.

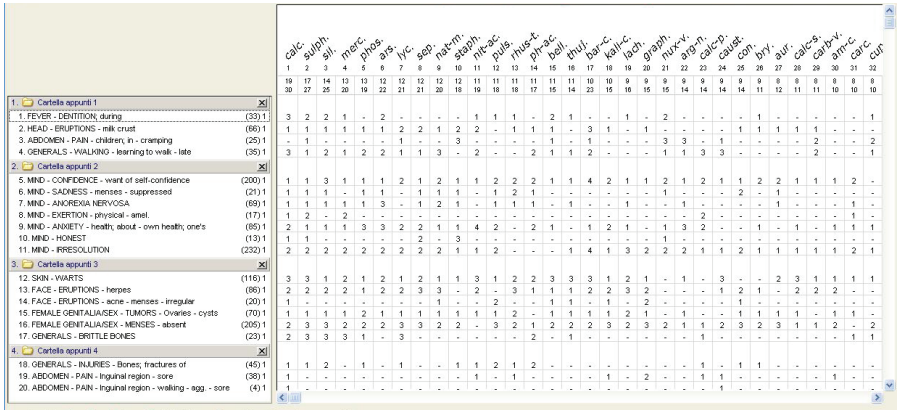
Casi clinici

Caso clinico N.1

Triathleta di 30 anni. A giugno 2013 inizia a lamentare dolore invalidante nella regione inguinale sinistra, irradiato alla coscia, che le impedisce soprattutto la corsa.

Da un anno presenta amenorrea, acne al viso e ritenzione idrica agli arti inferiori. Gli esami ematochimici (cortisolemia, PRL, CPK, TSH, Ft3, Ft4, elettroliti, sideremia, transferrina, ferritina) per valutare una possibile condizione di overtraining, responsabile dell'amenorrea, risultano nella norma. L'ecografia documenta una calcificazione lenticolare di 12 mm nel contesto del tendine del retto femorale, in stretta adiacenza alla giunzione miotendinea, riferibile a tendinopatia calcifica. Tale calcificazione viene trattata con 6 sedute di Hilterapia e si consiglia stretching del quadricipite femorale.
L'atleta interrompe l'attività fisica durante il periodo estivo ed esegue terapia fisica. Nonostante l'interruzione degli allenamenti non ricompare il ciclo mestruale. L'atleta all' inizio di ottobre riprende gli allenamenti. A fine ottobre 2013, compare sintomatologia dolorosa sempre nella regione inguinale sx, che si irradia alla gamba e che impedisce di nuovo all'atleta di correre. Il dolore viene avvertito anche mentre cammina e scende le scale. Si decide di effettuare TC e RMN che evidenziano frattura da stress di 4 cm della diafisi femorale al terzo superiore. La MOC della colonna lombare evidenzia un BMD di -2,0 D.S. del T score, quindi una condizione di osteopenia, mentre la MOC a livello del collo del femore evidenzia un valore di -1,3, indicativo per una iniziale osteopenia.
Consigliamo alla paziente di intraprendere, oltre al riposo, all'astensione dal carico e a 20 sedute di magnetoterapia (approccio terapeutico d'elezione per questo tipo di patologia), terapia omeopatica unicista.
La repertorizzazione dei sintomi considera la patologia acuta ed i sintomi costituzionali della paziente.

Repertorizzazione – Schroyens F., Synthesis Treasure Edition



	calc.	sulph.	sil.	merc.	phos.	ars.	lyc.	sep.	nat-m.	staph.	nit-ac.	puls.	rhus-t.	ph-ac.	bell.	thuj.	bar-c.	kali-c.	lach.	graph.	nux-v.	arg-n.	calc-p.	caust.	con.	bry.	aur.	calc-s.	carb-v.	am-c.	carc.	cur
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
	19	17	14	13	12	12	12	12	12	12	11	11	11	11	11	11	10	10	9	9	9	9	9	9	9	9	8	8	8	8	8	8
	30	27	25	20	19	22	21	21	20	18	19	18	18	17	15	14	23	15	16	15	15	14	14	14	14	11	12	11	11	10	10	10
1. Cartella appunti 1																																
1. FEVER - DENTITION; during (33) 1	3	2	2	1	-	2	-	-	-	-	1	1	1	-	2	1	-	-	1	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
2. HEAD - ERUPTIONS - milk crust (66) 1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	-	1	1	1	-	3	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	-	-	-
3. ABDOMEN - PAIN - children; in - cramping (25) 1	-	1	-	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	3	3	-	1	-	-	-	-	2	-	-	2	
4. GENERALS - WALKING - learning to walk - late (35) 1	3	1	2	1	2	2	1	1	3	-	2	-	-	2	1	1	2	-	-	-	1	1	3	3	-	-	-	-	2	-	-	1
2. Cartella appunti 2																																
5. MIND - CONFIDENCE - want of self-confidence (200) 1	1	1	3	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	4	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	-
6. MIND - SADNESS - menses - suppressed (21) 1	1	1	1	-	1	1	-	1	1	1	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-
7. MIND - ANOREXIA NERVOSA (69) 1	1	1	1	1	1	3	-	1	2	1	-	1	1	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
8. MIND - EXERTION - physical - amel. (17) 1	1	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-
9. MIND - ANXIETY - health; about - own health; one's (85) 1	2	1	1	1	3	3	2	2	1	1	4	2	-	2	1	-	1	2	1	-	1	3	2	-	-	1	-	1	-	1	1	1
10. MIND - HONEST (13) 1	1	1	-	-	-	-	-	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. MIND - IRRESOLUTION (232) 1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	-	-	-	1	4	1	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
3. Cartella appunti 3																																
12. SKIN - WARTS (116) 1	3	3	1	2	1	2	1	2	1	1	3	1	2	2	3	3	3	1	2	1	-	1	-	3	-	-	2	3	1	1	1	
13. FACE - ERUPTIONS - herpes (86) 1	2	2	2	2	1	2	2	3	3	-	2	-	3	1	1	1	2	2	3	2	-	-	-	1	2	1	-	2	2	2	-	-
14. FACE - ERUPTIONS - acne - menses - irregular (20) 1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	1	1	-	1	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
15. FEMALE GENITALIA/SEX - TUMORS - Ovaries - cysts (70) 1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	-	1	1	1	1	2	1	-	1	-	-	-	1	1	1	1	1	-	1	1
16. FEMALE GENITALIA/SEX - MENSES - absent (205) 1	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	-	3	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	3	2	3	1	1	2	-	2
17. GENERALS - BRITTLE BONES (23) 1	2	3	3	3	1	-	3	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
4. Cartella appunti 4																																
18. GENERALS - INJURIES - Bones; fractures of (45) 1	1	1	2	-	1	-	1	-	-	1	1	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	
19. ABDOMEN - PAIN - Inguinal region - sore (38) 1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	2	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-
20. ABDOMEN - PAIN - Inguinal region - walking - agg. - sore (4) 1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

I sintomi sono stati suddivisi in 4 cartelle e riguardano rispettivamente:
1) Anamnesi fisiologica
2) Caratteristiche mentali
3) Problemi cronici
4) Sintomi Acuti

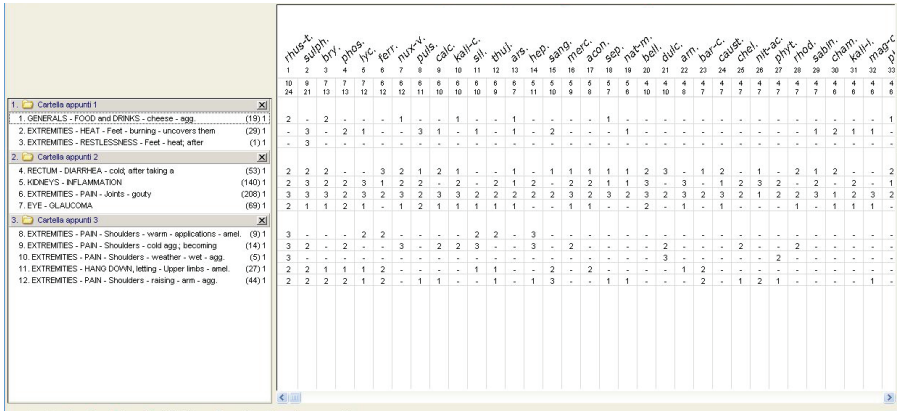
I sintomi acuti indicano Calcium carbonicum come del resto anche la totalità degli altri sintomi raccolti, pertanto si decide di prescrivere:
CALCIUM CARBONICUM MK 3 gocce 3 volte al giorno.

La paziente riferisce un miglioramento del 70% della sintomatologia dolorosa, mentre cammina e scende le scale, dopo 3 giorni dall'assunzione del rimedio. Non assume farmaci antinfiammatori.
Dopo 3 settimane di terapia omeopatica ricompare il ciclo mestruale, che non era ricomparso nemmeno con la sospensione dell'attività sportiva nel periodo estivo.
Dopo 8 settimane esegue RMN di controllo che mostra la guarigione della frattura da stress. I tempi di risoluzione di una frattura da stress di questo tipo normalmente vanno da 12 a 20 settimane.

Caso clinico N.2
Atleta master di 69 anni, ex giocatore di pallacanestro professionista (serie A), attualmente pratica ciclismo. Viene in visita il 28/3/2007 per un dolore alle spalle dopo aver effettuato lavori di giardinaggio. I dolori sono soprattutto notturni, impedendogli di dormire e di stare sdraiato. Non riesce a praticare ciclismo. Ma soprattutto presenta una importante limitazione ai movimenti delle braccia e riferisce la sensazione di sentirsi "bloccato". All'esame obiettivo, oltre alla limitazione funzionale si evidenzia anche deficit della forza.
Esegue ecografia muscolo-tendinea che evidenzia: tenosinovite al capo lungo dei bicipiti omerali con alone ipoecogeno attorno all'area iperecogena del tendine, più evidente a destra. Lieve versamento sinoviale a carico dei capolunghi. La cuffia dei rotatori è di spessore conservato con presenza di piccoli spot iperriflettenti di significato fibrocalcifico più numerose a destra.
Esegue esami ematochimici che evidenziano VES 25, PCR 2, Fattore reumatoide 3.
Durante la visita lamenta anche dolore alla pianta del piede compatibile con fascite plantare.
L'ortopedico depone per quadro clinico suggestivo di polimialgia reumatica e consiglia terapia steroidea, in particolare Deltacortene 25 mg ½ compressa, da ridurre molto lentamente, consiglia comunque visita oculistica prima di intraprendere tale terapia perché il paziente è affetto da glaucoma. Specifica comunque nella prescrizio-

ne che non vi sono ancora alternative adeguate a tale terapia. Il paziente stava inoltre assumendo Allopurinolo per iperuricemia.

Repertorizzazione – Schroyens F., Synthesis Treasure Edition



	rhus-t.	sulph.	bry.	phos.	lyc.	ferr.	nux-v.	puls.	calc.	kali-c.	sil.	thuj.	ars.	hep.	sang.	merc.	acon.	sep.	nat-m.	bell.	dulc.	am.	bar-c.	caust.	chel.	nit-ac.	phyt.	rhod.	sabin.	cham.	kali-i.	magr-c
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
	10	9	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	24	21	13	13	12	12	12	11	10	10	10	9	7	11	10	9	8	7	6	10	10	8	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6
1. Cartella appunti 1																																
1. GENERALS - FOOD and DRINKS - cheese - agg. (19) 1	2	-	2	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
2. EXTREMITIES - HEAT - Feet - burning - uncovers them (29) 1	-	3	-	2	1	-	-	3	1	-	1	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	1
3. EXTREMITIES - RESTLESSNESS - Feet - heat; after (1) 1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Cartella appunti 2																																
4. RECTUM - DIARRHEA - cold; after taking a (53) 1	2	2	2	-	-	3	2	1	2	1	-	-	1	-	1	1	1	1	1	2	3	-	1	2	-	1	-	2	1	2	-	-
5. KIDNEYS - INFLAMMATION (140) 1	2	3	2	2	3	1	2	2	-	2	-	2	1	2	-	2	2	1	1	3	-	3	-	1	2	3	2	-	2	-	2	-
6. EXTREMITIES - PAIN - Joints - gouty (208) 1	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	1	2	2	3	1	2	3	2
7. EYE - GLAUCOMA (69) 1	2	1	1	2	1	-	1	2	1	1	1	1	1	-	-	1	1	-	-	2	-	1	-	1	-	-	-	1	-	1	1	1
3. Cartella appunti 3																																
8. EXTREMITIES - PAIN - Shoulders - warm - applications - amel. (9) 1	3	-	-	-	2	2	-	-	-	-	2	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. EXTREMITIES - PAIN - Shoulders - cold agg.; becoming (14) 1	3	2	-	2	-	-	3	-	2	2	3	-	-	3	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-
10. EXTREMITIES - PAIN - Shoulders - weather - wet - agg. (5) 1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
11. EXTREMITIES - HANG DOWN, letting - Upper limbs - amel. (27) 1	2	2	1	1	1	2	-	-	-	-	1	1	-	-	2	-	2	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. EXTREMITIES - PAIN - Shoulders - raising - arm - agg. (44) 1	2	2	2	2	1	2	-	1	1	-	-	1	-	1	3	-	-	1	1	-	-	-	2	-	1	2	1	-	-	-	1	-

I sintomi sono stati suddivisi in 3 cartelle e riguardano:
1) Sintomi generali
2) Patologie croniche
3) Sintomi acuti

Si decide per la prescrizione di RHUS TOXICODENDRON, che sembra concorde sia con le caratteristiche generali, le patologie croniche ed i sintomi acuti, alla diluizione di MK 3 gocce ogni 2 ore

Il 3/4/2007
Il paziente riferisce miglioramento del 40% del dolore e netto miglioramento del sonno che era prima disturbato dal dolore. Ha sospeso la terapia con FANS.
Prosegue con Rhus toxicodendron XMK 3 gocce 5 volte al giorno. Si decide di modificare la diluizione perché il paziente riferisce un arresto del miglioramento che era stato invece graduale e progressivo fino a quel momento.

Il 20/4/2007
Riferisce ancora limitazione dei movimenti anche se i dolori sono ulteriormente migliorati del 60%

Si prosegue con Rhus toxicodendron LMK 3 gocce 4 volte al giorno. Si decide anche in questo caso di modificare la diluizione per il persistere della limitazione funzionale che non sembra migliorare ulteriormente..

L'8/5/2007
Alla visita di controllo riferisce la scomparsa dei dolori e la ripresa della quasi completa articolarità delle braccia. Lamenta ancora dolore saltuario alla pianta del piede. Si continua la terapia omeopatica con Rhus toxicodendron CMK 5 gocce 2 volte al giorno.

Il 27/7/2007
Alla visita di controllo il paziente riferisce benessere, scomparsa dei dolori alle spalle e anche al piede. Presenta ripresa della mobilità delle spalle e della forza. Ha ripreso la sua normale attività sportiva. Ha aggiunto anche il gioco delle bocce con 3 partite giornaliere.
Gli esami ematochimici si sono normalizzati, compresa l'iperuricemia, e l'ecografia di controllo ha evidenziato la scomparsa del processo flogistico pur permanendo le immagini riferibili a fibrocalcificazioni.

Da allora il paziente ha continuato ad assumere il rimedio alla diluizione CMK riducendo progressivamente la frequenza e dal 2008 assume 5 gocce 1 volta al mese nel periodo invernale, senza ripresentare sintomatologia dolorosa alle spalle e al piede.

Conclusioni e discussione

Dall'analisi dei due casi descritti si può evincere che il rimedio omeopatico scelto per l'evento traumatico può essere il rimedio costituzionale del paziente, che si esprime nella totalità della sintomatologia anche dell'evento traumatico stesso. Il paziente trae beneficio quindi dal rimedio non solo per l'evento acuto ma anche per le patologie croniche associate.
A volte, inoltre, soprattutto chi pratica attività sportiva pone particolare attenzione alle terapie farmacologiche. Molti farmaci rientrano nelle liste delle sostanze proibite o con effetti collaterali sulla prestazione e la terapia omeopatica è una buona alternativa farmacologica, sempre più richiesta da questo tipo di pazienti.
Nella mia esperienza ho potuto osservare come anche rimedi che abitualmente non sembrerebbero indicati per chi pratica sport di endurance, al contrario, possono adattarsi bene alla costituzione di atleti, come Calcarea carbonica nel caso della triatleta.
Nella mia esperienza in un settore giovanile di una squadra di calcio di serie A, ho avuto modo spesso di trattare problemi di sovraccarico funzionale utilizzando

il rimedio costituzionale dell'atleta, con tempi di risoluzione della sintomatologia dolorosa nettamente più brevi rispetto ai tempi normalmente descritti e senza l'assunzione di antinfiammatori.
Un'altra osservazione è quella che riguarda le tematiche proposte da alcuni omeopati contemporanei collegate a rimedi appartenenti alla famiglia botaniche delle Anacardiacee e delle Compositae. Nel caso dell'atleta master la sensazione che ha espresso in modo più eclatante è stata quella di sentirsi "bloccato e rigido", sensazioni che corrispondono pienamente a quelle descritte per la famiglia botanica delle Anacardiacee a cui Rhus toxicodendron appartiene. Questo tipo di sensazioni sono riferite in modo molto frequente dagli atleti quando subiscono un infortunio e devono sospendere l'attività sportiva.
Anche le sensazioni descritte per la famiglia botanica delle Compositae, come ad esempio il sentirsi "danneggiato, traumatizzato, la paura di essere toccato", sono molto comunemente riferite dagli atleti durante un trauma acuto e in questi casi per esempio la prescrizione di Arnica (molto efficace e molto utilizzata nei traumi contusivi) o Bellis perennis, che appartengono a questa famiglia botanica, dovrebbero essere considerate.
Quindi la terapia omeopatica unicista può essere applicata in un ambito specialistico come la medicina dello sport, dove l'attenzione che lo specialista in medicina dello sport ha per la totalità dell'atleta è molto simile a quella che l'omeopata ha per i propri pazienti/atleti.

Bibliografia

(1) Schroyens F. Synthesis Treasure Edition 2009
(2) Ferrario A., Monti G.B., Jelmoni G.P. Traumatologia e lesioni muscolari – Edi-ermes 1999
(3) Sankaran R. Schemi diagnostico-terapeutici – Salus Infirmorum 2005
(4) Miller S.M. et al. Energy deficiency, menstrual disturbances, and low bone mass: what do exercising Australian women know about the female athlete triad? Int J Sport Nutr Exerc Metab. 2012 Apr;22(2):131-8.
(5) Solomonow M. et al. Acute repetitive lumbar syndrome: a multi-component insight into the disorder. J Bodyw Mov Ther. 2012 Apr;16(2):134-47.
(6) Reshef N, Guelich DR. Medial tibial stress syndrome.Clin Sports Med. 2012 Apr;31(2):273-90.

Roberto Orsi

Caso clinico di trauma cranico in un gatto trattato con terapia omeopatica. Documentazione video

INTRODUZIONE

Scopo di questo studio è mostrare una semplice documentazione video di un caso clinico che sia esplicativa della realtà del lavoro veterinario e significativa dell'efficacia terapeutica dell'Omeopatia.
Materiali e metodi: Il lavoro è basato su alcuni brevi video che documentano l'evoluzione clinica di un gattino di circa due mesi con grave trauma cranico da investimento auto. Le terapia omeopatica effettuata è stata scelta sulla base delle conoscenze di Materia Medica dell'autore e su repertorizzazione effettuata con RadarOpus.

RISULTATI

I video documentano la positiva evoluzione del caso con restituitio ad integrum. Il costo delle terapie e del ricovero, che è gravato sull'autore, è stato contenuto.

DISCUSSIONE - CONCLUSIONI

Tutti coloro che praticano l'Omeopatia sanno che l'ausilio terapeutico offerto da essa nei casi traumatologici è notevolissimo. In medicina umana i casi di trauma cranico vengono ospedalizzati negli appositi reparti per ricevere terapie standardizzate, spesso con lunghe o croniche degenze. In medicina veterinaria i casi afferiscono a strutture private ed è possibile, in nome della libertà di scelta terapeutica e se il terapeuta è esperto in Omeopatia, effettuare terapie omeopatiche altamente efficaci ed a basso costo. L'impiego delle terapie omeopatiche da parte di medici esperti sarebbe auspicabile anche a livello di reparti di Pronto Soccorso e d'Emergenza in umana.

PAROLE CHIAVE

Omeopatia, gatto, trauma cranico, video.

Raffaella Pomposelli

Neurobiologia e trauma: il rimedio omeopatico come strumento di conoscenza e integrazione

RIASSUNTO

Caso clinico di paziente con uroteliomi recidivanti a breve termine, seguito dal 2010. Ad oggi non si è più ripresentata alcuna recidiva.
Il trauma che il paziente ha vissuto a livello emozionale è stato l'ictus del figlio primogenito avvenuto all'età di cinque anni e ripetutosi dopo circa un anno.
Il rimedio omeopatico somministrato al paziente ha permesso di conoscere la predisposizione sottostante famigliare, che probabilmente è anche alla base dell'ictus del figlio.

Materiali e metodi

Il rimedio omeopatico è stato individuato applicando la metodologia hahnemanniana e la repertorizzazione con radar-10 e radar-opus.
Il primo rimedio somministrato è stato natrum muriaticum 1 LM (1 goccia tutti i giorni). In due anni circa, gradualmente si è arrivati fino alla 15LM.
A maggio 2013 è stata prescritta thuja 1 LM (1 goccia tutti i giorni) e a fine agosto 2013, in seguito a un lieve sfregamento sono comparse piaghe tibiali severe (di cui aveva sofferto anche il nonno per lunghi anni e fino agli ultimi giorni della sua vita), ha ricevuto fluoricum acidum cominciando dalla 15CH e proseguendo con la 30 CH 15 giorni dopo (per quindici giorni) e infine la 200 CH (1 goccia sciolta in acqua e sorseggiata durante l'arco della giornata).

Risultati

Ad oggi il paziente non ha più presentato recidive degli uriteliomi.
Il rimedio miasmatico ha portato in superficie la grave predisposizione ereditaria coinvolgente il circolo venoso degli arti inferiori.

Discussione

La neuroplasticità indica l'insieme dei processi con cui le connessioni cerebrali sono modificate dalle esperienze.
Il trauma emotivo compromette l'integrazione delle aree emozionali e associative cerebrali che può derivare dalle esperienze. In questo caso l'esperienza che il paziente ha fatto attraverso la cura omeopatica, non solo ha interrotto gli uroteliomi recidivanti ma ha anche permesso l'integrazione con la predisposizione sottostante e la sua cura.

Conclusioni

L'espressione della predisposizione sottostante la malattia cronica del padre ha reso possibile ipotizzare la causa dell'ictus del figlio.
Il rimedio che ha reso possibile la cura del padre ha finito col rivelarsi il rimedio per la cura del figlio.

Parole chiave:

Rimedio, Integrazione, Neurobiologia

A.P.R.:

[NB Documentazione di riferimento consultabile facendone richiesta]
Paziente nato nel 1948 da parto distocico
Nel 56 a 8 anni trasferimento da Lecce a Milano. Con difficoltà di inserimento nel nuovo ambiente ed emarginazione sociale sua e della famiglia. "Ero un ragazzo taciturno che non parlava mai di problemi interiorizzando il tutto."
A 14 anni Inizia a lavorare e frequentare scuole serali ."Inizio di emicranie che mi hanno accompagnato tutta la vita e che sono diventate rare da circa 4-5 anni". Iniziavano dalla zona cervicale e si estendevano verso l'alto, più volte a settimana, più d'inverno e in presenza di aria umida.
A 16 anni trauma al ginocchio dx con rottura dei legamenti collaterali.
A 22 anni (1970) durante l'università herpes zoster intercostale dx.
Il 21-1-81 nasce il primo figlio.
Il 2-2-87 il bimbo subisce un "Infarto acuto arteria cerebrale media" con esiti di atrofia emisfero sx, emiparesi dx con afasia. Epilessia con crisi quotidiane di tre tipi farmacoresistente
Nel 1993 nasce il 2° figlio con TC per gestosi.
Nel 1993 (a 45 anni) in concomitanza al TC della moglie sempre accompagnato dalle emicranie severe, emorroidectomia complicata da ascesso perirettale, fistola perisfinterica, stenosi dello sfintere.
Nello stesso periodo iniziano a formarsi piaghe alla gamba dx causate da micro traumi banali, con ritardo severo nella guarigione "proprio come il nonno"
Nel 1996 a 48 anni primo episodio di urotelioma pluricentrico vescicale di basso grado non invas ivo
(TCC VESCICALE pTaG1).
Inizio di ipertensione 90-110 mmHg di minima, 180 mmHg di massima.
2001 prima recidiva di urotelioma
2002 pericardite acuta idiopatica
2005 seconda e terza recidiva di uretelioma
2006 quarta recidiva di urotelioma
Aprile 2008 asportazione chirurgica di un cheratoacantoma nella regione malare dx
2008 il figlio Gabriele, a causa dell'aggravamento delle condizioni generali e delle crisi epilettiche che perduravano da circa 3 anni, subisce un intervento neurochirurgico di callosotomia e asportazione del residuo del giro frontale superiore, temporo-basale, dell'ippocampo sinistro e disconnessione del lobo occipitale. A distanza di 48 ore dall'intervento ictus ischemico nel territorio dell'arteria pericallosa dx. Il ragazzo da allora è seduto sulla sedia a rotelle.
2008 il paziente subisce l'intervento di fistolectomia per ascesso perirettale e fistola

intrasfinterica.
2009 severe apnee notturne (monitoraggio cardiorespiratorio) e ipertensione 160/100.
2010 quinta recidiva di uretelioma.

A.FAM.:
Mamma deceduta a 62 anni per tumore all'utero.
TBC in famiglia.
Nonno paterno boscaiolo deceduto per complicazione setticemica delle le piaghe alle due tibie necrotizzate dopo diversi anni dall'esordio.

DALL'INTERROGATORIO OMEOPATICO:
Stomaco e intestino: tutto regolare.
Des di salato e pesce.
Sonno breve: 3-4 ore per notte.
Sudorazione al torace di notte.
Dà scarsa importanza alle proprie malattie.
Paura e angoscia di non avere sempre lavoro per sostenere adeguatamente la famiglia: soprattutto per il primo figlio. Luciano si dedica completamente al lavoro per poter provvedere ad un'adeguato mantenimento della famiglia.
Mai fatto vaccini.

SINTOMI SCELTI PER LA REPERTORIZZAZIONE:

BLADDER tumors
BLADDER POLYPI
EXTREMITIES, ULCERS legs
RECTUM, fistola
CHEST, perspiration night
MIND, ACTIVITY, desire for
HEMORRHOIDS, ailments from suppressed
FACE, ERUPTIONS, General, Forehead
GENERALITIES, HYPERTENSION
MIND, AILMENTS FROM grief, sorrow, care
DD Calc, Sulph, Nux-v, Nat-m, Phos, Sil, Caust, Sep, Calc-p, Lyc, Carb-v, Aur, Lach, Ars, Puls, Phac.,
Merc, Kali-c, Nit-ac, Staph, Graph, Rhus-t, Ign.

RIMEDIO SCELTO: Natrum muriaticum
PRESCRIZIONE: Natrum muriaticum 1 LM 1 goccia al giorno

2a VISITA OMEOPATICA 15 settembre 2010
R: "Come sta?"
"Come sensazione forse mi sto preoccupando un po' meno, nonostante non sia cambiato nulla nella vita, ma forse sto prendendo le cose con più filosofia. Credo di sentirmi più sereno e poi credo anche di aver trovato un miglioramento alla gamba: si è lacerata una sola volta dopo una botta."
"Mi è venuto un mal di schiena dopo aver preso freddo che ero sudato. Devo stare sdraiato perché da seduto pure mi fa male, oppure se mi alzo lentamente poi camminando i dolori migliorano. Di solito prendevo 600 mg di Brufen al giorno per alcuni giorni ora non ho preso nulla".
"La scorsa settimana mi è venuto il mal di testa che non avevo da molto tempo: a cena sentivo molta stanchezza, inappetenza e leggera nausea, la pressione era alta 180/90 e il mal di testa aumentava. Allora sono andato a letto e mi sono sdraiato. Dopo mezz'ora la massima era già scesa a 160, sono rimasto sul divano per un po' e mi sono distratto ed è tutto passato".
[Mal di testa: presente fin dall'età di 18-19 anni, si presentava anche con episodi settimanali per i quali assumeva Brufen anche più di una volta al giorno. Compariva in qualsiasi momento del giorno e poteva migliorare dopo il sonno. Il paziente a volte era costretto a sdraiarsi e restare immobile con gli occhi chiusi. "Sento come amplificato il suono della pulsazione dei vasi sanguigni, credo soprattutto a sx"]
Dall'interrogatorio è risultato che quel giorno Luciano si era arrabbiato parecchio.
"Da un po' di tempo mi sento un po' più stanco fisicamente, faccio fatica e poi mi sento stanco. Sono giornate senza un attimo di tregua. Le risposte vanno date velocemente. Gli altri fanno danni e bisogna darne risposta".
Sudorazione soprattutto dietro la schiena, durante la notte, "a volte mi sveglio quasi inzuppato, tanto da dovermi cambiare". Sudorazione fredda al risveglio, senza un odore particolare.
"Ho delle extrasistole che mi vengono anche ravvicinate, improvvisamente".
All'E.O. della gamba si nota una RIDUZIONE DELLO SPESSORE: la zona centrale pluritraumatizzata non ha ancora alcun segno evidente di miglioramento al contrario dell'area tutt'attorno (nb il problema persiste da 15 anni)
La piaga alla tibia è secca e non produce più pus e al paziente non dà alcun fastidio (anche prima non dava fastidio

HEAD - PAIN - lying - side; on - amel.
HEAD - PAIN - lying - must lie down
GENERALS - SLEEP - after sleep – amel.

In cantiere non sbotta con i suoi dipendenti: incassa e poi parte il mal di testa.
Cistoscopia di controllo negativa per recidive
"Mi è tornato un prurito all'inguine e ai genitali e c'era anche un arrossamento che adesso non si vede più e ne avevo sofferto parecchio negli ultimi 10-12 anni".
Riduzione del disturbo del sonno: "Al di là che dormo sempre poco, meglio, però ora dormo anche 5 ore buone e mi sveglio riposato ed è difficile che mi svegli durante la notte, al contrario di prima che mi svegliavo e non per urinare: mi svegliavo verso le 2-2.30, dopo circa un'oretta che mi ero addormentato".
Riduzione del mal di testa: come frequenza ed intensità
Le emorroidi non hanno dato più fastidio.
PRESCRIZIONE: Natrum muriaticum 02 LM 1 goccia al giorno per 3mesi

3a VISITA OMEOPATICA 21 maggio 2011
[sta assumendo natrum muriaticum 2 LM 1 goccia al giorno]
"E' insorto un problema di allergia di cui soffro in primavera da circa 10 anni: verso le 8 del mattino inizio con una lacrimazione agli occhi che è peggiore rispetto al passato e dura tutto il giorno; migliora con il freddo".
"Mi sembra che il rimedio stia agendo perché non me la prendo più come prima… Sono un po' meno preso per il lavoro anche se mi preoccupo sempre un po', anche perché non sono un dipendente".
"Desiderio molto forte di latte freddo (da sempre) e di gelato".
"Sensazione di foruncolini sulla sommità del cuoio capelluto".
"La piaga indolore alla tibia destra tende a migliorare lentamente, specialmente da marzo; non ho più prurito e non sento dolore".
La moglie riferisce una riduzione della "ossessione per il lavoro" e quindi "un atteggiamento più distaccato dal lavoro e più tranquillo in generale".
Non desidera in modo particolare le uova e non ama cibi affumicati.
Non ha particolare sensibilità al freddo umido e alle correnti d'aria.
Il desiderio di sale è un po' diminuito.
PRESCRIZIONE: Natrum muriaticum 3 LM 1 goccia al giorno.

4a VISITA OMEOPATICA 12 maggio 2012
[Il paziente viene in visita visibilmente dimagrito e in buon aspetto: ha eliminato dalla sua alimentazione latte e caffè e si è riguardato nell'assunzione del cibo, ha così raggiunto il peso di quando aveva 35 anni!]
"Questo è un periodo di enorme stress: lavoro tantissimo ma non ho nessuna sicurezza e quindi in parallelo mi sto portando avanti assumendomi altri lavori, perciò non ho sabato, domenica, notte. Sto cercando di ridurre per tirare un po' il fiato...".

dall'interrogatorio di Hahnemann sui 60 sintomi della psora latente emergono i seguenti sintomi:
–Da ragazzo sporadicamente epistassi, prima dei 15 anni.
–Mani e piedi caldi e umidi ma meno sudati di un tempo e non con un odore particolare.
–Sensibile all'elastico stretto alle gambe.
–Ha avuto crampi ai polpacci ma che non si sono più ripresentati da quando fa ginnastica al mattino.
–Bruciore degli occhi e lacrimazione intensa in primavera e a settembre.
–In passato (circa 30 anni fa) mal di gola come da colpo d'aria. "Sono disturbi talmente lievi che non ci ho fatto caso più di tanto. Ricordo un arrossamento, un fastidio, un bruciore".
–Respirazione: "a volte mi accorgo di respirare poco e dover fare qualche respiro più profondo".
–Da quasi un anno "sudorazione inguinale di odore forte, aspro, più deciso rispetto alla sudorazione ascellare". Alla domanda se questo odore della traspirazione ricordi l'odore dell'urina nel periodo degli uroteliomi Luciano risponde: "vagamente, ma non so se sia più un'associazione mentale".
–"Se sono sudato e prendo un colpo d'aria mi è capitato di bloccarmi con la schiena (più sull'inizio estate)".
–Una decina di anni fa, in una sera ventosa di aria fredda Luciano ha avuto un episodio di pericardite.
–A partire dai 16-18 anni episodi di cefalea: mal di testa parieto-occipitale sx, in genere insorgente la sera; dolore insopportabile (tanto da richiedere l'uso del farmaco: brufen), come una pressione e contemporaneamente percezione delle pulsazioni cardiache tenendo appoggiata la testa sul cuscino. Gli episodi si sono verificati frequentemente (anche una volta alla settimana) fino a che 10 anni fa, incominciando il trattamento per l'ipertensione, si sono diradati, ma solo da un paio di anni la frequenza è di un episodio ogni 1-2 mesi. Il trattamento farmacologico è stato sostituito in breve con trattamenti fito-gemmo terapici con ottimi risultati (minima a 70-75 mmHg).

–Famigliarità paterna per la pressione minima alta.
–Caduta dei capelli alle tempie.
–Sussulti nel sonno durante i periodi di forte tensione; se viene svegliato dice che fa incubi o comunque che sogna cose spiacevoli [molto spesso riguardano la famiglia].
–Al mattino odore particolare che proviene dall'area inguinale "non sono bagnato di sudore in modo particolare, ma ho una sensazione, toccando, di oleoso-scivoloso". NB da quando non sta più facendo recidive ha questo sintomo.
–Lingua a carta geografica con lieve impronta dei denti.
–Avv al cibo troppo caldo.
–Mi piace il sapore del pesce (si deve sentire il gusto) sulla pasta cotta [NB è un sintomo specifico di nat-m].
–Episodicamente tracce di saliva rosata sul cuscino (non solo adesso che sta sistemando i denti).
–La prima parte delle feci è formata, poi c'è una parte più liquida e al mattino trovo delle tracce lievissime di feci sullo slip.
–Da 5 anni cisti sebacea calcaneale sx mentre dall'86 si formavano frequentemente sulla schiena.
–Operato al ginocchio dx da ragazzo (16-17 anni) per lesione del menisco e rottura dei legamenti laterali a seguito di un trauma subito giocando a calcio. "Da allora non riesco a piegare completamente la gamba, se non tirandola con la mano verso la coscia. Inoltre mi hanno raccomandato di stare attento alle torsioni". Ha subito un trauma anche al ginocchio sx in una caduta avvenuta in seguito, ma che ritiene sia stato recuperato completamente. "Come fa freddo lo sento subito nelle ginocchia, non è solo una sensazione perché diventano fredde davvero le ginocchia".
–Qualche scricchiolio nelle ginocchia. "Sto meglio muovendomi: un anno fa, per un lungo periodo faticavo a cominciare il movimento e migliorava pian piano, forse legato al peso".
–"Sento che arriva il temporale per la sensazione di scricchiolio e dolorino delle ginocchia".
–"Quasi 40 anni fa un sogno spaventoso [nel raccontarlo la voce diviene roca: si forma catarro nelle corde vocali e Luciano deve schiarirsela più volte] dove incontravo mio zio morto che in braccio accarezzava la testa di una bimba e io mi chiedevo perché: quella stessa mattina mia mamma mi ha informato che era morta di un tumore al cervello la bambina di una mia cugina"
–"Un'altra volta, ho sentito il telefono suonare ma un attimo prima, in dormiveglia, ho sognato mio zio che moriva tenendo le mani al petto e ho ricevuto la notizia che lo zio era morto d'infarto"
(Sogni premonitori).

Sogni in dettaglio

1970
Abitavo a Milano e frequentavo l'università . Un giorno alle 6 del mattino sento squillare il telefono e mia madre che risponde. Ho sentito mia madre parlare, e dal tono ho capito che qualcosa di grave era accaduto. Mi sono alzato e uscendo dalla mia stanza vedo mia madre, che finita la telefonata, veniva verso di me.
Mamma: "Una disgrazia, sai cosa è successo?".
Io: "E' morto lo zio Antonio".
Mamma: "Come fai a saperlo? E' morto da poco questa mattina" .
Io: "Mi sono svegliato da un po' perché sognavo lo zio che moriva tenendosi il petto con un grido di dolore".
La coincidenza è stata che nel momento in cui lo zio era morente lo sognavo sofferente. Aveva avuto un infarto o qualcosa del genere. Ero legato a questo zio e lui mi vedeva sempre volentieri quando in estate andavo a trovarlo al paese natio. Lo zio viveva a Sannicola di Lecce e ci incontravamo solo quando andavo in vacanza. Fino a 7 anni la mia famiglia ha vissuto a Sannicola per trasferirsi poi a Milano.

1978 mese di Luglio
Un fine settimana sono andato all'isola d'Elba a trovare Cristina che era in vacanza. Il mattino dopo il mio arrivo, appena ho incontrato Cristina le ho raccontato un sogno che mi aveva turbato. Nel sogno, percorrevo a piedi una strada di campagna non asfaltata e delimitata da muretti a secco tipici della terra in cui sono nato e in cui ritornavo in estate per le vacanze. Ad un incrocio era seduto mio zio Grazio, al quale ero particolarmente legato e che ho assistito qualche notte durante il suo ricovero in ospedale a Parma per una grave malattia di cui poi era morto. Teneva in braccio una bambina carezzandola sulla testa. Mi ha guardato con sguardo dolce scuotendo leggermente il capo. Io ho capito che ero in un sogno in quanto mi rendevo conto che lo zio era morto da un anno circa e non capivo perché teneva dolcemente quella bambina in braccio.
Con Cristina non abbiamo dato molto peso al sogno e abbiamo trascorso la giornata tranquillamente. Verso sera ho telefonato a mia madre che era a Sannicola (LE), come facevo quasi ogni sera per sentire come stava.
Mia madre mi ha comunicato che era morta la bambina di 3-4 anni di una mia cugina. Una mattina la bambina, al risveglio, non stava in piedi e ricoverata in ospedale e morta in circa 3 giorni per un tumore alla testa. Fino a quel momento nessuno della mia famiglia era al corrente del ricovero della bimba e del suo malore.
Di sicuro non sapevo niente io e il mio sogno è avvenuto in orario compatibile con l'ora della sua morte.

1984 - 1986
Non ricordo la data ma il periodo era antecedente l'ictus che ha colpito Gabriele avvenuto il 2.2.1987. Mia madre e morta fine febbraio 1982. Ricordo ancora oggi, sia il momento in cui è spirata tenendogli una mano tra le mie, sia le ore passate in piedi accanto alla bara ancora aperta. Ho sognato la bara con la mamma dentro e io in piedi accanto alla bara con il Gabriele piccolo di circa 2 o 3 anni, in braccio. Improvvisamente la mamma ha aperto gli occhi, si e tirata su e con le braccia ha preso Gabriele per portarlo con se. Io ho lottato con tutte le mie forze non mollando la presa e con uno strattone sono riuscito a togliere il Gabriele dalle braccia di mia madre dicendogli "non puoi portarlo via, non puoi!". E mi sono quindi svegliato abbastanza scosso.
Dopo questi sogni mi è subentrata una specie di paura per le "coincidenze dei sogni con quanto accaduto nella realtà". Ho sicuramente fatto sogni ma senza ricordarli anche perché, capivo che non ero nella realtà ma in un sogno e di conseguenza mi svegliavo per non continuare il sogno stesso.
Seguendo il suo consiglio in questi giorni, ho provato a non svegliarmi, continuare il sogno per poterlo descrivere.
Ho preso nota di questi sogni.

18 gennaio 2014
Sogno: ero a Sannicola. Un gruppo di nomadi accampati in periferia, con lanci di pietre colpivano la moto che avevo parcheggiato poco distante. Sono andato a protestare con forza e hanno completato l'opera con spranghe di ferro. Ho reagito contro i due che colpivano la moto ma sono intervenuti altri in gruppo (circa 5 o 6) e hanno avuto il sopravvento. Ho lottato prendendo e dando botte ma non sentivo alcun dolore. Il gruppo, allora, ha distrutto la mia auto. Mi sono molto arrabbiato perché non avevo più alcun mezzo per andare al lavoro.
Sono andato a chiedere aiuto ad alcuni parenti tra i quali mio cugino poliziotto. Stranamente abitavano tutti a Sannicola ma nella realtà non e mai stato cosi. Volevo una mano da loro per vendicarmi e il numero non mi faceva paura. Mio cugino diceva che non c'era nulla da fare ma io andavo avanti e girandomi ho visto che ero da solo. Ho preso una sedia per spaccare una roulotte dei nomadi ma sono stato fermato da mio cugino che mi impediva di reagire. Mi sono svegliato alle h 1,50 ed ero andato a dormire alle 0,45 circa.

19 gennaio 2014
Sognavo di non riuscire a dormire perché non volevo sognare e mi costringevo a svegliarmi. Si trattava di un sogno dentro altro sogno.

20 gennaio 2014
Sognato di trovarmi in Vietnam partecipando ad una battaglia. Ho ucciso un avversario con un mitra in circostanze confuse. Mi sono svegliato subito perché percepivo inverosimile avere un'arma nelle mani.
–Episodicamente bradicardia.
–Sensibilità all'aria fredda.
–Sopracciglia a metà.
–A distanza di due anni l'area di lesione della tibia si estende ancora per una quindicina di cm.
–Ciste sebacea della schiena asportata nel '91-'92
"Se mangio il gelato non conosco limite"
Mantenimento stabile dei valori della pressione minima a 70-75 mmHg nonostante l'interruzione dei trattamenti fito-gemmo terapici e la sola assunzione del rimedio omeopatico.
Riduzione della frequenza della sudorazione del tronco "Prima sudavo molto di più: può capitare che qualche notte debba cambiarmi la maglietta. Mi sveglio alle 2-3 e tutto sudato"
Scomparsa della "sensazione tipo cordoncino" che il paziente avvertiva a livello anale facendosi il bidet da dopo l'intervento della fistola.
PRESCRIZIONE: Natrum muriaticum 12 LM 1 goccia tutti i giorni

5a VISITA OMEOPATICA 14 dicembre 2012
Luciano da alcuni mesi presenta una contrattura sul lato sx del collo posteriore, che lo rende molto irritabile durante lo svolgimento del suo lavoro al computer. Non ci sono problemi alle braccia, inoltre, non avendo usato la moto quest'estate, il problema non è stato causato da quella.
Mal di testa il pomeriggio, migliorato col sonno.
[La moglie spiega che secondo lei tutto parte dalla grande preoccupazione per il figlio ventenne che il padre ritiene irresponsabile e superficiale "Quando si sveglia prende la goccia del suo rimedio e poi attacca col Marco: lo chiama di continuo per farlo alzare e l'umore è incazzato nero. Al mattino non gli si può parlare e ultimamente questa rigidità si sente"].
"Io dico quello che vedo: mi rendo conto che ho messo su un'attività da passare a qualcuno, senza troppa fatica. Ci sono figli che hanno difficoltà a trovare lavoro e invece mio figlio ha scelto filosofia. Mi viene voglia di chiudere tutto".
Irritabilità al mattino al risveglio.
Unghie ispessite (ha subito uno schiacciamento alle unghie dei due alluci).
Si nota la rigidità cervicale sx e sembrerebbe esserci un contatto dentario a sx.

La gamba sembra essere migliorata ancora, essendosi ristretta l'area lesionata ed essendo meno dolente al contatto
Il lavoro di Luciano è un lavoro sicuro e teme che il suo lavoro vada perso: sente drammaticamente la preoccupazione per il futuro anche perché non ritiene che il figlio possa avere un lavoro altrettanto sicuro.
Si sta irrigidendo fisicamente (collo sx) e sul piano emozionale (irritabilità perché le cose non vanno come vorrebbe e il figlio non risponde alle sue aspettative). A parole dice al figlio di fare ciò che vuole ma poi diventa irritabile e ansioso.
Unghia degli alluci indurita e ispessita: DD nit-ac., fl-ac., graph., thuj., calc.
Mal di testa migliorato dal sonno
DD tra nit-ac e thuya
La moglie: "ultimamente fatico a parlargli, cioè io parlo e lui risponde sì/no e si chiude".
PRECRIZIONE: Natrum muriaticum 15 LM 1 goccia tutti i giorni

6a VISITA OMEOPATICA 19 maggio 2013
Fisicamente sta molto bene, il lavoro è molto intenso in responsabilità e ritmi.
La relazione con il figlio è davvero difficile: Luciano lo incalza dal mattino alla sera.
La moglie riferisce di avere difficoltà a parlare con lui. E' sempre solo preso dal lavoro.
Sonno ancora più breve: 3-4 ore.
Verruca filiforme sulla palpebra dell'occhio sx.
Sudorazione ai genitali oleosa e odorosa, di notte.
Pressione arteriosa 70/137; 79/133; 68/124.
PRESCRIZIONE: Thuya 01 LM 1 goccia al mattino al risveglio per 3 mesi

AGOSTO 2013
Lavorando in casa si è ferito alle gambe solo con leggeri sfregamenti e/o colpi minimi e sono iniziate escoriazioni in cui la pelle si apre e la ferita sanguina e si cicatrizza e sotto si osserva una macchia nera a sx e rossa a dx.
Piaga purulenta indolore con base necrotica inodore tibia dx e sx.
DD carbo vegetabilis e fluoricum acidum

PRESCRIZIONI
3 settembre 2014:
– Fluoricum acidum 15 ch gocce 1 goccia ogni ora per 5 giorni.
– Dal 6°giorno fluor-ac. 30ch gocce 1 goccia ogni 3 ore.
– Dopo 20 giorni fluoricum ac.200 ch 1 goccia.
4 ottobre: fluoricum acidum 3LM 1 goccia al giorno sospesa il 25 ottobre.

16 dicembre: fluoricum acidum 06/LM 1 goccia al di.per 20 g.
Le piaghe erano completamente risanate, in seguito ad un trauma leggerissimo la tibia di sinistra ha riformato la piaga.

PRESCRIZIONE DEL 9 gennaio luesinum 200 ch 1/3 di dose.

CONSIDERAZIONI:
La storia di Luciano ha dimostrato che la legge di guarigione di C. Hering da la direzione sempre al terapeuta e al paziente.
Il trauma della malattia irreversibile del figlio ha ammalato Luciano, facendo emergere le predisposizioni ereditarie.
Luciano non ha più avuto recidive di uroteliomi in questi 4 anni confermato da tutte le cistoscopie di controllo eseguite dal 2010 fino all'ultima di 5 giorni fa, ma la tendenza alle piaghe tibiali (causa di morte del nonno) in risposta a microtraumi fisici non è stata toccata a livello profondo da Fluoricum acidum che apparentemente aveva sanato le piaghe. Luesinum è il rimedio che ta agendo in questa direzione (vd fotografie della lesione ed esame strumentale).
La corretta prescrizione e la corretta successione dei rimedi guidati dalla legge di C. Hering rende possibile la cura di malattie complesse: i traumi emotivi vissuti da Luciano hanno compromesso l'integrazione delle aree emozionali e associative cerebrali, poiché le connessioni cerebrali sono modificate dalle esperienze (neuroplasticità) e di conseguenza è stata compromessa l'energia vitale e la salute. L'espressione di tale compromissione in Luciano p la produzione di piaghe necrotizzanti in risposta a microtraumi fisici.
Se Luesinum sanerà definitivamente questa tendenza ereditaria potremo ipotizzare che avrà anche stimolato nuovi processi di integrazione delle aree corticali prefrontali, dell'insula e le altre strutture connesse con il piano emozionale determinando un cambiamento nel funzionamento dell'intero sistema immuno-neuro-endocrino.

Bibliografia:

1. *Organon*; S. Hahnemann, VI ed. edium.
2. *Malattie croniche*; S. Hahnemann, Anima Edizioni.
3. *La scienza dell'omeopatia*; G. Vithoulkas, ed. Cortina.
4. *La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale*; Daniel J. Siegel, ed. Cortina.
5. *Mindsight*; Daniel J. Siegel, ed. Cortina.
6. *Il contributo dell'Omeopatia ai nuovi modelli patogenetici in medicina*; Ciro D'Arpa
7. X Congresso nazionale FIAMO "L'Omeopatia alla luce della scienza medica moderna", Chianciano 2012.

Nuove visioni della similitudine: omeopatia ed *entanglement* quantistico

PAROLE CHIAVE
entanglement-fisica quantistica-teoria dei sistemi-risonanza-analogia-modello olografico-teoria del tutto-medicina omeopatica

Introduzione

UNITÀ
Un immensa Similitudine abbraccia tutto,
Tutte le sfere, cresciute , non cresciute…
Tutte le distanze dello spazio, per quanto immense,
Tutte le distanze del tempo, tutte le forme inanimate,
Tutte le anime, tutti i corpi viventi…
Tutti i processi gassosi, liquidi, vegetali, minerali, i pesci…
Tutte le nazioni, i colori, le barbarie, le civiltà, le lingue,
Tutte le identità esistite o che possono esistere…
Tutte le vite, e le morti, il passato, il presente, il futuro,
Questa immensa Similitudine li abbraccia, e sempre li ha abbracciati,
E per sempre li abbraccerà,e li conterrà e li racchiuderà completamente.

Walt Withman, Foglie d'erba

La Fisica Quantistica prospetta nuove visioni della realtà profonda dell'Universo e delle Leggi che lo governano e la Medicina Omeopatica ne viene avvalorata nei suoi presupposti dinamici e di comprensione dei processi di salute, malattia e guarigione. Particolarmente i concetti di Entanglement e di Universo Olografico costituiscono chiavi di lettura interessanti per una nuova interpretazione di aspetti cruciali della Scienza dell'Omeopatia. Procederemo ad una sintetica introduzione ad alcune tappe fondamentali del pensiero

scientifico del Novecento che costituiscono delle pietre miliari nella costruzione della nuova visione del mondo Sistemica, Olistica, Organicistica e Spirituale che vada a superare non solo il vecchio paradigma cartesiano e newtoniano ma presuppone di andare anche oltre anche quello einsteniano, con la valorizzazione dei concetti di Informazione e Coscienza che preludono ad una nuova rivoluzione scientifica nel Terzo Millennio.
La Scienza rappresenta l'attività umana orientata nel modo più rigoroso e sistematico alla scoperta della verità sul mondo, attraverso la verifica delle proprie scoperte con l'osservazione e l'esperienza. La ricerca empirica è necessaria ma non sufficiente, bisogna avere una capacità creativa e intuitiva che metta insieme i dati che ne derivano in modo che abbiano un senso come elementi significativi di un sistema coerente. La vita e le opere di C.F.S. Hahnemann sono per noi omeopati esemplificative al massimo grado di un approccio realmente corretto e scientifico alla conoscenza in campo medico, ma un gran numero di menti geniali, spesso a lungo osteggiate, hanno dato il loro contributo al progresso umano nei più diversi ambiti della Scienza. Innanzitutto Einstein, che dedicò tutta la vita ad un preciso obiettivo: trovare lo schema di pensiero più semplice, bello ed elegante capace di collegare fra loro i fatti osservati in modo coerente, la sua Teoria della Relatività e la Meccanica Quantistica insieme ai contributi di altri grandi fisici dimostrano che le particelle sono non oggetti in uno spazio vuoto, ma configurazioni dinamiche in un flusso di energia. Con Schrodinger, Heisenberg e Godel crolla la descrivibilità oggettiva e la veridicità assoluta non solo dei fenomeni osservati ma anche delle asserzioni scientifiche e si afferma la natura non-causale, relativa, probabilistica degli eventi quantici. Da Whitehead sappiamo che la realtà è un processo evolutivo integrativo in cui gli organismi viventi non sono che una varietà dell'unità organica che emerge dai regni della Natura. Von Berthalanffy attraverso la Teoria Generale dei Sistemi apre ad un livello ulteriore di integrazione del campo della Biologia con quelli delle altre Scienze Naturali , delle Scienze Umane e Sociali. Nel suo concetto di "sistema", concepito come entità di base del mondo, si ritrovano con caratteristiche di similitudine (isomorfiche), sistemi della natura fisica , della natura vivente e delle attività umane in intima relazione di scambio reciproco con la biosfera e l'intero universo. Una ulteriore tappa verso un Modello Sistemico della Complessità lo si deve a Prigogine con i suoi studi sulla termodinamica del non equilibrio e la Teoria delle Strutture Dissipative, che si biforcano in modo non lineare in un sistema aperto in continua dinamica evolutiva. Essa confuta la separazione tra fisico e biologico in cui la Vita, diretta verso livelli di sempre maggiore complessità, sfida la "morte termica" della seconda legge della termodinamica, definendo la necessità del caos per stabilire un'ordine superiore cui corrisponde, nel campo medico, la necessità della malattia per giungere ad un livello superiore di Salute, convalidando scientificamente il principio omeopatico che crea una reazione di adattamento neg-entropico sia curativo che preventivo. I più recenti sviluppi della Fisica quantistica, della Biologia evolutiva,

della Cosmologia, delle ricerche sulla Coscienza convergono nel riconoscere fenomeni di correlazione fra tutti i fatti ed eventi osservabili dalla Scienza. In particolare sono di grande interesse le evidenze scientifiche della "Coerenza Non Locale", quale emerge da osservazioni fondamentali derivanti dalla Fisica quantistica, quali l'Entanglement quantistico ed il Modello Olografico dell'Universo (Bohm), che orientano verso una radicalmente nuova visione della realtà ed anche della medicina, in cui un vero processo terapeutico sarà tanto più efficace quanto più sarà capace di evocare nel paziente la consapevolezza della sua unità psicofisica interiore e in prospettiva della sua Unità col Tutto. In questa visione la Medicina Omeopatica, fondata sulla Legge di Similitudine e sulla concezione vitalistica e globale dell'Uomo, si integra in modo ottimale, a condizione che anche gli omeopati sappiano coglierne i contributi innovativi e revisionare aspetti ancora più o meno consapevolmente dogmatici e riduzionistici, quindi antiscientifici, della teoria e della prassi, che si trascinano nel terzo millennio e che gravano sulle originali e sempre valide intuizioni di Hahnemann nei processi di Salute, Malattia e Guarigione.

Materiali e metodi

La nuova visione emergente nella fisica quantistica sulle particelle e sui campi, conduce alla scoperta rivoluzionaria che alle radici della realtà non vi sono soltanto Materia ed Energia ma anche un fattore più sottile ma altrettanto fondamentale: l'In-formazione attiva ed efficace (Bohm) che"forma" il ricevente, sia che si tratti di quanti, galassie o esseri viventi, consentendo un collegamento tra tutte le cose dell'Universo. Essa differisce dalla informazione fisica nel senso comune, veicolata da onde sonore o elettromagnetiche, trattandosi di connessioni dette non-locali, istantanee, per risonanza, senza trasferimento di energia, tra cose o enti siti in punti diversi del tempo e dello spazio comprendendo tra esse anche la Mente e la Coscienza. Essa costituisce 'l'istruzione per l'uso' necessaria alla materia per esistere ed evolvere nella realtà spazio temporale. Questa scoperta consente di accedere ad una comprensione integrale ed olistica del mondo, ovvero alla più grande sfida scientifica di oggi: una Teoria Integrale del Tutto. Questa va ben oltre una Teoria del Tutto limitata alla fisica, alla quale sono dedicate le più recenti teorie delle stringhe e delle superstringhe, con i fisici sempre alla ricerca di unica equazione-master che spieghi tutte le Leggi che governano il cosmo. Essa deve includere tutti i fenomeni dell'Universo, compresi Vita Mente e Cultura, non meno importanti aspetti della Realtà. Una vera Teoria del Tutto deve anche integrare tutti i fatti rilevati in un concetto, insieme più semplice e più ampio, che spieghi gli enigmi e le anomalie che continuano ad accumularsi nella Scienza tradizionale (e tra questi sottolineiamo l'Omeopatia). Poichè, come dice Einstein,"non è possibile risolvere un problema con lo stesso pensiero che lo ha fatto sorgere", si rende necessario un cambio di paradigma scientifico esplorando nuove ipotesi razionali confortate da osservazioni,

esperimenti e previsioni corrette secondo il principio della "falsificabilità"(Popper). La metodologia scientifica classica pretende di ridurre la realtà a quanto è misurabile e riproducibile, tuttavia la nuova fisica dimostra che il 95% di essa non è percepibile ai nostri sensi quindi è imprescindibile il riconoscimento di una realtà velata, un Vuoto quantico, sede delle essenze informative di tutto l'esistente e, come tutti gli altri campi fisici, dimostrabile solo tramite gli effetti che produce sulla realtà manifesta. Affermava il padre della relatività: "Nella nostra nuova fisica non vi è più spazio per il binomio campo-materia, rimane una sola realtà: il campo.", ed il campo è la configurazione formale della Mente-Coscienza nella sua manifestazione fisica.
Tra i principali altri enigmi della coerenza insoddisfatti dal paradigma scientifico dominante possiamo ricordare: il fenomeno della non-località quantica; l'estrema coerenza dei rapporti cosmici; la massa mancante dell'universo; la sintonizzazione ultrafine di oltre 30 parametri fisici dell'universo necessari per consentire la Vita contro ogni probabilità statistica; il surplus di materia rispetto all'antimateria; le complesse correlazioni quasi istantanee, non lineari e multidimensionali tra le tutte le componenti dell'organismo, dove nascono e muoiono 600 miliardi di cellule al giorno e avvengono 1018 reazioni biochimiche al secondo perfettamente coordinate; l'evoluzione di organismi complessi; la capacità del genoma e dell'epigenoma di produrre un sistema altamente integrato e flessibile capace di riorganizzazioni complesse e pressochè istantanee in seguito a stimoli endogeni ed esogeni; l'incredibilmente ridotta capacità di memoria dei 20000 geni del DNA umano, calcolata in 750 mb, rispetto all'enorme complessità di struttura e funzione; le connessioni transpersonali, i fenomeni di sincronicità e serendipità, gli stati non ordinari di coscienza…
Anche l'attuale Modello Standard della Fisica, basato su 16 particelle elementari capaci di spiegare quasi tutti i fenomeni quantici conosciuti (ma manca ancora la materia oscura e la gravità) e completato nel 2012 dalla dimostrazione dopo quasi mezzo secolo del bosone di Higgs (che conferisce massa a tutte le altre particelle), meritando ad Higgs e Englert il Nobel per la Fisica nel 2013 .Tale modello costituisce solo un ulteriore avvicinamento ad una Teoria del Tutto fisica che inglobi e completi le precedenti, come la teoria di Einstein ha fatto con quella di Newton, riuscendo a predire anche fenomeni mai osservati prima. Ricordiamo che i più recenti calcoli degli astrofisici dimostrano che la materia che conosciamo (e non consideriamo l'antimateria) rappresenta circa il 5% della materia dell'universo, il 27% è materia oscura ed il 68% è energia oscura, per cui è logico, che anche l'uomo stesso con ogni probabilità non è fatto solo della materia più evidente ai nostri sensi limitati, costituita solo dai quark *v* e *d* e da elettroni, quando invece esiste un numero sempre più grande di particelle che vengono scoperte e delle quali ancora si ignora la funzione. Da qui anche un importante richiamo all'umiltà degli scienziati di fronte al Mistero ed ai limiti del

metodo scientifico cartesianamente inteso. Peraltro lo stesso Einstein era assolutamente deciso nel negare che la meccanica quantistica potesse giungere ad una spiegazione completa della Realtà affermando il famoso "Dio non gioca a dadi con l'universo" e che "la nostra conoscenza è ancora primitiva e infantile", mentre Feynman, anch'egli uno dei più grandi fisici del Novecento, ricorda che l'interpretazione dei fenomeni quantistici è soggetta ad un dibattito ancora molto aperto e che "chi dice di aver compreso la meccanica quantistica con ogni probabilità non l'ha minimamente afferrata". In ogni caso l'affermarsi della fisica quantistica decreta l'arretratezza del modello medico molecolare, ancora dominante, che comincia e finisce con l'organismo studiato obiettivamente, per cui tutti gli sforzi della ricerca sono rivolti a trovare a livello molecolare le cause e gli effetti della malattia. La molecola è per il bioscienziato l'unità fondamentale il cui difetto quali-quantitativo determina la malattia clinica, un dogma al quale sono sacrificate immense risorse non per la migliore efficacia terapeutica ma per la massima redditività del farmaco brevettabile. Questo modello meccanicistico e riduzionista, legato all'epistemologia empirista di Cartesio e Newton, vede ancora la Coscienza e la Vita come prodotti dalle funzioni organiche, come se degli enti immateriali potessero, a rigor di logica, derivare dalla materia non cosciente e da essa essere limitati. Tuttavia poiché "la Scienza viene dall'osservazione, non dall'autorità", diceva Leonardo, ancorarsi ad una visione medico-scientifica obsoleta non agevola certo il superamento della profonda crisi della medicina ufficiale. Vengono oggi invece prepotentemente rivalutati approcci sistemici, come la Medicina Omeopatica, in cui causa ed effetto non hanno più una relazione lineare diretta ma predominano meccanismi circolari di feedback positivi e negativi che interagiscono per produrre un relativo equilibrio omeodinamico tra le diverse strutture, sistemi e dimensioni dell'essere vivente in relazione aperta con l'Ambiente.

Nella visione moderna il funzionamento dell'Universo è "interazionale", le proprietà di tutti gli oggetti di studio possono venire comprese solo tramite la conoscenza del modo in cui essi interagiscono con tutti gli altri con cui sono inestricabilmente legati. Il concetto classico di particelle solide separate da uno spazio vuoto è completamente superato da quello di campo quantico, che costituirebbe un continuum in cui le particelle sono solo condensazioni locali e cangianti del campo stesso, prive di vera individualità, (Capra), fondamentalmente connesse con tutte le altre particelle dell'Universo in un Entanglement (intreccio o collegamento) totale . Ciò determina un concetto di Totalità ininterrotta che contraddice l'idea tradizionale di analizzabilità del mondo in parti separate ed indipendenti (Bohm). La più grande rivoluzione nella fisica quantistica dei tempi moderni è infatti da molti considerata la dimostrazione sperimentale del Teorema di Bell, che permette di spiegare matematicamente il famoso paradosso di Einstein-Rosen-Podolsky che predice l'assurda possibilità quantistica di cambiamenti simultanei in sistemi grandementi separati: è il fenomeno detto dell'Entanglement quantistico (quanglement): un

cambiamento dello spin di una particella, in un sistema di due particelle gemelle un tempo in contatto, influenza simultaneamente la gemella anche se separata da distanze enormi, ed a velocità molto superiori a quelle della luce, vedi gli esperimenti decisivi di Aspect, Gisin ed altri. Ciò avverrebbe attraverso la trasmissione istantanea di un'informazione che va oltre lo spazio ed il tempo, senza consumo di energia, per risonanza, attraverso un Campo Quantico condiviso. L'Entanglement costituisce una interconnessione non – locale di stati reali o virtuali (di probabilità), confermata anche dal successo di recenti esperimenti di teletrasporto quantico e da cui si attende la creazione di una futura generazione di computer quantistici con trasferimento istantaneo di informazioni. La più straordinaria novità apportata dalle ricerche d'avanguardia è rappresentata dal riconoscimento che i fenomeni di coerenza non-locale sono estesi su tutti i piani della manifestazione, dal microcosmo quantico al macrocosmo delle supernove, in una straordinaria connessione totale che trascende spazio tempo e causalità. Esisterebbe un Campo Universale sede di tutti campi e le forze , definito come un Vuoto quantico (o Pieno cosmico), da cui emergono l'energia, le informazioni e la materia (come pacchetto quantizzato e semistabile dell'energia). Questo modello di Universo Informato risolve in modo convincente i già citati enigmi della coerenza su cui si scervellano gli scienziati, ma ci prospetta una visione del mondo sconcertante per la nostra abituale mentalità: nulla è solo locale, limitato al luogo ed al tempo in cui sta accadendo; tutte le cose sono connesse e la loro memoria si estende a tutti i luoghi ed a tutti i tempi, passato presente e futuro esistono simultaneamente, " la loro distinzione è solo un'illusione ostinata e persistente" diceva Einstein. Questo Campo comprende ed integra anche gli altri campi fondamentali conosciuti dalla fisica delle particelle: il campo gravitazionale, il campo elettromagnetico, il campo di Higgs, i campi nucleari forti e e deboli, tutti efficaci localmente ma presenti universalmente.

La Realtà alla luce della fisica quantistica e delle teorie sistemiche della complessità è costituita da una rete di processi e relazioni che si manifesta a diversi livelli e quello che ci sembra obiettivo e materiale è solo quello che è più condiviso dal filtro del nostro sistema percettivo e culturale, esprimendo frequenze che le nostre reti neuronali per risonanza traducono in sensazioni ed immagini soggettive e virtuali che ci descrivono la parte di realtà accessibile ai nostri sensi ordinari. Il grande fisico David Bohm, che chiamava il 14° Dalai Lama, suo amico, "il mio professore di fisica", comprese subito che il fenomeno dell'entanglement si debba estendere dal mondo sub-atomico a quello macrocosmico, sia vivente che non vivente. Egli, rifacendosi anche ad un altro fenomeno fisico bizzarro ma incontrovertibile, l'ologramma, un'immagine tridimensionale e virtuale ottenuta tramite luce laser, propose una suggestiva teoria della realtà: un Universo Olografico (Oloverso), costituito da un Campo dell'Ordine Implicato, non manifesto, ma fondamento della realtà manifesta detta Ordine Esplicato, in cui ogni parte infinitesima è l'esatta rappresentazione dell'Intero, dotata di proprietà non-locali e

non causali ed entangled con ogni altra in un vasto oceano di Energia, Informazione e Coscienza. Il neurofisiologo Pibram ha dimostrato che anche il cervello opera in modo olografico come un trasduttore quantistico di informazioni. Il matematico Maldelbrot giunse a conclusioni simili a Bohm con la Geometria Frattale dotata di autosimilarità a tutti i livelli di scala, superando i limiti della geometria euclidea nel descrivere il reale. Anche la Risonanza Morfica descritta da Sheldrake si può considerare una forma di entanglement. Lo straordinario livello di coerenza dell'organismo lo fa considerare un "sistema quantico macroscopico", un"condensatore di Bose-Einstein", dove avvengono connessioni non-locali per risonanza di fase tra biomolecole, come dimostrato dai premi Nobel per la fisica del 2001 Cornell, Ketterle e Wieman. La trasmissione di informazioni non-locali per entanglement avverrebbe quindi per risonanza selettiva sintonica di frequenze simili o armoniche, potendo cosi comunicare con tutti i livelli di organizzazione, dal quantico al cosmico al coscienziale. Si perviene cosi al concetto di una sorta di Mente Universale o Coscienza Cosmica che governa nel profondo tutto l'Universo ed assume gli aspetti che vari scienziati secondo la loro angolazione di ricerca hanno definito in modi diversi: Campo del Punto Zero (Bohm), Campo Morfogenetico (Sheldrake), Campo Energetico Universale (Brennan), Inconscio Collettivo (Jung), Campo sub-quantistico (Penrose), Noosfera (Theillard de Chardin), Campo Akashico (Lazlo), Campo Purico (Marchesi), Matrice (Planck), Matrix Divina (Braden-Lipton), Cloud Atlas...E'evidente da queste considerazioni che la conoscenza logico razionale della Scienza più avanzata tende ad una convergenza inevitabile con la conoscenza intuitiva derivante dall'esperienza mistica e spirituale, rivolta verso lo studio della Coscienza e la ricerca dell'Unità. Profonda è l'analogia con gli antichi concetti dell'Akasha vedica, del Vuoto buddista, del Tao cinese, cosi come con il "come in alto, cosi in basso"della Filosofia Ermetica occidentale. Non è un caso che tutti i grandi Scienziati, e tra questi certamente Hahnemann, hanno coltivato la dimensione trascendente: "la Scienza senza la Religione è zoppa, la Religione senza la Scienza è cieca" e "il nostro non è solo un universo matematico ma un universo meravigliosamente ragionevole, pervaso da una suprema Saggezza Cosmica" diceva Einstein. Andiamo verso una interpretazione di fisica "quanti-mistica", in cui "l'uomo in armonia con l'Universo lo conosce come Verità e lo sente come Bellezza "(Tagore). E' tempo di una Teoria del Tutto che renda conto non solo del "come" l'Universo si è evoluto ma anche del "perché" si è evoluto in modo da permettere la nascita di Esseri capaci di porsi delle domande, di fare delle riflessioni, di coltivare una Consapevolezza di Sè e della intrinseca coerenza del Creato. Anche la fisiologia cerebrale ci indica che è imprescindibile la cooperazione ed integrazione delle funzioni creative, intuitive, sintetiche, iconiche dell'emisfero destro con quelle logiche, razionali, analitiche e linguistiche dell'emisfero sinistro, per la ri-conoscenza dell'Unità fondamentale della Realtà.

Risultati

Le acquisizioni della fisica quantistica che abbiamo descritto hanno introdotto un nuovo punto di vista sui fenomeni naturali che inevitabilmente coinvolge il campo della medicina, dove si richiede una profonda revisione di concetti tradizionali, mentre alcune conseguenze, più lontane dal senso comune da sembrare paradossali, dovrebbero essere oggetto di riflessione anche per noi omeopati, inevitabilmente condizionati dalla classica formazione medico-razionale. Qualche esempio può essere dimostrativo di un'ottica quantistica applicata alla medicina (Dossey):

- il Corpo non è un semplice oggetto isolato, ma è in relazione dinamica con gli altri e con l'Universo;
- sia la Salute che la Malattia che la Terapia non sono semplicemente individuali, ma hanno una componente collettiva, esse sono un processo, un fenomeno del Campo;
- la Materia al pari di Spazio e Tempo sono relativi ed hanno una componente soggettiva;
- anche la Vita e la Morte non sono eventi solo individuali;
- la vera localizzazione della Causa di malattia è un processo difficile per la sua natura dinamica e interazionale;
- la Terapia o la Sperimentazione oggettive sono un illusione per l'influenza reciproca dell'osservatore e dell'oggetto dell'osservazione;
- dare un Giudizio positivo o negativo di un qualsiasi evento locale è arbitrario e inaffidabile, e questo vale anche per la salute e la malattia;
- la Malattia non è un problema solo del corpo fisico per la profonda influenza della Coscienza;
- il corpo non è costituito solo da materia, Mente-Corpo-Energia sono intrinsecamente uniti;
- la netta separazione tra Microcosmo e Macrocosmo, tra Vivente e Non Vivente, tra Conscio ed Inconscio sono arbitrarie;
- la Coscienza è il principio creativo dell'Universo e per manifestarsi necessita di assumere una Forma cui trasmette un'Informazione.

L'Energia-Vita-Coscienza sono funzioni della Totalità invisibile dell'Ordine Implicato, mentre la salute/malattia sono il frutto dell'armonia/disarmonia dinamiche realizzate nell'Ordine Esplicato dominato dalla dualità e dalla frammentazione.

Riassumendo, secondo la fisica quantimistica in Natura la comunicazione può avvenire in vari modi: 1) per via chimica molecolare, attraverso le forze nucleari forti, agenti a corto raggio, secondo il classico modello chiave-serratura; 2) per via campo elettro-magnetico in risonanza, mediante le forze nucleari deboli, agenti a lungo raggio; 3) per entanglement quantistico, come espressione di una iper-comunicazione non-locale basata sulla trasmissione di informazioni in risonanza espresse da campi di energie

sottili, presumibilmente agenti a frequenze ancora più elevate delle forme ondulatorie oggi conosciute, senza emissione di energia fisica rilevabile dagli attuali strumenti tecnologici, definite tradizionalmente Forza Vitale, Qi, Prana ecc., secondo i vari ambiti culturali, ed interagenti tramite l'oceano di energia cosmica, l'Olocampo.
Il Principio di Risonanza ci insegna che ognuno accede più facilmente ad idee, situazioni, persone (e terapeuti) con cui ha una "affinità", ed è fondamentale per la realizzazione di tutte le forme di entanglement quali sono state dimostrate anche in campo biologico, psichico e spirituale. Limitandoci ai settori più attinenti al campo della Medicina, presentiamo alcuni esempi: la risonanza empatica dei gemelli o delle persone con intensa condivisione emotiva o di focalizzazione della coscienza (elevata coerenza ed intenzione) anche a livello collettivo o transpersonale (preghiera, meditazione, alcune forme di psicoterapia, costellazioni familiari). Anche Jung nel suo approccio di psicologia analitica preconizzava l'esistenza di connessioni sincroniche non causali tra strutture o eventi della mente e della materia ed in relazione col mondo transpersonale dei simboli e degli archetipi, che oggi trovano conferma nella fisica quantistica. Il fenomeno della serendipità esprime l'emergere di connessioni casuali tanto più significative quanto inattese, che non rispondono al principio di causalità scientifica. La neuroscienziata Candace Pert ha dimostrato un entanglement profondo tra la mente ed i sistemi PNEI dell'organismo con la mediazione dei neuropeptidi come messaggeri molecolari delle emozioni in tutta la rete psicosomatica. Il biologo Bruce Lipton presenta una visione dell'epigenetica come relazione di entanglement tra ambiente, pensieri, esperienze, credenze e l'espressione genetica del DNA. In Omeopatia, dopo i precedenti lavori di Hyland, Hewitt, Milgrom, Walach e Weingartner, di recente Beauvais (Homeopathy 2013,102-2) ha proposto un modello in cui paziente, medico, malattia e rimedio sono "entangled" in uno stato energetico-funzionale di reciproco scambio di informazioni, per cui l'efficacia della terapia sarebbe proporzionale all'elevata sincronizzazione e coerenza della correlazione, mentre, sul piano sperimentale, doppio cieco e randomizzazione risulterebbero pratiche controproducenti per i risultati dei trials omeopatici; la malattia sarebbe in termini quantistici una rottura della spontanea simmetria del sistema, ripristinata dall'azione del rimedio simile sulla Forza Vitale.
Il fenomeno dell'entanglement consente di rileggere e reinterpretare su basi più scientifiche, e quindi meglio comunicabili, aspetti complessi della Medicina Omeopatica come la legge di similitudine, la sperimentazione, l'azione e l'uso di dosi ultramolecolari, il rapporto medico-paziente, il significato di salute malattia e guarigione, l'effetto placebo e nocebo, la relazione uomo-ambiente, la visione miasmatica, il senso di vita e morte, il ruolo dell'empatia e della soggettività, il training formativo dell'uomo-medico omeopata, criteri di prescrizione e sua variabilità tra medici, anche sullo stesso caso clinico.
Adesso vediamo con qualche esempio quali suggestioni ci lancia dalle sue Opere il buon vecchio ma sempre sorprendente Samuel Hahnemann sul principio cardine

dell'Omeopatia, la Legge di Similitudine e la sua applicazione, come se avesse intuito le future scoperte della quantistica:
– Similitudine significa "avere una relazione esatta, appropriata ", è la relazione per antonomasia;
– la Similitudine deve essere di proprietà ed effetti, non di natura (contro l'isopatia);
– la Forza Vitale, poi chiamata Principio Vitale nella sesta edizione dell'Organon, è detta "spirituale" (*gestig*) o "per cosi dire spirituale"(*gestig artig*), altrove preferisce "immateriale" o dynamis;
– la materia nel suo stato grezzo consiste in un'essenza simil-spirituale non sviluppata (par.270)
– la Soppressione è la "perdita della relazione", e come tale, causa della Psora, la madre di tutte le malattie croniche;
– per descrivere l'azione del rimedio omeopatico usa nell'Organon il termine "*uebereinstimmen*"con significato di essere d'accordo con, avere somiglianza con, avere connessione armonica;
– in una nota al paragrafo 269 dell'Organon sottolinea la centralità della dinamizzazione, "si sviluppano poteri medicinali nascosti e per cosi dire si spiritualizza la materia", rispetto alla diluizione, ridotta a condizione accessoria;
– sia "l'infezione morbosa" che "l'infezione curativa" dovuta al rimedio avvengono in un istante (par.108);
– l'azione più forte della malattia artificiale e simile del rimedio scaccia la malattia naturale dal Principio Vitale;
– i cambiamenti morbosi invisibili nell'interno ed il complesso dei sintomi percepibili all'esterno formano un tutto, non sono separabili;
– la guarigione è un cambiamento del "sentire"
– la cura riguarda il quadro attuale, in cui sono compresi presente, passato e futuro del paziente;
– senza filosofia non può esistere una vera scienza, soprattutto in medicina;
– la compassione è esplicitamente teorizzata come costitutiva della terapia per similitudine;
– negli anni della maturità con la "teoria della Psora" abbandona la concezione fenomenica dello stato morboso accedendo ad una dimensione più profonda e transpersonale della medicina, indicando la necessità di una visione collettiva della cura e della salute, poichè una cura solo individuale o della singola malattia è inevitabilmente parziale e solo palliativa, va sempre considerata in un contesto globale poiché ogni malattia non può che essere "una delle parti di un tutto più grande";
La malattia come la guarigione sono sempre sistemiche, mai solo locali (par.184-193), mentre palliare o sopprimere significa "nascondere", "localizzare", "cambiare forma", "sospendere", "addormentare" invece di curare.

Discussione

Il Pensiero Analogico è applicabile solo se si è disposti a riconoscere l'idea, introdotta da Pitagora, che l'Universo è un *Cosmos* (ordine, in greco) regolato da Leggi e dove non vi è posto per il Caso. L'uso dell'analogia da sempre consente all'Uomo di accedere anche a piani e conoscenze non altrimenti raggiungibili o tecnologicamente non ancora dimostrabili, e questo giustifica il perché la Medicina Omeopatica, in quanto Scienza ed Arte fondata su Leggi universali, non solo è confermata dai più recenti sviluppi della conoscenze scientifiche, ma anzi le anticipa, e questo paradossalmente diventa un limite per il suo riconoscimento perché epistemologicamente è fondata su un paradigma più avanzato rispetto a quello della medicina accademica, in cui peraltro la tendenza all'estrema specializzazione rende sempre più difficile la comprensione interdisciplinare e la visione globale del malato.L'originale approccio fenomenologico ed induttivo dell'Omeopatia permette di by-passare la conoscenza specifica biochimico-molecolare dei processi interni della malattia, sempre difficile e incompleta, mentre consente la terapia attraverso la prova empirica dell'Analogia e della Risonanza tra il pattern informazionale rappresentato dal quadro sperimentale del rimedio con quello patologico del malato.

La Legge di Similitudine , come vero principio curativo universale, è il procedimento necessario per comprendere quale in-formazione manca o è distorta nel malato, poiché il simile cura il simile ed il simile attira il simile. Ne consegue che il valore di ogni sistema terapeutico può essere valutato in base alla conformità o meno col principio omeopatico; la cura "per contraria", contraddicendo la legge universale, crea delle resistenze, può ottenere certo degli effetti, ma non guarire le affezioni del Principio Vitale.

La Medicina Omeopatica è analogica ed informazionale, e l'in-formazione è sempre qualcosa di immateriale, che per essere percepibile ha bisogno di un latore materiale o fisico. L'equivoco fondamentale è quello di confondere l'una con l'altro, la causa con lo strumento, la vera informazione con il libro, il file, il fotone, l'elettromagnetismo, il neuropeptide, il gene, la molecola, il granulo, l'acqua e via discorrendo conferendo a questi veicoli un significato che non hanno, ed orientando l'osservazione e la ricerca, anche omeopatica, su un piano meramente funzionale e fisico si manca il bersaglio della vera conoscenza e diagnosi dell'affezione della Forza Vitale e quindi della sua cura, obiettivo primario del medico omeopata.

Deve essere chiaro che l' Omeopatia di Hahnemann non è una terapia con quantità minime di sostanze medicinali, ma una terapia senza medicine materiali, la loro presenza residuale nelle diluizioni sotto il numero di Avogadro è marginale sull'effetto terapeutico che dipende dall'informazione energetica specifica del rimedio la quale, soprattutto con il processo di dinamizzazione, progressivamente si libera e trasmette a quello straordinario registratore e veicolo di frequenze ed in-formazioni che è l'Acqua, non a caso condizione essenziale per la Vita. A questo proposito B.D. Josephson, Nobel per la Fisica, afferma: "Tenendo conto delle mie conoscenze più approfondite, non vi è a tutt'oggi nessuna contestazione dell'Omeopatia che rimanga valida... ...il fenomeno conosciuto come "memoria dell'acqua", viene considerato solidamente dimostrato a livello sperimentale."

Dato il rapporto analogico e olografico del microcosmo umano col macrocosmo dobbiamo convenire che se un principio informazionale-coscienziale manca all'individuo esso deve esistere nel mondo minerale animale o vegetale dove è racchiuso in nella forma energeticamente condensata della materia. La malattia, erroneamente considerata nemica, oltre ad essere un parziale tentativo di guarigione ed essere spia dell'esistenza di un disturbo della Forza Vitale, segnala entropicamente e specificamente il principio da recuperare e di cui prendere coscienza per raggiungere un nuovo livello di Salute. L'entanglement terapeutico per similitudine promuove cosi anche la consapevolezza del paziente e quindi, secondo il dettato hahnemanniano, la sua evoluzione verso "gli scopi più elevati dell'esistenza".

Devo a questo punto proporre una considerazione personale: il livello dinamico del Principio Vitale sembra esorbitare di gran lunga quello delle frequenze elettromagnetiche a cui si tende a ridurre l'azione terapeutica dell'Omeopatia. I fotoni, attualmente considerati dalla fisica quantistica i mediatori della forza elettromagnetica, sono solo una particella tra tante nelle famiglie di quarks, bosoni, gluoni, leptoni, neutrini ecc. a costituire uno zoo di particelle quantiche il cui numero è sempre in espansione ed il cui ruolo spesso è ancora indefinito. La Natura della Realtà, anche quella quantica, è ancora ben lontana dall'essere decodificata scientificamente. E' quindi del tutto illusorio ritenere che la misurazione o imitazione di alcuni effetti elettromagnetici o biochimici della Forza Vitale possa riprodurne l'azione dinamica in modo completo ed efficace, certo comunque in modo molto meno valido di quanto realizzato dalla semplice e geniale intuizione farmacoprassica di Hahnemann per ottenere il "Totum di energia-informazione-coscienza" dalla materia grezza e trasformarla in rimedio. I risultati molto modesti, incostanti e superficiali sia a livello diagnostico che terapeutico delle varie tecniche di bioelettronica e di procedure come il TFF (trasferimento farmacologico frequenziale) di Citro, il sistema di luce WHITE, proposto da Tedeschi, ed altri metodi similari, dimostrano perfettamente la loro totale inadeguatezza allo scopo, al pari di certi mirabolanti "esperimenti scientifici" che vorrebbero "dimostrare l'omeopatia" per strizzare l'occhio all'ufficialità e darsi una patina di modernità. Ma la Legge di Similitudine non è ne antica né moderna, è eterna. Essa è autoevidente sia per i risultati terapeutici su uomini, animali e piante ottenuti dalla Medicina Omeopatica correttamente compresa ed applicata, sia per chi, con Mente e Cuore aperti, sa cogliere il sottile entanglement che rende partecipi dell'Universo in un sentimento di Amore e Gratitudine.

Conclusioni

Ovunque in Fisica e Biologia si parla di Entanglement, Risonanza, Affinità, Costante di Accoppiamento, Coerenza, Simmetria, Isomorfismo, Sincronia, Corrispondenza, Autopoiesi, Autosimilarità… riecheggia il significato profondo e la diffusa pervadenza della Legge di Similitudine che stabilisce la relazione armonica nell'Universo. Già Goethe considerava che quando una scienza non riesce più a progredire ciò è dovuto a due fattori cruciali: l'attaccamento ad un modo di vedere consolidato e quello alla terminologia della tradizione. A queste problematiche non sono estranei neppure gli omeopati, e lo sforzo di questo modesto lavoro è anche quello di favorire il confronto dell'Omeopatia con le teorie scientifiche più accreditate nel mondo della Fisica e della Sistemica, alla ricerca di una formulazione di una Teoria del Tutto, che deve includere anche i Saperi della Filosofia e della Spiritualità. Questo confronto è necessario per avere un riscontro della coerenza del sistema omeopatico ma anche per determinare urgentemente un'attualizzazione non solo della prassi e dell'insegnamento ma pure del linguaggio, l'"omeopatichese" che certo non agevola il rapporto sia con la scienza sia con i media che con i pazienti. Molti altri quesiti e considerazioni, spero anche critiche, potrebbero derivare dagli input sinteticamente proposti in questa relazione, suscitarle e dibatterle sarebbe già un felice obiettivo raggiunto.

"La vera conoscenza nasce soltanto dall'esplorazione delle domande. Perciò il 'maestro' sono le domande, niente e nessun altro"
J.Krisnamurti, *La condizione umana*

Bibliografia essenziale

1. M.L.Barbera- Oltre il dissimile- ed.H.M.S. 2001
2. M. Citro-M.Emoto- La Scienza dell'invisibile - Macro edizioni 2011
3. A.Desiderio- Quantimistica – ed.Prova d'Autore 2013
4. L.Dossey- Spazio, tempo e medicina- ed. Mediterranee 1983
5. C.F.S. Hahnemann- Organon dell'arte del guarire – a cura di G. Fagone, ed. SalusInfirmorum 2011
6. C.F.S.Hahnemann - Le Malattie Croniche – a cura di M. Garlasco, ed.EDIUM 1980
7. C.F.S.Hahnemann - La Medicina dell'Esperienza ed altri scritti minori di S.Hahnemann – a cura di M. Marchitiello, S.Segantini, Editorium Milano ed. 1993
8. D.Menasce- Diavolo di una particella- Hoepli editore 2014
9. E.Laszlo- La scienza ed il campo akashico – Urra edizioni 2010
10. M.Tommasini,a cura di- La cura della consapevolezza – ed.Tecniche Nuove 2012

Ringraziamenti

Domenico Scuderi, artista omeopata

I colleghi, discenti e docenti, della Scuola EMC-AFMO

Soffocare un trauma: il caso di Pulce

ABSTRACT

L'asma felina è una delle più comuni affezioni broncopolmonari del gatto caratterizzata da tosse respiratoria intermittente e da quadri clinici solitamente cronici con possibili episodi di dispnea acuti anche fatali. Si ritiene sia scatenata da un fenomeno allergico legato all'inalazione di allergeni ambientali. La terapia tradizionale si basa sull'impiego di glucocorticosteroidi e di broncodilatatori da utilizzare per tutta la vita dell'animale, talvolta con risultati modesti. Il presente articolo descrive la terapia che ho deciso di adottare per trattare un gatto femmina dsh europeo di 1,5 anni con asma felina cronica scatenata dal trauma subìto al momento dell'ovariectomia e refrattario ai farmaci convenzionali.

I risultati descritti ed ottenuti in termini di miglioramento della sintomatologia con l'adozione di un rimedio omeopatico unitario dimostrano come questo tipo di approccio terapeutico possa essere risolutivo in casi di patologie croniche difficilmente curabili con i farmaci tradizionali. Questo caso offre anche uno spunto di riflessione sull'utilizzo di piccoli rimedi.

PAROLE CHIAVE

Asma felina – insufficienza respiratoria – rimedio omeopatico unitario – tematiche principali

Introduzione

L'Asma felina è una delle più comuni affezioni broncopolmonari del gatto caratterizzata da tosse, sibili e difficoltà respiratoria intermittente con possibili episodi di dispnea acuti a volte anche fatali[1]. È anche conosciuta come bronchite cronica, malattia allergica delle vie aeree, bronchite allergica definizioni che sottolineano singoli aspetti della patologia e ai quali oggi si preferisce il termine " malattia cronica felina delle piccole vie aeree".

Le caratteristiche predominanti di questa patologia sono: l'infiammazione delle vie aeree con infiltrazione cellulare spesso eosinofila, l'aumento della produzione di muco e la broncocostrizione che determina restringimento reversibile delle stesse inducendo i segni clinici dell'asma.

Questo meccanismo patogenetico mostra analogie con quello dell'asma allergica dell'uomo, per questo anche nel gatto si ritiene che la causa dell'infiammazione sia un fenomeno di ipersensibilità mediato da IgE scatenato dall'inalazione di allergeni ambientali ed anche se spesso non è possibile stabilire la causa allergica e tantomeno l'aeroallergene

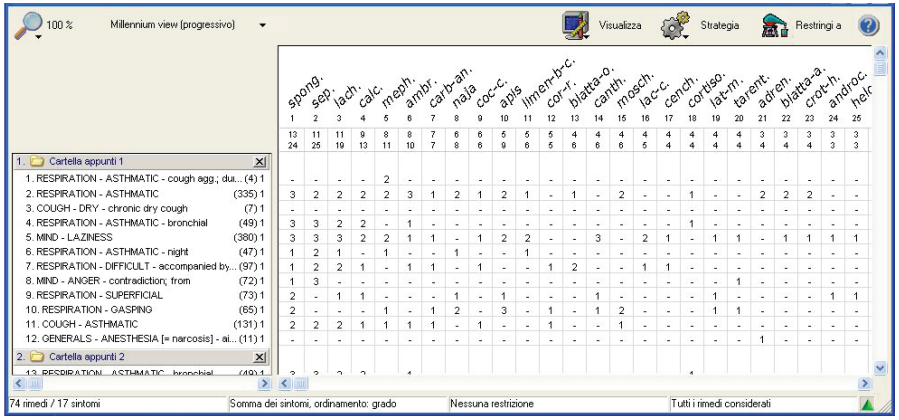
responsabile, è comunque utile interrogare i proprietari sull'ambiente dove vive il gatto per cercare un'associazione con una nuova lettiera, sull'utilizzo di detergenti o profumi ambientali, sulla presenza di camini o di fumo da sigaretta o di eventuali piante specie nei soggetti che presentano aggravamenti della sintomatologia stagionali.
Questa malattia colpisce dal 3 al 5 % della popolazione felina, interessa soggetti di qualsiasi età e razza, anche se viene spesso diagnosticata in soggetti giovani o di media età (al 4 o al 5 anno di vita) ed esiste secondo alcuni studi una predisposizione nei gatti di razza siamese.
Il gatto asmatico può essere portato alla visita per una crisi asmatica acuta o per tosse e difficoltà respiratoria. Se la visita avviene durante un episodio dispnoico acuto potremo avere respirazione a bocca aperta, tachipnea e respiro addominale con difficoltà respiratorie maggiori in fase espiratoria. Mentre il segno clinico più importante dei soggetti con forma cronica è rappresentato dalla tosse. Nei pazienti con difficoltà respiratoria acuta possiamo riscontrare all'auscultazione del torace sibili espiratori e crepitii rilievi significativi di broncocostrizione che spesso mancano nei soggetti che vengono portati in visita tra un episodio respiratorio e l'altro.
È quindi impossibile stabilire una sintomatologia patognomonica di questa affezione, anche perché spesso possono coesistere ulteriori problemi respiratori come la più banale infezione batterica a complicare il quadro clinico ed è per questo che risulta fondamentale per la diagnosi effettuare una attenta anamnesi recente e remota del paziente, un esame clinico generale e particolare dell'apparato respiratorio, esami radiografici del torace, esame citologico e colturale delle secrezioni tracheobronchiali.
Questo iter diagnostico va completato con la valutazione ematologica , il profilo biochimico e l'esame delle urine: analisi fondamentali per valutare correttamente il paziente, ma dai quali oggi sappiamo che è impossibile ottenere riscontri specifici o sensibili di asma felina visto che l'eosinofilia periferica non è un reperto costante e può essere presente in numerose patologie prime fra tutti quelle di natura parassitologica.
Le analisi radiografiche del torace possono mostrare anomalie della trama bronchiale dovute ad ispessimento della parete, ma questo segno radiografico può essere tardivo rispetto alla sintomatologia clinica ed inoltre è presente anche in bronchiti batteriche e parassitarie.
Il liquido di lavaggio tracheale indica un processo di natura infiammatoria che può essere eosinofilo, neutrofilo o misto. Se l'infiammazione è di tipo eosinofilo questo suggerisce la natura allergica del processo, ma non ci permette di escludere quella parassitaria che va indagata con la ricerca di larve e di uova di parassiti.
Per escludere la presenza di malattie parassitarie è necessario effettuare la ricerca di uova o parassiti nelle feci di Aelurostrongylus abstrusus e l'esame sierologico per la ricerca di Dirofilaria immitis.
La terapia allopatica per l'asma felina consiste nella somministrazione di

glucocorticoidi, con o senza broncodilatatori, tali farmaci sono controindicati in pazienti con altre malattie concomitanti e possono avere effetti collaterali. Non tutti i pazienti rispondono alle terapie.
Farmaci sperimentali quali immunoterapie, acidi grassi omega 3/nutraceutici, lidocaina per inalazione, inibitori della tirosina-chinasi vengono studiati come alternativi alle terapie tradizionali, per ora con pochi risultati.

Materiali e metodi

Settembre 2011
Pulce, gatto domestico a pelo corto, femmina, sterilizzata , di 1.5 anni, 4.5 kg adottata a due mesi circa di età è stata riferita presso il mio ambulatorio per una visita omeopatica con un'anamnesi di asma felina presente da 6 mesi con crisi respiratorie acute ricorrenti. Il protocollo terapeutico impostato dai colleghi comprendeva teofillina (Diffumal® 200mg) 1/8 di compressa SID e prednisone (Deltacortene® 5mg) ½ compressa BID per i primi sette giorni da ridurre gradualmente fino ad arrivare ad un ¼ di compressa a giorni alterni. Nonostante la terapia gli episodi di crisi acuta hanno continuato a manifestarsi con maggiore frequenza ed intensità : Pulce respira a bocca aperta, ha tachipnea, tosse e sforzi addominali in espirazione fino ad arrivare nei casi più gravi a cianosi di gravità tale da richiedere l'ospedalizzazione con la somministrazione di ossigeno in gabbia per più giorni prima di ottenere la stabilizzazione. Tutti i tentativi di ridurre il dosaggio dei corticosteroidi hanno portato a crisi sempre più violente e durature.
E' una gatta pigra, calorosa, mangiona; le piace essere considerata, ma quando sta male preferisce isolarsi.
In casa è dolce sia con i proprietari che con l'altra gatta con cui gioca volentieri e della quale si prende cura, ma non tollera la presenza di altri animali in giardino e nella propria casa. È abituata a viaggiare nel trasportino anche per piccoli spostamenti.
I proprietari riferiscono che al momento dell'adozione Pulce era affetta da parassitosi intestinali , rinotracheite infettiva e micosi cutanea da Microsporum canis, patologie che avevano richiesto diverse visite veterinarie. All'età di sette mesi viene programmata l'ovariectomia: dopo un mese Pulce avrà la sua prima crisi respiratoria.
"Da quando è stata operata ha cambiato carattere: i veterinari non riescono più a visitarla, è molto aggressiva, ringhia, soffia a chiunque si avvicini alla gabbia e attacca appena la fanno uscire".
Con grande meraviglia dei proprietari al momento della dimissione di Pulce i veterinari si erano lamentati del fatto che la loro gatta fosse molto aggressiva ed ingestibile: era la prima volta che manifestava un atteggiamento simile.
Le crisi iniziano sempre di notte, " *Pulce si ferma, inizia a tossire con il collo esteso, fa qualche colpo di tosse, si ferma, biascica e dopo un po' ricomincia. Dopo 5-6 colpi di tosse*

forte inizia a contrarre l'addome, che si dilata molto, e a questo punto inizia a respirare a bocca aperta". La tosse è molto secca.
Mi è del tutto impossibile visitare Pulce: appena mi avvicino al trasportino si avventa e tenta di graffiarmi!
Decido quindi di repertorizzare i suoi sintomi con Radar 9.1[5].



Rubriche repertoriali

1. RESPIRATION - ASTHMATIC - cough agg.; during
2. RESPIRATION - ASTHMATIC
3. COUGH - DRY - chronic dry cough
4. RESPIRATION - ASTHMATIC - bronchial
5. MIND - LAZINESS
6. RESPIRATION - ASTHMATIC - night
7. RESPIRATION - DIFFICULT - accompanied by - cough
8. MIND - ANGER - contradiction; from
9. RESPIRATION - SUPERFICIAL
10. RESPIRATION - GASPING
11. COUGH - ASTHMATIC
12. SINTOMI GENERALI - ANESTESIA

Scelgo di utilizzare rimedio unitario Spongia tosta MK, 3 gocce 2 volte al giorno, di mantenere per adesso la teofillina allo stesso dosaggio e di sospendere il prednisone.

Risultati

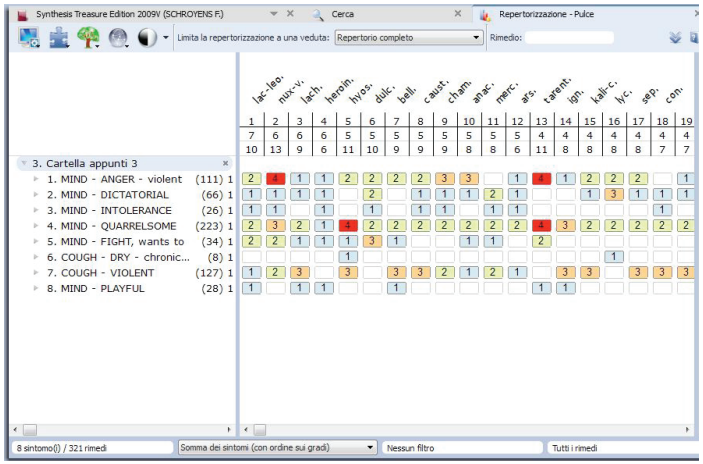
Ottobre 2011
Dall'inizio della terapia omeopatica Pulce ha una sola crisi grave a fine settembre ed altre più leggere a distanza di 15 giorni una dall'altra. Sembra meno pigra, si arrampica sugli alberi, ma ancora rifiuta di entrare nel trasportino.

Dicembre 2011
Le crisi si riducono ad una ogni 3 settimane, durano ancora qualche giorno, ma sono di minor intensità e non hanno più richiesto l'ospedalizzazione. Pulce è molto arzilla, corre in giardino, " *sta molto meglio*".
Decido di aumentare il numero delle gocce giornaliere Spongia tosta MK 5 gocce BID: c'è stato un miglioramento nella frequenza delle crisi, sono meno intense e Pulce ha maggior energia, ma comunque permangono e prescrivo un' associazione di glucocorticosteroidi -broncodilatatori (beclometasone dipropionato e salbutamolo Clenil Compositum A®) da fare per aerosol diluito in soluzione fisiologica in caso di episodi acuti.

Febbraio 2012
Le crisi si riducono ad una al mese: " *Pulce non ha mai respirato a bocca aperta e con il rimedio e l'aerosol si è ripresa velocemente, è più attiva, gioca, salta, adora stare in giardino*".
Decido di cambiare la potenza in quanto il miglioramento iniziale si è stabilizzato e non ci sono ulteriori variazioni della patologia e di sospendere la teofillina.
Spongia tosta XMK 3 gocce 2 volte al giorno.

Giugno 2012
Dall'ultima visita Pulce ha avuto crisi respiratorie mensili con un ulteriore peggioramento in frequenza e gravità nei sette giorni precedenti il controllo di routine. Decido di affrontare l'evidente aggravamento di Pulce aumentando il numero di gocce (da 2 a 5 sempre BID), ma senza successo e questa volta per risolvere le crisi sono costretta ad arrivare alla somministrazione del rimedio ogni due ore ed ad attendere ulteriori quattro giorni per avere risoluzione clinica accettabile.
Questo improvviso peggioramento conferma i miei dubbi sulla reale efficacia del rimedio, dubbi che condivido con i proprietari che decidono di ricominciare la terapia allopatica, ma che fortunatamente continuano a riporre fiducia nella scelta omeopatica.
Decido di riprendere in mano il caso e di concentrarmi su tutte le caratteristiche di Pulce salute, carattere, abitudini: il mentale.
" *A casa è buona, si fa coccolare da tutti, ma se qualcuno prova a entrare in giardino, sono guai, diventa una furia, è tutto suo il territorio, deve difendere tutto e tutti noi di famiglia! Vuole sempre essere al centro dell'attenzione. Non riusciamo a capire il cambio di carattere, è impossibile portarla dai veterinari da quando è stata operata, sarà successo qualcosa?*"
Attingo ancora dal regno animale, ma la mia scelta è dettata da tematiche quali aggressività, competitività sul territorio, senso di appartenenza e protezione del gruppo[3] ed è Lac leoninum MK (5 gocce/BID).

La repertorizzazione mette in evidenza alcune caratteristiche del rimedio[6].



Ottobre 2012
In questi tre mesi i proprietari mi contattano spesso per comunicarmi il ritrovato benessere di Pulce e una sola volta per una crisi lieve il che mi risolve a diminuire i farmaci tradizionali.
Diffumal® 200mg compresse 1/4 cpr a giorni alterni.
Aprile 2013.
" Non siamo contenti, di più! Ha avuto una sola crisi molto leggera a dicembre, passata velocemente con il rimedio e aerosol con solo fisiologica "
Sono ormai passati nove mesi dall'introduzione di Lac leoninum MK nella terapia di Pulce durante i quali abbiamo avuto solo due lievi crisi respiratorie (Settembre e Dicembre 2012) risolte con il solo utilizzo della soluzione fisiologica in aerosol senza ricorrere a corticosteroidi e broncodilatatori. Oggi le condizioni cliniche di Pulce sono le migliori per un soggetto con una malattia cronica così importante e progressiva, ma non solo questa gatta continua ad aggredire gli altri felini in giardino ed in casa, controlla che nessuno violi il suo territorio, insomma ha ripreso il suo carattere di sempre " *il suo caratterino*" e nuovamente adora viaggiare nel trasportino, ma solo per viaggi di piacere: i veterinari continua ad odiarli!
"Questo rimedio sembra un miracolo!"

Discussione

La scelta iniziale di Spongia tosta è stata dettata dal tropismo del rimedio nei confronti dell'asma e dell'apparato respiratorio in genere e dalla similitudine con i sintomi descritti dai proprietari (tosse secca e sibilante, suono stridulo e secco durante la respirazione, che trova sollievo alzando la testa). Le crisi respiratorie si sono solo diradate e manifestate con minore intensità, ma pur cambiando il dosaggio delle gocce, la frequenza e la potenza del rimedio, non si è mai arrivati a una guarigione. Ad oggi ritengo che in questa mia prima scelta terapeutica sia stata fuorviante l'attenzione rivolta ai sintomi della malattia che ha rappresentato l'unico aspetto del quale ho tenuto conto approcciandomi al caso di Pulce. Alla base della seconda prescrizione ho deciso di percorrere una strada diversa nella quale la sintomatologia clinica ha solo rappresentato un punto di partenza e dove il traguardo è stato l'esatta valutazione dell'aspetto mentale del mio paziente ed è così che sono riuscita a vedere in Pulce: competitività, esigenza di controllare il proprio territorio, attenzione e senso di protezione del suo gruppo familiare, forte legame con i propri familiari, desiderio di essere sempre al centro dell'attenzione e di primeggiare[4], caratteristiche etologiche dei felini e tematiche dei latti in genere. Alla luce di questa nuova interpretazione ho letto diversamente l'esperienza della chirurgia ed ho capito il peso che su Pulce potevano aver avuto la costrizione del trasportino, il sentirsi isolata in un ambiente sconosciuto e potenzialmente ostile e l'impotenza di fronte alle manipolazioni e quanto per lei tutto questo non fosse stato altro che un trauma tale da soffocare il proprio essere e costringerlo in una dimensione dove anche il respiro non riesce ad esprimersi. Determinante per la mia scelta è stato l'apporto dato dai seminari del Dr. Roberto Petrucci e dal suo libro " Pediatria Temi e concetti in medicina omeopatica "[2] nei quali viene evidenziato l'uso di Lac leoninum in pazienti con tendenze aggressive e crisi asmatiche ricorrenti, uso confermato nel corso di questi anni da numerosi casi clinici.

Conclusioni

Questo caso dimostra come l'omeopatia classica unicista può essere risolutiva in casi dove ci si trova ad affrontare una patologia cronica e progressiva poco responsiva alle terapie convenzionali e quanto sia importante l'interrogatorio omeopatico e l'ascolto delle numerose informazioni che ci arrivano anche dal proprietario: perché è soltanto grazie a queste che saremo in grado di fare prescrizioni davvero rappresentative del nucleo profondo del nostro paziente. Il proprietario è spesso un osservatore preciso e le sue parole possono dare indicazioni mirate specialmente quando la prescrizione riguarda un piccolo rimedio.
Ed è proprio da questo atteggiamento di apertura e di dinamicità nell'uso di vecchie e nuove teorie e dall'integrazione di conoscenze di tipo diverso che possiamo arrivare a risolvere casi critici come questo.

Bibliografia

1.Julie E. Trzil, DVM, Carol R.Reinero, *DVM, PhD Update on feline asthma,* Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice 44 (2014) 91-105

2.Roberto Petrucci, *Pediatria Temi e concetti in medicina omeopatica*, Asterias, Milano, 2007

3.Nancy Harrick Animal mind human voices, *Provings of eight new animal remedies*, Hahnemann Clinic Publishing, Nevada City, California, 1998, 1-407

4.Sankaran Rajan *Provings: Similia similibus curentur India*, 1998, 247pp, hard bound Reviewed by Nick Churchill

5.Schroyens F. *Syntethis 9.1*, Radar, Archibel

6.Schroyens F. *Syntethis Treasure Edition 2009*, Radar Opus 1.38

Traumatologia in Medicina Veterinaria

Aconitum napellus

Tossicologia
Violenza dei sintomi
Congestione delle arterie
Sintomi neurologici (Trisma – crampi dei muscoli masticatori, Opisthotonus)

Botanica
Ranunculuaceae

Caratteristiche
apparizione immediata – prima fase dei sintomi, shock e spavento causato da trauma, paura, panico, spavento. Agitazione e dolori intensi: i cavalli possono colpire, i cani mordono, i gatti grattano
cause: trauma, vento freddo
polso delle arterie dell collo ben visibile
come una tempesta caduta sul paziente !!!
consiglio: Aconit D 6 1x/giorno 3 giorni prima dei fuochi d'artificio

Apis Mellifica

Tossicologia – la puntura dell'ape
responsabile: Histamine e Mellitine
l'ape muore dopo la puntura
dolori locali e gonfiamento rosa-chiaro
agitazione, paura e movimenti nervosi
pressione sul punto amel.
applicazioni fredde agg.
Senza sete

Indicazione
Trauma di puntura (vetri, chiodo etc.)

Trauma con gonfiamento intenso della località
Punture d'insetti
D'abitudine trauma di cute

Arnica Montana

Il rimedio più importante in traumatologia

Caratteristiche della pianta
Come altre piante appartiene al gruppo delle compositae (asteraceae), tante di loro usate in traumatologia
Conosciuto come pianta in traumatologia da tempi, solo l'omeopatia utilizza l'interno.
Il nome latino "Panacea lapsorum" significa rimedio toccasana in cadute
Goethe la chiamava "forza salutare"

Caratteristiche di Arnica
Grande sensibiltà al dolore
Paura di essere toccato
Può essere aggressivo in caso di avvicinamento
Gli animali vogliono essere lasciati in tranquilità; si ritirano
Incidenti e ferite con cute non ferita
Dolori dopo operazione o estrazione di denti
Ematomi ed emorragie

Bellis Perennis – Margheritina o Pratolina

Raggio d'azione di Bellis Perennis
Famiglia delle Compositae
Fiorisce tutto l'anno
Fiore onnipresente molto resistente ai passi (calcio)
Colpi, contusione e altre ferite (ghiandole mammarie, seno)

Funziona anche in altre parti del corpo, piuttosto tessuti più profondi che la cute
Ferite di nervi e dorso, ossa, cute con emorragie, muscoli e ghiandole con grande dolore
Diversamente da Arnica animali dal comportamento dolce
Insonne verso la mattina

Consiglio pratico
Grande similitudine con Rhus-t. !!!
agg in seguito a fatica ecessiva
Amel con il movimento
Agg in seguito al freddo e umidità (dopo strappazzi)
Agitazione durante la notte
Ferite delle ghiandole con le modalità tipica di Bell-p.
Ferite delle zampe (oltrepassare, tendine): come Rhus-t..
Bell-p. quando Rhus-t. non funzionava e viceversa

Calendula (Calendola)

Famiglia delle compositae – vecchia pianta medicinale
Grande sensibilità al dolore (compositae)
Paura d'essere toccato, può diventare aggressivo
SCALFITURE !!!!
Piuttosto ferite superficiali, se non recente con uno strato di pus e crosta gialla
Bordi della ferita rossi e tipici
Ferite superficiali guariscono lentamente
Cave: trauma profondo può cicatrizzare e in profondità sviluppa un'infezione

Cantharis – (Lytta vesicatoria) Mosca Hispanica

Bruciature con vesciche (fuoco, sole, fornello) con loro conseguenze
Punture d'insetti che sembrano essere una bruciatura e prurito
agitatazione e avversione d'essere toccato, dolore intenso

Amel.: calore e calma
A parte l'uso interno può essere usato come compressa con Cantharis C 30 sulla ferita
Rimedio importante nelle cistiti acute

Hepar sulphuris

Formazione di pus > uso frequente in ascessi
Grande senibilità al dolore con bassa soglia degli stimoli – non sopporta il toccare della ferita, diventa aggressivo
Non supporta il freddo – né locale né generale
Cattivo odore del pus (giallo)
Uso in morsicature (gatti, cani), corpi estranei per esempio scheggia di legno, anche in tonsilliti con suppurazione con i sintomi tipici (non prende cibo o acqua fredda)
Non ripetere la somministrazione

Hypericum perfoliatum

Ferite delle zampe e delle unghie, dorso e altri tessuti innervati e dolore molto intenso
Agg.: movimento, fatica, pressione, toccare, freddo
Cicatrice con prurito continuo
Hypericum è l'Arnica dei nervi

Lachesis muta

Il serpente velenoso più conosciuto in omeopatia. Diverso da altri serpenti a sonagli non suona (senza sonaglio) - muta
Decomposizione di sangue > coagulazione lenta
Ferite hanno spesso un colore blu

Tendenza alla setticemia
Sintomi piuttosto al lato sinistro del corpo
Amel: freddo e applicazioni fredde
Non sopporta la costrizione (collare, cinture, cinghia di sella)
Ferite con tendenza all'infezione generalizzata (flegmone (?) del cavallo)

Ledum palustre

Punture (anche denti, punture d'insetti)
La ferita è fredda (sicuramente non è calda)
Amel: applicazione fredda locale (ghiaccio)
Amel generale: nel freddo
brontolone
Spesso non tanto doloroso, d'abitudine senza pus

Rhus toxicodendron

Umidità
Strapazzo
Movimento > Problemi dei tendini e.g. dopo fatica eccessiva

Caratteristiche

- Movimento agg:
  dopo i primi passi >
  vuol dire i primi passi <
  movimento continuo amel.
  fatica agg. e sudore in seguito con un raffreddore <
- Umidità e freddo agg.
  uno dei barometri della nostra Materia Medica
  agg. con ogni cambio del tempo per freddo e umido
  persino bibite fredde agg
- Agitazione
  non è mentale, i dolori amel con il movimento
- Ora della giornata
  sera e notte <

Ruta graveolens

Pianta medicinale della antichità (malattie dell'occhio, intossicazione)
Ferite dell'osso, periosto, tendine (Rhus-t)
Distensione delle zampe agg il dolore
Breve amel. con il movimento

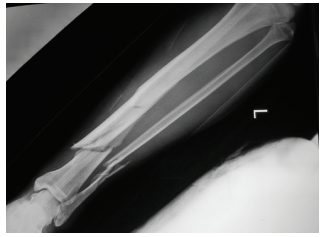
Rigonfiamento nodoso dei tendini (tendine di flezione del cavallo)
Incespicare delle zampe dolorose
Applicazione di calore locale amel
inquietudine, cambio di posizione frequente

Silicea (cristallo di montagna)

Suppurazione con sviluppo lento (ascessi, fistula …)
Non è super acuto e anche i sintomi non sono acuti - ferite non tanto dolorose però non guariscono bene
Ferite che si riaprono
Corpi estranei (scheggia …) possono uscire
Cerca calore, vuole coprirsi
Dolcezza d'animo, si lasciano esaminare facilmente
Pus in grande quantità di tutti colori e tutte qualità
Non ripetere!!!

Staphisagria

Ranunculaceae
Usato tempi fa come pomata contro pidocchi
Rimedio importante dopo tagli e operazioni
Il freddo agg
Grande sensibilità ad essere toccato
Può diventare aggressivo, purtroppo contro persone che non sono la causa dell'ira, ma qualcuno diverso (spesso meno forte)



Symphytum

Frattura ossea dolorosa e/o non guarisce bene
Ferite nell'occhio causate di colpi
Calore amel
Toccare / pressione agg
movimento agg

Trauma fisico e psichico: un'inseparabile unione

PAROLE CHIAVE
P.N.E.I (psiconeuroendocrinologia), artrite reattiva, trauma psichico

Introduzione

Il trauma chirurgico è una condizione frequentissima, la sua percezione, da parte degli individui, è sempre diversa ed anche l'intensità con cui è vissuta è molto personale per cui ognuno di noi presenterà degli "effetti collaterali"; l'artrite reattiva è una patologia che si presenta in 30-200/100.000 casi e si definisce un'artrite acuta immunomediata non purulenta che complica un'infezione localizzata in un altro distretto dell'organismo.

P.N.E.I ed Omeopatia

Sul piano immunologico l'Artrite reattiva si determina per una similitudine antigenica (mimetismo molecolare) tra alcune molecole del sistema HLA, specie di classe I (maggiormente HLA B27) con antigeni di origine infettiva. L'infezione implica necessariamente una risposta immunitaria diretta verso gli antigeni microbici. Il mimetismo molecolare con gli antigeni di istocompatibilità del sistema HLA nelle strutture articolari, permette la reazione autoimmune generando così la sintomatologia artritica.
Sotto questo aspetto possiamo affermare che la sintomatologia dipende non già dall'agente infettivo che la innesca, bensì dalla risposta immunitaria nei suoi confronti e questa, a sua volta, è condizionata dalle nostre condizioni psiconeuroendocrine (PNEI).
Hahnemann esprimeva lo stesso concetto con una terminologia adeguata alle conoscenze scientifiche del tempo: "le malattie croniche dipendono da una varietà di miasmi contagiosi (infezioni), che aggrediscono l'organismo. Tali miasmi sono in grado di suscitare un'alterazione della forza vitale, da cui consegue una patologia cronica progressiva con una sintomatologia caratteristica da individuo ad individuo".
L'alterazione della forza vitale, intesa nella sua espressione immunologica, comporta una modificazione del sistema, che può essere identificata dal tipo di risposta. Questa risposta si rende concreta, per la presenza di uno stimolo infettivo, con la produzione di molecole (anticorpi, citochine,complemento, molecole di adesione) e cellule (linfociti e granulociti) altrimenti silenti, in tessuti geneticamente predisposti (costituzione) e con esiti che dipendono dall'attitudine miasmatica.
L'artrite reattiva si manifesta come un'infiammazione recidivante o tendinite acuta infiammatoria asimmetrica (a volte con la formazione di cisti reattive vere e proprie).
Possono manifestarsi sintomi sistemici: *affaticabilità, malessere, febbre e calo ponderale,*può interessare una o più articolazioni e può colpire più apparati e sistemi.
Si diffonde ad ondate successive della periodicità di pochi giorni fino ad una o due settimane con interessamento di nuove articolazioni; gli arti inferiori sono maggiormente colpiti: ginocchia, caviglie, articolazioni
subtalari, metatarso-falangee, interfalangea dell'alluce. I presidi terapeutici comunemente utilizzati sono antibiotici, antiinfiammatori steroidei e non, anche con iniezioni locali, immunosoppressori, chinesiterapia e/o terapia fisica.

Materiali e metodi

Una donna di 39 anni è venuta alla mia osservazione perché, dopo 3 settimane dall'intervento per miomectomia, ha presentato dolore, gonfiore alle piccole e grandi articolazioni tali da impedire una deambulazione indipendente: la sintomatologia è cominciata con dolore costante alla fascia lombare, la paziente lo avvertiva come un peso e non riusciva a descrivermi quali situazioni lo miglioravano o peggioravano; dopo qualche tempo ha sviluppato torcicollo che non rispondeva a terapie manuali e piroxicam, a seguire dolore tra le scapole, che ogni sera si aggravava con contrattura e brividi interni intorno alle 20, quindi dolore e gonfiore al dito medio dx.
A questo punto la paziente è stata trattata per due mesi con TECAR, antinfiammatori ed analgesici vari senza alcun giovamento, anzi dopo 6 applicazioni di TECAR ha manifestato dolore e poi gonfiore al ginocchio dx.
Al momento della visita, quindi, la paziente era in sofferenza da poco più di 3 mesi e presentava oltre ai sintomi fisici, anemia ipocromica microcitica, piastrinosi e VES 1° ora 60 e 2° ora 100.
Nell'anamnesi fisiologica niente di particolare a parte l'intolleranza alla lana e le vertigini quando si trova in posti alti;
nell'anamnesi patologica remota nulla di rilevante.
Ho repertorizzato i sintomi con Radar 10.5 ed ho prescritto rimedio unico sulphur in diluizione MK 6 gtt 3 volte/die.

Risultati

Dopo 4 giorni si sono evidenziati i primi miglioramenti sul dolore alle grandi articolazioni e, dopo 10 gg la paziente ha cominciato a muoversi a letto con più facilità; anche il torcicollo ha subito modificazioni positive per frequenza ed intensità del dolore, infatti la contrattura non è più presente in modo costante; anche i brividi si sono estinti. Persiste ancora immodificato il dolore fra le scapole e la sintomatologia a carico del dito medio.
Dopo 15 gg dall'inizio della terapia omeopatica ha cominciato a camminare in modo indipendente ma ha presentato zoppia al lato dx (**fa male la pianta del tallone)**; inoltre, dolore alla schiena da postura alterata.
Dopo il primo mese il dolore al tallone si riduce del 60% , ha **la sensazione di una pentola che bolle**; dito medio migliorato del 50% ma non lo può piegare, la sintomatologia al ginocchio invece è rientrata perfettamente. VES 20 – 40, presente ancora piastrinosi.
Al controllo del secondo mese estinzione completa della sintomatologia algica con normalizzazione della deambulazione, VES 10, rientrata la piastrinosi.
A questo punto ho ridotto prima la frequenza e poi la quantità delle gtt, ed entro 2 settimane ho sospeso il rimedio, ma a metà mese ripresa della sintomatologia (tallone e spalla) con aumento VES 40 ed emocromo con lievissima linfocitopenia.
All'inizio ho dato di nuovo il rimedio alla stessa diluizione e posologia, ma non ottenendo alcun tipo di cambiamento, ho aumentato la diluizione (XMK 6 GTT 2volte/die), ottenendo solo lievissima riduzione del dolore. Nonostante le modificazioni della diluizione e della posologia fino ad arrivare alla LMK, il dolore ha continuato a presentarsi alla spalla dx e alla pianta del piede dx.
Visto il perseverare della sintomatologia algica decido di fare un accertamento radiologico alla spalla ed al piede con il seguente esito: Eco spalla tendinosi con modesta disomogeneità strutturale, finissime calcificazioni e lesioni parcellari, a carico dei tendini sovra spinoso e sottospinoso. Versamento con presenza di panno sinoviale, a carico della borsa sub-acromion-deltoidea e riscontro, al terzo distale ulnare, in continuità con il fascio vascolo nervoso omerale, di una formazione ipoecogena disomogenea di circa 2 cm, al di sotto della fascia muscolare, in continuità con nervo mediano in un quadro di prima ipotesi riferibile a neuroma post- traumatico.
Al tallone, tendinite con edema come da fascite. Minima borsite della borsa retro calcaneare profonda e fibrosi perineurale in corrispondenza del terzo spazio intermetatarsale compatibile con iniziale neuroma di Morton; decido allora di aggiungere alla repertorizzazione questo sintomo, gerarchicamente molto importante, e prescrivo ruta graveolens MK 5 gtt 3 volte/die ottenendo l'estinzione dei sintomi in 15 gg.

Discussione

La scelta di sulphur, in questo caso, sembrerebbe un po' strana: mi sono indirizzata verso questo rimedio poiché la paziente si presenta come una donna estremamente autonoma, intollerante alla lana, accusa vertigini quando si trova in posti alti, i sintomi fisici erano tutti coperti ed anche la motivazione scatenante l'artrite sembrava in linea con i sintomi mentali del rimedio; la sintomatologia, infatti, si era presentata dopo una delusione amorosa importante, e proprio lei aveva deciso di troncare la relazione; nonostante sulphur non sia un rimedio noto per la sofferenza d'amore, è comunque presente in numerose rubriche relative a ciò: MENTE - DISTURBI DA - onore; ferito, MENTE - DISTURBI DA – infelicità, MENTE - DISTURBI DA – emozioni, MENTE - DISTURBI DA - amore; delusione in, MENTE - DISTURBI DA - afflizione
L'evento traumatico fisico, in questa situazione così importante di perturbamento della forza vitale, ha disequilibrato l'asse PNEI determinando lo sviluppo della patologia autoimmune che ha slatentizzato una sintomatologia ed un tropismo (noduli tendinei) che mi ha indirizzato alla prescrizione del secondo rimedio, per me quello costituzionale, che ha estinto la sintomatologia in pochi giorni. Forse ruta graveolens avrebbe potuto risolvere la sintomatologia della paziente fin dall'inizio? Oggi, visti i risultati, direi proprio di si. E' vero che sulphur ha ridotto la sintomatologia in pochi giorni, ma probabilmente ha agito parzialmente, senza arrivare alla guarigione.

Conclusioni

Questo lavoro offre diversi punti di interesse, tutti convergono comunque sul fatto che la totalità dei sintomi è l'aspetto più importante per la prescrizione del simillimum ma che, proprio per questo, non devono essere sottovalutati gli approfondimenti diagnostici sia biochimici che radiologici, a volte risolutivi anche dal punto di vista terapeutico soprattutto nell'ambito della valutazione degli eventi traumatici e post cicatriziali. Un altro punto importante è che la paziente ha risolto la sintomatologia artritica con il rimedio omeopatico e non con la terapia tradizionale, anzi ha addirittura ha avuto un aggravamento durante l'approccio tipico per cui l'approccio unicista resta sempre da considerare in tali eventi.

Bibliografia

OMEOPATIA E IMMUNOLOGIA:
Marco Mancini, *Le Artriti reattive* A cura del Nobile Collegio Omeopatico e della OTI.
Samuel Hahnemann, *Organon edizione italiana* a cura di Angelo Micozzi. Edi Lombardo, Roma 2004Samuel Hahnemann, *Le Malattie Croniche* edizione italiana a cura di Angelo Micozzi. Edi Lombardo, Roma 2003
ARTRITE REATTIVA E IMMUNOPATOLOGIA
UNIREUMA, *Reumatologia*, Napoli, Idelson-Gnocchi, 2008. ISBN 978-88-7947-451-1.
Harrison, *Principi di Medicina Interna (16ª edizione)*, New York - Milano, McGraw-Hill, 2006
Keat A. Reiter's syndrome and reactive arthritis in perspective. N Engl J Med 1983;309:1606-15.

F. Talarico, C.M. Pullano, A. Carbone, S. Piscitelli, S. Di Salvo, V. Falabella

Confronto tra terapia palliativa convenzionale e trattamento omeopatico personalizzato dei pazienti oncologici

RIASSUNTO

Introduzione: Scopo del nostro studio è quello di confrontare gli effetti, sul quadro clinico e sulla qualità della vita (QdV), della terapia palliativa convenzionale (TPC) e del trattamento omeopatico personalizzato (TOP) in pazienti oncologici, non sussistendo una chiara definizione di tale confronto.

Materiali e Metodi: Sono stati arruolati 20 pazienti oncologici ricoverati consecutivamente nella nostra Unità Operativa di Medicina d'Urgenza dall'1-5-2013 al 31-7-2013. Dopo risoluzione del quadro acuto mediante trattamento convenzionale, i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi, paragonabili per età, sesso e condizioni cliniche. Previo consenso informato, un gruppo è stato avviato alla TPC, l'altro al TOP. Per valutare la qualità di vita (QdV), abbiamo utilizzato il questionario EORTC-QLQ-C30, con consulenza psicologica, prima e dopo trattamento. Analisi statistica effettuata mediante Student-t-test.

Risultati: Dall'analisi dei questionari EORTC-QLQ-C30 tutti i pazienti, in fase di arruolamento, hanno una percezione pessima della propria QdV, incontrano molte difficoltà nelle attività quotidiane e tollerano poco il dolore. Nei questionari di controllo, effettuati dopo un mese, si evidenzia come la percezione della QdV migliora significativamente dopo TOP, mentre i miglioramenti nel gruppo TPC raggiungono raramente la significatività. Effetti collaterali significativi rilevabili solo nel gruppo TPC. Il gruppo TOP presenta miglioramento clinico significativo rispetto al controllo.

Discussione: Pur nell'esiguità del campione considerato, il TOP del paziente oncologico appare migliorare significativamente la QdV e la sintomatologia clinica, anche rispetto alla TPC.

Conclusioni: Il miglioramento della QdV dei pazienti oncologici è un obiettivo prioritario; i risultati dello studio evidenziano le potenzialità di un TOP nella cura integrata del paziente oncologico.

PAROLE CHIAVE

Palliative Care, Homeopathic Medicine, Quality of life, EORTC QLQ-C30

Introduzione

Secondo l'OMS nel mondo, ogni anno, 5 milioni di persone muoiono di cancro e 7 milioni di nuovi casi sono diagnosticati, costituendo i tumori la seconda causa di morte (22,3%) dopo la malattie cardiovascolari. Si prevede che, entro il 2025, i malati di cancro saranno oltre 19 milioni (1).

I due terzi dei pazienti oncologici, in fase avanzata, necessitano di cure palliative (2). Le cure palliative si pongono come approccio olistico, come cura globale e attiva di quei pazienti neoplastici in fase avanzatissima di malattia, non responsiva ai trattamenti guaritivi. I pazienti con cancro vivono, fin dal momento della diagnosi e per tutto il decorso della loro malattia, uno stato permanente di stress legato ai

cambiamenti imposti dalla patologia stessa: la progressiva disabilità, i cambiamenti dell'immagine del proprio corpo, la paura della morte, la presenza di sintomi fisici e di preoccupazioni psicosociali. Spesso non è la morte a essere temuta, ma piuttosto il percorso che a lei conduce. Per questi motivi i pazienti con cancro presentano un aumentato rischio di sviluppare disordini psichiatrici. È pertanto fondamentale, in questa tipologia di pazienti, l'affronto e il controllo del dolore, ma anche degli altri sintomi e delle problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita (QdV) per i pazienti e per le loro famiglie, ma in molti casi tale obiettivo è ampiamente disatteso (3). Molti ritengono che l'omeopatia possa dare un valido contributo, in tal senso, alla terapia del cancro; basti pensare che in Europa oltre un terzo dei pazienti colpiti da cancro utilizza l'omeopatia (4). Tuttavia, ci sono pochi studi clinici condotti, che dimostrino l'efficacia dell'omeopatia in tale subset di pazienti (5-17). Nel nostro lavoro abbiamo voluto confrontare gli effetti, sul quadro clinico e sulla qualità della vita, della terapia palliativa convenzionale (TPC) da sola o associata a trattamento omeopatico personalizzato (TOP) in pazienti oncologici in fase avanzata di malattia.

Materiali e metodi

Abbiamo condotto il nostro studio nell'Unità Operativa (UO) di Medicina d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro. La prima fase dello studio, relativa all'arruolamento dei pazienti, si è svolta dal primo maggio al trentuno luglio del corrente anno. Sono stati considerati i primi venti pazienti ricoverati consecutivamente per qualsiasi causa, purché affetti da patologia neoplastica e rispondenti ai seguenti criteri di inclusione: adulti di entrambi i sessi con una diagnosi di cancro, consapevoli della loro diagnosi, in assenza di deterioramento cognitivo, in grado di comprendere le domande, liberi da qualsiasi condizione che potesse rendere la compilazione del questionario inappropriata, aderenti consapevolmente e volontariamente al nostro progetto.

Tutti i pazienti partecipanti hanno ricevuto dettagliate informazioni sullo studio e hanno firmato un modulo di consenso. Dopo risoluzione del quadro acuto mediante trattamento convenzionale, i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi, paragonabili per età, sesso e condizioni cliniche. Previo consenso informato, un gruppo è stato avviato alla sola TPC, l'altro alla TPC associata a TOP.

I dieci pazienti trattati con TPC e TOP, che hanno portato a termine il progetto, erano sei donne e quattro uomini: tre donne erano affette da carcinoma mammario metastatico, una presentava un carcinoma ovarico infiltrante, una un adenocarcinoma gastrico metastatico, l'ultima era affetta da mieloma multiplo; dei quattro uomini, due erano portatori di carcinoma prostatico, un terzo era affetto da carcinoma pol-

monare metastatico, l'ultimo da carcinoma del colon avanzato. L'età dei pazienti era compresa tra i 45 e i 73 anni (Tabella 1).
I dieci pazienti trattati unicamente con TPC, che hanno portato a termine il progetto, erano anch'essi sei donne e quattro uomini: due donne erano affette da carcinoma mammario metastatico, una terza donna presentava un carcinoma ovarico infiltrante, una quarta donna era affetta da adenocarcinoma del colon metastatico, una quinta presentava un carcinoma polmonare metastatico, l'ultima era affetta da carcinoma laringeo avanzato; dei quattro uomini, uno era portatore di carcinoma prostatico metastatico, un secondo aveva un carcinoma testicolare avanzato, un terzo un mieloma multiplo avanzato, l'ultimo un carcinoma tonsillare infiltrante con metastasi diffuse. L'età dei pazienti era compresa tra i 43 ed i 70 anni (Tabella 1).
Nell'anamnesi, abbiamo preferito che fossero i pazienti a guidare il colloquio con i sanitari, esprimendo liberamente i propri sentimenti ed emozioni, pur nell'impossibilità di realizzare un'anamnesi omeopatica completa per motivi di tempo. I pazienti sono stati valutati considerando le modalità dei disagi da risolvere e raccogliendo tutti i dati che ci consentissero di sviluppare la sindrome minima di valore massimo. Abbiamo selezionato i disturbi principali con le relative modalità e li abbiamo repertorizzati utilizzando "The Essential Synthesis" edito dal Dr. Frederik Schroyens (18); li abbiamo quindi confrontati con i rimedi selezionati, individuando il rimedio più idoneo per ciascun caso, ovverossia il più simile.

Materiali e metodi

Abbiamo condotto il nostro studio nell'Unità Operativa (UO) di Medicina d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro. La prima fase dello studio, relativa all'arruolamento dei pazienti, si è svolta dal primo maggio al trentuno luglio del corrente anno. Sono stati considerati i primi venti pazienti ricoverati consecutivamente per qualsiasi causa, purché affetti da patologia neoplastica e rispondenti ai seguenti criteri di inclusione: adulti di entrambi i sessi con una diagnosi di cancro, consapevoli della loro diagnosi, in assenza di deterioramento cognitivo, in grado di comprendere le domande, liberi da qualsiasi condizione che potesse rendere la compilazione del questionario inappropriata, aderenti consapevolmente e volontariamente al nostro progetto.

Tabella 1 – Caratteristiche generali dei pazienti

Num. Progr.	Paziente	Patologia neoplastica	Età	Sesso	Terapia antineoplastica convenzionale
1	C. P.	Ca mammario + metastasi epatiche	52	F	Chemioterapia + Radioterapia + Chirurgia
2	G. G.	Ca prostata + metastasi ossee	65	M	Ormonoterapia
3	S. A.	Ca ovarico + ascite	48	F	Chemioterapia + Chirurgia
4	V. F.	Ca polmonare + metastasi epatiche	70	M	Chemioterapia + Radioterapia
5	C. T.	Ca mammario + metastasi epatiche	45	F	Chemioterapia + Radioterapia + Chirurgia
6	M. P.	Ca colon + metastasi	68	M	Chemioterapia + Radioterapia
7	M. M.	Ca prostata	50	M	Chirurgia + Ormonoterapia
8	A.M.	Ca gastrico + metastasi	63	F	Chemioterapia + Radioterapia
9	C. V.	Mieloma multiplo	73	F	Chemioterapia + Radioterapia
10	A. L.	Ca mammario + metastasi polmonari	47	F	Chemioterapia + Chirurgia
11	C. M.	Ca testicolo avanzato	43	M	Chirurgia + Radioterapia + Chemioterapia
12	P. F.	Ca laringe avanzato	49	F.	Chirurgia + Radioterapia + Chemioterapia
13	T. C.	Ca mammario avanzato	47	F	Chirurgia + Chemioterapia
14	D. P.	Ca prostata, metastasi ossee	69	M	Ormonoterapia
15	S. A.	Ca colon metastatico	58	F	Chirurgia + Chemioterapia
16	M. P.	Mieloma multiplo avanzato	72	M	Chemioterapia + Radioterapia
17	G. G.	Ca ovaio infiltrante	40	F	Chirurgia + Ormonoterapia
18	F. C.	Ca mammario, mts polm. ed epat.	54	F	Chirurgia + Radioterapia + Chemioterapia
19	C. B.	Ca polmonare, metastasi surrenale	62	F	Radioterapia + Chemioterapia
20	G. F.	Ca tonsillare infiltrante, mts diffuse	60	M	Radioterapaia + Chemioterapia

Tabella 1 – Caratteristiche generali dei pazienti. Nella prima colonna il numero progressivo indicante l'ordine di arruolamento dei due gruppi di pazienti: dal n° 1 al n° 10 i pazienti trattati con TPC + TOP; dal n° 11 al n° 20 i pazienti trattati con sola TPC. Nella seconda colonna, i pazienti vengono indicati con le iniziali di nome e cognome. Nella terza colonna la patologia neoplastica di ciascuno, con l'indicazione della presenza di eventuali metastasi o altre complicanze correlate (v. ascite, paziente 3). Nella quarta colonna l'età anagrafica. Nella quinta colonna il sesso. Nella sesta colonna l'indicazione della terapia antineoplastica convenzionale praticata o in corso.
Legenda. Ca: carcinoma; mts: metastasi; polm.: polmonari; epat.: epatiche; F: femmina; M: maschio.

Il rimedio omeopatico è stato dunque personalizzato con gerarchizzazione dei sintomi. Abbiamo ristretto il campo a soli undici rimedi (Aconitum, Arnica, Arsenicum album, Belladonna, Conium, Ignatia, Lycopodium clavatum, Nux vomica, Silicea, Staphysagria, Thuja), che appaiono tra i più utili in situazioni acute e nel malato oncologico, riservandoci comunque l'utilizzo di altri rimedi, qualora indicati dalla

repertorizzazione. Il principale parametro considerato è stata la valutazione dell'efficacia dei rimedi omeopatici nel trattamento dei sintomi dei pazienti, in termini di riduzione dell'intensità, della frequenza e della durata degli stessi sintomi e del consequenziale miglioramento della QdV e della salute globale percepita.
L'assunzione del rimedio omeopatico, nel nostro studio, non ha comportato per i pazienti inclusi nessuna modifica della terapia di base, mentre è stato proseguito invariato ogni protocollo di trattamento e diagnosi. Otto pazienti su dieci avevano in corso un trattamento chemioterapico, mentre cinque su dieci avevano programmi di radioterapia (Tabella 1). La TPC, programmata previo videat oncologico, è stata rispettata pedissequamente in ciascun paziente dei due gruppi.
Anche sull'uso di psicofarmaci, abbiamo scelto di non apportare alcuna modifica della situazione antecedente l'arruolamento.
La terapia omeopatica è stata prescritta inizialmente per due settimane e quindi protratta per altre due settimane; tale approccio terapeutico è stato adottato per motivi legati alle condizioni dei pazienti, al programma terapeutico, nonché al rapporto medico-paziente che, in una U.O. di Medicina d'Urgenza, è necessariamente più aleatorio rispetto al rapporto che si instaura abitualmente nello studio di un omeopata.
Per valutare la QdV, abbiamo utilizzato "The European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire" (EORTC QLQ-C30) su pazienti tumorali in terapia convenzionale prima e dopo un mese di TPC da sola o associata a TOP. EORTC QLQ-C30 è un sistema integrato, ampiamente validato in letteratura, per la valutazione della QdV dei pazienti adulti affetti da cancro che partecipano a studi clinici e altri tipi di ricerca, in cui sono raccolti gli esiti riferiti dai pazienti stessi (19-23). L'EORTC QLQ-C30, versione base adatta a tutti i tipi di neoplasia, incorpora dieci scale multi-item: cinque scale funzionali (rispettivamente riguardanti gli aspetti fisico, di ruolo, cognitivo, emozionale e sociale); tre scale dei sintomi (su fatica, nausea e vomito, dolore), una scala sulla QdV percepita ed una sulla salute globale percepita. Sono anche incluse sei singole voci (dispnea, insonnia, perdita di appetito, costipazione, diarrea e difficoltà finanziarie legate all'impatto economico della patologia). In totale sono trenta domande: di queste, quindici costituiscono nell'insieme le scale funzionali (cinque domande sulla funzionalità fisica, due riguardanti il ruolo, due sullo stato cognitivo, quattro inerenti la sfera emotiva, due sulla sfera sociale), sette costituiscono le scale dei sintomi (rispettivamente tre domande sulla presenza di fatica, due su nausea e vomito, due sul dolore), sei domande esplorano la presenza di dispnea, insonnia, perdita di appetito, costipazione, diarrea e difficoltà finanziarie (una domanda per ciascuna di queste aree), una domanda riguarda l'autovalutazione della QdV in generale e l'ultima domanda comporta l'autostima della salute in generale (Tabella 2).

Tabella 2 – EORTC QLQ-C30

1. Ha difficoltà nel fare lavori faticosi, come sollevare una borsa della spesa pesante o una valigia?
2. Ha difficoltà nel fare una lunga passeggiata?
3. Ha difficoltà nel fare una breve passeggiata fuori casa?
4. Ha bisogno di stare a letto o su una sedia durante il giorno?
5. Ha bisogno di aiuto per mangiare, vestirsi, lavarsi o andare in bagno?
6. Ha avuto limitazioni nel fare il Suo lavoro o i lavori di casa?
7. Ha avuto limitazioni nel praticare i Suoi passatempi, hobby o altre attività di divertimento o svago?
8. Le è mancato il fiato?
9. Ha avuto dolore?
10. Ha avuto bisogno di riposo?
11. Ha avuto difficoltà a dormire?
12. Si è sentito debole?
13. Le è mancato l'appetito?
14. Ha avuto un senso di nausea?
15. Ha vomitato?
16. Ha avuto problemi di stitichezza?
17. Ha avuto problemi di diarrea?
18. Si è sentito stanco?
19. Il dolore ha interferito con le Sue attività quotidiane?
20. Ha avuto difficoltà a concentrarsi su cose come leggere un giornale o guardare la televisione?
21. Si è sentito teso?
22. Si è preoccupato?
23. Si è sentito irritabile?
24. Si è sentito depresso?
25. Ha avuto difficoltà a ricordare le cose?
26. Le Sue condizioni fisiche o il Suo trattamento medico hanno interferito con la Sua vita familiare?
27. Le Sue condizioni fisiche o il Suo trattamento medico hanno interferito con le Sue attività sociali?
28. Le Sue condizioni fisiche o il Suo trattamento medico Le hanno causato difficoltà finanziarie?
29. Come valuterebbe in generale la Sua salute durante gli ultimi sette giorni?
30. Come valuterebbe in generale la Sua qualità di vita durante gli ultimi sette giorni?

Tabella 2 – Domande del questionario EORTC QLQ-C30. E' riportato l'elenco delle trenta domande del questionario EORTC QLQ-C30. Per la valutazione delle risposte, si rimanda al paragrafo "MATERIALI E METODI".

Le prime ventotto domande prevedono, ciascuna, quattro diverse risposte possibili: no (ovvero assenza del problema specifico); un po' (problema lieve); parecchio (problema moderato/severo), moltissimo (problema gravissimo e molto invalidante). Ciascuna risposta viene valutata con un punteggio che va, rispettivamente, da 1 (attribuito alla risposta "no") a 4 (da assegnare alla risposta "moltissimo"); tale punteggio è dunque direttamente proporzionale alla gravità del problema considerato. Le domande 29 (valutazione delle proprie condizioni di salute da parte del paziente) e 30 (valutazione della propria QdV da parte dello stesso paziente) prevedono, diversamente dalle precedenti, un punteggio che va da 1 (per la risposta "pessima") a 7 (per la risposta "ottima"), punteggio che dunque risulta direttamente proporzionale alla qualità percepita della propria salute e della propria vita, e che conseguentemente sarà tanto più basso quanto più negativa è la percezione che il paziente ha delle proprie condizioni e, viceversa, sarà molto alto se la stessa percezione sarà molto positiva.
Per la valutazione del dolore abbiamo adottato una scala analogico-visiva (VAS) con valutazione progressiva da 0 a 10, in cui lo "0" significa assenza di dolore ed il "10" sta ad indicare il dolore più insopportabile.
Per la valutazione statistica dei risultati, abbiamo utilizzato il T-Test di Student a due code per dati appaiati.

Casi clinici

Di seguito vengono riportati i casi clinici: i primi dieci casi sono quelli dei pazienti trattati con TOP, gli altri sono i pazienti avviati alla sola TPC. Nella trattazione ci siamo soffermati sui sintomi principali, riservando l'elaborazione dei dati dei questionari al paragrafo dei risultati, con relativi grafici e tabelle.

CASI CLINICI TRATTATI CON TPC ASSOCIATA A TOP (Tabelle 3, 9; Grafici 1A, 2A, 3A, 4A, 5A)

Caso clinico n.1: C. P., donna di 52 anni, veniva ricoverata nella nostra U.O. nel maggio u.s. per febbre elevata (>40°C) resistente ai comuni antipiretici, insorta improvvisamente da alcune ore, associata a brividi, disuria e stranguria. Paziente affetta da carcinoma mammario duttale infiltrante T2N1M1, già sottoposta a mastectomia radicale con resezione di metastasi epatica del VII segmento e radioterapia intraoperatoria. Aveva praticato il 1° ciclo di chemioterapia (CMF: ciclofosfamide+metotrexate+fluoro uracile) una settimana prima. All'ingresso nel nostro Reparto: GB 16.000, PCT 30, LPS 0.90. Veniva posta diagnosi di urosepsi ed intrapresa terapia con meropenem 1 gr x 3/die ev, levofloxacina 500 mg 1 fl /die ev. La febbre e la disuria si risolvevano in tre giorni. La terapia antibiotica veniva protratta per ulteriori quattro giorni.

C. P. presentava un quadro di ansia soprattutto riferita al torace, di agitazione e di irritabilità, anche dopo la risoluzione del quadro clinico acuto, con bisogno di muoversi continuamente ma aggravandosi con il movimento. Mostrava difficoltà ad aprire gli occhi e li manteneva coperti con una benda oppure con la mano destra, ed era evidentemente infastidita da qualsiasi stimolo, anche dai piccoli rumori. Il questionario EORTC QLQ-C30 le veniva somministrato in pre-dimissione per valutare la QdV e la percezione della propria salute da parte della paziente stessa. Per la scelta della terapia omeopatica -previa acquisizione di consenso informato-, abbiamo preso in considerazione soprattutto la sintomatologia evidenziata durante la degenza ed in particolare l'ansia e l'agitazione, la febbre alta improvvisa, l'aggravamento con il rumore, con la luce e con il movimento. I sintomi, che abbiamo inserito nella repertorizzazione, facevano emergere Aconitum, che ci sembrava adatto alla personalità della paziente.

Mente - Ansia - Movimento - aggravamento
Mente - Eccitazione - nervosa
Mente - Irrequietezza - ansiosa
Mente - Irrequietezza - muoversi - deve
Mente - Irritabilità
Generali - Febbre - durante la - aggravamento
Generali - Rumori - aggravamento
Generali - Movimento - aggravamento
Generali - Luce - aggravamento
Mente - Sensibile - alla luce
Mente - Sensibile - rumori
Torace - Ansia al
Occhi - Aprire - difficoltà ad

Abbiamo prescritto Aconitum 30 CH gocce, cinque gocce tre volte al giorno per due settimane, chiedendo alla paziente di ritornare alla nostra osservazione dopo tale periodo. La terapia veniva quindi protratta per altre due settimane. Il questionario di controllo, compilato dalla paziente dopo 30 giorni di assunzione di Aconitum, evidenziava un netto miglioramento della valutazione che la paziente faceva della propria salute, che passava da pessima a discreta, nonché della sua QdV, che si modificava con le medesime modalità, passando da pessima a discreta. La presentazione clinica di C. P. si era sostanzialmente modificata: l'agitazione, l'ansia e l'irritabilità si erano notevolmente ridotte, sensibilmente ridotto era altresì l'aggravamento da stimoli luminosi e sonori, mentre il movimento non le dava più alcun problema.

Caso Clinico n.2: G. G., uomo di 65 anni, veniva ricoverato il 1° maggio 2013 per coma e stato di shock. All'ingresso in Reparto presentava Glasgow Coma Scale pari a 10, instabilità emodinamica, pressione arteriosa pari a 80/40 mmHg, tachicardia sinusale con frequenza cardiaca di 140 bpm, anuria, dispnea e tachipnea, marcata anemia (Hb 8,5) normocitica normocromica; all'emogasanalisi evidenza di acidosi metabolica (pH 7,21, PaO2 85, PaCO2 30, HCO3- 16), con lattati molto aumentati. PCT 200, LPS 0.85, leucocitosi neutrofila. Veniva trattato dapprima mediante infusione rapida di soluzioni Ringer, colloidi artificiali, HCO3- 1 mEq/ml/min. La mancata risposta pressoria rendeva necessaria l'infusione di due fiale di Revivan in 500 ml di soluzione fisiologica a 25 ml/h (0,35 ml/Kg), con stabilizzazione emodinamica. Veniva posta diagnosi di shock settico in paziente con ulcera cutanea infetta del piede sinistro, da esiti di trauma da schiacciamento verificatosi alcuni giorni prima. Gli esami colturali evidenziarono positività per Acinetobacter baumannii complex polichemioresistente e Staphylococcus aureus meticillino resistente. La terapia antibiotica instaurata, con teicoplanina e meropenem, consentiva la risoluzione del quadro acuto in circa una settimana. In anamnesi carcinoma prostatico avanzato con metastasi ossee, in ormonoterapia. Dopo la risoluzione del quadro settico, persistevano intensa astenia e bruciore diffuso; il paziente provava giovamento con il calore. Il quadro psicologico era dominato dalla paura di morire, nonché da ansia, irrequietezza e irritabilità.
I sintomi, che abbiamo inserito nella repertorizzazione, facevano emergere Arsenicum album, che era simile alla personalità del paziente secondo la nostra valutazione.

Generali - debolezza - febbre - durante - aggravamento
generali - dolore - bruciante
generalli - collasso
Mente - paura - della morte
Generali - setticemia
mente - respirazione - accelerata
mente - irrequietezza - ansiosa
Mente - irritabilità
generali - caldo - migliora

Abbiamo prescritto Arsenicum album 30 CH gocce, cinque gocce due volte al giorno per 14 + 14 giorni. Il controllo clinico, effettuato dopo quattro settimane di assunzione del rimedio, registrava la completa scomparsa del bruciore diffuso, una netta riduzione dell'astenia, dell'ansia, dell'irrequietezza e dell'irritabilità, nonché della paura di morire, mentre persisteva il miglioramento con il calore.

Caso Clinico n.3: S. A., donna di 48 anni, ricoverata per intensa astenia e mialgie, con spasmi muscolari diffusi e cefalea che migliorava piegando la testa in avanti; presentava ipotensione ed oliguria, con evidenza laboratoristica di rabdomiolisi, insufficienza renale lieve, lieve iperkaliemia ed ipocalcemia, lieve acidosi metabolica. Veniva praticata infusione di soluzione fisiologica 500 ml/h alternata a 500 ml di NaCl 0.45% + 50 mmol di bicarbonato di sodio. Paziente affetta da carcinoma ovarico mucinoso infiltrante con ascite, già trattato con isterectomia totale, annessiectomia bilaterale, omentectomia infracolica e appendicectomia; nella settimana precedente aveva praticato chemioterapia con paclitaxel e cisplatino. La paziente, anche dopo la risoluzione del quadro acuto, presentava cefalea persistente e dolori muscolari con spasmi; appariva introversa e schiva, infastidendosi se si cercava di consolarla. Colpiva la sua capacità di piangere e ridere contemporaneamente con dolcezza. Si aggravava con il freddo e con le emozioni.
I sintomi, inseriti nella repertorizzazione indicavano, tra gli altri rimedi, Ignatia amara, adatto alla personalità della nostra paziente.
Abbiamo dunque prescritto Ignatia amara 30 CH gocce, 10 gocce due volte al giorno per 14 + 14 giorni.

Generali - freddo - aggravamento
mente - sensibile
Mente - riservata
Mente - consolazione - aggravamento
Mente - comprensione - aggravamento
Generali - DOLORE - contrazioni spasmodiche
Generali - dolore - crampiforme
TESTA - Piegando - in avanti - migliora
Mente - riso - alternato con - pianto
Mente - eccitazione - aggravamento

Nella visita di controllo, eseguita dopo 4 settimane di assunzione di Ignatia, evidenza di completa remissione della cefalea, degli spasmi muscolari, dell'associazione di pianto e riso; la paziente si presentava meno introversa e meno schiva, anche nei confronti degli altri pazienti, con cui socializzava quasi senza problemi; si era sicuramente ridotto l'aggravamento con il freddo e con le emozioni; persisteva, pressoché invariato, il fastidio ad ogni tentativo di consolazione.

Caso Clinico n.4: V. F., uomo di 70 anni, veniva ricoverato nella nostra UO per dolore retro-sternale ed epigastrico di tipo urente, con lievi edemi declivi; presentava movimento aspecifico della troponina T hs. L'elettrocardiogramma non era significativo. All'ecocardiogramma, evidenza di ipocinesia diffusa del ventricolo sinistro. Paziente con metastasi epatiche e cerebrali da carcinoma polmonare, già trattato con tre diversi schemi di chemioterapia e con radioterapia palliativa. Era inoltre in trattamento con fenobarbital 200 mg/die. Ad un'anamnesi più attenta, si evinceva che il paziente lamentava in realtà sensazione di freddo e bruciore allo stomaco dopo assunzione di cibo. Le condizioni fisiche erano scadute. Il quadro psicologico era fortemente dominato da tristezza, ansia, paura e irritabilità; il paziente si dichiarava stanco della vita e desideroso di morire; era irrequieto e si agitava continuamente, non stando mai fermo; lamentava anche bruciore e pulsazioni martellanti all'interno del capo. Abbiamo effettuato la repertorizzazione dei sintomi principali con le relative modalità, secondo il seguente schema:

Mente - Ansia
Mente - PAURA
Mente - TRIStezza
Mente - STANCO - della vita
Mente - morte - desiderio della
TESTA- DOLORE - bruciante
TESTA - PULSAZIONI
TESTA - DOLORE - pulsante
MENTE - IRREQUIETEZZA - muoversi deve
Mente - IRRITABILITA'
STOMACO - DOLORE - FREDDO - dopo cibo
STOMACO - bruciore
TORACE - dolore

Dopo repertorizzazione, abbiamo prescritto Arsenicum album 30 CH gocce, cinque gocce tre volte al giorno per 28 giorni (14 + 14). In questo paziente, dopo le quattro settimane di trattamento omeopatico, si erano considerevolmente ridotti l'ansia, la paura, la tristezza, il desiderio di morire, la continua agitazione ed il bruciore del capo; un po' ridotto era anche il bruciore a livello epigastrico e toracico, che comunque persistevano.

Caso Clinico n.5: C. T., donna di 45 anni, veniva ricoverata durante la notte per tachiaritmia da fibrillazione atriale e senso di oppressione toracica. La paziente temeva di avere un infarto ed era visibilmente in stato ansioso. Essendo emodinamicamente stabile, veniva sottoposta a cardioversione farmacologica mediante protocollo con amiodarone ev, con ripristino del ritmo sinusale nell'arco di 4 ore circa. Paziente con metastasi epatiche da carcinoma mammario, già trattato con mastectomia radicale. Aveva inoltre praticato radioterapia ed un primo ciclo di chemioterapia. Assumeva da qualche mese bromazepam (Lexotan 10 gocce una o due volte/die). Anche dopo la risoluzione del quadro cardiaco acuto, si presentava agitata ed in ansia. C. T. era affetta da ipertensione arteriosa in trattamento con amlodipina 5 mg/die. Era evidentemente ipersensibile. Spesso tachicardica. Lamentava dolore gravativo/oppressivo precordiale irradiato all'arto superiore sinistro della durata di giorni interi, con negatività elettrocardiografica, normalità degli indici di miocardiocitolisi ed eucinesia biventricolare all'esame ecocardiografico.
La repertorizzazione dei sintomi principali di C. T. dava indicazione alla somministrazione di Aconitum.

Mente - irrequietezza - ansiosa
torace - oppressione
torace - palpitazioni - notte - con ansia
Mente - ansia - con paura
GENERALI - IPERTENSIONE
Generali - POLSO - irregolare
MENTE - sensibile
Torace - Ansia al

Abbiamo prescritto Aconitum 30 CH gocce, cinque gocce tre volte al giorno per quattro settimane (2 + 2). Dopo il trattamento omeopatico, si otteneva importante regressione del dolore precordiale, dell'agitazione e dell'ansia, con migliore controllo dei valori pressori e dell'ipersensibilità in generale; la tachicardia era scomparsa.

Caso Clinico n. 6: M. P., uomo di 68 anni, ricoverato per intensa astenia e febbricola serotina con disuria e diarrea. Era affetto da carcinoma del colon in fase metastatica, già trattato con radioterapia e chemioterapia. Presentava un intenso stato ansioso con paura della morte. All'esame obiettivo evidenza clinica di mucositi (congiuntivite, rinite, gengivite, stomatite, faringite, proctite), con secrezioni acquose maleodoranti. Veniva praticata terapia con ciprofloxacina, fermenti lattici, k-flebo e sodio cloruro. Dopo circa 6 giorni di trattamento, risoltosi il quadro acuto ma persistendo invariato

lo stato ansioso associato ad una paura irrazionale, opprimente ed incontrollabile della morte, decidevamo di procedere, previa acquisizione del consenso informato, alla somministrazione del questionario ed alla repertorizzazione dei sintomi del paziente. Si otteneva così l'indicazione alla somministrazione di Aconitum.

generali - infiammazione - Interna - delle membrane mucose
Mente - ansia - con paura
Mente - paura - della morte
occhi - scoli - acquosi
retto - madore - essudazione
RETTO - ANO - disturbi dell'
BOCCA - INFIAMMAZIONE
BOCCA - INFIAMMAZIONE - associata - gengive
BOCCA - ODORE - nauseabondo
BOCCA - ODORE - putrido
GOLA - Infiammazione

Gli veniva prescritto, in pre-dimissione, Aconitum 30 CH gocce, cinque gocce tre volte al giorno per quattro settimane (2 + 2). Effettuato il periodo di trattamento, al controllo clinico le condizioni di M. P. erano visibilmente migliorate: le mucositi e le secrezioni erano discretamente migliorate; lo stato ansioso, l'astenia e la paura della morte si erano drasticamente ridotti.

Caso Clinico n.7: M. M., uomo di 50 anni, ricoverato per dolore precordiale gravativo con crisi ipertensive. Affetto da adenocarcinoma prostatico già sottoposto a prostatectomia totale, attualmente in ormonoterapia. Era un paziente evidentemente iperreattivo, ansioso ed agitato; era tachicardico e presentava frequenti crisi ipertensive, che si accompagnavano sempre a dolore toracico precordiale tipico. Completato l'iter diagnostico-terapeutico, veniva posta diagnosi di angina da discrepanza. Dopo circa 6 giorni di trattamento si risolveva il quadro acuto. Anche dopo la stabilizzazione emodinamica, il paziente lamentava malessere generale ed il suo quadro psicologico persisteva invariato. Abbiamo pertanto deciso di procedere alla somministrazione del questionario ed alla repertorizzazione dei sintomi del paziente. Si otteneva l'indicazione alla somministrazione di Aconitum.

Mente - Ansia
Mente - Ansia - salute, per la
Mente - Eccitazione - nervosa
Mente - Irrequietezza - ansiosa
Mente - Irritabilità
TORACE - CUORE - disturbi del
TORACE - PALPITAZIONI - cardiache
TORACE - PALPITAZINI - ansia, con
Generali - IPERTENSIONE
Mente - ANSIA - dolori, per i
Mente - Sensibile - dolore, al
Torace - Ansia al

Veniva prescritto Aconitum 30 CH gocce, cinque gocce tre volte al dì per quattro settimane. Dopo il trattamento omeopatico, si registrava scomparsa delle crisi ipertensive, del dolore precordiale e della tachicardia, con riduzione marcata dell'ansia e dell'agitazione e miglioramento generale dello stato reattivo.

Caso Clinico n.8: A. M., donna di 63 anni, affetta da neoplasia gastrica maligna in fase metastatica, già sottoposta a gastrectomia. In corso chemioterapia da circa un mese (FAP: 5-fluorouracile + doxorubicina + cisplatino). Ricovero per alcalosi metabolica da vomito reiterato di cibo, talora anche verdastro. Era molto facilmente irritabile. Presentava crampi e tremori simili a brividi quando era turbata. Il vomito reiterato si accompagnava a cefalea, nervosismo, irritabilità. Dopo la reidratazione e le integrazioni elettrolitiche del caso, veniva somministrato il questionario EORTC QLQ-C30. La repertorizzazione dei sintomi principali di A. M. dava indicazione alla prescrizione di Ignatia amara.

generali - nausea - vaga sensazione di
generali - vomitando - aggravamento
stomaco - vomito; tipo di - bile - cefalea, durante
stomaco - vomito; tipo di - cibo
MENTE - ECCITAZIONE - nervosa
Mente - IrrITABILITA' - cefalea, durante
Mente - IrrITABILITA' - brivido, durante
sonno - insonnia - disturbi - causano
sonno - insonnia - irrequietezza, da

Abbiamo prescritto Ignatia amara 30 CH gocce, cinque gocce due volte al giorno per 28 giorni. Il trattamento omeopatico ha fatto regredire cefalea e vomito e migliorare nettamente nervosismo, insonnia, crampi, tremori, irritabilità.

Caso Clinico n.9: C. V., donna di 73 anni, è stata ricoverata nel nostro reparto per riferita crisi epilettica in soggetto con anamnesi negativa per epilessia. Paziente affetta da mieloma multiplo avanzato, in trattamento chemioterapico con lenalidomide e desametasone; aveva già praticato radioterapia. C. V., introversa e schiva, si presentava sempre agitata e non riusciva più a dormire di notte, malgrado i trattamenti usuali con ansiolitici (diazepam dieci gocce al bisogno). Era molto irritabile e si aggravava con il freddo -specie con gli spifferi di aria fredda- e con le emozioni. Presentava crampi e tremori se era turbata, ed il suo continuo nervosismo colpiva chiunque la avvicinasse. Gli accertamenti esclusero ogni forma di epilessia. La repertorizzazione dei sintomi principali della paziente sottolineò chiaramente l'opportunità di somministrare Ignatia amara, che risultava simile alla sua condizione.

Mente - eccitazione - aggravamento
Mente - Eccitazione - nervosa
Mente - Irrequietezza - ansiosa
generali - convulsioni - epilettiche - contrarietà, da
Mente - Irritabilità - brivido, durante
Generali - freddo - aggravamento
generali - freddo - aria fredda - aggravamento
Mente - introspezione
mente - riservato
sonno - Insonnia - irrequietezza, da

Abbiamo prescritto Ignatia amara 30 CH gocce, cinque gocce tre volte al giorno per 4 settimane. Il trattamento ha favorito la scomparsa di crampi e tremori, la netta riduzione di nervosismo ed insonnia, una diminuzione dell'irritabilità e dell'aggravamento con il freddo e le emozioni; persisteva invariata l'introversione.

Caso Clinico n.10: A. L., donna di 47 anni, veniva ricoverata per febbre con epigastralgia, nausea e vomito. Il dolore gastrico era di tipo puntorio; peggiorava in decubito prono, ovvero dormendo sulla parte dolorante. Vomito e nausea aumentavano mangiando cibi leggeri e caldi, mentre diminuivano notevolmente fino a scomparire mangiando cibi indigesti, come le sardine sott'olio che il marito le portava da casa di nascosto. Presentava febbre senza sete. Era affetta da carcinoma mammario con

metastasi polmonari. Già sottoposta a quadrantectomia mammaria sette mesi prima, era ora in chemioterapia da 2 settimane con taxotere (praticati 2 cicli). Mostrava evidente agitazione e nervosismo. Lamentava una cefalea che migliorava con il calore; teneva sempre la testa fasciata con un grande fazzoletto di lana forgiato come un cappello fasciante. La repertorizzazione dei sintomi principali di A. L. forniva indicazione alla somministrazione di Ignatia amara.

generali - cibi e bevande - indigeribili - migliora
stomaco - dolore - pressione, aggravamento
stomaco - dolore - epigastrio - pungente
stomaco - assenza di sete - febbre, durante
testa - dolore - calore, migliora
Generali - Febbre - durante la - aggravamento
Mente - Eccitazione - nervosa

Abbiamo prescritto Ignatia amara 30 CH gocce, cinque gocce due volte / die per quattro settimane (2 + 2). Dopo trattamento omeopatico, scomparivano epigastralgia, nausea, vomito e febbre, mentre miglioravano sensibilmente l'agitazione, il nervosismo e la cefalea.

CASI CLINICI TRATTATI CON SOLA TPC
(Tabelle 3, 9; Grafici 1B, 2B, 3B, 4B, 5B)

Caso Clinico n.11: C. M., uomo di 43 anni, veniva ricoverato per un quadro clinico caratterizzato da febbre con anoressia, calo ponderale, epigastralgia, nausea, vomito, intensa astenia, dispnea, toracalgia sinistra subcontinua, lieve dolore con tumefazione dura dell'emiscroto sinistro. Dagli esami ematochimici, elevati livelli di alfa feto proteina (αFP), beta-coriogonadropina umana (βHCG) e lattato deidrogenasi (LDH). Gli accertamenti clinico-strumentali e, segnatamente, una TAC total body con mezzo di contrasto, ci consentivano di porre diagnosi di carcinoma testicolare infiltrante, con metastasi linfonodali retroperitoneali e polmonari bilaterali. Veniva effettuata una chemioterapia prima di procedere all'orchiectomia con linfoadenectomia retro peritoneale. Dall'esame istologico, evidenza di tumore testicolare non seminoma, stadio III, pT2, N2, M1, S2. Venivano praticate radioterapia e polichemioterapia BEP (bleomycin 30 U e.v. nei giorni 1, 8, e 15 più etoposide 165 mg/m2 e.v. nei giorni 1-3 più cisplatino 50 mg/m2 e.v. nei giorni 1-2. Il ciclo veniva ripetuto ogni 21 giorni. Nel controllo dopo un mese di TPC, la sintomatologia del paziente era solo

lievemente migliorata: la febbre era diventata febbricola serotina (37,5°C); l'intensa astenia era sostanzialmente immodificata; l'anoressia si era trasformata in iporessia, cosicché il calo ponderale del paziente si era alfine arrestato su livelli di magrezza lieve (BMI pari a 17); erano sostanzialmente ridotte l'epigastralgia, la nausea ed il vomito, così come la toracalgia, l'orchialgia e la dispnea, che comunque costituivano ancora una condizione di notevole disagio per il paziente. Il suo vissuto di ansia, irritabilità, depressione e limitazione delle attività e delle relazioni umane era solo marginalmente migliorato.

Caso Clinico n.12: P. F., donna di 49 anni, con diagnosi di carcinoma squamoso sovraglottico della laringe stadio IV C, T2N2M1, già sottoposta a laringectomia totale e linfoadenectomia laterocervicale. In trattamento con cicli di radioterapia in alternanza con cicli di chemioterapia con paclitaxel e carboplatino. Veniva ricoverata per sepsi con grave disidratazione e grave pancitopenia. Risolto il quadro acuto con adeguata terapia convenzionale allopatica, la paziente lamentava comunque nausea e vomito, disfagia, anoressia, astenia intensa, dispnea e grave depressione del tono dell'umore. Veniva praticata terapia di supporto e veniva consigliata dallo psichiatra terapia con trazodone 150 mg/die. La paziente veniva quindi riavviata al prosieguo della sua TPC. Nel controllo ad un mese, non si evinceva alcun apprezzabile miglioramento delle condizioni fisiche e psichiche della paziente.

Caso Clinico n.13: T. C., donna di 47 anni, ricoverata per embolia polmonare e trombosi venosa profonda della vena poplitea destra. Durante la degenza presentava instabilità emodinamica. La paziente era stata recentemente sottoposta a quadrantectomia mammaria sinistra con linfoadenectomia ascellare omolaterale; l'esame istologico evidenziava la presenza di carcinoma duttale infiltrante con metastasi linfononali (2/5 dei linfonodi asportati). T. C. aveva praticato il 1° ciclo di chemioterapia con taxotere. Lamentava, anche dopo la risoluzione della TVP e del quadro embolico polmonare, algie intense a livello del polpaccio e della coscia dentra, toracalgia e sensazione di ambascia respiratoria, con importante limitazione funzionale nella deambulazione ed in tutte le attività fisiche e profonda ansia con sensazione di morte imminente. Lo psichiatra consigliava trattamento con mirtazapina 15 mg/die e bromazepam 10 gtt x 2/die. Nonostante avesse praticato puntualmente la TPC consigliata addizionata con psicofarmaci, nel controllo clinico ad un mese di distanza si registrava un peggioramento clinico e della QdV statisticamente significativo.

Caso Clinico n.14: D. P., uomo di 69 anni, ricoverato per oliguria e dolore addominale di tipo colico, con osteoartralgie diffuse resistenti alla terapia antalgica e con

grave limitazione funzionale dei movimenti del rachide. Aveva un tono dell'umore depresso ed esprimeva reiteratamente il desiderio di porre fine alle sue sofferenze con la morte. Gli esami clinico-strumentali ci consentivano di porre diagnosi di carcinoma prostatico con metastasi ossee. Veniva avviato alla terapia ormonale palliativa con goserelina acetato ed al counseling psichiatrico, dopo aver intrapreso trattamento psicofarmacologico con duloxetina e bromazepam. Si posizionava catetere vescicale a permanenza. Il controllo dopo un mese non ha evidenziato sostanziale miglioramento clinico né variazioni significative del quadro psicologico.

Caso Clinico n.15: S. A., donna di 58 anni, giunta alla nostra osservazione per rettorragia e grave anemia. Veniva emotrasfusa con 4 sacche di emazie concentrate e plasma fresco concentrato. Alla colonscopia, evidenza di massa vegetante della flessura splenica. L'ecografia dimostrava lesioni ripetitive epatiche, confermate dalla TAC con mdc. Veniva avviata al trattamento chirurgico di emicolectomia destra e resezione di II e III segmento epatico, seguito da chemioterapia adiuvante con oxaliplatino e 5 fluorouracile. Lamentava persistenza di profonda astenia, stato ansioso con agitazione psichica, angoscia esistenziale, dolori addominali diffusi, nausea e anoressia. Veniva associato trattamento con venlafaxina 150 mg/die e bromazepam 10 gtt x 2/die. La presentazione clinica e psicologica della paziente era pressoché invariata nel controllo ad un mese.

Caso Clinico n.16: M. P., uomo di 72 anni, affetto da mieloma multiplo avanzato, già radiotrattato e tuttora in chemioterapia con lenalidomide e desametasone, ricoverato presso la nostra U.O. per severa anemia con grave piastrinopenia, veniva emotrasfuso con 4 sacche di emazie concentrate, 2 sacche di concentrato piastrinico e 4 sacche di plasma fresco concentrato. Il quadro clinico, anche dopo il trattamento dell'emergenza ematologica, era caratterizzato da profonda astenia fisica, algie diffuse resistenti alla terapia antalgica, neuroastenia, ansia e depressione profonda. Consigliata terapia con buspirone 15 mg/die associato a bromazepam 10 gtt al bisogno. Anche in questo caso, il controllo ad un mese ha dato esito sostanzialmente invariato rispetto al quadro di partenza.

Caso Clinico n.17: G. G., donna di 40 anni, affetta da carcinoma ovarico infiltrante già sottoposto ad ampia resezione chirurgica ed in trattamento chemioterapico, ricoverata per diverticolite e sub occlusione intestinale. Trattata con aspirazione naso gastrica, nutrizione parenterale totale, monitoraggio del bilancio idroelettrolitico, antibioticoterapia parenterale ad ampio spettro con metronidazolo e ceftriaxone. Risolto il quadro acuto, persistevano algie addominali diffuse di tipo continuo associate a

nausea ed iporessia con astenia intensa ed un quadro psicologico dominato da paura di morire e da sensazione di difficoltà respiratoria con obiettività clinica negativa. Alla TPC veniva associato trattamento psicofarmacologico con trazodone 150 mg/die. Il questionario EORTC-QLQ C30 ed il controllo clinico, effettuati dopo circa un mese di TPC, non hanno evidenziato sostanziali modifiche della situazione di base.

Caso Clinico n.18: F. C., donna di 54 anni, giunta nella nostra UO per stato di coma da carbonarcosi, era affetta da metastasi polmonari ed epatiche da carcinoma mammario, già trattato con mastectomia radicale. Aveva iniziato ciclo di radioterapia e polichemioterapia. Risolto il coma ipercapnico con NIV (B-PAP) alternata ad ossigenoterapia a basso flusso, emergeva quadro clinico caratterizzato da toracalgie intense persistenti, algie addominali diffuse continue, astenia intensa, sensazione di morte imminente, rifiuto di ogni consolazione. Lo psichiatra consigliava trattamento con escitalopram e lorazepam. Nel controllo effettuato dopo 4 settimane, lieve miglioramento della sintomatologia algica che, tuttavia, non raggiungeva la significatività statistica.

Caso Clinico n.19: C. B., donna di 48 anni, ricoverata per fibrillazione atriale ad elevata risposta ventricolare ad insorgenza non databile, con presenza di trombosi intracavitaria dell'atrio sinistro, associata a senso di oppressione toracica, dispnea e crisi ipertensiva. Da una settimana tosse produttiva, da circa un mese inappetenza con calo ponderale di 4 kg. All'esame obiettivo si evidenziavano: elevata frequenza cardiaca, murmure vescicolare assente a destra con insufficienza respiratoria ipossiemica, esiti di mastectomia destra e segni di discromia cutanea da pregressa radioterapia. Alla radiografia del torace, cospicuo versamento pleurico dx con tendenza alla saccatura, a disposizione basale-sovrabasale e nel settore laterale dei campi medio e superiore dell'emitorace relativo, con addensamento parenchimale parailare medio-superiore dx e retrocardiaco omolaterale. Diagnosi alla dimissione di "Neoplasia polmone destro (lobo medio ed inferiore) con versamento pleurico e metastasi surrene sinistro, Sovrainfezione batterica da Heamophilus parainfluenzale, Insufficienza respiratoria ipossiemica associata, Trombosi intracavitaria (atrio sinistro), FA parossistica, Gozzo multinodulare attualmente normofunzionante, Esiti di mastectomia destra per neoplasia trattata con cicli di RT (2008)". Alla dimissione, la paziente veniva avviata per presa in carico presso l'U.O. di Cure Palliative. Iniziava radioterapia palliativa e chemioterapia con Carboplatino ed Etoposide. Terapia di supporto con corticosteroidi, oppioidi, ossigenoterapia. Lamentava persistenza di dolore toracico e sensazione di cardiopalmo, marcata dispnea, brividi diffusi, intensa astenia. La paziente necessitava di terapia ansiolitica con buspirone 15 mg /die associato a diazepam al bisogno. Riavviata alla TPC già in corso, tornava alla nostra osservazione per controllo clinico dopo un mese: in tale evenienza

l'anamnesi, l'esame obiettivo e l'analisi dei dati del questionario EORTC - QLQ - C30 di controllo facevano registrare un lieve peggioramento della cenestesi della paziente, della sua astenia e della dispnea, senza tuttavia che la valutazione statistica degli esiti del questionario di controllo risultasse significativa.

Caso Clinico n.20: G. F., uomo di 60 anni, veniva ricoverato per ematemesi con severa anemia. I successivi controlli laboratoristici evidenziavano la presenza di una CID. Il paziente era affetto da carcinoma squamocellulare tonsillare infiltrante in fase plurimetastatica con frattura patologica dell'anca e deiscenza della PEG. Già sottoposto a radioterapia locale, in attuale chemioterapia con cisplatino. Durante la degenza nella nostra UO, veniva riposizionata la PEG e praticata terapia infusionale con emazie concentrate, plasma fresco congelato, concentrato piastrinico. Lamentava persistenza di disfagia, dispnea, algie intense al torace ed agli arti inferiori, profonda depressione. Anche in questo caso, alla TPC occorreva associare trattamento psicofarmacologico con mirtazapina. Il controllo ad un mese, evidenziava lieve riduzione della sintomatologia algica e della depressione del tono dell'umore, senza che venisse raggiunta la significatività statistica.

Risultati

Dall'analisi dei questionari EORTC QLQ-C30 basali, somministrati in pre-dimissione sempre dopo la risoluzione del quadro clinico acuto che aveva determinato il ricovero, si evidenzia come tutti i pazienti, in entrambi i gruppi, in trattamento con sola terapia allopatica di base, avevano una percezione pessima della propria salute e della propria QdV, incontravano molte difficoltà nelle attività quotidiane e nella vita relazionale e tolleravano molto poco il dolore (Tabelle 3, 4, 5, 6; Grafici 1A, 1B, 2A, 2B, 3A, 3B, 4A, 4B, 5A, 5B).
Nella Tabella 3, troviamo il punteggio totale dei questionari EORTC QLQ-C30, utile per comprendere sia la gravità del quadro clinico basale di ciascun paziente, sia i miglioramenti ottenuti dopo trattamento. Dai questionari compilati dai pazienti dei due gruppi dopo 30 giorni di assunzione di TPC con supplemento del TOP (gruppo dei trattati) o della sola TPC (gruppo di controllo), si evince che in tutti i pazienti del gruppo TOP era migliorata drasticamente e significativamente la percezione sia del proprio stato di salute che della QdV (Tabelle 3, 4, 5, 6; Grafici 1A, 2A, 3A, 4A, 5A). Diversamente, solo in 1 dei 10 pazienti del gruppo TPC, i miglioramenti raggiungono la significatività statistica dopo un mese, mentre in un paziente si ha addirittura un lieve peggioramento, che risulta comunque statisticamente significativo. Effetti collaterali significativi rilevabili solo nel gruppo TPC. Il gruppo TOP presenta miglioramento clinico significativo rispetto al gruppo di controllo.

Tabella 3 – Punteggio totale dei questionari EORTC QLQ-C30 prima e dopo trattamento (TPC + TOP nei primi 10 pz, solo TPC nei pz 11-20) , con medie, deviazioni standard, valori di p e Δ dei totali

Pz 1-10	Dom 1-28 Totali	Totali	Media	DS	p	Dom29-30 Totali	Totali	Media	DS	p	Δ totali	Δ totali
	Bas 1053	Dtr 402	Bas 105,3 Dtr 40,2	Bas ±3,7 Dtr ±6,2	<0,0001	Bas 20	Dtr 104	Bas 2.0 Dtr 10.4	Bas ±0,0 Dtr ±1,26	<0,0001	Dom 1-28 - 651	Dom 29-30 + 84
1	107	37	Bas 3,82 Dtr 1,36	Bas 0,39 Dtr 0,49	<0,0001	2	10	Bas 2,0 Dtr 10,0	N.V.	N.V.	-70	+ 8
2	102	36	Bas 3,64 Dtr 1,29	Bas 0.56 Dtr 0.46	<0,0001	2	12	Bas 2,0 Dtr 12,0	N.V.	N.V.	-66	+ 10
3	102	38	Bas 3,64 Dtr 1,39	Bas 0,56 Dtr 0,50	<0,0001	2	10	Bas 2,0 Dtr 10,0	N.V.	N.V.	-64	+ 8
4	109	46	Bas 3,89 Dtr 1,57	Bas 0,31 Dtr 0,50	<0,0001	2	8	Bas 2,0 Dtr 8,0	N.V.	N.V.	-63	+ 6
5	108	38	Bas 3,86 Dtr 1,36	Bas 0,36 Dtr 0,50	<0,0001	2	10	Bas 2,0 Dtr 10,0	N.V.	N.V.	-70	+ 8
6	110	45	Bas 3,93 Dtr 1,54	Bas 0,26 Dtr 0,51	<0,0001	2	10	Bas 2,0 Dtr 10,0	N.V.	N.V.	-65	+ 8
7	99	38	Bas 3,54 Dtr 1,21	Bas 0,69 Dtr 0,42	<0,0001	2	12	Bas 2,0 Dtr 12,0	N.V.	N.V.	-61	+ 10
8	107	37	Bas 3,82 Dtr 1,36	Bas 0,39 Dtr 0,49	<0,0001	2	12	Bas 2,0 Dtr 12,0	N.V.	N.V.	-70	+ 10
9	107	54	Bas 3,82 Dtr 1,93	Bas 0,47 Dtr 0,26	<0,0001	2	10	Bas 2,0 Dtr 10,0	N.V.	N.V.	-53	+ 8
10	102	33	Bas 3,64 Dtr 1,79	Bas 0,49 Dtr 0,39	<0,0001	2	10	Bas 2,0 Dtr 10,0	N.V.	N.V.	-69	+ 8
Pz 11-20	**Dom 1-28 Totali**	**Totali**	**Media**	**DS**	**p**	**Dom29-30 Totali**	**Totali Dtr**	**Media**	**DS**	**p**	**Δ totali**	**Δ totali**
	Bas 1045	Dtr 1056	Bas104,5 Dtr 105,6	Bas ±5,0 Dtr ±6,7	NS	Bas 22	Dtr 24	Bas 2.2 Dtr 2.4	Bas ±0,2 Dtr±0,4	N.V.	D 1-28 +11	D 29-30 + 2
11	95	73	Bas 3,39 Dtr 2,61	Bas 0,74 Dtr 0,55	<0,01	3	6	Bas 3,0 Dtr 6,0	N.V.	N.V.	-12	+3
12	102	100	Bas 3,64 Dtr 3,60	Bas 0,55 Dtr 0,42	NS	2	2	Bas 2,0 Dtr 2,0	N.V.	N.V.	-2	0
13	98	108	Bas 3,50 Dtr 3,86	Bas 0,50 Dtr 0,35	**<0,01**	3	2	Bas 3,0 Dtr 2,0	N.V.	N.V.	+10	-1
14	103	103	Bas 3,68 Dtr 3,68	Bas 0,55 Dtr 0,46	NS	2	2	Bas 2,0 Dtr 2,0	N.V.	N.V.	0	0
15	109	108	Bas 3,89 Dtr 3,86	Bas 0,31 Dtr 0,35	NS	2	2	Bas 2,0 Dtr 2,0	N.V.	N.V.	-1	0
16	109	109	Bas 3,89 Dtr 3,89	Bas 0,31 Dtr 0,50	NS	2	2	Bas 2,0 Dtr 2,0	N.V.	N.V.	0	0
17	105	104	Bas 3,75 Dtr 3,71	Bas 0,39 Dtr 0,40	NS	2	2	Bas 2,0 Dtr 2,0	N.V.	N.V.	-1	0
18	106	102	Bas 3,79 Dtr 3,62	Bas 0,50 Dtr 0,35	NS	2	3	Bas 2,0 Dtr 3,0	N.V.	N.V.	-4	+1
19	110	108	Bas 3,93 Dtr 3,86	Bas 0,38 Dtr 0,45	NS	2	2	Bas 2,0 Dtr 2,0	N.V.	N.V.	-2	0
20	108	102	Bas 3,86 Dtr 3,62	Bas 0,45 Dtr 0,38	NS	2	4	Bas 2,0 Dtr 4,0	N.V.	N.V.	-6	+2

Tabella 3 – La parte rosa della tabella presenta i risultati relativi ai pazienti trattati con TPC + TOP, mentre nella parte azzurra sono presnti i risultati relativi ai pazienti trattati con sola TPC. Nella prima colonna a sinistra sono enumerati i 20 pazienti: i primi 10 trattati con TPC + TOP, gli altri 10 trattati con sola TPC. Le colonne dalla seconda alla sesta si riferiscono alle domande da 1 a 28 del questionario EORTC QLQ-C30: la seconda colonna, presenta il totale del punteggio del questionario basale, con in alto il totale per tutti i 10 pazienti di ciascun gruppo e, nelle righe successive, il valore relativo a ciascun paziente dello stesso gruppo; nella terza colonna, gli stessi totali della colonna precedente, ma relativi al questionario effettuato dopo trattamento; nelle tre colonne successive media, deviazione standard e significatività statistica. Le colonne dalla settima all'undicesima si riferiscono alle domande 29 e 30 dei questionari e contengono, rispettivamente: totale punteggi basali, totale punteggi dopo trattamento, medie, deviazioni standard, valori di p. Nelle ultime due colonne il Δdei totali, rispettivamente relativo alle domande 1-28 e 29-30. Per approfondimenti consultare il paragrafo dei risultati.

Legenda. - Dom: domande; Bas: basale; DS: deviazione standard; Dtr: dopo trattamento; NS: non significativo; N.V.: non valutabile; Pz: pazienti.

L'analisi statistica è stata effettuata con T-Test di Student per dati appaiati (Tabelle 3, 4, 5, 6).

Nella Tabella 4, è riportato il totale dei punteggi, per ciascun paziente, prima e dopo trattamento (TPC + TOP, ovvero solo TPC), nelle risposte relative alle diverse aree funzionali (riguardanti, rispettivamente, funzionalità fisica, ruolo, sfera emotiva, stato cognitivo, sfera sociale) ed alla presenza di affaticamento.

Le risposte fornite alle domande n° 29 e n° 30 del questionario, che esplorano l'auto-valutazione, rispettivamente, della salute in generale e della QdV in generale, hanno registrato un miglioramento da uno a cinque dei valori attribuiti nel gruppo TOP; incostanti e di minore entità i miglioramenti nel gruppo di controllo, con un lieve peggioramento in un solo paziente. Di seguito, nella Tabella 5, è riportata la sintesi dei risultati delle domande 29 e 30 dei questionari EORTC QLQ-C30 prima e dopo trattamento: nella Tabella 5A i risultati si riferiscono ai primi dieci pazienti, trattati con TPC addizionata con TOP, mentre nella Tabella 5B i risultati relativi al secondo gruppo di pazienti, trattati con sola TPC. Il t-test di Student per dati appaiati ha evidenziato la significatività statistica della differenza delle medie, che nel gruppo TOP è molto marcata ma che è comunque raggiunta anche nel gruppo TPC.

Tabella 4 – Totale dei punteggi, per ciascun paziente, prima e dopo trattamento (rispettivamente TPC + TOP nei primi 10 pz, solo TPC nei pz 11-20), nelle risposte relative alle varie aree funzionali (funzionalità fisica, ruolo, sfera emotiva, stato cognitivo, sfera sociale) ed alla presenza di affaticamento

	Risposte prima della terapia						Risposte dopo terapia						
Pz	F. fisica (1-5)	Ruolo (6, 7)	Sf. Em. (21-24)	St. cogn. (20, 25)	Sf. Soc. (26, 27)	Fatica (10,12,18)	F. fisica (1-5)	Ruolo (6, 7)	Sf. Em. (21-24)	St. cogn. (20, 25)	Sf. Soc. (26, 27)	Fatica (10,12,18)	P
1	19	8	15	8	8	12	5	3	7	2	2	6	< 0.0001
2	18	8	15	8	8	12	5	2	7	2	2	6	< 0.0001
3	18	8	16	7	8	12	5	3	7	2	2	6	< 0.0001
4	20	8	14	8	8	12	10	3	7	3	2	6	< 0.0001
5	20	8	15	7	8	12	5	2	8	2	2	5	< 0.0001
6	20	8	16	7	8	12	10	2	7	3	2	6	< 0.0001
7	15	8	15	7	8	12	5	2	7	2	2	6	< 0.0001
8	19	8	15	7	8	12	5	2	7	2	2	6	< 0.0001
9	20	8	15	8	8	12	10	4	8	4	3	6	< 0.0001
10	16	6	16	7	8	12	5	2	4	2	3	4	< 0.0001
11	15	7	16	8	8	11	12	5	13	6	6	7	N. S.
12	17	8	15	7	7	12	17	7	16	8	8	12	N. S.
13	16	6	15	8	7	12	17	8	16	8	8	12	N. S.
14	18	8	16	7	8	12	17	7	16	8	8	12	N. S.
15	19	8	16	8	8	12	17	8	16	8	8	12	N. S.
16	20	8	15	8	7	12	20	8	16	8	8	12	N. S.
17	19	8	16	7	7	12	17	8	16	8	8	12	N.S.
18	20	8	16	8	8	12	17	6	16	8	8	12	N. S.
19	20	8	16	8	8	12	19	8	16	8	8	12	N. S.
20	19	8	16	8	8	12	18	7	15	8	7	12	N. S.

Tabella 4 – Esplorando la tabella da sinistra verso destra, nella prima colonna i pazienti sono indicati con numero progressivo, sulla base dell'ordine di arruolamento; nelle colonne dalla seconda alla settima sono riportati, per ciascun paziente, i punteggi ottenuti, per ciascuna delle aree esplorate, in fase di arruolamento; nelle successive sei colonne, gli stessi punteggi riportati nel questionario compilato dopo 28 giorni di trattamento; nell'ultima colonna, il valore di significatività statistica (p value) della differenza delle medie pre- e post-trattamento, per ciascun paziente. I pazienti 1-10 sono stati trattati con TPC + TOP, i pazienti 11-20 solo con TPC.
Legenda. - Pz: Pazienti; F. fisica: Funzionalità fisica; Sf. Em.: Sfera emotiva; St. cogn.: Stato cognitivo; Sf. Soc.: Sfera sociale; p: livello di significatività statistica.

Tabella 5a – Totale dei punteggi riportati dai primi 10 pazienti, trattati con TPC + TOP, nelle domande 29 e 30, relative all'autovalutazione rispettivamente della propria salute e della propria QdV

PAZIENTI 1-10	Totale basale	Media basale	Dev Stand basale	Totale post-omeo	Media post-omeo	Dev Stand post-omeo	t	p value
Salute in generale (domanda 29)	10	1,0000	0,0000	52	5,2	0,6325	21,0000	<0.00001
QdV in generale (domanda 30)	10	1,0000	0,0000	52	5,2000	0,6325	21,0000	<0.00001

Tabella 5a – Salute in generale e QdV in generale dei primi 10 pazienti, prima e dopo TPC + TOP. Esplorando la tabella da sinistra verso destra: nella prima colonna sono riportate le aree esplorate (salute in generale e QdV in generale); nella seconda il totale riportato, per ciascuna delle aree considerate, nelle risposte fornite dai pazienti in condizione basale; nella terza colonna la media dei punteggi per ciascuna delle aree; nella quarta il relativo valore di deviazione standard; nelle colonne quinta, sesta e settima, tutte relative ai questionari somministrati dopo trattamento omeopatico, sono riportati, rispettivamente, il totale, la media e la deviazione standard; nell'ottava colonna i valori di t; nella nona i valori di p.
Legenda. Dev Stand: Deviazione Standard; post omeo: dopo trattamento omeopatico.

Tabella 5b – Totale dei punteggi riportati dal secondo gruppo di pazienti, trattati con sola TPC, nelle domande 29 e 30, relative all'autovalutazione rispettivamente della propria salute e della propria QdV

PAZIENTI 11-20	Totale basale	Media basale	Dev Stand basale	Totale post-TPC	Media post-TPC	Dev Stand post-TPC	T	p value
Salute in generale (domanda 29)	10	1,0000	0,0000	13	1,3	1,3872	3,2117	<0,01
QdV in generale (domanda 30)	11	1,1000	0,4216	14	1,4	1,3486	2,8910	<0,01

Tabella 5b – Salute in generale e QdV in generale dei 10 pazienti in TPC, in basale e dopo un mese di terapia. Esplorando la tabella da sinistra verso destra: nella prima colonna sono riportate le aree esplorate (salute in generale e QdV in generale); nella seconda il totale riportato, per ciascuna delle aree considerate, nelle risposte fornite dai pazienti in condizione basale; nella terza colonna la media dei punteggi per ciascuna delle aree; nella quarta il relativo valore di deviazione standard; nelle colonne quinta, sesta e settima, tutte relative ai questionari somministrati dopo trattamento omeopatico, sono riportati, rispettivamente, il totale, la media e la deviazione standard; nell'ottava colonna i valori di t; nella nona i valori di p.
Stand: Deviazione Standard; post omeo: dopo trattamento omeopatico.

Tabella 6a – Risultati basali e dopo TOP, relativi alle diverse aree della QdV

PAZIENTI 1-10	Totale basale	Media basale	Dev Stand Basale	Totale post-omeo	Media post-omeo	Dev Stand post-omeo	T	p value
Funzionalità fisica (domande n° 1-5)	185	18,5000	1,7795	65	6,5000	2,4152	12,6491	<0.0001
Ruolo (domande n° 6-7)	78	7,8000	0,6325	25	2,5000	0,7071	17,6667	<0.00001
Sfera emotiva (domande n° 21-24)	152	15,2000	0,6325	62	6,9000	1,1005	20,6783	<0.001
Stato cognitivo (domande n° 20, 25)	74	7,4000	0,5164	24	2,4000	0,6992	18,1902	<0.0001
Sfera sociale (domande n° 26-27)	80	8,0000	0,0000	22	2,2000	0,4216	43,5000	<0.00001
Fatica (domande n°10, 12, 18)	120	12,0000	0,0000	57	5,7000	0,6749	29,5168	<0.001
Nause e vomito (domande n° 14-15)	69	3,8500	0,3663	26	1,2500	0,4443	20,1927	<0.0001
Dolore (domande n° 9, 19)	79	3,9500	0,2236	29	1,4500	0,5104	20,0635	<0.001
Dispnea (domanda n° 8)	37	3,7000	0,4830	14	1,4000	0,5164	10,2859	<0.0001
Insonnia (domanda n° 11)	39	3,7000	0,4830	15	1,4000	0,5164	10,2859	<0.0001
Perdita di appetito (domanda n° 13)	37	3,7000	0,4830	14	1,4000	0,5164	10,2859	<0.0001
Costipazione (domanda n° 16)	33	3,3000	0,4830	14	1,4000	0,5164	8,4971	<0.0001
Diarrea (domanda n° 17)	32	3,2000	0,7888	14	1,4000	0,5164	6,0374	<0.0001
Impatto economico malattia (domanda n°28)	30	3,0000	0,6667	11	1,1000	0,3162	8,1429	<0.0001

Tabella 6b – Risultati basali e dopo un mese di TPC, relativi alle diverse aree della QdV

PAZIENTI 11-20	Totale basale	Media basale	Dev Stand Basale	Totale post-omeo	Media post-omeo	Dev Stand post-omeo	T	p value
Funzionalità fisica (domande n° 1-5)	183	18,3	1,7670	171	17,1	2,0790	1,3908	N. S.
Ruolo (domande n° 6-7)	77	7,7	0,6749	72	7,2	1,0328	1,2815	N. S.
Sfera emotiva (domande n° 21-24)	157	15,7	0,4830	156,(6)	15,6(6)	0,9661	0,2928	N. S.
Stato cognitivo (domande n° 20, 25)	77	7,7	0,4830	78	7,8	0,6325	0,3974	N. S.
Sfera sociale (domande n° 26-27)	76	7,6	0,5154	77	7,7	0,6749	0,3721	N. S.
Fatica (domande n°10, 12, 18)	119	11,9	0,3162	115	11,5	1,5811	0,7845	N. S.
Nause e vomito (domande n° 14-15)	67	6,7	0,9487	69	6,9	1,2867	0,3956	N. S.
Dolore (domande n° 9, 19)	79	7,9	0,3162	74	7,4	0,9661	1,5554	N. S.
Dispnea (domanda n° 8)	37	3,7	0,4830	35,56	3,556	0,7071	0,7385	N. S.
Insonnia (domanda n° 11)	40	4,0	0,0000	37	3,7	0,4830	1,9640	N. S.
Perdita di appetito (domanda n° 13)	38	3,8	0,4216	38	3,8	0,6325	0,0000	N. S.
Costipazione (domanda n° 16)	38	3,8	0,4216	32	3,2	0,6325	2,4962	<0,05
Diarrea (domanda n° 17)	34	3,4	0,6992	36	3,6	0,5164	0,7276	N. S.
Impatto economico malattia (domanda n°28)	23	2,3	0,4830	28	2,8	0,4216	2,4660	<0,05

Tabella 6 (A e B) – Nella sezione A della tabella sono riportati i risultati relativi ai pazienti del gruppo TOP, mentre nella sezione B i risultati ottenuti nei pazienti di controllo. Esplorando la tabella da sinistra verso destra: nella prima colonna sono riportate le diverse aree esplorate; nella seconda il totale riportato, rispettivamente per ciascuna delle aree considerate, nelle risposte fornite dai pazienti in condizione basale; nella terza colonna la media dei punteggi per ciascuna delle aree; nella quarta il relativo valore di deviazione standard; nelle colonne quinta, sesta e settima, tutte relative ai questionari somministrati dopo trattamento omeopatico, sono riportati, rispettivamente, il totale, la media e la deviazione standard; nell'ottava colonna i valori di t; nella nona i valori di p. - *Legenda. Dev Stand: Deviazione Standard; post omeo: Dopo trattamento omeopatico; N. S.: Non significativo.*

Nella Tabella 6 (A e B) è riportata la sintesi dei risultati delle prime 28 domande dei questionari EORTC QLQ-C30, somministrati in condizioni basali e dopo due settimane di assunzione della terapia nei due gruppi di pazienti. I sintomi sono stati raggruppati secondo le diverse aree della QdV: Funzionalità fisica (riguardante le domande dalla prima alla quinta); Ruolo (domande 6-7); Sfera emotiva (domande 21-24); Stato cognitivo (domande n° 20 e n° 25); Sfera sociale (domande 26-27); Fatica (domande n° 10, 12 e 18); Nausea e vomito (domande 14-15); Dolore (domande n° 9 e 19); Dispnea (domanda n° 8); Insonnia (domanda n° 11); Perdita di appetito (domanda 13); Costipazione (domanda 16); Diarrea (domanda n° 17); Impatto economico della malattia (domanda n° 28). La significatività statistica è raggiunta in tutte le aree nei pazienti del gruppo TOP, mentre nei pazienti del gruppo TPC risulta significativa statisticamente solo la riduzione dei disagi legati alla presenza di costipazione, mentre si ha un significativo peggioramento dell'impatto economico della patologia.
Il miglioramento più importante, dopo trattamento omeopatico, si è avuto nelle attività sociali, nella capacità di divertirsi, nella capacità di concentrazione e nella riduzione del vomito (Tabella 7). Il miglioramento meno importante dopo TOP, pur nella significatività statistica, ha interessato gli ambiti della diarrea, della stitichezza, dell'irritabilità, dell'impatto economico della patologia, della stanchezza e della depressione (Tabella 8).

Tabella 7 – Sintomi che sono migliorati in misura maggiore dopo trattamento omeopatico

PZ 1-10	N° 27	N° 20	N° 7	N° 15	N° 19	N° 1	N° 6	N° 4	N° 11	N° 2	N° 14	N° 25
Domande	Condizioni fisiche/	Difficoltà a concentrarsi	Limitazioni nei	Ha vomitato?	Il dolore ha interferito con	Difficoltà sollevare	Limitazione lavoro di	Bisogno di stare a letto	Ha avuto difficoltà a	Difficoltà per lunga	Nausea	Memoria
	trattamento hanno interferito con attività sociali?	per leggere giornale o guardare TV	passatempi divertimentsvaghi?		le sue attività quotidiane?	borsa spesa o valigia	casa?	o su una sedia di giorno	dormire?	passeggiata		
Punteggio totale, prima della terapia	40	40	39	38	40	39	39	38	39	40	39	34
Punteggio totale, dopo la terapia	10	11	10	10	12	13	14	13	15	16	15	10
Delta	30	29	29	28	28	26	25	25	24	24	24	24

Tabella 7 – Miglioramento dei sintomi dopo TOP. Sono stati selezionati i sintomi che hanno registrato il maggiore miglioramento, e sono stati disposti in ordine decrescente di miglioramento da sinistra verso destra. Sono riportati, dall'alto verso il basso, il numero ed il contenuto delle domande, il punteggio totale delle relative domande in condizioni basali ed il punteggio totale delle stesse dopo trattamento omeopatico; nella riga inferiore, infine, è riportato il delta tra i suddetti valori.

Tabella 8 – Sintomi che sono migliorati in misura minore dopo trattamento omeopatico

PZ. 1-10	N° 17	N° 16	N° 23	N° 28	N°18	N° 24	N° 22	N° 12	N° 10	N° 9	21
Domande	**Problemi di diarrea**	**Problemi di stitichezza**	**Si è sentito irritabile?**	**Difficoltà finanziarie per patologia**	**Si è sentito stanco?**	**Si è sentito depresso?**	**Si è preoccupato?**	**Si è sentito debole?**	**Ha avuto bisogno di riposo?**	**Ha avuto dolore?**	**Si è sentito teso?**
Punteggio totale, prima della terapia	32	33	38	30	40	35	40	40	40	39	39
Punteggio totale, dopo la terapia	14	14	18	10	20	15	19	19	18	17	17
Delta	18	19	20	20	20	20	21	21	22	22	22

Tabella 8 – Miglioramento dei sintomi dopo la somministrazione dei rimedi. In questa tabella sono stati selezionati i sintomi che hanno registrato il minore miglioramento, e sono stati riportati da sinistra verso destra, a partire dal sintomo con minore miglioramento. Sono riportati, dall'alto verso il basso, il numero ed il contenuto delle domande, il punteggio totale delle relative domande in condizioni basali ed il punteggio totale delle stesse dopo trattamento omeopatico; nella riga inferiore, infine, è riportato il delta tra i suddetti valori.

Grafico 1a – Pz 1-10: Totale 1-28 prima e dopo TPC+TOP

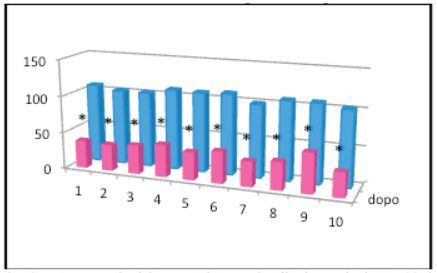


Grafico 1b – Pz 11-20: Totale 1-28 prima e dopo TPC

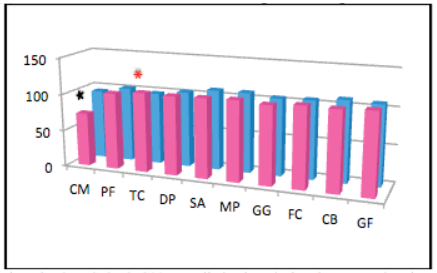


Grafico 1A – otale dei punteggi ottenuti nelle domande da 1 a 28 dei questionari EORTC QLQ-C30 compilati prima (colonnine azzurre) e dopo (colonnine rosa) TPC + TOP. Le colonnine colorate, numerate progressivamente da 1 a 10, rappresentano ciascuna il paziente numericamente corrispondente (sulla base dell'ordine di arruolamento). Gli asterischi indicano la significatività statistica, raggiunta in tutti i pazienti del gruppo trattato con TOP.
Grafico 1B - Totale dei punteggi ottenuti nelle domande da 1 a 28 dei questionari EORTC QLQ-C30 compilati prima (colonnine azzurre) e dopo (colonnine rosa) TPC. Ciascuna coppia di colonnine colorate, contrassegnata dalle iniziali di un paziente, rappresenta il totale dei punteggi dei questionari compilati dal paziente corrispondente. L'asterisco nero indica la significatività statistica, riguardante il miglioramento clinico e della QdV solo del primo paziente (C.M.) del gruppo TPC. L'asterisco rosso, al contrario, indica la significatività statistica del peggioramento clinico e della QdV del terzo paziente (T.C.) dello stesso gruppo.

Tabella 9

Tabella 9 - Principali sintomi dei pazienti e loro modificazioni dopo terapia

PAZIENTI	SINTOMI				
1) C. P.	Agitazione ed ansia >>°	Febbre alta improvvisa 0*	Aggravata dal rumore >>°	Aggravata dalla luce >>°	Aggravata dal movimento 0°
2) G. G.	Intensa astenia >>°	Bruciore diffuso 0°	Migliorato dal calore =°	Paura della morte >>°	Ansia irrequietezza aggressività >>°
3) S. A.	Introversa e schiva >°	Si infastidisce se si cerca di consolarla =°	Piange e sorride contemporaneamente 0°	Spasmi muscolari diffusi e cefalea 0°	Aggravamento con il freddo e con le emozioni >°
4) V. F.	Tristezza, ansia e paura >>°	Stanco della vita, vorrebbe morire >>°	Si agita continuamente, non sta mai fermo >>°	Bruciore e pulsazione all'interno della testa >>°	Bruciore allo stomaco e nel petto >°
5) C. T.	Agitazione ed ansia >>°	Ipersensibilità >°	Ipertensione arteriosa >°	Tachicardia 0°, (>*)	Dolore gravativo precordiale irradiato arto superiore sin>>°
6) M. P.	Intenso stato ansioso >>°	Paura della morte >>°	Mucositi >°	Intensa astenia >>°	Secrezioni maleodoranti >°
7) M. M.	Iperreattività >°	Ansia e agitazione >>°	Tachicardia 0°, (>*)	Crisi ipertensive 0°, (>*)	Dolore precordiale (angina discrepanza) 0°, (>*)
8) A. M.	Irritabilità >>°	Crampi e tremori quando è turbata >>°	Vomito reiterato 0°	Cefalea 0°	Nervosismo, insonnia >>°
9) C. V.	Aggravamento con il freddo e con le emozioni >°	Introversa e schiva =°	Irritabilità >°	Crampi e tremori quando è turbata 0°	Nervosismo, insonnia >>°
10) A. L.	Dolore allo stomaco che peggiora dormendo sulla parte 0°, (>*)	Agitazione e nervosismo >>°	Cefalea che migliora con il calore >>°	Vomito e nausea che aumentano mangiando cibi leggeri e caldi 0°	Febbre senza sete 0°, (>*)
11) C. M.	Febbre con intensa astenia >*/=*	Anoressia, calo ponderale >*	Epigastralgia, nausea, vomito >*	Dolore allo scroto >*	Dispnea, toracalgia sinistra subcontinua >*
12) P. F.	Nausea e Vomito =*	Disfagia, anoressia =*	Astenia intensa =*	Dispnea =*	Grave depressione umore =*
13) T. C.	Algie intense a livello di polpaccio e coscia dentra =*	Sensazione di ambascia respiratoria <*	Importante limitazione funzionale in tutte le attività fisiche <*	Profonda ansia =*	Sensazione di morte imminente =*
14) D. P.	Dolore addominale di tipo colico =*	Osteoartralgie diffuse =*	Grave limitazione funzionale del rachide =*	Tono dell'umore depresso =*	Desiderio di morire =*
15) S. A.	Dolori addominali diffusi =*	Nausea e anoressia =*	Astenia intensa =*	Stato ansioso con agitazione psichica =*	Angoscia esistenziale =*
16) M. P.	Profonda astenia fisica =*	Algie diffuse =*	Neuroastenia =*	Ansia =*	Depressione profonda =*
17) G. G.	Algie addominali diffuse =*	Nausea ed iporessia =*	Astenia intensa =*	Paura di morire =*	Sensazione di difficoltà respiratoria =*
18) F. C.	Toracalgie intense persistenti =*	Algie addominali diffuse continue =*	Astenia intensa <*	Sensazione di morte imminente =*	Rifiuto di ogni consolazione =*
19) C. B.	Dolore toracico >*	Sensazione di cardiopalmo =*	Marcata dispnea =*	Brividi diffusi >*	Intensa astenia =*
20) G. F.	Disfagia =*	Dispnea =*	Toracalgia intensa >*	Algie arti inferiori intense >*	Depressione profonda =*

Tabella 9 – Sintomi principali dei pazienti con indicazione del grado di modificazione dopo terapia.
*Legenda. °: terapia omeopatica; *: terapia convenzionale; =: sintomi invariati; >: sintomi migliorati; >>: sintomi molto migliorati; <: sintomi peggiorati; 0: sintomi regrediti. Per esempio: "0°,(>*)" significa regredito con terapia omeopatica e solo migliorato dalla terapia convenzionale. - NB: in rosso i tre casi di peggioramento dopo TPC.*

Grafico 2a

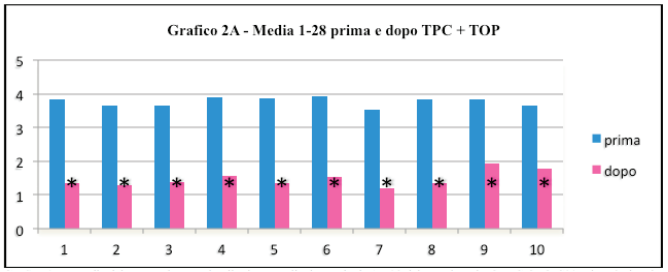


Grafico 2a – Media dei punteggi ottenuti nelle risposte alle domande da 1 a 28 dei questionari EORTC QLQ-C30 prima (colonnine azzurre) e dopo (colonnine rosa) trattamento omeopatico. Le coppie di colonnine colorate, numerate progressivamente da 1 a 10, rappresentano ciascuna il paziente numericamente corrispondente (sulla base dell'ordine di arruolamento). L'asterisco indica la significatività statistica, raggiunta in tutti i pazienti trattati con TPC + TOP.

Grafico 2B – Media 1-28 prima e dopo TPC

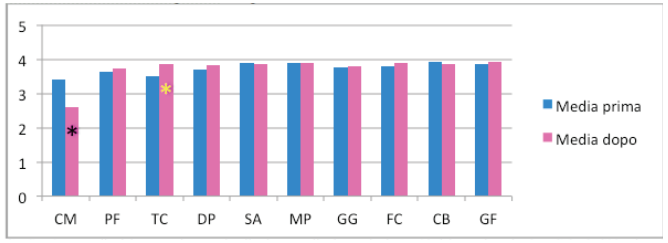


Grafico 2b – Media dei punteggi ottenuti nelle risposte alle domande da 1 a 28 dei questionari EORTC QLQ-C30 prima (colonnine azzurre) e dopo (colonnine rosa) TPC. Ciascuna coppia di colonnine colorate, contrassegnata dalle iniziali di un paziente, rappresenta il totale dei punteggi dei questionari compilati dal paziente corrispondente. L'asterisco nero indica la significatività statistica, riguardante il miglioramento clinico e della QdV solo del primo paziente (C.M.) del gruppo TPC. L'asterisco giallo, al contrario, indica la significatività statistica del peggioramento clinico e della QdV del terzo paziente (T.C.) dello stesso gruppo.

Grafico 3A - Domanda 29 - Prima e dopo TOP

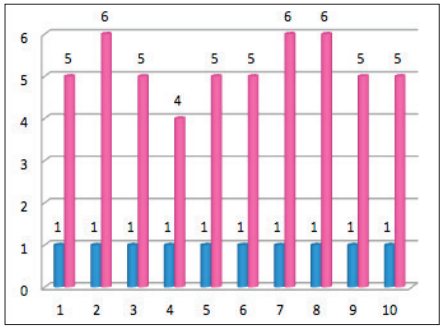


Grafico 3B - Domanda 29. Prima e dopo TPC

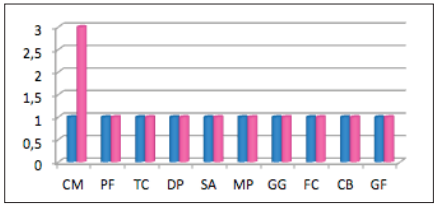


Grafico 3a – Punteggi ottenuti nelle risposte alla domanda n°29 (concernente l'autovalutazione del proprio stato di salute da parte dei pazienti) del questionario EORTC QLQ-C30 compilato prima (colonnine azzurre) e dopo (colonnine rosa) TPC + TOP. Le coppie di colonnine colorate, numerate progressivamente da 1 a 10, rappresentano ciascuna il paziente numericamente corrispondente (sulla base dell'ordine di arruolamento).
Grafico 3B - Punteggi ottenuti nelle risposte alla domanda n°29 (concernente l'autovalutazione del proprio stato di salute da parte dei pazienti) del questionario EORTC QLQ-C30 compilato prima (colonnine azzurre) e dopo (colonnine rosa) TPC. Ciascuna coppia di colonnine colorate, contrassegnata dalle iniziali di un paziente, rappresenta il totale dei punteggi dei questionari compilati dal paziente corrispondente. Appare evidente la differenza dei risultati ottenuti nei due gruppi di pazienti.

Grafico 4A - Domanda 30: "Come valuterebbe la sua qualità di vita durante gli ultimi 7 gg?" prima e dopo terapia omeopatica

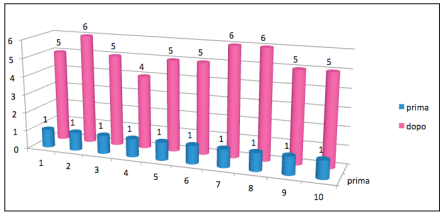


Grafico 4B - Domanda 30: "Come valuterebbe la sua QdV negli ultimi 7 giorni?". Prima e dopo TPC isolata

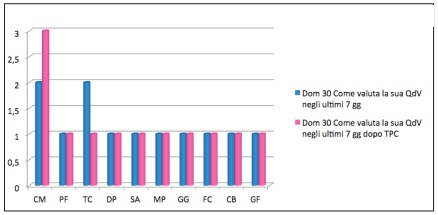


Grafico 4a – Punteggi ottenuti nelle risposte alla domanda n°30 (relativa all'autovalutazione della propria Qdv da parte dei pazienti) del questionario EORTC QLQ-C30 compilato prima (colonnine azzurre) e dopo (colonnine rosa) TPC + TOP. Le coppie di colonnine colorate, numerate progressivamente da 1 a 10, rappresentano ciascuna il paziente numericamente corrispondente (sulla base dell'ordine di arruolamento).
Grafico 4b – Punteggi ottenuti nelle risposte alla domanda n°30 (relativa all'autovalutazione della propria QdV da parte dei pazienti) del questionario EORTC QLQ-C30 compilato prima (colonnine azzurre) e dopo (colonnine rosa) TPC. Ciascuna coppia di colonnine colorate, contrassegnata dalle iniziali di un paziente, rappresenta il totale dei punteggi dei questionari compilati dal paziente corrispondente. Dal confronto con il precedente grafico, appare evidente la netta differenza dei risultati dopo TPC isolata rispetto a quelli ottenuti nei pazienti trattati con TOP + TPC.

Grafico 5A - Paziente 1 prima e dopo TOP

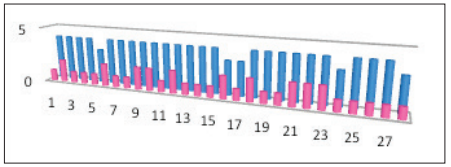


Grafico 5B - Paziente 13 prima e dopo TPC

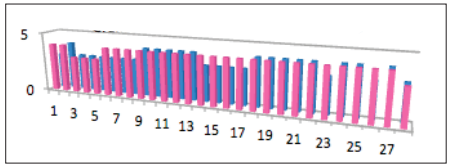


Grafico 5a – A titolo di esempio, si riporta l'istogramma relativo ai questionari del caso clinico n. 1, CP. Rappresentazione mediante istogramma dei punteggi riportati nelle risposte alle domande 1-28 dei questionari EORTC QLQ-C30 basale e dopo terapia omeopatica. Tutte le risposte in basale (colonnine blu), dalla prima alla ventottesima, hanno avuto un punteggio compreso fra 3 e 4 (rispettivamente assegnati per le risposte "parecchio" e "moltissimo", segno evidente del grave malessere fisico, funzionale, psichico ed esistenziale della paziente. Le risposte alle domande 1-28, fornite dalla stessa paziente nel questionario di controllo (colonnine rosa), compilato dopo la terapia omeopatica effettuata, hanno un punteggio compreso tra 1 (assegnato per la risposta "no", indicante quindi assenza del sintomo specifico) e 2 (assegnato per la risposta "un po'", indicante forma lieve del sintomo stesso). Appare evidente, nella rappresentazione grafica, la marcata differenza della sintomatologia clinica tra la condizione basale (rilevata dopo la risoluzione del quadro acuto che ha comportato il ricovero ma prima del trattamento omeopatico) e la condizione successiva all'assunzione della terapia omeopatica prescritta.

Grafico 5B - Stesso tipo di istogramma rispetto al grafico 5A, ma relativo ai questionari del caso clinico n. 13 (trattato con sola TPC). Dal confronto con il precedente grafico, appare evidente la netta differenza dei risultati dopo TPC isolata rispetto a quelli ottenuti nel paziente 1, trattato con TOP + TPC. In particolare, in 10 domande su 28 si registra un punteggio che passa da 3 (parecchio) in basale a 4 (moltissimo) dopo TPC, ad indicare un peggioramento della sintomatologia clinica dopo TPC. Tale peggioramento, al t-test di Student, raggiungerà la significatività statistica ($p<0.01$). Dal confronto con il precedente grafico, appare evidente la netta differenza dei risultati dopo TPC isolata rispetto a quelli ottenuti nei pazienti trattati con TOP + TPC.

Discussione

Il presente lavoro rappresenta il logico proseguimento del nostro precedente, già presentato al 1° Congresso Internazionale IRMSO di Roma e pubblicato negli Atti (15), il cui scopo era stato quello di valutare come la terapia omeopatica dei pazienti oncologici in trattamento convenzionale può modificarne la QdV.

Pochi sono i lavori in letteratura che si occupano del TOP dei pazienti oncologici (4-17) e, tra questi, molti trattano di singoli casi, sussistendo allo stato un solo studio, oltre al nostro già citato, realizzato da Rostock e collaboratori, che confronti gli effetti, sulla QdV, della TPC da sola o associata a TOP in pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, con correlata valutazione statistica (13); in questo studio, recentemente pubblicato sulla rivista BMC Cancer, in collaborazione con la University Hospital di Freiburg (Germania), è stata effettuata una ricerca statistica su pazienti oncologici in cura con medicinali omeopatici. Sono stati coinvolti oltre 600 pazienti (di cui 260 trattati con l'omeopatia e 380 trattati solo con la medicina convenzionale). Lo studio ha evidenziato che i pazienti trattati con la medicina omeopatica presentavano una QdV significativamente migliore rispetto a chi si era affidato solo alla medicina convenzionale. Nel nostro

presente lavoro, di dimensioni marcatamente ridotte rispetto a quello appena citato di Rostock, abbiamo voluto associare, al confronto sulla QdV, una comparazione relativa alla valutazione clinica dei due gruppi di pazienti.

Va rilevato che nel nostro lavoro, dopo la repertorizzazione dei sintomi caratteristici di ciascuno dei dieci pazienti avviati al TOP, abbiamo utilizzato in definitiva solo tre grandi rimedi per "acuti", sia pure in pazienti che hanno una diagnosi di grave patologia "cronica". Questo per una serie di motivi che si evincono dalla descrizione dei singoli quadri clinici ma anche perché non sussistono, allo stato, chiare definizioni relative al TOP dei pazienti oncologici e, soprattutto, perché il cancro, pur essendo innestato su una base "cronica", è di per sé un'entità patologica grave dalle caratteristiche "acute": il cancro è infatti vissuto dal malato affetto come un dolore totale, un enorme dispiacere, una minaccia "attuale" per la sua stessa vita.

L'utilizzo delle scale di valutazione del dolore è fondamentale sia per realizzare una terapia mirata al singolo paziente sia per verificarne l'efficacia. Per la valutazione del dolore, sintomo peculiarmente soggettivo, ci eravamo proposti di adottare una delle scale multidimensionali, che esplorano più dimensioni (sensoriale-discriminativa, motivazionale-affettiva, cognitivo-valutativa) e che pertanto sono più indicate per la stima del dolore neoplastico, che per definizione è un dolore "totale", multidimensionale. Tuttavia, trattandosi di scale complesse e poiché non esistono prove della superiorità di una scala rispetto ad un'altra, abbiamo infine optato per l'utilizzo di una scala più comprensibile per i pazienti. Abbiamo pertanto adottato una VAS, di semplice applicazione e di grande utilità.

Dal nostro lavoro emergono altri spunti di riflessione di indubbio interesse. Primo fra questi, la constatazione di efficacia della terapia omeopatica sulla condizione clinica e sulla QdV di pazienti affetti da una patologia complessa e devastante come il cancro. Nei nostri pazienti, l'ansia e la depressione erano un sintomo talmente importante da rendere ingestibili i pazienti stessi e perfino la vita dei loro caregivers. Il miglioramento di questi parametri ha fatto sì che migliorasse la disponibilità di ogni paziente ad accettare meglio persino i trattamenti tradizionali, aumentandone l'efficacia. I nostri pazienti, trattati con rimedio omeopatico, hanno presentano un numero significativamente inferiore di effetti collaterali durante la chemioterapia e la radioterapia, rispondendo meglio a questi trattamenti. L'omeopatia deve essere intesa, pertanto, almeno come uno strumento utile nell'alleviare gli effetti collaterali derivati dalle terapie oncologiche e nel supportare il paziente sotto il profilo psicologico-comportamentale, e quindi come un valido complemento delle terapie oncologiche convenzionali di tipo allopatico.

Un altro importante spunto di riflessione riguarda l'utilità di test specialistici adeguati, come il questionario EORTC QLQ-C30, da noi adottato per la valutazione dei risultati ottenuti dai nostri pazienti. Il questionario EORTC QLQ-C30 è progettato per l'utiliz-

zo con una vasta gamma di popolazioni di malati di cancro. Le proprietà psicometriche di tale questionario sono state ampiamente testate in studi internazionali, dimostranti che esso possiede i requisiti richiesti di validità (intesa come capacità di misurare ciò che si intende misurare), affidabilità (ossia capacità di misurare con sufficiente precisione) e sensibilità (che è la capacità di rilevare variazioni) (18-22). Il questionario ci ha aiutati a capire, tra l'altro, in quali ambiti della patologia risulta più efficace la terapia omeopatica e con quale intensità interviene, e questo di per sé è un risultato considerevole.

Conclusioni

Nel nostro studio i pazienti, dopo essere stati trattati con la cura omeopatica personalizzata, integrata con la TPC, hanno presentato, rispetto ai controlli non trattati omeopaticamente, consistenti benefici in termini di sintomatologia clinica e di QdV, misurata mediante questionario EORTC QLQ-C30. La QdV era significativamente migliore rispetto alla situazione antecedente, in cui gli stessi pazienti erano affidati unicamente alla medicina allopatica. Il miglioramento è stato clinicamente rilevante e statisticamente significativo anche nei sintomi da stanchezza fisica e mentale. L'esperienza da noi condotta, pur nella scarsa numerosità del campione esaminato e pur con i limiti metodologici e ambientali che l'hanno caratterizzata, indica che i medicinali omeopatici possono essere d'aiuto nel controllare e gestire alcuni effetti collaterali delle terapie, come il dolore e l'astenia, molto comuni in chi fa chemioterapia, e anche le conseguenze sull'umore di tipo ansioso e depressivo, provocate sia dalla patologia oncologica che da alcune terapie così come da malattie intercorrenti, che sono frequenti in questa tipologia di pazienti, prevalentemente fragili ed immunodepressi.

Così i nostri dati suggeriscono che la cura omeopatica unicista può integrare la terapia convenzionale del cancro a vantaggio dei pazienti affetti, poiché il TOP del paziente oncologico appare migliorare significativamente la QdV e la sintomatologia clinica, anche rispetto alla TPC.

L'evidenza di efficacia dei rimedi omeopatici che emerge dai nostri dati non può, ovviamente, essere considerata sufficiente. Vi è la necessità di ulteriori e più ampi studi, ben disegnati ed adeguatamente predisposti, per valutare gli effetti delle terapie omeopatiche in pazienti con cancro. Ciononostante, poiché i risultati dello studio evidenziano le potenzialità di un TOP nella cura integrata del paziente oncologico, riteniamo che il nostro lavoro costituisca un presupposto significativo per realizzare uno studio osservazionale multicentrico sul trattamento omeopatico almeno palliativo del paziente oncologico.

Bibliografia

1. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J.: *Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008*. Int J Cancer. 2013 Mar 1;132(5):1133-45. doi: 10.1002/ijc.27711. Epub 2012 Jul 26.
2. Fassari C, Antoniotti E, Berardi L, et al: *Oncologia medica. Priorità: la lotta al dolore nei malati di cancro*. Quotidianosanità.it, Scienza e Farmaci, Quotidiano on line di informazione sanitaria, giovedì 26 dicembre 2013, 8 maggio 2012.
3. Amadori D, Corli O, De Conno F, Maltoni M, Zucco F.: *Libro Italiano di Cure Palliative.* Seconda Edizione 2007. Poletto Editore.
4. Molassiotis A, Fernadez-Ortega P, Pud D.: *Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey*. Ann Oncol 2005; 16 (4): 655–63.
5. Montfort H.: *A new homeopathic approach to neoplastic diseases: from cell destruction to carcinogen-induced apoptosis*. Brit Homeopath J 2000; 89 (2): 78–83.
6. Milazzo S, Russell N, Ernst E.: *Efficacy of homeopathic therapy in cancer treatmen*t. Eur J Cancer 2006; 42: 282–289.
7. Balzarini A, Felisi E, Martini A, et al.: *Efficacy of homeopathic treatment of skin reactions during radiotherapy for breast cancer: a randomized, double-blind clinical trial*. Brit Homeopath J 2000; 89 (1): 8–12.
8. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Fisher P, et al.: *Homeopathy for anxiety and anxiety disorders: a systematic review of the research*. Homeopathy 2006; 95 (3): 151-62.
9. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Fisher P, et al.: *Homeopathy for depression: a systematic review of the research evidence*. Homeopathy 2005; 94 (3): 153-63.
10. Linde K., Melchart D.: *Randomized Controlled Trials of Individualized Homeopathy: A State-of-the-Art Review*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, September 10, 2007; Volume: 4 Issue 4.
11. Mathie RT, Hacke D, Clausen J, Nicolai T, Riley DS, Fisher P.: *Randomized controlled trials of homeopathy in humans: characterizing the research journal literature for systematic review*. Homeopathy 2013; 102: 3-24.
12. Guethlin C, Walach H, Naumann J, H.-H. Bartsch H, Rostock M.: *Characteristics of cancer patients using homeopathy compared with those in conventional care: a cross-sectional study.* Annals of Oncology 2010; 21: 1094–1099.
13. Rostock M, Naumann J, Guethlin C, Guenther L, Bartsch HH, Walach H.: *Classical homeopathy in the treatment of cancer patients - a prospective observational study of two independent cohorts.* BMC Cancer 2011, 11: 19.
14. Milazzo S, Russell N, Ernst E.: *Efficacy of homeopathic therapy in cancer treatment*. Eur J Cancer 2006 Feb;42(3):282-9.
15. Talarico F, Mascaro L, Piscitelli S, Carbone A, Di Salvo S, Falabella V.: *Terapia omeopatica nel paziente oncologico: progetto di studio e risultati preliminari*. Atti I Congresso Internazionale IRMSO, Roma, 2013.
16. Chatterjee A, Biswas J.: *A homeopathic approach to treat patients with advanced gallbladder, periampullary, and liver carcinomas: a report of 3 cases*. J Altern Complement Med. 2012 Feb;18(2):180-6.
17. Adler U.C. et Al.: *Homeopathy for depression: study protocol for a randomized, partially double-blind, placebo controlled, four-armed study*. Trials, 2011 Feb 14; 12(1):43].
18. Schroyens F.: *The Essential Synthesis*, Homeopathic Repertory. Homeopathic Book Publishers, London, 2008: 1-1972.
19. Osoba D, Rodrigues G, Myles J, Zee B, Pater J: *Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores*. J Clin Oncol 1998, 16: 139-144.
20. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et Al.: *The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of-life instrument for use in international clinical trials in oncology*. J Natl Cancer Inst 1993, 85: 365-376.
21. Kaasa S, Bjordal K, Aaronson N, et Al.: *The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30): validity and reliability when analyzed with patients treated with palliative radiotherapy*. Eur J Cancer 1995; 31A: 2260-3.
22. Osoba D, Zee B, Pater J, Warr D, Kaizer L, Latreille J: *Psychometric properties and responsiveness of the EORTC quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) in patients with breast, ovarian and lung cancer*. Qual Life Res 1994, 3: 353-364.
23. Uwer L., Rotonda C., Guillemin F. et Conroy T.: *Responsiveness of EORTC QLQ-C30, QLQ-CR38 and FACT-C quality of life questionnaires in patients with colorectal cancer.* Health and Quality of Life Outcomes 2011, 9: 70.

Problematiche inerenti alla valutazione e all'uso di rimedi rari: Lac Humanum, due casi clinici

Introduzione

L'idea, o la necessità, di prescrizioni più originali e più accurate nasce quando casi che appaiono ben gestiti e ben curati, ripropongono, nel tempo, gli stessi sintomi o le stesse tematiche. La prescrizione di rimedi più rari nasce spesso da repertorizzazioni più accurate o da una loro lettura più attenta. Un altro input importante viene dalla lettura di casi clinici o sperimentazioni (che a loro volta sono spesso la fonte dei sintomi repertoriali). Quando tutti questi dati confluiscono verso la definizione di un "quadro" del rimedio, la possibilità di una più frequente prescrizione aumenta notevolmente.
Resta, tuttavia, la necessità di una verifica clinica poiché la sola sperimentazione non basta per vari motivi: qualità della sperimentazione, modalità di espressione degli sperimentatori, necessità di ripetizioni etc., lo stesso può dirsi per i sintomi repertoriali, entrambe le cose rimangono comunque una irrinunciabile fonte di studio e di conoscenza.
La "scoperta" di Lac humanun è stata con una paziente che aveva da poco perso la madre con la quale viveva e che oltre al dispiacere si sentiva molto sola e disorientata, si lamentava di non riuscire a fare le cose e di rinviarle sempre; il sintomo repertoriale è Postponing everything next day, tra i rimedi c'è lac maternum. Una dose di Lac humanun Mk, non avendo Lac maternum, dieci gocce, la aiutò a superare rapidamente la sindrome da lutto.
E' necessario sin d'ora specificare le differenze di preparazione tra questi due rimedi che sembrano avere sostanzialmente la stessa azione clinica: Lac humanun è preparato con il latte di una sola donna, Lac maternum è preparato, come indica Tinus Smits, con il latte di nove donne e ottenuto in un intervallo di tempo che va da tre giorni (colostro) a dieci mesi dopo il parto.

Scopo

Scopo di questo lavoro è la valutazione delle indicazioni cliniche e delle possibilità terapeutiche di Lac Humanum

Materiali metodi

Due casi clinici di femmine di 45 e 52 con disagio sociale e sindrome premestruale. Follow up di venti mesi nel primo caso e di sette mesi nel secondo.
Il testo "La materia medica dei latti" antologia di 14 rimedi omeopatici di Homeopathic Links edito in Italia da Salus Infirmorum con traduzione della Dottoressa Anna Fontebuoni è stato il testo di riferimento per studio clinico del rimedio Lac humanum e di Lac maternum.
Lo studio dei sintomi repertoriali è avvenuto tramite il repertorio informatizzato RADAR 8.1:
Lac humanum presenta 680 sintomi di cui 141 mentali, Lac maternum presenta 74 sintomi di cui 43 mentali, 17 sintomi sono in comune.
Le prescrizioni sono state omeopatiche uniciste.

Casi clinici

Caso n. 1 45 anni femmina
In cura dal 2004.
Facile stancabilità, frequenti abbassamenti di voce, scarsa attenzione, improvvise crisi di pianto specie verso sera, importante sindrome premestruale con irritabilità e tensione mammaria, occasionali scoli dai capezzoli, soffre di cefalee specie premestruali. Separata da tempo, non riesce a staccarsi emotivamente e fisicamente dal marito, che frequenta la sua casa per via del loro figlio con forte senso di abbandono e di solitudine. Molto sentimentale, nostalgica, pensa al vecchio lavoro, anche se il nuovo è certamente più vantaggioso. Spesso indecisa, difficoltà con la madre ("si comporta più come una figlia che come una madre"), il suo allattamento fu sospeso bruscamente perché la madre rimase incinta, ricorda inoltre un lungo periodo di sofferenza dovuto a frequenti ricoveri ospedalieri della madre.
Difficoltà nella gestione del suo ruolo materno, non riesce ad imporsi con il figlio.
La paziente ha assunto Ignatia a dosi crescenti nel tempo dalla 200k alla Xmk a sostenere, negli anni, un progressivo miglioramento dello stato fisico emotivo e generale.
Nel 2007 alcuni sintomi si ripresentano le cefalee, la sindrome premestruale con gonfiori mammari e secrezioni lattiginose, non riesce a sostenere il suo ruolo di madre, difficoltà a gestire i normali impegni quotidiani, sogna di trovare una bimba abbandonata. A gennaio, giugno, ottobre 2007 vengono prescritte rispettivamente Lac caninum 200k, Mk, XMk, con grande giovamento della fiducia in se, delle cefalee e della sindrome premestruale.
Nel 2008 e 2009 in seguito a dispiaceri, lutti e al rischio di dovere cambiare casa, si

ripresentano sintomi di demotivazione, preoccupazioni sul futuro, cefalee ma molto più lievi e meno frequenti. Si ritorna alla prescrizione di Ignatia in scala K dalla 200k alla XMk nel tempo.

8/8/2012
E' stata bene, ora ha un periodo di difficoltà. Il figlio è stato bocciato e vuole abbandonare la scuola, il marito ha una compagna e quindi pensa di perderlo definitivamente. Teme l'abbandono e la solitudine. Ripensa a periodi difficili del passato, ha dubbi sulle sue capacità famigliari, sta bene al lavoro e quando è occupata, torna il gonfiore al seno e l'irritabilità prima delle mestruazioni, talora ha vertigini con nausea, e, come accadeva spesso anche in passato, sogna bambini, in particolare di trovare una bambina abbandonata e di prendersene cura.

Si repertorizzano i seguenti sintomi:

MENTE - FIDUCIA - mancanza di fiducia in se stesso
MENTE - INDUGIA (rimugina) - passati avvenimenti sgradevoli, su
MENTE - IRRITABILITÀ - mestruazioni - prima
MENTE - LASCIATO, abbandonato; si sente
MENTE - LASCIATO, abbandonato; si sente - isolamento; sensazione di
MENTE - OCCUPAZIONE - migl.
MENTE - TRISTEZZA - mestruazioni - durante
MENTE - LASCIATO, abbandonato; si sente - amato da genitori, moglie, amici; sensazione di non essere
VERTIGINI - NAUSEA, con
TORACE - GONFIORE - Mammelle - mestruazioni – prima
SOGNI - BAMBINI; riguardanti
Questa repertorizzazione propone Lac humanum al primo posto seguono Calcarea Carbonica, Pulsatilla con 9 sintomi su 11.
Si prescrive Lac humanum Mk dieci gocce.

Dopo l'estate la paziente telefona per comunicare che dopo l'assunzione del rimedio è iniziato un lento ma progressivo miglioramento dello stato emotivo, una dermatite che la disturbava da qualche settimana è scomparsa, ha assunto una sola dose. Si sente bene e anche due mestruazioni non hanno dato gli abituali sintomi specie il mal di testa.

Settembre 2013.
La paziente riferisce di sentirsi bene. I mal di testa e la sindrome mestruale vanno bene. Si sente più sicura e fiduciosa, non ha dermatite, e anche la rinite primaverile, passata in secondo piano, è stata più veloce del solito. Il figlio ha manifestato il desiderio di lasciare la scuola e lavorare, ha accolto questa richiesta con serenità.

10 gennaio 2014
Recente influenza ben seguita con Arsenicum album 30 ch in plus.

Caso n 2 femmina 50 anni
In cura dal 1995
Soggetta ad improvvise "crisi psicofisiche" con tachicardia, parestesie, senso di svenimento, tremori in tutto il corpo, bolo in gola, il tutto migliorato da massaggi e abbracci.
Periodi di sfiducia in se stessa con blocco della sua creatività, la paziente crea oggetti artigianali, ansia nello svolgere il ruolo materno, con difficoltà ad essere autorevole verso il figlio.
In queste crisi si sente spesso sola, lontana dalla sua famiglia con la quale vive difficoltà di rapporti specie con la madre che definisce "drastica" e che non sente quasi mai, non è stata allattata. Cefalee. Seria sindrome premestruale con irritabilità e aggravamento delle emorroidi.
La ricerca di lavori più stabili non trova riscontri, tende a rinviare le cose da fare, timore nel proporre le sue creazioni con continui rinvii di incontri di lavoro.
Paura del dentista.
Nei primi anni la paziente ha giovato della prescrizione di Phosphorus a varie potenze quasi sempre della LM. In periodi di particolare prostrazione ha assunto Phosphoricum acidum 200k con ripetizioni al bisogno.
Nel periodo luglio 2004 - luglio 2005, ha un nuovo periodo di sfiducia in se stessa, dolori addominali con diarrea, ansia con crisi forti che le fanno temere attacchi di panico, ritorno della sindrome premestruale. Vengono prescritte dosi di Lac caninum dalla 200k alla Mk che, hanno portato la paziente ad un rapido miglioramento.
Negli ultimi anni della sua vita la paziente ha subito degli sfratti che l'hanno portata ad un lungo periodo di convivenza in alloggi temporanei dove ha vissuto un profondo disagio sociale, con comunione dei servizi e sostanziale perdita della privacy, che hanno portato molto spesso a situazioni umilianti ai limiti della vessazione, ci ripensa spesso, nello stesso periodo si sono associate difficoltà economiche gravi.
Il 9/7/2012 e il 17/9/2012 in due visite manifesta sintomi fisici come una diarrea

cronica con dolenzia addominale con aggravamento delle emorroidi che ha richiesto un intervento chirurgico. Senso di spossatezza, analisi chimiche negative, piange facilmente dice di avere "perso l'anima", si sente "a pezzi", ha indifferenza verso il cibo. Prescrizioni di Phosphoricum acidum e successivamente di Ignatia entrambe alla 200k in gocce ripetute settimanalmente producono un parziale miglioramento.

14/5/2013
La diarrea è parzialmente migliorata, si risveglia con edema delle palpebre, ha scarsa energia fisica, non riesce a concentrarsi, un ultimo trasloco le da una certa sicurezza ma è lontana dalla città e questo le acuisce il senso di abbandono e di solitudine, eppure non sempre ha voglia di compagnia, ha pensieri continui nella testa come uno che ascolta sempre la stessa canzone.
Si repertorizzano i seguenti sintomi:

MENTE - LASCIATO, abbandonato; si sente - amato da genitori, moglie, amici; sensazione di non essere
MENTE - ILLUSIONI - senza amici, lui è
MENTE - COMPAGNIA - desiderio di
MENTE - COMPAGNIA - avversione a
ADDOME - DOLORE - mattina
RETTO - DIARREA - mattina
MENTE - ILLUSIONI - privo di valore, inutile; lui è
MENTE - ILLUSIONI - trascurato - viene trascurato/a
MENTE - INDIFFERENZA, apatia - mangiare - al mangiare
MENTE - INDUGIA (rimugina) - passati avvenimenti sgradevoli, su
MENTE - LASCIATO, abbandonato; si sente - isolamento; sensazione di
MENTE - TRISTEZZA - mestruazioni - durante
MENTE - RIMANDARE tutto al giorno dopo

La repertorizzazione propone Lac humanum che non presenta l'ultimo sintomo che però è presente in Lac maternum. Pulsatilla è il rimedio più vicino con 10 sintomi su 13. Prescrizione Lac humanun Mk 10 gocce una sola volta.

La paziente chiama dopo due settimane e riferisce di avere una tachicardia molto fastidiosa per alcuni giorni. Subito dopo è iniziato un netto miglioramento sia fisico che emotivo. Si sente più serena e fiduciosa, ha ripreso a creare oggetti e ha nuove idee per proporle, partecipa a varie mostre-mercato, dice che il rimedio le ha fatto molto bene, in modo più evidente degli altri.

Luglio (Skype)
Si sente bene, fiduciosa, migliorato il rapporto con il figlio, condividono interessi comuni.

30 settembre
Molto bene, fiduciosa nonostante i problemi economici e lavorativi.

10 gennaio 2014.
Le difficoltà economiche sono pressanti, è molto preoccupata, il lavoro è scarso ma, anziché abbattersi, si è affidata ad una esperta di marketing.
Lac humanum Mk dieci gocce.

Risultati

In entrambi i casi, la somministrazione del rimedio ha indotto un notevole cambio dei sintomi: nel primo caso miglioramento della autostima, di una forte sindrome premestruale con cefalea e gonfiore al seno. Nel secondo caso sono nettamente migliorati il senso di abbandono, e di essere estraniata da amici e parenti, una dolenzia addominale con diarrea cronica, il continuo posporre gli impegni o iniziative, una dismenorrea con sindrome premestruale.

Discussione

I due casi, anche se con follow up ancora brevi, mostrano similitudini evidenti: entrambe le pazienti attraversano periodi di sfiducia in se stessa con difficoltà nell'affrontare le quotidiane responsabilità, questo si manifesta in modo particolare nella gestione del ruolo materno e nel secondo caso anche nel continuo posporre le iniziative di promozione del proprio lavoro. I precedenti miglioramenti con il Lac caninum sono un altro punto di similitudine dei due casi, ipotizzando una complementarietà tra i due rimedi. Le crisi abbandoniche con senso di allontanamento dalla propria famiglia e dagli amici sono evidenti nelle due pazienti, in modo particolare nel secondo caso.
Sempre nel secondo caso la tachicardia iniziata dopo la somministrazione, più che un sintomo patogenetico è interpretabile come un ritorno di sintomo.
Di particolare interesse è il rapporto difficile, per entrambe le pazienti, con le madri e la mancanza o difficoltà di allattamento.
Una ipotesi suggestiva è che una brusca interruzione, la mancanza o la inadeguata gestione dell' allattamento possano influire sulla serenità e fiducia in se stessi inducendo problematiche nelle esperienze di attaccamento.
Di particolare interesse a questo proposito sono le teorie dello psichiatra e psicote-

rapeuta inglese John Bolwby: " I1 modello delle figure di attaccamento e il modello dell'io si sviluppano in modo da essere complementari e da confermarsi a vicenda Così è facile che un bambino che non è stato desiderato non solo si senta non voluto dai genitori, ma pensi anche di essere essenzialmente poco desiderabile cioè di essere non voluto da tutti. Inversamente, un bambino molto amato crescerà facilmente non solo avendo fiducia nell'affetto dei suoi genitori. ma anche fiducioso che pure tutti gli altri lo troveranno amabile. Anche se logicamente sono insostenibili, queste grossolane ipergeneralizzazioni sono tuttavia la regola. (Bowlby J., Attaccamento e perdita).
Il Lac humanun può offrire una opportunità terapeutica?
La dose usata è sempre stata la Mk in gocce. Il rimedio è di difficile reperimento.

Conclusioni

Stando ai due casi esposti, la mancanza di fiducia in se stessi, con la relativa difficoltà a gestire in modo più sicuro, consapevole ed autonomo le quotidiane responsabilità sono la caratteristica più evidente che si evince da questa esperienza clinica. E su questi aspetti si è svolta l' azione terapeutica del rimedio.
Si è dimostrato molto utile inoltre come regolatore della sindrome premestruale e dei sintomi ad essa correlati.
Considerazioni simili si ritrovano anche nei casi clinici di Lac humanum e, più dettagliatamente nel lavoro "Lac maternum e la madre Terra" di Tinus Smits, su Homeopathic Links e pubblicati in Italia da Salus infirmorum.
Aumentare la conoscenza di nuovi rimedi è un dovere. Le sperimentazioni, il confronto con altre esperienze, ma anche la curiosità professionale ci possono aprire nuove porte, nuove possibilità terapeutiche. Al contempo la facile reperibilità dei rimedi cosiddetti "rari" è, di fatto, un problema. Sarà necessario in futuro un maggiore coinvolgimento di chi produce i rimedi omeopatici sulla necessità clinica di reperire facilmente rimedi meno comuni ma utili tanto quanto i rimedi maggiori.

Bibliografia

Homeopathic Links, La materia medica dei latti. Salus infirmo rum, pagg 243- 335.
Internet, attaccamento.it, Teoria dell'attaccamento di Bowlby.

V. Falabella, L. Malara, C. Cardone, N. Iannelli

"Trauma" da confinamento nella specie umana e canina: Approccio omeopatico e gestionale

ABSTRACT

Introduzione. Nella prosecuzione del progetto di ricerca avviato dalla Scuola EMC-AFMO sulle sindromi da disadattamento nella specie umana e canina, si è valutata la presa in carico di soggetti affetti da tali manifestazioni.
Gli autori hanno condotto, all'interno di un canile-rifugio e di una struttura carceraria, uno studio osservazionale comparato nelle due diverse tipologie di individui istituzionalizzati.
Materiali e metodi. Valutati i dati anamnestici, comportamentali, clinici, abbiamo selezionato un totale di 20 soggetti: 10 detenuti in casa circondariale e 10 mantenuti in canile-rifugio.
Partendo dalla valutazione sintomatologica dei livelli di disadattamento espressi (evidenziati nel precedente studio), abbiamo individuato un protocollo omeopatico in riferimento ai casi evidenziati.
Risultati. Lo studio si è basato sulla comparazione della sintomatologia clinica espressa, definendo quadri caratteristici comuni nella scelta dei rimedi, e valutando, inoltre, le prospettive riabilitative proprie dei due diversi contesti.
Discussione. Riteniamo possibile lo sviluppo di quadri analogici, riguardanti i soggetti presi in esame nei due rispettivi contesti, trattati con identici rimedi omeopatici.
Desideriamo al contempo evidenziare la rilevanza dell'influenza gestionale nel percorso riabilitativo all'interno di tali strutture di confinamento.
Conclusioni. Le strutture che accolgono soggetti carcerati o cani abbandonati dovrebbero garantire il benessere psico-fisico di chi ivi trascorre la propria quotidianità. Laddove, in questo contesto, emergano dei segnali di sofferenza, l'omeopatia, sia in campo umano che veterinario, rappresenta una scelta significativa che supporta l'individuo nella risoluzione dei conflitti espressi, riattivandone le potenzialità al fine di un superamento dei traumi psico-emozionali manifestati.

PAROLE CHIAVE

sindromi da disadattamento, strutture coatte, rimedi omeopatici.

Introduzione

La sindrome da disadattamento rappresenta l'espressione più completa di alterazioni del benessere fisico e psichico nei soggetti mantenuti in condizioni di detenzione forzata. Il manifestarsi dei quadri patologici relativi si annovera tanto nella specie umana quanto in quella canina, per soggetti ricoverati in canile rifugio o detenuti ed internati detenuti nelle strutture carcerarie. L'ambiente ipostimolante, le condizioni di limitata attività motoria, l'impoverimento relazionale sono solo alcuni dei fatto-

ri che contribuiscono alla comparsa di modificazioni a livello comportamentale ed organico, con conseguente evidenza di manifestazioni prepatologiche e patologiche (Viggiano et al. 2001).
A tutela del benessere dell'individuo il regime di confinamento dovrà essere strutturato in modo tale da ridurre al massimo la massimo le possibili cause di privazione sensoriale, fisica e sociale, al fine di evitare la comparsa di disturbi del comportamento, psicologici e psichiatrici. Indicatori di un ridotto livello di benessere possono essere considerati le stereotipie, l'ipoattività, l'aggressività e i comportamenti mal diretti (Broom, 1998).
La metodica di osservazione diretta (nel canile) tramite compilazione di un etogramma completo da parte di personale specialistico e (nel carcere) la visita psichiatrica con somministrazione di test psicometrici da parte degli Operatori psicologici consente di ottenere informazioni valide al fine di definire le alterazioni psichiche e le tipologie caratteriali dei soggetti ospitati (Natoli et al., 2001) e le diatesi a predisposizioni psico-organiche.
Per quel che riguarda la permanenza nella struttura ospitante emerge sempre più spesso l'evidenziarsi di alterazioni del comportamento configurabili con una vera e propria Sindrome, la S.P.S.
Per quanto riguarda invece l'obbligo di permanenza nelle strutture carcerarie, si evidenziano Quadri specifici ed una Sindrome Reattiva.
Dopo aver elaborato la prima fase del progetto ("Sindrome da disadattamento nella specie umana e canina: caratteristiche comportamentali ed individuazione dei rimedi omeopatici" L. Malara, N. Iannelli, V. Falabella, Congresso FIAMO 2013) individuando le Sindromi patologiche derivanti dalla situazione ambientale e stress dipendente, rilevati gli aspetti sintomatologici e comportamentali manifestati e definiti altresì alcuni rimedi omeopatici comuni nei due ambiti (canile e carcere) suggestivi per un trattamento dei quadri sintomatologici legati alla Sindrome da privazione Sensoriale (S.P.S. o Kennel Syndrome) e alla Sindrome Reattiva da carcerazione, abbiamo, in questa seconda fase del Lavoro, somministrato, in riferimento ai casi evidenziati (ai diversi stadi e alla loro successione evolutiva), un Protocollo terapeutico (utilizzando Arsenicum album, Belladonna, Hepar sulfur, Lycopodium clavatum, Psorinum, Veratrum album), così strutturato:

Sindrome da disadattamento	Sintomi	Rimedi
I Stadio	Aggressività da irritazione	Arsenicum album
	Aggressività da paura	Belladonna
	Disturbi neurovegetatitvi	Hepar sulfur
II Stadio	Ansia	Lycopodium lavatum
	Paura	Psorinum
	Incapacità di adattamento	Veratrum album
III Stadio	Depressione	
	Inibizione del comportamento	
	Disturbi del sonno	

Tali rimedi rispecchiano il passaggio da una sintomatologia prevalentemente dettata da aspetti legati allo stato (con manifestazioni neurovegetative associate) comportamentale di aggressività da irritazione, da paura, allo stato di vissuti di ansia, con incapacità di adattamento, manifestazioni di paura di fronte a qualsiasi cambiamento, fino allo stato di disturbi dell'umore di tipo depressivo con associati disturbi del sonno e inibizione del comportamento.
La caratterizzazione nella specie umana e animale della Sindrome Reattiva carceraria e della Sindrome da Privazione sensoriale permette di somministrare il trattamento omeopatico efficace ed utile ad instaurare un successivo percorso riabilitativo specifico causa dipendente. Ovviamente il trattamento dei nostri casi clinici, al di là delle generalità delle succitate sindromi, risente di numerose variabili di tipo soggettivo e di tipo ambientale.

Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta presso le strutture penitenziarie di Napoli - S.M.C. Vetere (CE) e il Canile Metauria Ecologia Oggi di Gioia Tauro (RC).
Valutati i dati anamnestici, comportamentali, clinici, abbiamo selezionato un totale di 20 soggetti: 10 detenuti in Centri Penitenziari e 10 mantenuti in canile-rifugio.
Partendo dalla valutazione sintomatologica dei livelli di disadattamento espressi, abbiamo individuato un protocollo omeopatico in riferimento ai casi evidenziati.
Ciascun soggetto è stato sottoposto a visita clinica, valutazione comportamentale e sottoposto ad osservazione tramite l'ausilio del Personale sanitario deputato.

Risultati

I soggetti individuati, con quadri sintomatologici rapportabili e comparabili per le due specie, sono stati inseriti, in merito alla classificazione sintomatologica, nello stadio relativo alla condizione manifestata.

Condizioni comuni dei soggetti di specie canina all'interno della struttura del canile:
- Alimentazione: tutti i soggetti vengono alimentati tramite le tramogge con croccantini di linea Mantenimento.
- L'acqua viene somministrata di continuo tramite beverini nei box.
- Tutti i soggetti sono identificati tramite microchip sottocutaneo.
- Regolarmente sottoposti ad annuale trattamento di profilassi vaccinale (Cimurro, Epatite Infettiva, Leptospirosi e Parvovirus), e ad antiparassitario (Ivomec e disinfezione dei box).
- Viene effettuata una pulizia giornaliera con ingresso in box da parte del personale addetto.
- I soggetti non escono dal box, che risulta costituito da una parte coperta ed una esterna (con libero accesso), quindi non effettuano attività di sgambatura. Il materiale di costruzione è il cemento, mentre il pavimento risulta piastrellato.

Casi Clinici Veterinari (10) e Casi Clinici Umani (10) con la medesima distribuzione:
Stadio I: Fobia
Soggetti: n. 6 Aggressività da irritazione
n. 1 Aggressività da paura
n. 1 Irritabilità – Aggressività
Stadio I – Stadio III: Depressione
Soggetto: n. 1 Aggressività – Depressione

Stadio II (Ansia) – Stadio III:
Soggetto: n. 1 Paura – Depressione

Caso Clinico Veterinario 1:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Segnalamento: specie canina, maschio, 11 aa, Pitbull, nero, data ingresso in canile: 20.08.2010. Anamnesi: deperiemento, sospetta positività alla Leishmaniosi, terapia con Stimulfoss.
Aggressività da irritazione.

Caso Clinico Umano 1:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Uomo, 44 aa, data ingresso in carcere: 20.12.2012. Anamnesi: deperimento, disturbi neurovegetativi (tachicardia parossistica al mattino, colon irritabile con diarrea, pregressa ulcera duodenale). Allo stato: gastrite erosiva con dolore, comportamenti ripetuti aggressivi verso il personale penitenziario in risposta alle regole ed alle richieste degli operatori, agitazione psichica con alternati episodi di tipo depressivo.
Aggressività da irritazione.

Terapia: Arsenicum album gocce, in soluzione alcolica al 18%, 0/1 LM, 2 gocce 2 volte al dì per 20 gg.

Caso Clinico Veterinario 2:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Segnalamento: specie canina, maschio, 2 aa, Pastore Tedesco, data ingresso in canile: 08.08.2012. Cane molto aggressivo.
Aggressività da irritazione.

Caso Clinico Umano 2:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Uomo, 50 aa, data ingresso in carcere: 08.04.2011. Anamnesi: tonsilliti purulente, infezioni bronco-polmonari. Disturbo ansioso. Allo stato: disturbi urinari con riferita ipertrofia prostatica. Molto irritabile, ansioso, aggressivo verso i compagni di cella per futili motivi. Trasferito d'ufficio in diverse strutture penitenziarie per aggressività e rifiuto di adattamento all'ambiente.
Aggressività da irritazione.

Terapia: Hepar sulfur, gocce in soluzione alcolica al 18%, 0/3 LM, 2 gocce al dì per 20 gg.

Caso Clinico Veterinario 3:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Segnalamento: specie canina, maschio, 1 aa, Meticcio, bianco, taglia grande, data ingresso in canile: 22.02.2013. Aggressività da irritazione.

Caso Clinico Umano 3:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Uomo, 22 aa, data ingresso in carcere: 07.02.2013. Anamnesi: trattamenti psichia-

trici in soggetto con disturbo di personalità borderline. Tachicardia se ansioso, se a contatto stretto con il compagno di cella. Pregressa fuga da una struttura di accoglienza minorile. Allo stato: pletorico, ipersensibile a qualsiasi stimolo, rifiuta la terapia farmacologica per via infusiva ed intramuscolare. Due episodi di aggressività prima verbale, poi fisica verso i Sanitari del Centro Penitenziario, nello specifico gli infermieri addetti alla terapia.
Aggressività da irritazione.

Terapia: Belladonna gocce, in soluzione alcolica al 18% 0/6 LM, 2 gocce al dì per 6 gg.

Caso Clinico Veterinario 4:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Segnalamento: specie canina, maschio, 7 aa, Meticcio Pastore Maremmano, inavvicinabile anche dagli operatori. La pulizia del box viene effettuata dall'esterno, per impossibilità ad aprire il cancello
Aggressività da irritazione.

Caso Clinico Umano 4:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Donna, 30 aa, data di ingresso in carcere: 29.11.2012. Anamnesi: originaria di un paese dell'America Latina. Tossicomania da alcool e stupefacenti, abbandono da parte dei familiari in età infantile. Disturbi dell'apparato genito-urinario. Allo stato: cistiti ricorrenti, dolori di tipo reumatico, violenti dolori al mestruo con metrorragia. Irritabile, agitazione ansiosa se contrariata, se obbligata ad adeguarsi ai regolamenti carcerari mostra aggressività fisica verso le Agenti di custodia, cui seguono episodi di tipo depressivo.
Aggressività da irritazione.

Terapia: Belladonna gocce, in soluzione alcolica al 18%, 0/12 LM, 2 gocce ogni 3 giorni.

Caso Clinico Veterinario 5:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Segnalamento: specie canina, maschio, 7 aa, Epagneul Breton, molto irruento ed aggressivo.
Aggressività da irritazione.

Caso Clinico Umano 5:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Uomo, 59 aa, data ingresso in carcere: 18.08.2000. Anamnesi: condannato all'ergastolo, episodi deliranti trattati farmacologicamente, disturbi intestinali con profusa diarrea e dolorabilità. Visitato in fase depressiva dell'umore con ritiro dalla socialità, rifiuto di uscire dalla propria cella, abulia.
Allo stato: ipotensione, ripetuti collassi su base neurovegetativa, spunti di tipo fobico – ossessivo riguardanti la carcerazione.
Visitato in situazione di urgenza presenta un episodio di agitazione psico-fisica con aggressività.
Aggressività da irritazione.

Terapia: Veratrum album gocce, in soluzione alcolica al 18%, 200 k, 3 gocce il primo e il terzo giorno.

Caso Clinico Veterinario 6:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Segnalamento: specie canina, maschio, 10 aa, Meticcio Dogo argentino, data di ingresso in canile: 20.02.2013. Anamnesi: alla cattura ha morso un operatore, molto aggressivo.
Aggressività da irritazione.

Caso Clinico Umano 6:
Stadio I: Fobia, Aggressività da irritazione.
Uomo, 50 aa, data ingresso in carcere: 01.09.2004. Anamnesi: frequenti cefalee seguite da nausea, vomito, diarrea. Coliche biliari, irritabile, ansioso.
Allo stato: insufficienza renale di grado lieve, disturbi cardiaci, crampi agli arti inferiori. Ricoverato in infermeria per collassi, ne ha distrutto le suppellettili, i presidi sanitari in preda ad agitazione psicomotoria (originata dalla derisione di altri pazienti relativamente ai suoi comportamenti ansiosi ed inibiti).
Aggressività da irritazione.

Terapia: Veratrum album, gocce, in soluzione alcolica al 18%, 0/1 LM, 2 gocce al dì per 20 gg.

Caso Clinico Veterinario 7:
Stadio I: Fobia, Aggressività da paura.
Segnalamento: specie canina, maschio, 4 aa, meticcio fulvo, media taglia, data ingres-

so in canile: 05.12.2012. Anamnesi: molto pauroso, aggressivo anche con le persone. Non abbaia, non si avvicina alla rete, coda fra le zampe.
Aggressività da paura.

Caso Clinico Umano 7:
Stadio I: Fobia, Aggressività da paura.
Donna, 38 aa, data di ingresso in carcere: 18.08.2007. Anamnesi: in terapia farmacologica con ipnotici per insonnia resistente ed ansiolitici, antidepressivi per ansietà, paura delle malattie, della morte. Proveniente da famiglia molto agiata e nota, presenta insofferenza all'ambiente carcerario.
Allo stato: marcatamente astenica, disturbi respiratori di tipo asmatico, disturbi genito-urinari (infezioni urinarie recidivanti e metrorragie). Alcuni episodi di aggressività verso il Personale sanitario ma soprattutto verso le Agenti di custodia che mal tollerano le modalità comportamentali e richiedono la rigida applicazione dei regolamenti carcerari.
Aggressività da paura.

Terapia: Arsenicum album 200 k, 1 tubo dose il 1° giorno.

Caso Clinico Veterinario 8:
Stadio I: Fobia, Irritabilità, Aggressività.
Segnalamento: specie canina, maschio, 14 aa, Pitbull, tigrato, data ingresso in canile: 10.12.2012. Anamnesi: cane di proprietà, proveniente da privato. Molto aggressivo.
Irritabilità, Aggressività.

Caso Clinico Umano 8:
Stadio I: Fobia, Irritabilità, Aggressività.
Uomo, 62 aa, data di ingresso in carcere: 07.10.2009 (pregressi ingressi negli anni 1980, 1984, 1996). Anamnesi: cefalea periodica, disturbi all'apparato bronco-polmonare. Disturbo d'ansia, angoscia somatizzata.
Allo stato: bronchite cronica riacutizzata con dispnea, psoriasi al dorso e alle gambe, dolori di tipo reumatico. Marcata irritabilità ed agitazione. Episodi di disorientamento con associata instabilità emotiva, legati alle difficoltà di adattamento.
Irritabilità, Aggressività.

Terapia: Psorinum 30 CH, 3 globuli 2 volte al dì a giorni alterni, per 20 gg.

Caso Clinico Veterinario 9:
Stadio I – Stadio III: Depressione

Aggressività – Depressione.
Segnalamento: specie canina, femmina, 9 aa, meticcio Rottweiler, data ingresso in canile: 30.07.2013. Anamnesi: aggressivo con gli altri cani, stato del sensorio depresso.
Aggressività – Depressione.

Caso Clinico Umano 9:
Stadio I – Stadio III: Depressione
Aggressività – Depressione.
Uomo, 28 aa, data ingresso in carcere: 21.02.2005. Anamnesi: elevata miopia, acufeni, rinite cronica, laringo-tracheiti. Disturbi di tipo ansioso con ripetuti episodi di comportamento aggressivo acuto-etero diretto, trattati farmacologicamente.
Allo stato: gengiviti emorragiche, ipertrofia tonsillare cronica. Disturbo asmatico con dispnea, tosse secca, talvolta produttiva. Disturbi sciatalgici con crampi alle mani e ai piedi. Orticaria episodica.
Magro, astenico, rifiuta qualsiasi attività motoria, socializza solo con pochi carcerati (e non della sua cella). Disturbo di tipo depressivo unipolare.
Aggressività – Depressione.

Terapia: Lycopodium clavatum 30 CH, 2 granuli al dì per 20 gg.

Caso Clinico Veterinario 10:
Stadio II (Ansia) – Stadio III:
Paura – Depressione.
Segnalamento: specie canina, femmina, 3 aa, Volpino, nero, data ingresso in canile: 26.03.2013. Anamnesi: timorosa con tutti, stato del sensorio deficitario, cane proveniente da ambiente familiare ipostimolante (di proprietà). Non abbaia, non si avvicina alla rete, coda fra le zampe.
Paura – Depressione.

Caso Clinico Umano 10:
Stadio II (Ansia) – Stadio III:
Paura – Depressione.
Uomo, 64 aa, data di ingresso in carcere: 07.01.2010. Anamnesi: ha esercitato la professione di archivista. Paura manifesta verso i compagni di cella, non pratica attività ricreative, sportive. Disturbi gastro-intestinali.
Allo stato: gastro-duodenite con bruciore, eruttazioni, meteorismo. Abulia, tristezza, disturbo di tipo depressivo. Rimane in cella da solo, legge continuamente. Richiede di poter avere un "cubicolo" pur di essere in solitudine, ma se concesso, successiva-

mente lo rifiuta, non volendo essere solo. Al colloquio ansia con aggressività verbale se stimolato ad assumere comportamenti attivi.
Paura – Depressione.

Terapia: Lycopodium clavatum 200 CH, 1 tubo dose il 1° giorno.

Analisi dei rimedi impiegati:

Arsenicum album: Contraddistinto da un'ansia invincibile, movenze rapide e iperattività. Stato di allerta e controllo dell'ambiente circostante, affronta l'ansia come un continuo tentativo di minaccia. Imprevedibile nelle reazioni ed estremamente diffidente, può arrivare a manifestazioni di aggressività da irritazione, mostrando comportamenti al di fuori della norma. Non sopporta di essere fissato e tenuto sotto controllo, cosa che può scatenare reazioni esagerate.

Belladonna: Ansia, paura, aggressività, componenti ambientali stressogene inducono in questo individuo bruschi cambiamenti di stato. Se minacciato o spaventato produce reazioni aggressive e violente. Ipersensibile a numerosi stimoli di ordine fisico e relazionale, può divenire intollerante a qualsiasi tentativo di manipolazione o contenimento.

Hepar sulfur: decisamente irritabile e propenso alle reazioni violente, ansioso e reattivo, dal punto di vista fisico ma anche psichico. Possiede movenze frettolose, brusco nelle manifestazioni comportamentali, aggredisce alla minima provocazione in maniera spesso esageratamente spropositata rispetto allo stimolo scatenante. Pericoloso fino al rischio della vita stessa. Rifiuta manipolazioni di qualsiasi genere mostrando ansia, paura, forte irritabilità.

Lycopodium clavatum: gerarchico e sensibile alla posizione sociale, incerto e vulnerabile nelle relazioni. Manifesta spesso ansia e paura, soprattutto in situazioni nuove, in scompenso lo scontro può evolvere in aggressione. In situazioni di confusione, di contro, prevalgono reazioni di evitamento e il soggetto si ritrova a chiudersi in sé in uno stato ansioso che simula un quadro di vero e proprio shock.

Psorinum: In preda ad un'ansia perenne che lo tormenta di continuo, instabile e poco consapevole di sé, presenta comportamenti respingenti. Ha molte paure e un equilibrio precario, il che lo porta spesso in confusione.

Irrequieto, impaziente, nervoso, può arrivare a sfogare la propria ansia con accessi di collera. Spesso disorientato, è incapace di adattarsi ad una nuova situazione.

Veratrum album: dittatore fuori controllo, insubordinato e minaccioso, aggredisce in modo violento. In seguito alle manifestazioni aggressive può subentrare uno stato di depressione e iporeattività. Ansioso, ossessivo e distruttivo, può produrre in ambiente ipostimolante, fissazioni e compulsioni. La sua aggressività può derivare anche dall'ipersensibilità al dolore e da sensazioni di paura.

Discussione

Al termine dell'attuale fase di somministrazione dei rimedi nei diversi soggetti (umani ed animali), avendo tenuto conto delle evidenti analogie sul piano sintomatologico individuale e sul piano collettivo, in quanto soggetti tutti trattenuti in strutture coatte, con limitati spazi di libertà e con limitate possibilità di sviluppo di relazioni amicali, sociali, riteniamo di approfondire in successivi lavori sia l'efficacia dell'intervento terapeutico adottato attraverso successivi follow up, sia di ampliare il protocollo di terapia, estendendo l'utilizzo ad altri rimedi omeopatici, sia di rafforzare la sinergia di cooperazione operante tra il veterinario omeopata e il medico omeopata.
Desideriamo al contempo evidenziare la rilevanza dell'influenza gestionale nel percorso riabilitativo all'interno di tali strutture di confinamento. Le peculiari circostanze logistiche, economiche ed organizzative di ciascuna struttura, atta ad accogliere tanto detenuti o internati quanto cani abbandonati o randagi, pongono in maniera forzata le condizioni per progettare o meno un ricovero con finalità di reinserimento e riabilitazione educativa degli utenti ospitati.
La possibilità di effettuare attività di utilità sociale o di dedicarsi a coltivare un hobby, una vocazione o l'apprendimento di un mestiere, per i carcerati, significa valorizzare l'essere umano e curare le ferite della sua anima ancor prima che del suo fisico.
Al contempo, proporre ad un cane confinato in uno spazio decisamente limitato delle attività locomotorie, di svago, relazione o accudimento, significa tenere in adeguata considerazione i suoi fabbisogni fisiologici ed etologici rispettando così la specificità dell'individuo e la sua integrità fisico-emozionale, per contrastare almeno in parte gli inevitabili aspetti dannosi delle limitazioni spaziali e sociali.
Ma la realtà spesso è ben diversa, e veramente poche sono le strutture che in Italia garantiscono un programma di accompagnamento per i soggetti mantenuti in situazione di confinamento. E la comparsa di tutti i quadri patologici appena descritti ne è la diretta ed inevitabile conseguenza.

Conclusioni

Le strutture che accolgono soggetti carcerati o cani abbandonati dovrebbero garantire il benessere psico-fisico di chi ivi trascorre la propria quotidianità. Un ambiente ipostimolante e povero di relazioni produce danni organici e psicologici a lungo termine negli individui confinati. Nel campo veterinario, la grande difficoltà ad intervenire sul piano strutturale deriva dai costi gestionali e dai numeri spropositati dei soggetti ricoverati in canile. Il sovraffollamento è certamente una problematica facilmente equiparabile anche per le strutture carcerarie. Non basta, però, l'intervento di personale adeguatamente specializzato per sopperire alle carenze gestionali che modificano in maniera lacerante e definitiva l'omeostasi organico-emozionale di chi, in maniera più o meno protratta nel tempo, si ritrova a trascorrere la propria esistenza in un regime di detenzione. Il confinamento, in qualsiasi sua forma, rappresenta un trauma che scava tragitti indelebili nei percorsi di chi lo subisce. Intento del medico e del veterinario dovrebbe essere quello di salvaguardare il più possibile l'integrità psico-fisica di questi soggetti, isolati e decontestualizzati, destinati a soccombere, in modo più o meno rapido, di fronte alle proprie ansie e paure. Alla comparsa dei segnali di sofferenza, l'omeopatia, sia in campo umano che veterinario, rappresenta una scelta significativa dal punto di vista terapeutico che supporta l'individuo nella risoluzione dei conflitti espressi, riattivandone le potenzialità energetiche al fine di perseguire l'elaborazione dei traumi psico-emozionali manifestati a causa del regime di detenzione o confinamento.

Bibliografia

American Psychiatric Association D.S.M. – *IV Criteri Diagnostici*, Masson 1996.

Barnett J.L., Hemsworth P.H. "*The validity of physiological and behavioural measures of animal welfare*". Appl. Anim. Behav. Sci., 25-177. 1990.

Broom, D.M. " *Welfare, stress and the evolution of feelings*". Adv. Stud. Behav. 27:371-403. 1998.

Centonze A., "*L'esecuzione della pena detentiva e la ricostruzione sistematica della nozione di gravità delle condizioni di salute del detenuto*", Rassegna Penitenziaria e Criminologica , N.S. anno X, settembre - dicembre 2006, Casa Circondariale di Bologna Ed.

"*Coazioni benigne*", a cura di Brandi G. - Rivista Il Reo e il Folle, anno X / XI n. 27 / 28/ 29 , Polistampa Edizioni, Firenze , 2008.

Di Gennaro G. " *I diritti umani, Ieri e oggi*", Rassegna Penitenziaria e Criminologica, n.s. , anno XI, gennaio – aprile 2007, Casa Circondariale di Bologna Ed.

Fornari U., Delsedime N., Milano M. "*Percorsi Clinici e Discipline Forensi*", Centro Scientifico Editore, Torino 2005.

Hennessy M.B., Davis H.N., Williams M.T., Mellott C., Douglas C.W. "P*lasma cortisol levels of dogs at a County Animal Shelter*". Physiology & Behavior (62): pp. 485-490. 1997.

Hennessy M.B., Williams M.T., Miller D.D., Douglas C.W., Voith V.L. "*Influence of male and female petters on plasma cortisol and behaviour: can human interaction reduce the stress of dogs in a public animal shelter?*". Applied Animal Behaviour Science (61): pp. 63-77. 1998.

C.F.S. Hahnemann "*Organon Dell'arte del guarire*" - traduzione italiana dalla 6° Ed. Tedesca, L.U.I.M.O., Lithorapid Napoli 1987.

Kalmar J.M. "*Traitement homoepathique: des troubles du psychisme et du character*", G. Doin Editeurs, 1955

"*La grande ricerca*" a cura di Brandi G. - Rivista Il Reo e il Folle, anno XII n.30 / 31 Polistampa Edizioni, Firenze 2007.

Moberg G.P., Mench J.A. "*The Biology of animal stress: basic principles and implications for animal welfare*". 2000.

Natoli E., Totino R., Alfieri L., Vassallo G., Donato S., Fantini C. "*Determinazione della personalità dei cani ospitati presso il presidio canile sanitario per la formulazione di schede individuali ai fini dell'adozione*". Il Progresso Veterinario 12, 2001.

Newberry, R.C. "*Environmental enrichment: increasing the biological relevance of captive environments*". Applied Animal Behaviour Science 44:229-244. 1995.

Overall K.L. "*La clinica comportamentale del cane e del gatto*". CG Edizioni Medico Scientifiche: pp. 19-35. 2001.

"*Psichiatria slegata*", Atti del Convegno Montelupo Fiorentino, 16/ 05/ 2003, Fogli di informazione n. 201, marzo – aprile 2004, anno XXXII, Pistoia Editrice.

Rigamonti B. "*Manuale di omeopatia nel cane e nel gatto*". Ed. Urra. 2009.

Scott J.P. e Fuller J.L."*Dog behaviour: the genetic basis*". The University of Chicago press, Chicago, USA. 1965.

Sofri A., Ceraudo F. "*Ferri Battuti*", Archimedia Edizioni 1999.

Stephen J.M., Ledger R.A. "*A longitudinal evaluation of urinary cortisol in kenneled dogs, Canis familiaris*". Physiology & Behavior (87): pp. 911–916. 2006.

Wiepkema, P. R. "*Abnormal behaviors in farm animals: A report to the Commission of the European Communities*". Report. 1. Commission of the European Communities. 1983.

Benedetta Gobbi Frattini

Proving: Proteus Vulgaris

Introduzione

La sperimentazione sull'uomo sano di sostanze preparate omeopaticamente (diluite e dinamizzate), genera una malattia artificiale i cui sintomi (patogenesi), ne permettono la prescrizione come rimedio omeopatico.
La Scuola di Verona, organizza periodicamente provings a scopo sperimentale e didattico. Nel 2013 ha avuto luogo la 4a sperimentazione. La sostanza scelta è stata Proteus vulgaris.

Materiali e metodi

Sono stati selezionati 15 provers, 10 supervisori, 1 coordinatore e 1 direttore. Si è sperimentata un'unica potenza: 200 K. Inseriti 3 flaconi placebo, nella misura quindi del 20%. Il proving è stato in triplo cieco. Durata dell'osservazione: 30 giorni, con controlli successivi fino ad 1 anno.

Risultati

I sintomi emersi dalla sperimentazione si sono caratterizzati per intensità e violenza.
Sul piano mentale si osserva, a carico di più provers, la tendenza ad assumere atteggiamenti critici e determinati, con collera, rottura di rapporti interpersonali, amorosi, lavorativi. Emergono istinti omicidi ed ideazione suicidaria.
Sul piano fisico si osserva un particolare tropismo nei confronti della gola, con disfagia, sensazione di oppressione e soffocamento. L'apparato gastroenterico risulta coinvolto con dolori addominali e pelvici, bruciore retrosternale, sensazione di gonfiore gastrico e stipsi.

Discussione

I sintomi generati dal proving di Proteus vulgaris sono stati particolarmente intensi e definiti, persino pericolosi per alcuni provers. La patogenesi risulta adeguata alla prescrizione come rimedio omeopatico.

Conclusioni

Provings ben condotti rappresentano uno strumento prezioso ed insostituibile: mettono a disposizione della comunità omeopatica nuovi medicamenti e nuove possibilità terapeutiche; migliorano le capacità diagnostiche e prescrittive dei partecipanti.

Parole chiave

Proving, malattia artificiale, sintomi, sperimentazione, Proteus vulgaris

Introduzione

La scuola di Medicina Omeopatica di Verona, ha organizzato, nel periodo compreso tra Febbraio e Maggio 2013, la sperimentazione di un rimedio omeopatico(proving). Si tratta del quarto proving organizzato dalla Scuola, dopo le sperimentazioni di: Hydrogenium peroxidatum (2009), Colibacillinum(2011) e Streptococcinum (2012). Alla scuola di Verona, si sono selezionati pertanto, in questi ultimi 4 anni, soggetti esperti e non nuovi all'esperienza del proving. Questo consente di avviare sperimentazioni, con uno staff progressivamente più preparato e competente.
Al proving hanno preso parte: studenti del primo, secondo e terzo anno del corso triennale di base, auditori del corso di Formazione Continua in Omeopatia e docenti della scuola stessa.

Il proving omeopatico prevede la sperimentazione di una sostanza preparata omeopaticamente (diluita e dinamizzata), sull'uomo sano; secondo le indicazione fornite dallo stesso Hahnemann nei paragrafi 106-145 dell'Organon VI edizione.
La sperimentazione omeopatica ha lo scopo di generare, nel prover, una malattia artificiale, i cui sintomi, andranno a costituire la materia medica pura di quel rimedio: cioè il punto di riferimento prescrittivo per il terapeuta. Il trattamento omeopatico si propone infatti di curare una malattia naturale, attraverso la somministrazione di un medicamento, che generi una malattia artificiale simile.
Dei 39 paragrafi citati dell'Organon VI edizione, che descrivono i principi, le finalità ed il significato delle sperimentazioni omeopatiche, vale la pena di riportare quanto, Hahnemann stesso, insegna nei paragrafi 122 e 143; testimonianze emblematiche dell'importanza delle sperimentazioni per la comunità omeopatica e della responsabilità di chi maneggia, infine, i risultati emersi. Dall'attendibilità dei risultati ottenuti, dipende infatti la possibilità dell'utilizzo terapeutico della sostanza sperimentata; è pertanto fondamentale non produrre dati incerti, imprecisi, frutto dell'interpretazione e fuorvianti.

Paragrafo 122: "*Per questi esperimenti – dai quali dipende la sicurezza di tutta la terapia ed il bene di tutte le generazioni umane future – non si devono usare se non medicamenti, che sieno esattamente conosciuti e diano pieno affidamento per la loro purezza, genuinità ed efficacia*".

Paragrafo 143: "*Quando, in questo modo, si avrà esperimentato nell'uomo sano un numero ragguardevole di farmaci semplici e si saranno annotati con cura e fedeltà tutti gli elementi di malattia ed i sintomi che essi medicamenti quali potenze di malattie artificiali, sono ca-*

paci di produrre, allora soltanto si avrà una vera Materia Medica; ossia una raccolta degli effetti genuini, puri, infallibili delle sostanze medicamentose semplici; un codice naturale nel quale sono contenuti una quantità notevole di cambiamenti dello stato di salute e di sintomi, come sono apparsi all'attenzione dell'osservatore.
Qui si troveranno gli elementi (omeopatici) di malattie artificiali, che un giorno dovranno guarire malattie naturali simili, in altre parole vi si troveranno stati morbosi artificiali che costituiranno per le malattie naturali simili gli unici veri rimedi, omeopatici e quindi specifici per effettuare una guarigione sicura e stabile".

La scelta della sostanza da sperimentare in questo proving, è caduta su un nosode: Proteus vulgaris.
Sono nosodi, i rimedi ottenuti dalla preparazione omeopatica di: culture microbiche, virus, materiale patologico (secrezioni, escrezioni).
Le normative vigenti prevedono che un nosode possa essere commercializzato solo a partire dalla terza diluizione centesimale o dalla sesta diluizione decimale.
Proteus vulgaris è un batterio che appartiene alla famiglia delle Enterobatteriacee. Si tratta di un bacillo Gram negativo, non capsulato, asporigeno. E' stato descritto per la prima volta da Hauser nel 1885. Presenta tropismo elettivo gastrointestinale ed esplica il proprio potere patogeno causando gastroenteriti con diarrea. Può colpire anche altri distretti; sono state descritte infezioni genito-urinarie, mastoiditi, otiti, meningiti e sovrainfezioni di decubiti e ulcerazioni.

Nella seguente relazione verranno esposti i criteri di svolgimento della sperimentazione ed i risultati emersi.

Materiali e metodi

La sperimentazione vera e propria, è stata preceduta da un seminario introduttivo in cui il Direttore del proving ha descritto e spiegato ai partecipanti il significato, la natura e le modalità di svolgimento del proving stesso. Nel corso di questo seminario è stato chiarito dettagliatamente ogni aspetto del protocollo, a cui i partecipanti devono scrupolosamente attenersi. Sono stati, a tal scopo, selezionati gli sperimentatori ritenuti idonei, scartati coloro che non possedevano i requisiti necessari, sciolti dubbi ed incertezze; sono stati distribuiti i flaconi contenenti la sostanza da sperimentare (verum) o il placebo, con modalità random.
Il seminario introduttivo si è svolto presso la scuola di Medicina Omeopatica di Verona il giorno 16 Febbraio 2013; ad esso hanno partecipato tutti gli studenti iscritti alla scuola, compresi i discenti del Corso di formazione Continua e, buona parte dei docenti della scuola.
La sperimentazione ha avuto luogo nel periodo compreso tra il 17 Marzo ed il 17 Aprile 2013. Per alcuni sperimentatori l'osservazione è proseguita anche successivamente.
Nel seminario conclusivo del 18 Maggio 2013, il Direttore ha illustrato i risultati emersi; si sono ascoltati tutti i partecipanti presenti in sala: provers, supervisori e coordinatore. In questo modo sono stati discussi dubbi e perplessità e si sono integrati i risultati già acquisiti con dettagli, modalità e contributi più precisi.

STAFF: un direttore, un coordinatore, 10 supervisori (4 docenti della scuola tra cui il direttore della scuola stessa e 6 studenti), 15 provers (4 maschi e 11 femmine, tra cui 1 docente della scuola e 14 studenti. Un farmacista, 2 veterinari, una docente di psicologia e 11 medici).

Il Direttore del proving organizza la sperimentazione e ne redige il protocollo. E' l'unico dello staff a conoscere la sostanza sperimentata, la o le potenze utilizzate, la presenza eventuale del placebo e la proporzione distribuita dello stesso, rispetto al verum.
Il Direttore conserva i codici del flacone e le sigle dei provers a cui ogni flacone è stato consegnato.
Una copia viene conservata anche da una persona estranea alla sperimentazione. Nella fattispecie, dalla responsabile della segreteria della Scuola.
Il Direttore si consulta con il coordinatore riguardo a qualsiasi decisione si renda necessaria durante lo svolgimento del proving (ad es. la sospensione della somministrazione della sostanza da parte di un prover).
E' colui che esamina e rielabora i risultati emersi. In occasione del seminario conclusivo, il Direttore si riserva di interrogare i partecipanti, al fine di completare, meglio definire, specificare, eventuali aspetti poco chiari, sintomi incompleti, ecc… per una definizione più esaustiva ed attendibile della patogenesi del rimedio oggetto della sperimentazione.
Con il contributo del coordinatore e dei supervisori, si analizzano i risultati ottenuti. Infine il Direttore decide riguardo alla pubblicazione degli stessi.

Il coordinatore supervisiona l'andamento del proving, accertandosi che tutto proceda nel rispetto del protocollo.
Non conosce la natura della sostanza oggetto della sperimentazione. Riceve dai supervisori i diari pre-proving degli sperimentatori prima che l'assunzione della so-

stanza abbia inizio.
Con cadenza almeno settimanale, riceve dai supervisori i sintomi raccolti da ognuno; verifica il lavoro dei supervisori, sollecitandoli, se necessario, al rispetto delle norme previste dal protocollo ed al rispetto delle scadenze, secondo la puntualità concordata.
Chiarisce, eventualmente, con i singoli supervisori, sintomi poco chiari o mal definiti, o altri aspetti dell'andamento del proving.
Insieme al Direttore ed ai supervisori, decide circa la sospensione dell'assunzione della sostanza da parte di un prover, la necessità della somministrazione di un antidoto, o, in certi casi, il protrarsi dell'assunzione della sostanza oltre i 7 giorni previsti dal protocollo.
Il coordinatore ha il compito di trasmettere al Direttore tutto il materiale che riceve dai supervisori: i diari pre-proving ed i diari di proving; nonché di aggiornarlo periodicamente circa lo svolgimento della sperimentazione.

I supervisori sono omeopati o persone esperte in omeopatia. Si tratta di medici, farmacisti, veterinari; studenti o docenti della Scuola.
Sarebbe auspicabile che ogni supervisore seguisse max 2-3 provers, il mancato rispetto di questa regola dovrebbe essere eccezionale.
E' fondamentale che i diversi supervisori non comunichino tra loro, durante l'intero periodo di svolgimento del proving, in modo da non avere occasione, di scambiarsi dati o considerazioni.
Il supervisore è tenuto a redigere, ed ad inviare al coordinatore prima dell'inizio della sperimentazione, per ogni prover, una scheda, che includa: il diario pre-proving dello sperimentatore, l'anamnesi personale con i sintomi propri del prover, un parere conclusivo, personale, sul prover.
Il supervisore deve tenersi in contatto, con il proprio prover assegnato, assiduamente, specie nei primi giorni del proving. Dovrebbe incontrarsi con il prover una volta a settimana, fisicamente o per video, per descrivere meglio i sintomi riportati, cercare di definire eventuali modalizzazioni, completare le lacune, chiarire imprecisioni, eliminare tutto ciò che risulta ridondante.
Dovrebbe altresì soffermarsi sull'osservazione attenta del prover, riportando dati oggettivi: l'espressione, il colorito del volto, l'atteggiamento, il tono della voce.
E' compito del supervisore trasmettere almeno settimanalmente al coordinatore il diario di sperimentazione di ogni prover, segnalare i sintomi rilevanti e le alterazioni importanti dello stato di salute dello sperimentatore, considerare, se necessario, sempre consultandosi con il coordinatore, la sospensione della somministrazione della sostanza o l'impiego di un antidoto.
Al termine del proving il supervisore deve corredare ogni prover del materiale completo da inviare al coordinatore: scheda del prover (che comprende il diario pre-proving e la scheda pre-proving), il diario della sperimentazione, e le proprie considerazioni personali (tanto i sintomi oggettivi rilevati dall'osservazione, quanto la propria valutazione sulla sperimentazione).

I provers sono soggetti sani, non affetti da malattie acute e croniche attive, non devono utilizzare farmaci o sostanze stupefacenti;né rimedi omeopatici ad alta dinamizzazione da almeno 60 giorni e a bassa dinamizzazione da almeno 15 giorni. Le donne non devono utilizzare la pillola anticoncezionale, o, dovrebbero averla sospesa da almeno 3 mesi.
Durante la sperimentazione i provers non devono comunicare tra loro, per evitare di scambiarsi impressioni, sensazioni, considerazioni potenzialmente condizionanti.

Nel diario pre-proving il prover riporta i propri sintomi, prima che abbia inizio la sperimentazione.
Il diario va redatto per almeno i 7 giorni che precedono il proving (preferibilmente per i 15 giorni che lo precedono, se possibile). Nel diario, il prover indica e descrive tutti i suoi sintomi: mentali, emozionale e fisici. Questo permette, al momento della rielaborazione dei risultati conclusivi, di escludere dalla patogenesi della sostanza, i sintomi propri del prover, che non devono essere confusi con quelli evocati dal rimedio sperimentato. L'elaborazione di questo diario, permette anche al prover, di affinare la tecnica di autosservazione e di descrizione e trascrizione delle sensazioni personali, prima che inizi la sperimentazione, in modo da migliorare la qualità del lavoro, al momento dell'assunzione della sostanza.
Prima di inviare questo diario al coordinatore, il supervisore è tenuto a correggere eventuali imprecisioni ed a aiutare il prover a migliorare il lavoro di autosservazione e descrizione dei sintomi. Questa fase di preparazione del prover, è presupposto indispensabile al successo dell'esperimento.

Nel diario dei sintomi, ogni prover annota i sintomi rilevati nel corso della sperimentazione.
Va tenuto per 30 giorni dalla prima assunzione della sostanza.
E' importante che il prover trascriva il sintomo non appena lo percepisce.
Ogni sera, il prover deve provvedere a redigere il diario della giornata appena trascorsa, su apposito file, in modo da avere memoria recente dei sintomi di quel giorno.
Nella scelta lessicale della descrizione di un sintomo, è importante che la terminologia utilizzata soddisfi fedelmente la sensazione percepita, il sintomo va descritto in modo completo, dettagliato e preciso. Se si rimanda questo importante lavoro

ai giorni successivi, si rischia di perdere definitivamente materiale prezioso, perché, nella memoria sensoriale del prover, il ricordo delle sensazioni percepite nei giorni precedenti, potrebbe non essere più vivido, ma affievolito. Si incorrerebbe pertanto in inevitabili lacune, imprecisioni, semplificazioni.

Il diario va riletto dal prover per perfezionare, eventualmente, i dati riportati.

Il prover dovrebbe comunicare, quando necessario, con il proprio supervisore, per chiarire perplessità ed incertezze – frequentemente - soprattutto nei primi giorni. Quando possibile, dovrebbe incontrarsi con il supervisore una volta a settimana, oppure, contattarlo via video, in modo che al supervisore non sfuggano i sintomi oggettivi, legati all'osservazione diretta.

Assunzione della sostanza sperimentata:
La sostanza da sperimentare, è scelta e conosciuta dal solo Direttore.
Tra i partecipanti al proving, 3 organi dello staff: il coordinatore, i supervisori ed i provers, ignorano la sostanza oggetto della sperimentazione. Questo permette la sperimentazione in triplo cieco.
La ditta selezionata per la preparazione, fornisce la sostanza in flaconi di soluzione idroalcolica, preparati secondo la Farmacopea omeopatica tedesca. Ogni flacone è numerato e ad ogni numero corrisponde uno specifico contenuto, noto solo al Direttore.
I flaconi vengono distribuiti con modalità random tra gli sperimentatori.
La somministrazione della sostanza prevede l'assunzione di 5 gocce 4 volte al giorno, per massimo 7 giorni, facendo cadere la sostanza direttamente sulla lingua o in un cucchiaio di plastica contenente poca acqua, la sostanza va mantenuta in bocca, prima di essere deglutita, per circa 1 minuto.
Le somministrazioni successive vanno effettuate circa ogni 6 ore, con la stessa modalità, scuotendo prima il flacone per almeno 10 volte.
L'assunzione della sostanza va sospesa alla comparsa del primo sintomo (mentale, emozionale o fisico), sufficientemente rilevante o inusuale. Detta sospensione va concordata con il supervisore, che si riserverà di decidere, dopo aver consultato il coordinatore ed il Direttore. Diversamente, si sospende l'assunzione al termine dei 7 giorni previsti dal protocollo.
Non è opportuno assumere cibo, sostanze alcoliche, caffè e sostanze simili, nei 30 minuti che precedono l'assunzione. Sarebbe opportuno astenersi anche dal fumo, almeno nella mezz'ora precedente l'assunzione.
E' bene che il prover non modifichi, durante la sperimentazione, il proprio stile di

vita e la dieta abituale, evitando possibilmente eccessi alimentari e condizioni stressanti, in modo da evitare la comparsa di modifiche sintomatologiche, non legate alla sostanza in sperimentazione, ma imputabili ad altro, che condizionerebbero la fedeltà dei risultati.

Sintomatologia:
Il linguaggio utilizzato dal prover nella definizione dei sintomi, dovrebbe essere semplice, diretto e descrittivo.
Durante il seminario introduttivo il Direttore spiega quali sono i termini generici da evitare, es.: benessere, malessere, stress. Vanno altresì evitati i termini tecnici e medici, es.: tachicardia, extrasistole, cefalea e altro.
E' importante riportare il sintomo modalizzandolo il più possibile, descrivendo cioè, orario di comparsa, intensità, qualità, tipo di dolore, eventuali altri sintomi concomitanti.
Bisogna evitare descrizioni troppo sintetiche o immaginifiche, deduttive, interpretative.
E' necessario attenersi a ciò che effettivamente si avverte e percepisce, fedelmente. La descrizione deve essere chiara, completa ed esaustiva.
Il prover è solo uno strumento attraverso cui la sostanza parla di sé.
E' necessario enfatizzare l'importanza delle sensazioni avvertite. Ne va verificata la concretezza con l'aiuto del proprio supervisore.

Anche i sogni vanno riportati nel diario di proving.
Non entreranno a far parte della sintomatologia del proving, a meno che un sogno non sia comune a più provers.
L'errore più frequente che può interferire con l'attendibilità dei risultati di un proving, riguarda soprattutto la mancanza di confidenza e di abitudine dei provers all'autosservazione, che può causare confusione tra la percezione dei sintomi propri, comuni e personali con i sintomi nuovi ed originali, specifici del rimedio.
Questo errore è eludibile con una redazione attenta, precisa ed accurata del diario pre-proving e con l'abilità e la diligenza del supervisore, nel confrontare i sintomi del diario pre-proving con quelli del diario di proving.
Un altro potenziale errore, è legato all'eccesso di entusiasmo o di aspettative riguardo al proving, che può produrre sintomi, in particolare mentali ed emozionali.

Elaborazione dei risultati:
Anche se l'assunzione del rimedio da parte degli sperimentatori, non supera i 7 giorni, la durata del proving vero e proprio, copre un periodo di 30 giorni (periodo di

redazione del diario di proving), in cui il prover osserva e riporta l'eventuale sintomatologia rilevata; a cui vanno aggiunte le osservazioni del supervisore, frutto dell'osservazione diretta (sintomi oggettivi).
E' comunque importante che il contatto del coordinatore e del Direttore con i partecipanti, prosegua anche nei mesi successivi, per verificare il perdurare dei sintomi o dei benefici ottenuti.
Nel corso del seminario conclusivo del 18 Maggio 2013, Direttore, coordinatore, supervisori e provers si sono incontrati, per discutere, esaminare, rielaborare e completare il lavoro svolto.
Questo incontro si è rivelato particolarmente importante e provvidenziale, per raccogliere dati preziosi che, diversamente, sarebbero andati perduti.
Alcuni provers infatti, hanno sottovalutato l'importanza di alcuni sintomi che si sono presentati, omettendo di trascriverli nel proprio diario. L'inesperienza di alcuni supervisori, nell'evitare questi disguidi, è stata fortunatamente superata, grazie al seminario conclusivo,durante in quale, verbalmente, sono emersi dati importanti, trascurati in alcuni diari. Mai come in questa sperimentazione, alla Scuola di Verona, il seminario conclusivo si è rivelato prezioso e foriero di arricchimenti, fondamentali per i risultati del proving.
Si delinea in questo modo l'essenza della sostanza, attraverso la sua patogenesi.

Dei 15 provers inizialmente selezionati, solo 13 hanno effettuato e portato a termine la sperimentazione.
Una prover non ha neppure iniziato l'assunzione della sostanza, mentre un altro ha smesso quasi subito per motivi di salute. Dei 13 provers validi, che hanno assunto la sostanza, 3 hanno assunto placebo (nel rapporto di 3 flaconi su 15: il 20%) e 10 provers hanno assunto il verum.
Per una sola prover si è approdati alla scelta di sospendere la somministrazione della sostanza prima dei 7 giorni previsti, a causa della severità e violenza dei sintomi riportati.
E' stato sorprendente constatare che questo prover assumeva placebo.
Il verum corrisponde a Proteus vulgaris alla potenza di 200 K, somministrato in gocce, in soluzione idroalcolica.

L'osservazione è durata 30 giorni + osservazioni a distanza.

Risultati

PATOGENESI SPERIMENTALE DI PROTEUS VULGARIS

Mente

1) Prendo decisioni drastiche da kamikaze, reagendo con estrema energia alla provocazione della mia assistente in studio, potenzialmente definitive: la licenzio, o meglio, la invito ad andarsene (dopo 22 anni di collaborazione…). LG 8 (Il prover ritorna sui propri passi e rivede questa decisione 15 giorni dopo la sospensione del rimedio.)

2) Il supervisore mi fa notare che a scuola a Verona, ho avuto una discussione con 2 docenti, in cui i miei pareri erano insolitamente accesi. EC 7

3) Mi sento caratterialmente più deciso, se ritengo di avere ragione in caso di discussione mi impunto invece di lasciare perdere come faccio solitamente, per questo atteggiamento mi hanno definito il "puntualizzatore". MD 1

4) Affronto le cose in modo più critico, decisivo e risoluto, ho reazioni di azione. FZ

5) Mi sento più razionale nella gestione del rapporto sentimentale, mi lascio trasportare meno dal sentimento e sono più realista, faccio meno moine, meno coccole e taglio subito corto sul "pratico". Le telefonate con la fidanzata non durano 2 ore come al solito, ma sono più pratiche e dirette. MD 1

6) Sensazione di essere caratterialmente più deciso sul lavoro e nella gestione del rapporto sentimentale. MD 8.

7) Sospettoso e dubbioso sul progetto di convivenza con la fidanzata, che dovrebbe andare in porto a breve. MD (sensazione confermata al seminario di Maggio).

8) Ho messo in discussione situazioni sentimentali consolidate da tempo. Ho rotto la storia con il fidanzato. E' stato un passo avanti, però duro e faticoso. FZ

9) Sono molto irritabile, sia con il compagno che al lavoro, ho un tono aggressivo e polemico, normalmente tendo a non dire cose verso le quali sono contrariata. FZ 7,9,11,12.

10) Mi sono sentita più tonica, svelta, veloce, ho lavorato bene. CT 1

11) Mi sento molto agitata e fatico ad addormentarmi. DV 23.00 2,3,4,5,7,9,10

12) Ansia, agitazione con batticuore, continua tensione, quasi paura. Mi sono sentita liberata piangendo. DV 17.

13) Al risveglio, stordimento, facevo fatica a pensare, non ho ricordato di dare a mia nipote delle cose che avevo preparato. CT 2

14) Sensazione di essere ubriaca. MP 16.00 4

15) Sensazione di disperazione, di non riuscire a farcela, durante una visita ginecologica della moglie. Non gli era mai successo prima. EC (emerso durante il seminario conclusivo).

16) Istinto omicida. LG 8

17) Episodio di ideazione suicidaria mediante lancio dalla finestra, preceduto da "scalmane", avvertite anche un'ora prima e nei giorni precedenti. Mai avvertita prima d'ora questa ideazione. L'ideazione è rapidamente scomparsa lavandosi le mani e il viso con acqua fredda e dopo vocalizzo di soddisfazione. Mentalmente il prover formulava: M., non dire stronzate, lascia perdere. MD 10.00 7.

18) Aumento del desiderio sessuale, mio marito mi trova trasformata. MP 7.00 5

19) Indifferente al sesso, nonostante abbia da sempre un desiderio sessuale intenso. FG (persiste ancora in Maggio 2013, al seminario conclusivo)

20) Dopo la seconda assunzione del rimedio la fidanzata mi dice che mi comporto più affettuosamente e che sono meno "orso" del solito. AT 1

21) Alla scuola di omeopatia le colleghe sono sorprese nel trovarmi più affabile. Più socievole, disposto a parlare e scherzare. Dicono che sembro un'altra persona. AT 6

22) Le persone che hanno a che fare con lui, rilevano maggiore capacità di relazionarsi e socializzare, lo trovano più cordiale, più socievole, più tollerante. AT 11

23) Ho sviluppato fiducia nei confronti dell'omeopatia, mentre prima ero dubbioso, dopo il proving ho iniziato infatti a fare visite omeopatiche. EC (lo riporta durante il seminario conclusivo)

Sintomi generali

24) Mi sento in buona forza ed energia. FZ 1

25) Desiderio di salato: non riesco a resistere e devo fermarmi in Autogrill a prendere qualcosa da mangiare e scelgo molto salato (patatine). FZ 5,6

26) Subito dopo la prima assunzione della sostanza mi sento più forte, come se potessi sollevare il mondo. Durata di qualche minuto. MD 1,2

27) Sensazione come di "scalmana": colpo di calore che parte dal pube e risale lungo il corpo fino al petto, dove raggiunge l'acme e prosegue poi fino alla testa, accompagnato da tremore interno lieve, in assenza di sudorazione esterna (2 minuti). MD 9.15, 10.30 2,7.

28) Sensazione di stanchezza e sonnolenza. FG 1,3

29) Regressione inaspettata e repentina, quasi drammatica delle lesioni psoriasiche diffuse sui polsi,ai gomiti in regione anticubitale. AT (la tendenza alla regressione è stata notata a partire dal quarto giorno di assunzione della sostanza e l'andamento migliorativo è proseguito nel corso del proving).

30) In questi giorni sono molto calorosa, vesto leggero,tengo il termostato del riscaldamento a 16 gradi, in genere lo tengo a 17,5-18,5. Se si accendono i termosifoni mi danno proprio fastidio, mi dà fastidio soprattutto respirare aria calda. Apro tutte le finestre, mi piace sentire in bocca l'aria fresca, oltre che sul viso. DV 5,6,7

31) Vado in palestra, ho molta energia e voglia di fare molta fatica e sudare, ho voglia di sentire i miei muscoli che lavorano tanto. DV 9,11

Sonno

32) Mi sveglio nel cuore della notte tutta agitata con lo stomaco sottosopra, rimango a letto e dopo 2 orette mi sento stanca e riesco a riaddormentarmi. DV 2,3,4,9,10

33) Mi sveglio fisso alle ore 5.00, indipendentemente dall'ora in cui mi corico. MD 1,2,3

34) Difficoltà a prendere sonno, rarissimo per me che mi addormento subito. Addormentamento verso mezzanotte e risveglio all'una e venti. Sonno disturbato per il resto della notte. EC 1

35) Il pomeriggio, verso le 15.30 ho dormito 2 ore di seguito, cosa strana ed insolita per me, al risveglio testa ed occhi pesanti e stordimento. CT 3,4

36) Questa notte mi sono svegliata solo 2 volte, invece che ogni 2 ore come al solito. MP 4

37) Mi sveglio alle 5.00 con sensazione di soffocamento e difficoltà a respirare. MP 14,19

Testa e vertigini

38) Male alla testa, all'occhio sx ed alla tempia sx (ore10.00); il dolore alla testa aumenta (ore 11.00) non riesco a concentrarmi (a lezione), ho gli occhi secchi che lacrimano e bruciano; (ore 13.00), mal di testa esplosivo sul lato sx del capo, il dolore persiste tutto il pomeriggio, dolore profondo con rigidità del collo dal lato sx, alle 17.45 chiedo di uscire dall'aula perché non riesco più a seguire la lezione per il dolore. Alle 19.00 mal di testa scoppiante. All'una trenta della notte mi sveglio per il dolore terribile alla testa. Non riesco a sopportare la luce del lampione sulla strada e sveglio mio marito perché non riesco ad alzarmi, per tirare giù la tapparella. Passano delle ambulanze, il suono è insopportabile e mi fa impazzire. Alle 4.00 il dolore è migliorato. MP 27

39) Dolore alla testa (mai avuto un mal di testa in vita mia a parte un episodio, 15 anni fa, dovuto probabilmente ai solfiti contenuti in un vino), fisso, alla tempia dx, peggiorato premendo, ma con desiderio di pressione, è durato tutto il giorno. FZ 21

40) Ho la sensazione di testa staccata dal corpo a livello degli occhi. DV 4

41) Dopo qualche minuto dalla somministrazione ho avvertito sensazione di grande pesantezza alla testa (tempie e fronte) ed agli occhi, durato 1 ora e mezza. CT 1,4,6,7

Occhi e vista

42) Pesantezza agli occhi (ed alla testa), non riuscivo a tenere gli occhiali perché non vedevo bene, fatica a mettere a fuoco. CT 1,6

43) Visione un po'appannata. MP 1,2,3

44) Ho visto scintille davanti agli occhi. FG 6,8

45) Prurito con dolore e bruciore ad entrambi gli occhi. MP 18,19 (sintomo antico della prover, che non si presentava da circa 30 anni)

Gola

46) A cena ho difficoltà ad ingoiare (strano), mai successo. LG 2

47) Mi sveglio con sensazione di soffocamento e difficoltà nell'inspirazione. MP 14, 19

48) Sensazione in gola come torsolo di mela, che mi soffoca, sensazione di chiusura della trachea per compressione esterna, come un peso che chiude e che non lascia passar bene sia il respiro che la saliva. Mi sembra che la tiroide sia aumentata di volume. MP (sintomi riferiti tra la fine di Maggio 2013 e Giugno 2013, pertanto dopo circa 75 giorni dall'inizio del proving).

Orecchie, udito

49) Mi sveglio con un fischio basso, sordo e lontanissimo. LG 2

Apparato gastrointestinale

50) Mi sento la pancia molto gonfia. DV 1

51) Mi sveglio nel cuore della notte con senso di stomaco sottosopra, nausea con molta agitazione. DV 2,3

52) Sensazione di parecchia fame. DV 9,10,12

53) Sensazione di fastidio costantemente presente allo stomaco ed all'addome (zona epigastrica) come di aria nello stomaco. Sintomo nuovo e molto intenso. EC (sintomo persistente per tutta la prima settimana di proving)

54) Senso di buco nello stomaco. AT 4,5

55) Buco nello stomaco, sensazione di non riuscire ad introdurre niente. CT

56) Al mattino scarica diarroica scura con odore cattivo. MP 2,3, 5, 6,

57) Feci come piccole palline scure, tipo pongo. Presenza dello stimolo ma difficoltà ad evacuare. MP 19, 20,21,26,28

58) Dolori alla pancia, crampiformi, sento la pancia gonfissima, come un pallone. MP 19, 20 (Poi ancora, a fine Maggio e Giugno 2013)

Torace

59) Dolore alla mammella sx nella zona del capezzolo, come se ci fosse un nodo. MP 14

Apparato respiratorio

60) Risveglio tutte le mattine verso le 4.00-5.00, con sensazione di soffocamento. MP (sintomo che persiste ancora a metà Maggio 2013, dopo 60 giorni dall'inizio del proving)

61) Comparsa della tosse, poco produttiva, un accesso ogni pochi minuti (il prover dice di aver sudato con aria fredda ed attribuisce a questo la tosse). Cola anche un poco il naso. EC 12,13,14.

62) Scomparsa la tosse che persisteva da giorni (precedenti il proving). AT 2

63) Qualche colpo di tosse al momento dell'assunzione della sostanza in sperimentazione. CT 17.00, 22.00 5

64) Mi sveglio con una serie di colpi di tosse violenta e secca. MP 11, 19

Dorso, apparato locomotore, estremità

65) Mentre guido, sento gli indici di entrambe le mani, molto caldi ed effettivamente sono più rossi delle altre dita. Durato 10 minuti. Poco dopo sento la pianta del piede sx molto calda, dura circa 10 minuti. DV 8

66) Ho avuto un dolore muscolare alla spalla sx, pungente, durato pochissimo. FG 12

67) Noto che le lesioni psoriasiche bilaterali ai polsi ed ai gomiti, in regione anticubitale stanno migliorando in modo nettissimo, oserei dire drammatico. Quelle ai gomiti sono pressoché scomparse. AT 3

68) Lombalgia. Risoltasi spontaneamente il giorno successivo. AT 11

69) Mi si è riacutizzato il dolore all'indice della mano dx che era silente da tempo (il prover soffre di artrosi alle dita delle mani). LG 2 (Il 12 Aprile 2013, in occasione dell'ultimo incontro con il proprio supervisore, il prover riferisce che la situazione alle mani è progressivamente peggiorata, il dito mignolo dx non si flette più, teme di rimanere paralizzato. E' una constatazione, non ha paura. Il prover fatica a lavorare a causa di questi sintomi: fa il dentista.

70) Dolori pungenti alle estremità (pollice mano dx, alluce dx) MP 9,11,12,13,15,21,26,30,31.

71) Dolore profondo, rosicchiante, alla spalla sx al risveglio. MP 21, 23

72) All'altezza della cresta iliaca sx, sulla coscia, ho sentito un forte indolenzimento, come se ci fosse una cisti, un rigonfiamento (il rigonfiamento effettivamente c'è, ha un diametro di 3-4 cm, è teso). CT 15,16,17 (la prover ritiene sia associato all'as-

sunzione di alimenti contenenti glutine, che lei normalmente non utilizza, e pare si ripresenti, qualora li assuma nuovamente. Pare si tratti di un vecchio sintomo che non compariva da anni).

Apparato urinario e urina

73) Mi pare che le urine abbiano un odore dolciastro. FZ 4, 6.

74) Sensazione come di aver perso il controllo dello sfintere urinario: l'urina esce come da un rubinetto aperto. CT

75) Alle 9.00 avevo già fatto pipì 2 volte, strano. Di solito la faccio 3-4 volte in tutto il giorno. EC 3

Apparato genitale femminile

76) Dolori al baso ventre, paragonabili a quelli che precedono di un giorno le mestruazioni. Come in passato, prima di sposarsi. I dolori mestruali sono scomparsi tanti anni fa, quando è iniziata la vita sessuale. I dolori sono forti ed impediscono i rapporti sessuali. Il dolore è forte ed impedisce di dormire. FG 20,21, 26,27,28,29,30,31,32.

77) Mi è scomparso il desiderio sessuale, io ho sempre avuto un forte desiderio sessuale mi è sempre piaciuto molto fare sesso. FG (la prover riferisce questo sintomo durante il seminario conclusivo; il sintomo persiste ancor dopo circa 60 giorni dall'inizio del proving – 18 Maggio 2013 – e chiede al Direttore un antidoto.)

78) Mal di pancia corrispondente all'inizio del mestruo (lievi crampi) al centro dell'addome (normalmente i dolori mestruali si presentano più in basso e sono molto più intensi). FZ 14,15.

79) Netto aumento del desiderio sessuale. Mio marito dice che questo proving mi sta trasformando. MP 7 (successivamente il marito le chiederà di assumere ancora la sostanza).

80) Concepimento. DV 15 (lo segnalo per completezza, ma potrebbe trattarsi di una coincidenza; il compagno della prover è rientrato proprio in quei giorni, dopo 6 mesi di assenza).

Note e commenti emersi durante il seminario conclusivo

Prover FG: Ho cambiato il mio approccio alla sessualità, ho sempre avuto un grande desiderio sessuale, adesso non è più così, e vorrei che tornasse come prima. Vorrei un antidoto.

Prover FZ: Il proving è stato molto faticoso, durante il proving ho messo in discussione una serie di situazioni consolidate. Le sensazioni di maggior cambiamento le ho avvertite a livello mentale. Le ho osservate ed affrontate in maniera più critica, risolutiva, decisiva. Da un punto di vista personale è stato un passo avanti, sicuramente però duro e faticoso. Inizialmente ho avuto una reazione di azione, positiva. Adesso invece mi sento energeticamente a terra.

Prover AT: è migliorato l'umore in senso generale. Sono sempre stato un orso. Adesso la fidanzata mi dice che sono più affettuoso. Anche i colleghi alla scuola di Verona lo hanno notato. Dicono che ho cambiato luce nel viso. Rido, faccio battute in classe, bevo il caffè insieme a loro. Io mi sento più tollerante, anche sul lavoro. Incredibile la regressione repentina e nettissima delle lesioni psoriasiche.

Prover CM: ero davvero convinta di avere un placebo. Infatti il mio diario di proving è bianco, senza sintomi. Ho notato solo la capacità di affrontare in maniera più categorica una situazione in famiglia, una presa di posizione più determinata rispetto al mio abituale modo di pormi.

Prover LG: mi aspettavo grandi cose dal proving. Ho avuto una riacutizzazione dei dolori artrosici alle estremità distali delle dita delle mani, di cui soffro da tempo e che, prima dell'inizio del proving, erano silenti. I dolori erano invalidanti, non riuscivo a lavorare (dentista). La disfagia con difficoltà ad ingoiare mi ha colpito, perché non l'avevo mai avvertita in precedenza. L'aspetto più inquietante è stato l'istinto omicida nei confronti dell'assistente dello studio durante un litigio, che normalmente non mi appartiene. Ho Licenziato la mia assistente dopo 22 anni di collaborazione quotidiana.

Prover MP: mi sento trasformata da un punto di vista del desiderio sessuale, anche mio marito se ne è accorto. Il rimedio ha evocato grandi cambiamenti. Però persiste ancora il risveglio alle 4.00-5.00 del mattino con senso di soffocamento. Ed anche la sensazione di grandissimo gonfiore addominale, come un pallone, come se fossi ingrassata. Durante il proving ho avvertito un episodio di cefalea violentissima, scoppiante, durata quasi un giorno intero, a cui non sono abituata. Ho tantissimi impegni, ma li affronto con più calma e decisione, con la tranquillità di farcela.

Prover EC: il sintomo più interessante e persistente era allo stomaco. Un senso di fastidio epigastrico durante tutta la prima settimana. Non mi abbandonava. Grazie a questo proving ho sviluppato fiducia nei confronti dell'omeopatia perché ho visto che non è acqua fresca. Ho iniziato così a fare visite omeopatiche ed a prescrivere. Altre cose interessanti che ho notato sono il sonno disturbato e i miei pareri, diventati insolitamente accesi. Li rivendicavo con decisione.

Prover MD: si è modificato l'atteggiamento molto affettuoso nei confronti della fidanzata. Prima, era tutto un fare moine e restare ore al telefono. Adesso è più distaccato e pratico nei suoi confronti. Ha messo in discussione il progetto, già consolidato e prossimo, di iniziare la convivenza con lei.
E' subentrata una sospettosità ed una rigidità di pensiero che non gli apparteneva. In sesta giornata ha avuto ideazione suicidarla con lancio dalla finestra. Preceduta da una vampata di calore e dalla necessità di emettere un grido. In passato non era mai capitato. E' passata lavandosi mani e viso con acqua fredda.

Prover CT: la cosa più forte che ho provato è stata la difficoltà a leggere, a mettere a fuoco. Con un'intensità particolare. Associata a pesantezza della testa. Il distretto più colpito è stato sicuramente quello testa-occhi. Ho avvertito anche tanta sonnolenza nel pomeriggio, molto molto marcata.

Prover DV: ho avvertito grandi cambiamenti. Una fortissima agitazione notturna, che mi teneva sveglia per ore, con necessità di fare qualcosa. Giocavo con il telefonino in attesa che tornasse il sonno. Grande insonnia. Desiderio di fare, di attività. Anche in palestra, necessità di fare sforzi muscolari intensissimi, di stancare i muscoli. Usavo i pesi che usano normalmente i maschi.

Prover EZ : placebo. Ha avvertito durante il proving una stanchezza terribile, invalidante, che le impediva di lavorare. Notata anche dai colleghi, ignari del proving. La prover è stata l'unica a sospendere l'assunzione della sostanza prima del settimo giorno. Si è arrivati a considerare la necessità di somministrare un antidoto.

Supervisore RP: partecipare ad un proving come prover, significa assumere, alla cieca, una sostanza senza conoscerla. Questo comporta uno sforzo emozionale incredibile, un salto nel vuoto. Ecco perché anche i placebo possono sviluppare sintomi.
Coordinatore: tantissime considerazioni e tanti sintomi sono emersi durante il seminario conclusivo. Anche non riportati nei diari. E' importantissimo che siano presenti tutti i partecipanti, e che si dedichi ad esso il tempo necessario. Così come dedicherei più tempo al seminario introduttivo, per selezionare con cura provers e supervisori, istruendoli adeguatamente.

Direttore: I nosodi sono rimedi profondi che lavorano sulla presa di coscienza. Si accede ad un livello profondo ed esistenziale. Si assiste ad un ampliamento della percezione della realtà.
Quando, durante l'attività clinica in ambulatorio, stiamo visitando un nosode, spesso ce ne rendiamo conto, ce ne accorgiamo.
Nel proving in corso, i placebo hanno sviluppato sintomi incoerenti con gli altri sperimentatori che hanno assunto il verum. Questo convalida il proving ed i risultati del verum.

Discussione

L'analisi della patogenesi sperimentale di Proteus, evidenzia una grande coerenza sintomatologica. E' sorprendente osservare come alcuni temi siano ricorrenti in diversi provers, così come alcuni distretti, siano particolarmente e frequentemente colpiti, con sintomi quasi sovrapponibili.
Queste valutazioni accreditano l'attendibilità di un proving se ben condotto e gestito con rigore; grazie a supervisori attenti e meticolosi ed a provers disponibili a mettersi in gioco con lealtà e curiosità ed affidabili nell'autosservazione.
Il grado di coerenza tra i sintomi della patogenesi sperimentale raccolta, oppure, dei sintomi sperimentali, con la patogenesi della letteratura precedente di quel rimedio, rappresentano il criterio dirimente l'affidabilità di un proving.

Confronto dei sintomi patogenetici

A livello generale, comune a più provers, emerge il grande senso di energia, di forza, di bisogno di attività.
Il proving ha evidenziato grandi stravolgimenti soprattutto sul piano mentale ed emozionale di diversi provers; questa osservazione porta ad enfatizzare il grande tropismo di Proteus verso questi livelli così profondi. Tra i sintomi mentali evidenziati in numerosi provers, emerge nettamente la tendenza ad assumere atteggiamenti di critica, di discussione, di sovvertimento, di situazioni (amorose, professionali, esistenziali) consolidate da molto tempo. Anche con risoluzione drastica di rottura definitiva dei rapporti.
Coerentemente con l'assunto che, un rimedio cura il sintomo che provoca, è affascinante notare che, provers caratterialmente duri, spigolosi e scontrosi, tendano ad

ammorbidire il loro carattere, a mostrare maggiore cordialità, socievolezza, empatia. Mentre, prover - per natura - dolci ed affabili, hanno mostrato prese di posizione più dure, polemiche, aggressive, non consone al loro modo di essere e di comportarsi precedente.
L'istinto omicida e l'ideazione suicidarla, sono coerenti con la letteratura di Proteus, cioè con patogenesi emerse da altri proving di questo nosode.
Anche i disturbi del sonno e l'insonnia a carico di alcuni provers - che non hanno mai sofferto di sintomi simili - ci riportano ad un alto livello di coerenza.
Per il distretto della testa, vale la pena di ricordare 2 episodi di grave cefalea, insorti in 2 differenti provers, non abituate a questo tipo di disturbi. Una delle 2, ricorda, in tutta la vita, un solo altro episodio di mal di testa, insorto 15 anni fa.
Interessanti la difficoltà ad ingoiare ed il senso di disfagia di un prover (sintomo nuovo e mai avvertito prima), soprattutto se confrontato con la particolare violenza, gravità e persistenza dello stesso sintomo, lamentato dalla prover MP.
Il tropismo gastrointestinale di Proteus (che non stupisce, conoscendo la natura del rimedio), è confermato dalla ricchezza e severità di sintomi, avvertiti da più provers, a carico di questo distretto (pesantezza, dolore, gonfiore, senso di buco allo stomaco ecc…).
Due provers evidenziano la comparsa o la riacutizzazione di sintomi algici articolari a carico delle dita e delle estremità che, durante il proving, si sono esacerbati particolarmente.
A livello sessuale, ritorna ad essere evidente la considerazione di cui sopra: un rimedio cura, ciò che procura sull'uomo sano.
Una prover, con desiderio sessuale intenso, ha perso questa sua peculiarità, assistendo ad un calo evidente del proprio desiderio. Mentre in un'altra prover, si assiste al miglioramento del desiderio sessuale rispetto al proprio standard, tanto da indurre il marito a consigliarle di assumere ancora la sostanza, a proving terminato.

Esaminando tutta la sintomatologia sperimentale, emerge che Proteus può colpire e provocare sintomi a carico di numerosi apparati e distretti e può coinvolgere piani diversi dell'essere vivente.

Conclusioni

Il proving di Proteus vulgaris, realizzato alla Scuola di Medicina Omeopatica di Verona, rappresenta il quarto proving organizzato nella scuola stessa. Nei provings precedenti, erano state testate altre sostanze: Hydrogenium peroxidatum e due nosodi, Colibacillinum e Streptococcinum.

Lo svolgimento di un proving omeopatico, all'interno di una scuola, costituisce un prezioso strumento di formazione e ricerca. Permette a provers e supervisori, di sviluppare ed affinare le capacità osservazionali, il senso critico, l'abilità di discernimento, importanti per qualsiasi medico, fondamentali per un omeopata clinico, che deve rimettere in equilibrio il disordine dinamico dei propri pazienti. Permette agli studenti, omeopati principianti, di toccare il nucleo, il cuore della sostanza, di sperimentarne la forza d'azione, di viverne l'essenza, di vederne all'opera, il grande potenziale dinamico in vivo.
I risultati ottenuti, evidenziano una grande coerenza sintomatologia, che conforta e convalida il proving stesso.
Il tropismo della sostanza, a livello dell'apparato gastroenterico, non ci stupisce, conoscendo Proteus come nosode intestinale. Mentre, non così prevedibili, risultano essere le ripercussioni sui piani mentale-emozionale, che invece, emergono prepotenti nella patogenesi sperimentale.
Sarà interessante osservare se, esperimenti futuri, confermeranno questa tendenza.
L'aspetto più critico, nel maneggiare i risultati di un proving, risiede nella difficoltà di discriminare, nel mare magnum dei sintomi descritti nei diversi diari, i sintomi davvero significativi ed attribuibili alla sostanza, da quelli tipici di ogni prover. Questa criticità può essere superata solo dal rigore nell'analisi dei singoli sintomi e dal confronto pedissequo ed attento, con i diari pre-proving.
Fondamentale, in questo contesto, è il ruolo dei supervisori. Soltanto con un lavoro di osservazione e discernimento esemplari, forniranno al coordinatore ed al Direttore, materiale qualitativamente pulito, non inquinato, ed utilizzabile, ai fini della stesura della patogenesi sperimentale.
Come emerge dai paragrafi 122 e 143 dell'Organon sesta edizione, Hahnemann stesso, non esita ad ammonire, sulla responsabilità di chi si accinga a realizzare un proving omeopatico.
E' infatti grazie ai provings svolti in quel glorioso passato, che disponiamo oggi, di strumenti diagnostici e prescrittivi, preziosi ed insostituibili, quali i diversi Repertori e le varie Materie Mediche.
La sperimentazione pura, insegnataci da Hahnemann, costituisce infatti ancora oggi, la via maestra verso la conoscenza di un rimedio, che, aldilà di qualsiasi valutazione interpretativa, va studiato e prescritto secondo la sua potenzialità, di curare malattie naturali, simili a quelle artificiali che procura.

Bibliografia

-Dominici G., Bettio D., Impallomeni M., Mariani I., Pinotti D., Tonini E., Pomposelli R., : "Sperimentazione didattica di Hydrogenium peroxidatum (2009)" da Il Medico Omeopata n. 42,Fiamo 2009.

-Dominici G., Allegri F., Andreotti MC, Impallomeni M., Marcolin C., Mariani I., Tonini E., Pomposelli R., :" Colibacillinum: proving 2011 della Scuola di Omeopatia di Verona" da Il Medico Omeopata n. 48, Fiamo 2011.

- Dominici G., Allegri F., Andreotti MC, Calieri R., Mariani I., Pomposelli R., Tonini E., Lanza L. : " Streptococcinum: proving 2012 della Scuola di Medicina Omeopatica di Verona" da Il Medico Omeopata n. 52, Fiamo 2013

-Dominici G.: Protocollo del proving di Colibacillinum, e appunti delle lezioni dei seminari introduttivo e conclusivo al proving - Scuola di medicina Omeopatica di Verona. Febbraio-Maggio 2011.

-Dominici G.: Protocollo del proving di Streptococcinum e appunti delle lezioni dei seminari introduttivo e conclusivo al proving - Scuola di Medicina Omeopatica di Verona. Febbraio-Maggio 2012.

- Dominici G. : Protocollo del proving di Proteus e appunti delle lezioni dei seminari introduttivo e conclusivo al proving – Scuola di Medicina omeopatica di Verona. Febbraio-Maggio 2013.

-Hahnemann C.F.S. : Organon dell'arte del guarire VI edizione. Red edizioni. Milano 2006.

-Orthon A.J.: La materia medica dei nosodi Ipsa editore. Palermo 1996

Ringraziamenti

-Ditta CEMON

-Fernanda

-Tutti i provers per la loro disponibilità

Sergio Segantini

Stili di vita osservati in soggetti trattati in ambulatori privati e pubblici da medici omeopati della FIAMO Toscana

RIASSUNTO

Questo lavoro nasce dal bisogno di stimare lo stato di salute e lo stile di vita dei pazienti che ricorrono alla Medicina Omeopatica. Sono state compilate 107 schede in un periodo di tre mesi da parte di sei omeopati esperti dislocati a Firenze e Pisa in strutture sia pubbliche che private. Il questionario ha indagato caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, scolarità, stato civile, occupazione) e stili di vita (consumo di alcolici, tabacco, caffè, vaccino antinfluenzale, psicofarmaci e antibiotici). Altre informazioni riguardano l'attività fisica, gli aspetti nutrizionali, il consumo di cibi biologici e le patologie prevalenti. I dati dei pazienti analizzati sono stati comparati con quelli della popolazione generale toscana e con altri provenienti da una ricerca analoga su utenti toscani che ricorrono alla MTC e all'omeopatia. Nei soggetti osservati (il 66% di sesso femminile) abbiamo rilevato un elevato livello di scolarità con quasi il 50% circa di laureati. Abbiamo osservato che complessivamente lo stile di vita dei rispondenti è migliore di quello della popolazione toscana. Nello specifico il consumo di psicofarmaci e antibiotici è minore mentre quello di cibi biologici nettamente superiore. Per la valutazione statistica abbiamo usato il Pr CHI2.

PAROLE CHIAVE

Omeopatia, stili di vita, Regione Toscana

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the level of healthy and the lifestyle of a sample of patients being treated with homeopathy in private clinic and in the National Health Service. Over a period of three months in 2012, 107 questionnaires were completed by six homeopathic doctors in Tuscany, in Florence and Pisa areas. The questionnaire analyzed demographic factors: age, sex, education, marital status and employment activity. The lifestyle habits (use of alcohol, tobacco, coffee, antibiotics, psychopharmaceutics, and flu vaccines) are investigated too. Informations was obtained about the use of organic food, physical activity, weight and the prevalent pathology. The lifestyles of homeopathic users were analyzed separately and were compared to that of the general population of Tuscany, and to a research about lifestyle and CAM in a sample of patients treated with TCM and homeopathy. The users of homeopathic medicine (66% are famales) have a very high level of education (almost of 50% of graduates). The lifestyle among the users of Homeopathy are healthier in comparison to the Tuscan population. Users of anthibiotics and psychoacive drugs are less, meanwhile the usage of biological food is very high. Chi squared distribution is used for estimation of standard deviation.

KEYWORDS

Homeopathy, Lifestyles, Tuscany Region

Introduzione

Lo studio prospettico si propone di esaminare i pazienti che ricorrono alla medicina omeopatica presso sei differenti ambulatori visitati da medici esperti.
E' noto che lo stile di vita e la situazione nutrizionale in particolare è una determinante essenziale delle condizioni di salute della popolazione generale. Le patologie associate all'obesità, al consumo di alcolici, di tabacco e ai farmaci sono numerose mentre si assiste a un aumento costante delle patologie croniche nella popolazione nel nostro paese e nella nostra regione.
In Italia come nelle nazioni occidentali, la spesa sanitaria è in aumento da decenni e questo è dovuto anche al progressivo degrado dello stile di vita che ha portato a un aumento delle cronicità come le malattie cardio-vascolari, l'obesità, le patologie autoimmuni, i tumori.
Il consumo di tabacco, alcolici e farmaci in eccesso ecc. hanno accentuato il processo e questo pone l'assoluta necessità di adottare nuovi modelli di gestione sanitaria.
La medicina omeopatica non solo utilizza farmaci propri ma possiede un impianto di gestione della salute molto articolato in cui i comportamenti e gli stili di vita sono determinanti nel rispettare i principi che la caratterizzano.
La Toscana ha avviato un percorso fin dal 1996 per valorizzare la medicina omeopatica all'interno del Sistema sanitario Regionale, fino a inserirla nel nomenclatore tariffario regionale per il livello di assistenza della specialistica ambulatoriale (LEA).
Uno degli obiettivi che ci siamo proposti è quello di capire come si comporta l'utenza omeopatica che si rivolge alle strutture pubbliche rispetto al privato. Lo studio si propone quindi di presentare questa realtà dando una opportunità per inquadrare meglio e non solo a parole, il lavoro dell'omeopata nelle strutture e cercando di superare alcune barriere e contrapposizioni che ostacolano l'acquisizione da parte della medicina omeopatica della sua dovuta dignità terapeutica.

Strumenti ed obiettivi

Il presente lavoro raccoglie, attraverso un questionario compilato dal medico omeopata, esperto e adeguatamente diretto, informazioni sullo stile di vita e su alcuni comportamenti riguardanti la salute e il consumo di farmaci di 107 soggetti che ricorrono alla medicina omeopatica, osservati sia in strutture pubbliche che in ambulatori privati.
I medici rilevatori sono esperti iscritti alla FIAMO dislocati in due aree della Toscana: Pisa e Firenze. Tre su sei hanno proceduto a rilevare i casi in ambito pubblico presso le rispettive ASL.

1. Materiale e metodi

1.1 Formazione del campione e rilevazione

I soggetti analizzati sono sia pazienti adulti che ricorrono per la prima volta alla medicina omeopatica che pazienti già in cura.
La scheda di rilevamento utilizzata rispecchia alcuni comportamenti che sono confrontati con la popolazione toscana e con altre ricerche analoghe.
La popolazione di riferimento è costituita dalla popolazione toscana residente.

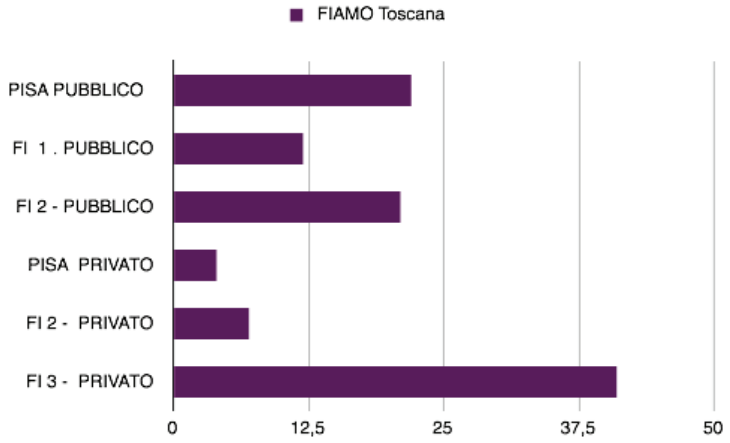


Figura 1. Numero di questionari per modalità di rilevamento

1.2 Questionario

Il il metodo di rilevazione prevede che il questionario sia cartaceo e strutturato in tre sezioni (appendice A):
- SEZIONE 1 - comprende i dati anagrafici: età, sesso, residenza, scolarità, occupazione, stato civile
- SEZIONE 2 - riguarda dati sullo stile di vita: attività fisica, situazione nutrizionale, abitudine al fumo, consumo di alcolici, di caffè, di cibi prevalentemente biologici
- SEZIONE 3 - sono riportati i dati farmacologici: consumo di antibiotici, psicofarmaci, vaccino antinfluenzale

1.3 L'analisi statistica

Non è stato realizzato un campionamento stratificato, ma nella evidente limitatezza dei rilievi i soggetti intervistati possono essere avvicinati a un campionamento di uno studio pilota. L'analisi delle frequenze è stata realizzata con il CHI^2 square test. Il numero dei rilevamenti si riferisce a 55 questionari raccolti nel "pubblico" e 52 nel "privato". Non essendoci altri studi di questo tipo su un campione di soggetti che vengono trattati con la medicina omeopatica, i dati sono stati analizzati e comparati con ricerche analoghe realizzate in una utenza che pratica le MC e confrontate con la popolazione generale toscana.

2. I risultati

2.1 Caratteristiche socio-anagrafiche

I dati anagrafici e relativi agli stili di vita dei soggetti intervistati non vengono analizzati separatamente tra uomini e donne e sono comparati con quelli della popolazione generale toscana che sono disponibili al confronto.
I soggetti osservati sono costituiti da donne per il 66%. In una indagine nel settore pubblico in soggetti che ricorrono alle MC la componente femminile risultata è del 75% mentre quella della popolazione toscana è assestata al 50,3%.
In Toscana il 52% della popolazione vive in comuni con meno di 30.000 abitanti ma non ci sono dati che riguardano i soggetti che vivono in campagna. Un dato che può essere interessante riguarda il 24% dei soggetti del nostro campione che vive in campagna che appare in assoluto elevato rispetto alla popolazione residente.
I lavoratori regolari sono il 61%, meno di quelli della popolazione toscana (70%) ma più di quelli delle MC (50,8%).
Il dato più rilevante tra quelli socio-anagrafici riguarda la scolarizzazione. Il 48,5% dei rispondenti è laureato, a fronte di un 20,4% del campione afferente alle MC e al 10% di laureati che troviamo nella popolazione toscana. L'età media del nostro campione (41 anni) è inferiore a a quella della popolazione (44 anni) ma soprattutto a quella del campione delle MC (55 anni).
Anche all'interno del nostro campione i soggetti che si rivolgono alle ASL hanno una età media maggiore, 45 anni contro 37 dei soggetti che si rivolgono agli ambulatori privati. Questo può influenzare il dato sulla scolarità che è maggiore nel privato (55% di laureati) che nel pubblico (42%).

Tabella 2.1 Distribuzione percentuale delle caratteristiche socio-anagrafiche dei rispondenti

CLASSE ETÀ	Totale	
	N	%
0-17	2	1,8
18-34	32	30,0
35-49	45	42,1
50-69	25	23,3
Over 70	3	2,8
Totale	107	100,0

SESSO	Totale	
	N	%
Maschi	33	34,0
Femmine	64	66,0
Totale	97	100,0

RESIDENZA	Totale	
	N	%
Campagna	26	24,0
Paese	16	15,0
Città	65	61,0
Totale	107	100,0

TITOLO DI STUDIO	Totale	
	N	%
Laurea	48	48,5
Superiore	33	33,5
Media	16	16,0
Elementare	2	2,0
Totale	99	100,0

LAVORO	Totale	
	N	%
Occupato	61	57,6
Sottoccupato	16	15,0
Disoccupato	9	8,5
Studente	11	10,4
Pensionato	9	8,5
Totale	106	100,0

STATO CIVILE	Totale	
	N	%
Celibe-nubile	40	37,7
Coniugato-convivente	48	45,3
Separato/divorziato	17	16,1
Vedovo	1	0,9
Totale	106	100,0

2.2 Stili di vita

I soggetti sedentari nei rilevamenti presi in oggetto differiscono di poco: 20% in Toscana, 24% nel campione MC e 29% nel nostro campione.
Non abbiamo determinato la BMI ma indicatori che riguardano il sovrappeso (23,4%) che è sovrapponibile allo studio sulle MC (23%) mentre è minore di quello

rilevato nella popolazione adulta toscana (34%).
Anche l'obesità nei soggetti del nostro studio è minore (5,6%) di fronte all'11,4% delle MC e al 10,5% nella popolazione.
Il consumo di alcol è quello più difficile da stabilire con certezza, essendo un dato molto sensibile dipende dalle condizioni di rilevamento. Considerando i consumatori a rischio nel campione omeopatico si valutano intorno al 15% contro il 18% della popolazione e un più basso valore nei consumatori utenti delle MC (5.7%).
Il consumo di caffè (79,6%) del nostro campione è simile a quello della popolazione generale (80 % circa ma i dati non sono certi) ma superiore a quello dei soggetti che si curano con le MC (68,1%).
Decisamente più alto è il consumo di cibi biologici tra i pazienti omeopatizzati (57,7%) rispetto agli utenti delle MC (30,4%) e al 3-4% (stima) della popolazione toscana.
I fumatori nel nostro campione sono il 22,3 %, a fronte del 18,8 % nelle MC e del 29% della popolazione toscana.
Non si rilevano sostanziali differenze riguardanti lo stile di vita nell'ambito del campione omeopatico osservato tra i soggetti visti nel "pubblico" rispetto al "privato".

Tabella 2.2 Distribuzione percentuale degli stili di vita

ATTIVITÀ FISICA	Totale	
	N	%
Attivo	34	32,4
Parzialmente attivo	42	40,0
Sedentario	29	27,6
Totale	105	100,0

FUMO	Totale	
	N	%
Sì	21	22,3
0-10	10	(47,6)
10-20	11	(52,4)
>20	0	0
Ex fumatore	18	19,2
No	55	58,5
Totale	94	100,0

CAFFÈ	Totale	
	N	%
No	40	37,0
Sì	68	63,0
1-2	31	0
3-4	17	
5-6	5	
>6	1	
Totale	107	100,0

TITOLO DI STUDIO	Totale	
	N	%
Laurea	48	48,5
Superiore	33	33,5
Media	16	16,0
Elementare	2	2,0
Totale	99	100,0

ALCOLICI	Totale	
	N	%
No	49	46,2
Sporadico	30	28,4
Quotidiano	24	22,6
Week end	3	2,8
Totale	106	100,0

CONSUMO CIBI BIOLOGICI	Totale	
	N	%
Sì	60	57,7
No	44	42,3
Totale	104	100,0

PESO	Totale	
	N	%
Sottopeso	18	16,8
Normopeso	58	54,2
Sovrappeso	25	23,4
Obeso	6	5,6
Totale	107	100,0

2.3 Consumo di farmaci

I consumi di psicofarmaci nel campione omeopatico sono minori rispetto agli altri gruppi di riferimento. Il 78,5 % non li ha mai consumati contro il 68,1 degli utenti delle MC e della popolazione generale (che consuma 250 ddd/1000 abitanti die).
Consumi notevolmente inferiori anche per gli antibiotici nel campione omeopatico (24,5 % nell'ultimo anno), a fronte del 56,3% degli utenti delle MC.
Anche i vaccinati contro l'influenza stagionale sono minori (14%) rispetto al gruppo delle MC (23,8%) ma identici a quelli della popolazione generale toscana dai 16 ai 64 anni (14%).
In questi parametri osservati non si registrano sostanziali differenze tra utenza pubblica e privata che ricorre alla medicina omeopatica.

Tabella 2.3 Distribuzione percentuale del consumo di alcuni farmaci

PSICOFARMACI	Totale	
	N	%
No	84	78,5
Sì (ultimo anno)	18	16,8
Solo in passato	5	4,7
Totale	107	100,0

ANTIBIOTICI	Totale	
	N	%
No	80	75,5
Sì (ultimo anno)	26	24,5
Totale	106	100,0

VACCINO ANTINFLUENZALE	Totale	
	N	%
No	93	86,0
Sì (ultimo anno)	15	14,0
Totale	106	100,0

Discussione

Come abbiamo già accennato il campione preso in esame non è randomizzato ed è di dimensioni ridotte (55 questionari nel settore pubblico e 52 nel privato - vedi Fig.1).
Abbiamo diviso il questionario in tre parti. Nella prima parte, concernente la posizione anagrafica, spicca l'alto livello di scolarizzazione dei soggetti che ricorrono alla medicina omeopatica in particolare nel settore privato. Si tratta di un valore particolarmente elevato probabilmente dovuto anche dal target di soggetti e dalla loro fascia d'età. I soggetti comparati che fanno parte del gruppo che ricorre alle MC ha infatti un'età media nettamente maggiore, mentre l'età media della popolazione toscana si avvicina di più al campione omeopatico ma conteggia anche i minori.
Nella seconda fascia abbiamo considerato gli stili di vita. Notiamo che lo stile di vita sia per quanto riguarda il consumo di alcolici che di caffè e tabacco non presenta elementi di rilievo rispetto alle altre popolazioni indagate.
Anche l'attività fisica e sportiva è sovrapponibile con i valori degli altri campioni presi in esame e con quelli prodotti dall'indagine multiscopo dell'ISTAT.
Ci sono delle differenze per quanto riguarda l'obesità che nel nostro campione è circa la metà rispetto agli altri, ma si tratta di un dato che andrebbe confermato vista la scarsa numerosità del campione e che quindi potrebbe essere casuale.
Spicca invece il consumo elevato di alimenti biologici tra gli utenti omeopatici frutto presunto della sensibilizzazione del medico omeopata nei confronti dei pazienti per una scelta di cibi biologici di qualità. Le diete che vengono associate alla medicina omeopatica sono orientate a dare valore alla qualità dei cibi oltre che alle associazioni alimentari e all'osservanza dei criteri di individualizzazione diversamente a quello che si verifica in un approccio alimentare convenzionale.
La terza parte della scheda del questionario interessa il consumo di farmaci. Abbiamo individuato a titolo esemplificativo che l'uso di antibiotici, di psicofarmaci e di vaccini antinfluenzali stagionali rappresenta un interessante parametro di confronto tra l'utenza che si rivolge all'omeopatia, alle MC e quella che sceglie una terapia ufficiale.
Un consumo minore da parte degli utenti omeopatici di antibiotici e di psicofarmaci sia nei confronti dei pazienti delle MC che della popolazione porta a sancire il cospicuo livello di integrazione prodotto dalle cure omeopatiche e la conseguente limitazione dell'uso di altre categorie di medicamenti. A questo riguardo la medicina omeopatica può dare una risposta positiva anche sul fronte della spesa specialmente quella che si riferisce all'uso dei farmaci.

Conclusioni

Dedicare al paziente tempo, attenzione, collegare elementi esistenziali, legati allo stile di vita e di comportamento ai sintomi più fisici e aiutare ad affrontare le difficoltà attraverso l'ascolto, può avvicinare coloro che si muovono nell'eccessivo tecnicismo e nella settorializzazione del soggetto verso un concetto di cura che considera tutta la persona malata e a umanizzare la medicina.
Arrivare la' dove non ci è permesso potrebbe dimostrare quanto l'omeopatia possa contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione e in prospettiva diventare un fattore importante per la sostenibilità del Sistema Sanitario che nei momenti di difficoltà penalizza le fasce più deboli.
D'altra parte occorre garantire professionalità all'utenza per dare la massima credibilità alla medicina omeopatica. La presenza di medici professionalmente esperti aderenti alla FIAMO e collaboranti con le ASL può inoltre essere di aiuto per realizzare una ricerca valida e corretta comprensibile anche da parte di chi non è affrancato alla materia.
I soggetti indagati e i loro relativi comportamenti sono molto differenziati tra loro sia per le varie età che come patologie prevalenti. Tali ricerche andrebbero estese per ottenere risultati certi.
L'osservazione della popolazione che ricorre alla medicina omeopatica promette interessanti osservazioni e sviluppi riguardanti gli stili di vita rilevati e condotti nel presente lavoro.
La medicina omeopatica può contribuire, e lo sta già facendo, ad affermare uno stile di vita salutare e un ruolo attivo nella popolazione in materia di prevenzione e per affermare una visione di salute centrata sulla persona e più umanizzata.

Bibliografia

ARS TOSCANA. Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2007 (pagg 20-44, 54-56). Sistema di sorveglianza Passi: Rapporto regionale 2010. Toscana

ARS TOSCANA. Medicine complementari, discipline bio-naturali e del benessere nella popolazione toscana. Indagine 2009.

Baccetti S., Di Stefano M., Rossi E., Segantini S., Voller F., Zanobini A. Stili di vita e medicine complementari. Toscana Medica N°10, nov-dic. 2013, pagg. 33-4

Marchitiello M., Romano M. F. Una proposta metodologica per la valutazione di efficacia del percorso terapeutico omeopatico. Edizioni ETS.

MC Toscana. Notiziario Regionale delle Medicine. Complementari. Dicembre 2012. Medicine complementari e stili di vita. Pag. 5-6

Giannelli M., Cuttini M.,, Da Frè M., Buiatti E.
General practitioners' knowledge and practice of complementary/alternative medicine and its relationship with life-styles: a population-based survey in Italy

Thomas K., Coleman P.
Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus survey

Richard L., Nahin I., James M., Dahlhamer, Beth L ., Taylor, Patricia M. Barnes, Barbara J. Stussman, Catherine M., Simile, Marc R., Blackman, Margaret A ., Chesney, Morgan Jackson,1 Heather Miller and McFann KK-
Health behaviors and risk factors in those who use complementary and alternative medicine

Dawn M. Upchurch, Claire E. Dye, Laura Chyu, Ellen B. Gold, Gail A. Greendale,.
Demographic, Behavioral, and Health Correlates of Complementary and Alternative Medicine and Prayer Use among Midlife Women: 2002

McLaughlin D., Chi-Wai Lui, and Adams J. Complementary and alternative medicine use among older Australian women - a qualitative analysis

Hunt KJ, Coelho HF , Wider B, Perry R, Hung SK, T erry R, Ernst E.
Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey.

Løhre A, Rise MB, Steinsbekk A. Characteristics of visitors to practitioners of homeopathy in a large adult Norwegian population (the HUNT 3 study).

Steinsbekk A, Marit B.. Rise MB,. and Johnsen R. Changes among male and female visitors to practitioners of complementary and alternative medicine in a large adult Norwegian population from 1997 to 2008 (The HUNT studies)

McQueen DV. Surveillance of health behaviour. Current issues of Public Health 1996:2, 51-55.

Katy L. Cooper a, Philip E. Harris b, Clare Relton a, Kate J. Thomas a
Prevalence of visits to five types of complementary and alternative medicine practitioners by the general population: A systematic review

Rogers J. Homoeopathy and the treatment of alcohol- related problems. Complementary Therapies in Nursing and Midwifery 1997;3:21—8.

Ross SM. Integrative therapeutic considerations in alcohol abuse. Holistic Nursing Practice 2009;23: 69—72

Idda L., Furesi R.e Madau F. A.: Grande distribuzione e alimenti biologici: un'analisi sul comportamento del consumatore

Mauracher C.: Analisi delle determinanti della domanda di prodotti biologici. Aspetti teorici ed evidenze empiriche

Naspetti S.e Zanoli R.: Analisi cognitiva del consumatore dei prodotti biologici

www.slideshare.net/ipceuropa/fumo-e-alcool
www.iss.it/ofad
http://www.epicentro.iss.it/

Presentazioni a congressi

Baccetti S., Segantini S., Monechi V., Rossi E., Cucca B., Fedi P. Lifestyle and Complementary Alternative Medicine in a sample of patients treated with Traditional Chinese Medicine and Homeopathy. Londra, ICCRM, marzo 2013.
Abenavoli L., Gabriele Bardazzi G., Bergamasco G., Bettamin S.,Boscolo P., Cibin M., Cracolici F., Dei G., Fontana A., Graziosi S., Milic N., Polero L., Quaranta C., Santini G., Segantini S., Semplicini A.
Complementary therapies for treating alcoholism. Third annual meeting by Complementary Medicine Research Group of the Italian Society for Alcohol Studies 7 May 2010, Venice, Italy

Segantini S. Osservazione di parametri relativi allo stile di vita e al consumo di alcolici di utenti che ricorrono alle MC. Pitigliano 2013.

Maria Teresa Baffa, Innocenza D'Amico, Francesca Raco, Sebastiano Di Salvo, Vincenzo Falabella

Studio e confronto tra la prima Farmacopea Ufficiale Italiana (1897) e la Farmacopea Omiopatica poliglotta (1879)

Introduzione
Scopo dello studio è analizzare le differenze tra la prima Farmacopea Ufficiale Italiana e la Farmacopea Omiopatica poliglotta per definire la diversa nomenclatura, le diverse tecniche di preparazione e ricercare rimedi desueti da sperimentare.

Materiali e metodi
Sono state confrontate la prima Farmacopea Ufficiale del Regno d'Italia del 1897 e la Farmacopea Omeopatica di riferimento dell'epoca (Farmacopea Omiopatica poliglotta II edizione 1879). Sono state confrontate le metodiche e le tecniche di preparazione di base e, a titolo di esempio, tre rimedi presenti in entrambe le farmacopee: Belladonna, Cantharis, Mercurius.

Risultati
I farmaci presenti nella prima Farmacopea del Regno d'Italia e nella Farmacopea Omeopatica poliglotta sono 865 e 967, rispettivamente, distribuiti tra animali, vegetali, minerali, composti chimici.
Appaiono significative differenze nella tecnica farmaceutica e nella preparazione dei rimedi.

Discussione
La analisi dei dati raccolti oltre ad evidenziare delle differenze significative tra le due farmacopee, ha permesso di individuare dei rimedi presenti nella Farmacopea Ufficiale che appaiono di rilevanza clinica (come l'Olio di Chaulmoogra, la Garcinia Morella, i Composti contenenti rubidio, cesio, tellurio, stronzio; la Cetina-bianco di balena ecc.) e che meriterebbero una sperimentazione adeguata.

Conclusioni
Il lavoro, che ha visto la collaborazione di farmacisti e medici, evidenzia sia il ruolo fondamentale del farmacista nella preparazione dei rimedi omeopatici che la possibilità di sperimentare rimedi, non più in uso, della farmacopea tradizionale o sottoutilizzati in quella omeopatica attuale.

Parole chiave
farmacopea, omeopatia, tecniche farmaceutiche

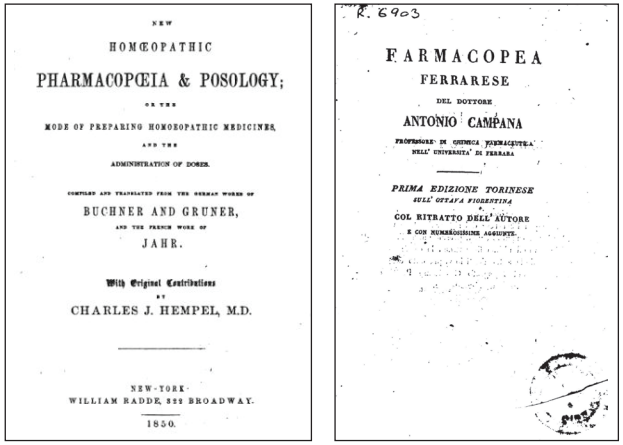
Introduzione

Pharmacopoea deriva da medicamento e poi-èo=Faccio, cioè libro che insegna a preparare i medicamenti. Secondo altri è definito "Formulario ufficiale", ossia la raccolta ufficiale dei medicamenti che devono essere preparati e conservati dal farmacista.

E' un codice farmaceutico, cioè un insieme di disposizioni tecniche ed amministrative rivolte a permettere il controllo della qualità dei medicamenti, sostanze e preparati finali, mediante l'indicazione di:
• metodiche di verifica analitica e tecnologica
• specifiche di qualità
• metodi di preparazione
• formulazione
La "Farmacopea Ufficiale " è il testo normativo che descrive i requisiti di qualità delle sostanze ad uso farmaceutico, le caratteristiche che i medicinali preparati debbono avere ed elenca la composizione qualitativa ed, a volte, quantitativa, nonché, in qualche caso, il metodo di preparazione di ogni farmaco galenico che le farmacie del paese sono autorizzate a preparare.
Il primo esempio di Farmacopea Italiana fu la "Constitutiones" emanata nel 1241, dall'Imperatore Federico II per il Regno delle Sicilie dove vennero definiti i rapporti fra medico e speziale. Nei secoli successivi con l'introduzione della stampa, dei formulari, fu teoricamente possibile a ogni medico o ad ogni speziale, preparare, anche in una stessa città, uno stesso medicinale, ma ciò avveniva spesso in maniera differente, con metodi ed ingredienti diversi, per la frequente discordanza delle ricette. Per eliminare gli errori, i disordini e gli arbitri, con i quali l'arte farmaceutica veniva talvolta esercitata, per proteggere l'ammalato da questi pericoli e per avere una sicura uniformità nella composizione e nella preparazione dei medicinali, le autorità di alcune Città-Stato sentirono la necessità di disporre di un testo unico, obbligatorio per i medici e gli speziali. Con questi obiettivi, nella seconda metà del '400, i Consoli degli Speziali di Firenze, chiesero al Collegio dei medici dell'Università di Firenze di compilare un nuovo Ricettario che potesse servire, con eguale sicurezza, all'esercizio della Farmacia e della Medicina. Nel 1498 venne così pubblicato il Ricettario fiorentino, la prima Farmacopea ufficiale nel territorio italiano e nel mondo. La fama del Ricettario fiorentino oltrepassò i confini dell'Italia, diffondendosi, tra il 1500 e il 1800, in tutto il mondo. Infatti con il Ricettario fiorentino si ispirarono le Farmacopee che vennero successivamente pubblicate nelle singole città e poi negli Stati. Ad esempio in Francia, fino al XVI secolo, era adottato a Parigi l'Antidotarium di Nicolò Alessandrino, la prima Farmacopea ufficiale della Germania unificata venne pubblicata nel 1872, con il titolo di Pharmacopoea Germanica, in Inghilterra la Pharmacopoea Londinensis (1618), la prima ad avere carattere nazionale, fin dalla prima edizione essa era obbligatoria in tutto il regno di Inghilterra (ma non in Scozia e in Irlanda), la prima Farmacopea in lingua inglese fu The Pharmacopoeia of the Royal College of Physicians of Edinburgh (1813 e 1841). Negli Stati Uniti la prima Farmacopea United States Pharmacopoeia fu pubblicata nel 1820, etc. In

tutti i Paesi che avevano raggiunto l'unificazione, le prime Farmacopee nazionali, che sostituivano quelle regionali, furono elaborate tra il XVII e il XIX secolo. In Italia questa evoluzione, connessa con quella politica, si compiva solo alla fine del XIX secolo. Il territorio italiano, nella seconda metà del XIX secolo, era ancora suddiviso in diversi Stati che vennero riuniti, con le note vicende risorgimentali, nel Regno d'Italia, nel 1861-1870. Fino all'unificazione e alla nascita del Regno d'Italia, ogni Stato ebbe una propria Farmacopea. Dal XVII secolo, oltre al Ricettario fiorentino, furono disponibili la Farmacopea Torinese (1736), l'Antidotario Milanese (1668-1729), la Farmacopea Bergamasca (1580/1680), il Ricettario senese (1777-1795), il migliore di tutti, nel quale la Farmacia viene suddivisa in Galenica e Chimica, l'Antidotario Napoletano (1642/1649), le prime edizioni del quale comparvero con il titolo di Petitorio, che indicava l'elenco dei medicinali obbligatori, l'Antidotario Palermitano del 1670. La Farmacopea del Regno di Sardegna (1846), che era una traduzione della Farmacopea Torinese del 1783, il Ricettario Fiorentino (1789), il Codice Farmaceutico Romano e Formulario (1868), la Farmacopea per gli Stati Sardi e il Codice per gli Stati Parmensi pubblicati negli Stati Italiani prima dell'unità italiana (1859), ecc. A tutte queste Farmacopee Ufficiali si affiancarono un gran numero di testi farmaceutici redatti da privati studiosi che sono vere e proprie Farmacopee non ufficiali come la Farmacopea Ferrarese del Dott. Antonio Campana (1), professore di Chimica farmaceutica e Botanica nell'università di Ferrara, fu forse il primo ad adottare la nomenclatura chimica in una Farmacopea, abbandonando cosi l'uso dei nomi officinali. Furono pubblicate ben otto edizioni, quest'ultima ultima pubblicata a Padova nel 1823 con il titolo di "ottava della medesima farmacopea Ferrarese". Fu la presente farmacopea a fissare un metodo ben definito e costante mediante il quale venivano stabiliti i lavori dello speziale e le norme dei medici. In essa vennero aggiunte nuove droghe alla materia medica, molti dei loro nomi corretti, con una breve storia della loro provenienza, delle loro virtù e usi, molte avvertenze intorno alla dose e alla modalità di utilizzo dei presenti medicamenti. Ed ancora la Farmacopea Generale del Brugantelli (1802), la Farmacopea del Ferrarini (1825), la Farmacopea Nazionale e Generale del Ruata del 1833, che fu una vera e propria enciclopedia dei medicinali riconosciuti dalle Farmacopee della maggior parte degli Stati Italiani e stranieri. Con l'unità d'Italia nasce il bisogno di un'unica Farmacopea Ufficiale che avesse valore per tutte le province italiane, Farmacopea che fu pubblicata nel 1892. Nel dicembre del 1870 fu approvato dal Senato del Regno il progetto per un Codice Sanitario, che prevedeva la compilazione di una Farmacopea Ufficiale obbligatoria per i farmacisti e con revisione fissata dapprima ogni 3 anni e poi ogni 5 anni. Nel dicembre 1888 venne approvata la legge Crispi-Pagliani impostata sulla "Tutela dell'igiene e della sanità pubblica", imponeva l'obbligo della detenzione in ogni farmacia, precisando

che la mancanza dell'esemplare della Farmacopea e di qualsiasi sostanza medicinale dichiarata obbligatoria dalla Farmacopea stessa, veniva punita con un'ammenda (art. 28). Nel 1892 il Codice Parmense, il Codice Farmaceutico Romano e la Farmacopea degli Stati Sardi furono sostituiti dalla "Farmacopea nazionale" I edizione (2).


NEW
HOMŒOPATHIC
PHARMACOPŒIA & POSOLOGY;
OR THE
MODE OF PREPARING HOMOEOPATHIC MEDICINES,
AND THE
ADMINISTRATION OF DOSES.
COMPILED AND TRANSLATED FROM THE GERMAN WORKS OF
BUCHNER AND GRUNER,
AND THE FRENCH WORK OF
JAHR.
With Original Contributions
BY
CHARLES J. HEMPEL, M.D.
NEW-YORK:
WILLIAM RADDE, 322 BROADWAY.
1850.

R. 6903
FARMACOPEA
FERRARESE
DEL DOTTORE
ANTONIO CAMPANA
PROFESSORE DI CHIMICA FARMACEUTICA
NELL' UNIVERSITA' DI FERRARA
PRIMA EDIZIONE TORINESE
SULL' OTTAVA FIORENTINA
COL RITRATTO DELL' AUTORE
E CON NUMEROSISSIME AGGIUNTE.

Figura 1: farmacopea ferrarese, farmacopea di Bruchner, Gruner, Jahr (5)

La farmacopea omeopatica nasce con Hahnemann e il riferimento principale sono i suoi testi (materia medica pura e malattie croniche, (3,4).
Poiché in omeopatia la regola principale è quella di somministrare un solo rimedio per volta, la farmacia omeopatica non prepara composti o miscele, ma solo rimedi singoli e l'efficacia delle preparazioni viene evidenziata al letto dell'ammalato, più che mediante reagenti chimici o analisi particolari come la farmacia ufficiale. All'inizio i medici omeopatici furono costretti a preparare da loro i rimedi per un problema di "fiducia" riguardo alle preparazioni dei farmacisti. Apparve subito necessario stabilire una "Farmacopea omeopatica universale" di riferimento affinché il medico potesse essere certo che i farmaci fossero preparati in modo adeguato al metodo omeopatico e perché i farmacisti potessero prepararli in modo "ripetibile". Tali requisiti iniziarono ad essere elaborati con le farmacopee omeopatiche pubblicate da Gruner, Buchner, Jahr (5)e Caspari . Il lavoro di Gruner fu organizzato in ordine alfabetico, mentre nel Buchner le sostanze medicinali vennero suddivise in tre grandi regni: animale, vegetale e minerale. La farmacopea omeopatica poliglotta di Willmar Schwabe soddisfò l'esigenza di aggiornare il numero di rimedi omeopatici disponibili, di migliorare le tecniche di preparazione (p.e. uso della precipitazione dei metalli al posto della lima

e della cote, già consigliato da Hahnemann per il solo platino), aggiungere la scala decimale di Hering, uniformare le tecniche di preparazione tra nazioni diverse.
La Farmacopea poliglotta di Schwabe fu pubblicata nel 1872 (I edizione) (6) e tradotta in Inglese e francese (dal tedesco). Nel 1879 fu pubblicata la II edizione con la traduzione anche in italiano e spagnolo a cui faremo riferimento (7).
Il merito di questa farmacopea, come riportato nella sua prefazione è:
1. "Il rispetto delle regole poste dagli sperimentatori per la preparazione dei medicinali mediante le quali è possibile ottenere medicinali analoghi a quelli di cui furono accertati i sintomi negli esperimenti.
2. Il rapporto dei principi medicamentosi del preparato radicale con la scala decimale e centesimale.
3. L'esposizione completa di tutti i rimedi adoperati finora nell'omeopatia.
4. L'ordine opportuno nella materia, chiarezza, concisione ed eleganza nella forma.
5. La pubblicazione in cinque lingue. "
Scopo dello studio è analizzare le differenze tra la prima Farmacopea Ufficiale Italiana e la Farmacopea Omiopatica poliglotta per definire la diversa nomenclatura, le diverse tecniche di preparazione e ricercare rimedi desueti da sperimentare.

Materiali e metodi

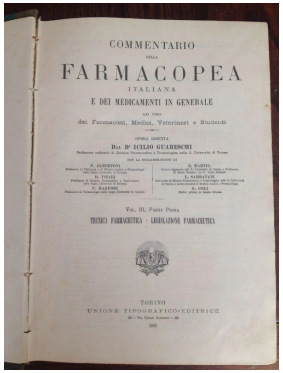

COMMENTARIO
DELLA
FARMACOPEA
ITALIANA
E DEI MEDICAMENTI IN GENERALE
AD USO
dei Farmacisti, Medici, Veterinari e Studenti
OPERA DIRETTA
DA D.r ICILIO GUARESCHI
Vol. III. Parte Prima
TECNICA FARMACEUTICA - LEGISLAZIONE FARMACEUTICA
TORINO
UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE

Figura 2. Farmacopea italiana (2)

Lo studio da noi effettuato è stato possibile mediante la consultazione di un'opera di inestimabile valore, soprattutto per la sua rarità. Si tratta della prima Edizione cartacea della Farmacopea Ufficiale Italiana del 1897, in particolare il Commentario, diretta dal Dr. Icilio Guareschi, Professore ordinario di Chimica Farmaceutica e Tossicologia dell'Università di Torino, con la collaborazione di altri professori e medici

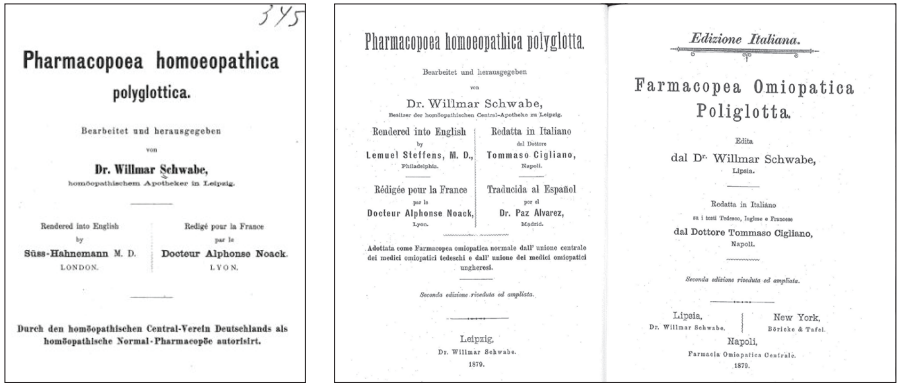
(P.Albertoni, D.Vitali, P.Marfori, E.Martel, L.Sabbatani, G.Coli).
L'edizione è redatta a Torino dall'Unione Tipografica-Editrice.
É formata da 3 volumi:
- il primo riguarda i medicamenti dalla A alla D;
- il secondo contiene una prima parte con i medicamenti dalla E alla M, ed una seconda parte con quelli dalla N alla Z;
- il terzo contiene una prima parte con la Tecnica Farmaceutica ed i metodi di preparazione, il Formulario e la Legislazione Farmaceutica; nella seconda parte, invece, ritroviamo Nozioni di Analisi Chimica, di Zoochimica e di Analisi Chimica Tossicologica.

Abbiamo utilizzato inoltre per completezza la versione in PDF della Farmacopea Ufficiale del 1909 Terza Edizione, ove necessario (8).

Per ogni medicamento sono sviluppati i seguenti punti:
1) Sinonimia
2) Cenno storico
3) Stato naturale e modi di formazione
4) Metodi di estrazione, preparazione e depurazione
5) Proprietà fisiche e chimiche
6) Reazioni che servono a caratterizzare un medicamento o caratteri analitici
7) Impurezze e falsificazioni, con relativi saggi quali- e quantitativi
8) Alterazione fisiologica e meccanismo d'azione. Usi terapeutici
9) Metodi di somministrazione e dosi (Posologia)
10) Antidoti. Soccorsi d'urgenza. Incompatibilità fisiologica
11) Formolario terapeutico

Tutti i medicamenti sono in ordine alfabetico, non sono assolutamente divisi per regni, anche se ritroviamo 564 rimedi vegetali, 46 composti minerali, 20 rimedi animali, 207 composti chimici derivati, ed altri vari composti (ad es. gas, sangue di drago, funghi, ecc.).

Ad ogni medicamento si riscontra, tra le varie informazioni tecniche, dei saggi di identificazioni, quali- e quantitativi, che permettono di identificare il grado di purezza dei principi attivi contenuti.
Questo a garantire:
- qualità (purezza), -sicurezza (dosi), -efficacia (beneficio terapeutico)



Pharmacopoea homoeopathica polyglottica.

Bearbeitet und herausgegeben von

Dr. Willmar Schwabe, homöopathischem Apotheker in Leipzig.

Rendered into English by Süss-Hahnemann M. D. LONDON.

Rédigé pour la France par le Docteur Alphonse Noack. LYON.

Durch den homöopathischen Central-Verein Deutschlands als homöopathische Normal-Pharmacopöe autorisirt.

Pharmacopoea homoeopathica polyglotta.

Bearbeitet und herausgegeben von

Dr. Willmar Schwabe, Besitzer der homöopathischen Central-Apotheke zu Leipzig.

Rendered into English by Lemuel Steffens, M. D., Philadelphia.

Redatta in Italiano dal Dottore Tommaso Cigliano, Napoli.

Rédigée pour la France par le Docteur Alphonse Noack, Lyon.

Traducida al Español por el Dr. Paz Alvarez, Madrid.

Adottata come Farmacopea omiopatica normale dall' unione centrale dei medici omiopatici tedeschi e dall' unione dei medici omiopatici ungheresi.

Seconda edizione riveduta ed ampliata.

Leipzig, Dr. Willmar Schwabe. 1879.

Edizione Italiana.

Farmacopea Omiopatica Poliglotta.

Edita dal Dr. Willmar Schwabe, Lipsia.

Redatta in Italiano su i testi Tedesco, Inglese e Francese dal Dottore Tommaso Cigliano, Napoli.

Seconda edizione riveduta ed ampliata.

Lipsia, Dr. Willmar Schwabe. | New York, Böricke & Tafel.

Napoli, Farmacia Omiopatica Centrale. 1879.

Figura 3 Pharmacopoea Homoeopathica polyglotta I e II ediz. (6,7)

La farmacopea Omiopatica poliglotta di Schwabe nella sua II edizione del 1879 è stata ripubblicata nel 1993 a cura della Associazione per la Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica S. Hahnemann di Napoli.
La farmacopea omeopatica è suddivisa in due parti:
- una parte introduttiva, in cui vengono descritti i locali, gli utensili, le sostanze indifferenti, la preparazione delle sostanze medicinali, lavori delle farmacie omeopatiche, nomenclatura;
- una seconda parte in cui vengono elencati i rimedi in ordine alfabetico, con riferimento alla metodica di preparazione.

I rimedi omeopatici rappresentati sono:
- 595 vegetali
- 65 animali
- 43 minerali
- 248 preparati chimici e farmaceutici
- 11 funghi
- 2 varie
- 3 alghe

La Farmacopea Ufficiale contiene al suo interno delle Tabelle fondamentali che, nel corso degli anni, hanno subito qualche modifica, ma rimangono sempre importanti per la preparazione dei medicamenti, in maniera univoca nel tempo:
- Tab. I: reattivi, soluzioni volumetriche, determinazione del numero di saponificazione, determinazione del numero di iodio

- Tab. II: apparecchi ed utensili indispensabili
- Tab. III: densità delle mescolanze d'acqua ed alcool a 15° e corrispondenti quantità volumetriche e ponderali di alcool assoluto
- Tab. IV: quantità ponderali di alcool ed acqua occorrenti per ridurre le diluizioni alcooliche di grado superiore ad un grado inferiore
- Tab. V: gradi aerometrici dei liquidi più pesanti dell'acqua corrispondenti alle rispettive densità a 15°
- Tab. VI: gradi aerometrici dei liquidi più leggeri dell'acqua e gradi alcoolometrici corrispondenti alle rispettive densità a 15°
- Tab. VII: sostanze che devono tenersi in armadio chiuso a chiave
- Tab. VIII: sostanze medicamentose che devono essere tenute al riparo dalla luce
- Tab. IX: sostanze da vendersi (salvo i veleni) da chiunque purchè non siano inferiori di quantità alla dose minima stabilita per ognuna di esse
- Tab. X: sostanze la cui vendita è libera (salvo i veleni)
- Tab. XI: numero di gocce corrispondenti ad un grammo di sostanza e peso di ogni goccia
- Tab. XII: dosi massime per l'adulto
- Tab. XIII: sostanze medicamentose obbligatorie
- Tab. XIV: arredi ed utensili per gli armadi della farmacia
- Tab. XV: medicinali ed utensili di cui devono essere provvisti gli armadi della farmacia

Invece, nella Farmacopea Omiopatica non esistono tabelle fondamentali, ma delle "istruzioni" originali e nuove, che servono al farmacista in fase di preparazione, in modo tale che non si possano commettere errori e che ci sia un modo univoco nel metterle in pratica.
La regola fondamentale nella preparazione e nella conservazione dei farmaci omeopatici ordinariamente delicatissimi è quello di evitare tutto ciò che possa influire alla loro alterazione, come luce, fumo, odori forti e così via. Sarebbe bene, inoltre, tenere i rimedi odorosi separati da tutti gli altri, così tutti i farmaci, tinture, attenuazioni ecc. dovrebbero essere riparati dai raggi solari. I veleni si devono conservare a norma di legge di ciascun paese. I mobili devono essere secchi ed inodori.
Lo stesso vale per la preparazione delle sostanze medicamentose, infatti, nella Farmacopea Ufficiale, ritroviamo delle Avvertenze, che riguardano le norme precise per non incorrere in errori.
In Farmacopea Ufficiale, inoltre, vengono riconosciuti parecchi reattivi, importanti per le preparazioni; invece, nella Farmacopea Omeopatica si parla solo di "Sostanze Indifferenti".

REAT'TIVI (FARMACOPEA UFFICIALE)

Acetato basico di piombo.
Acetato di potassio (1:5).
Acetato di sodio fuso.
Acetato neutro di piombo (1:9).
Acido acetico concentrato.
Acido cloridrico concentrato.
Acido cloridrico diluito.
Acido nitrico concentrato.
Acido ossalico (1:10).
Acido picrico (sol. satura).
Acido solfidrico.
Acido solforico concentrato.
Acido solforico diluito.
Acido tannico (1:9).
Acido tartarico (1:4).
Acqua di bromo (1:35).
Acqua di calce.
Acqua di cloro.
Acqua distillata.
Acqua ossigenata.
Acqua regia.
Acido cloridrico concentrato
Alcool.
Acool aniilico.
Ammoniaca (0,060) 10 %
Anidride acetica.
Anidride carbonica.
Anidride solforosa.
Benzina. Dal petrolio
Bonzolo. Dal catrame
Bicromato di potassio (1:9).
Biossido di manganese.
Bisoltato di potassio.
Bisolfito di sodio
Carboioduro d'ammonio (1 : 4).
Carbonato di bario.
Carbonato di piombo precipitato.
Carta ani iodo-iodurata.
Carta acetato di piombo.
Carta di curcuma.
Carta di fenoltaleina.
Carta di laccaimi azzurra.
Carta di nitrato d'argento.
Cloridrato di fenildrazina
Cloroformio.
Cloruro d'ammonio
Cloruro di bario (1:9).
Cloruro di calcio secco o fuso (1:9).
Cloruro ferrico.
Cromato di potassio (1:9).
Etere.
Ferricianuro di potassio (1:9).
Ferro.
Lamina e limatura.
Ferrocianuro di potassio (1:9).
Fosfato di sodio (1:9).
Idrato di bario (1:20).
Idrato potassico (1:9),
Idrato sodico (1:9).
Ipoclorito di sodio.
Ioduro di potassio (1:9).
Molibdato di ammonio cristallizzato.
Nitrato d'argento (1: 19).
Nitrato d'argento ammoniacale.
Nitrato di potassio (1:4).
Nitrito di potassio (1:19).
Nitro-prussiato sodico.
Ossalato d'ammonio (1:4).
Ossido di calcio.
Ossido di rame nero.
Permanganato potassico (1:1000).
Rame.
Lamina e tornitura.
Reattivo triplo o misto magnesiaco.

Salda d'amido.
Amido
Solfato ferrico ammoniacale (allume ferrico).
Solfato ferroso (1:9).
Solfato di magnesio (1:9).
Solfato di rame (1:9).
Solfocianato di potassio (1:19).
Solfuro di ammonio.
Solfuro di carbonio.
Soluzione acquosa di metilarancio (0,2:1000).
Soluzione alcalina di joduro di potassio e mercurio (Reattivo di Nessler).
Soluzione alcoolica d'acido rosolico.
Soluzione alooolica di fenolftaleina.
Soluzione di joduro di potassio jodurato (Reattivo di Bouchavdat).
Soluzione neutra di joduro di potassio o mercurio (Reattivo di Meyer).
Soluzione neutra dì laccamuffa o tornasole.
Soluzione nitrica di molibdato di ammonio.
Soluzione solforica di indaco.
Soluzione solforica di molibdato d'ammonio (Reattivo di Fròhde).
Molilbdato d'ammonio
Tartrato acido di sodio
Vetro di cobalto.
Violetto di metilene.
Zinco.
Granulato ed in limatura.

SOSTANZE INDIFFERENTI (FARMACOPEA OMEOPATICA)

1) Spirito di vino
a)Spirito di vino concentrato. Lo spirito di vino del commercio si assoggetta a nuova distillazione in apposito apparecchio, quindi con acqua distillata la sua densità specifica si abbassa a 0.83.
Samuel Hahnemann adoperava esclusivamente lo spirito di vino puro capace di far bruciare il cotone (a norma delle farmacopee del suo tempo, il quale spirito di vino per la sua densità corrisponde al nostro "alcool concentrato".
È lo "spiritus vini rectificatissimus":"spiritus vini rectificatus remissione arenae calore distilletur, quamdiu ejus stilla imbutum gossypium accensum cum ipsius deflagrazio-

ne in cineres vertatur, id quod circuite latice ad dimidias abstracto etiamnum contiugit. Vitrum, quod aquae uncini sex repletur, hujus spiritus non nisi uncias quinque capiet."
Servendo a noi di norma il metodo usato da Hahnemann nel preparare i farmaci, "non ci permettiamo usare spirito di vino superiore in forza a quello usato da lui. Per quei soli farmaci le cui attenuazioni basse non si possono conservare in questo spirito, usiamo il diluito, giacchè molti medici omeopatici prescrivono le attenuazioni basse, mentre Hahnemann invece solo le alte".

b)Spirito di vino. Sette parti in peso di spirito di vino concentrato a 0,873 si uniscono a tre parti in peso di acqua distillata. Il prodotto avrà una densità di 0,89.

2) Acqua distillata
L'acqua piovana, raccolta, viene distillata in un apposito apparecchio. Appena distillata, si conserva in bottiglie piene, chiuse con turacciolo smerigliato, affinchè sia preservata dalla polvere, e dalle spore dell'aria, così da essere scevra di sostanze eterogenee. Così, si conserva per anni interi.
L'acqua distillata deve analizzarsi chimicamente per scoprire non solo le sostanze inorganiche che possa contenere ma anche le organiche; a tale scopo si raccomanda l'uso del nitrato d'argento. L'acqua è scevra da sostanze organiche, se mescolata col nitrato d'argento resta incolore, anche se esposta ai raggi del sole.

3) Zucchero di latte
Il buon zucchero di latte, in grappoli, deve essere sciolto nella minore quantità possibile di acqua distillata, quindi filtrato e per mezzo dello spirito di vino precipitato allo stato amorfo. Si raccoglie il deposito; con lavacri di spirito di vino si libera dall'acqua madre di cristallizzazione, e si asciuga.

3) Globuli
I globuli si fanno con zucchero di canna, il più puro; devono essere solubili nell'acqua distillata, senza intorbidarla; si adoperano come veicoli dei medicamenti omeopatici nelle seguenti dimensioni sottosegnate:

Un globulo dl N° 1. Pesa 1 milligramma; 1000 globuli 1 gramma
Un globulo dl N° 2. Pesa 2 milligramm1; 500 globuli 1 gramma
Un globulo dl N° 3. Pesa 4 milligrammi; 250 globuli 1 gramma
Un globulo dl N° 4. Pesa 5 milligrammi; 200 globuli 1 gramma
Un globulo dl N° 5. Pesa 1 centigramma; 100 globuli 1 grammo

Un globulo dl N° 6. Pesa 4 centiigrammi; 25 globuli 1 gramma
Un globulo dl N° 7. Pesa 1 decigramma; 10 globuli 1 gramma
Un globulo dl N° 8. Pesa 2 decigrammi; 5 globuli 1 gramma
Un globulo dl N° 9. Pesa 33 centigrammi; 3 globuli 1 gramma
Un globulo dl N° 10. Pesa 5 decigrammi; 2 globuli 1 gramma
La dimensione usata comunemente è il N°2.

Figura 4 Pharmacopoea Homoeopathica polyglotta I e II ediz. (6,7)

APPARECCHI ED UTENSILI INDISPENSABILI (Tabella II FARMACOPEA UFFICIALE)

Alambicco di rame stagnato con relativo fornello.
Amianto-
Apparecchio per spostamento.
Apparecchio per sviluppare gas.
Bacchette di vetro assortite.
Bacini di metallo per evaporazione e concentrazione (2).
Bagno maria di metallo con anelli.
Bicchieri a calice per reazioni.
Bicchieri cilindrici per precipitazioni.
Bilancia sensibile a gr. 0,50 della
portata di almeno gr. 2000.
Bilancia sensibile a mgr. 5 della portata di almeno gr. 20.
Burette della capacità di cm.^ 25,
graduate in decimi di cm.3(2).
Cannello ferruminatorio.
Capsule piccole assortite di porcellana (3).
Carta da filtro.
Cilindro graduato di vetro della capacità di cm.^ 250.
Crogiolini di porcellana con coperchio(2).
Densimetro per liquidi più leggeri e più pesanti dell'acqua.

Essiccatore di vetro a scatola.
Filo e laminetta di platino.
Filtro di lana o stamigna.
Fornello piccolo.
Imbuti di vetro assortiti (6).
Imbuti di vetro con rubinetto a separazione, uno di cm.^ 100 ed uno da cm.^500.
Lampada ad alcool.
Lente d' ingrandimento.
Matracci o palloni assortiti (.3).
Mortaio e pestello di metallo.
Mortai e pestelli di vetro o di porcellana (2).
Percolatore.
Pinza di metallo.
Pipette: di cm.^ 1 diviso in 100 p.
di cm.^ 5 divisi in decimi ; e di cm.3 10.
Rete metallica.
Setacci assortiti (Veggasi Polveri).
Spatole di ferro e di porcellana.
Stufa per disseccare di lamiera metallica, con due aperture tubulari.
Tappi e lime.
Termometro centigrado a bulbo piccolo (possibilmente 1 cm. altezza,
4 mm. diametro) per uso chimico da - 10° a 360°.
Tubi da saggio assortiti (12).
Tubi di gomma assortiti.
Tubi di vetro assortiti.
Vetri da orologi

APPARECCHI ED UTENSILI (FARMACOPEA OMEOPATICA)

Vetri. Sia per le sostanze indifferenti, che per i rimedi, bisogna fare uso di fiale, bottiglie ed ampolle interamente nuove e ben nette.
Vetri gialli. Si utilizzano vetri gialli scuri, così da impedire l'azione chimica dei raggi luminosi.
Bottiglie a Turacciolo smerigliato. Per evitare che si mescolino ai rimedi frammenti di vetro che potrebbero staccarsi, soprattutto per lo stringere dei turaccioli, adoperiamo il vetro a base di potassa.

*UNITA' DI PESO E MISURE:

Hahnemann si è servito del granello di Norimnberga (= 0,062 grammi)
Turaccioli. I turaccioli devono essere del migliore sughero, il meno poroso che sia possibile.
Contagocce. I contagocce se ne usano di due maniere: uno per l'acqua distillata, e spirito di vino concentrato; ed uno per l'alcool diluito.
Mortai. Per pestare molto duro si utilizzano di mortai in ferro lucido, e di pestelli dello stesso metallo; altri metalli non si possono usare. Per le sostanze molli bastano mortai di porcellana.
Torchio. Il pressoio per i vegetali deve essere lavorato con molta cura e da potersi scomporre per nettarlo.
Mortai o Coppe a triturare. I mortai o coppa a triturare, ed i pestelli, debbono essere di gata o pure di porcellana, la cui superficie interna, e la parte inferiore del pestello sia spolita, opaca, o appannata, come nei diversi luoghi si usa dire; non si debbono usare mortai metallici. Per i veleni, e per le sostanze fortemente odorose, si adoperano coppe di porcellana segnate con etichetta a fuoco, p. e. per preparati Mercuriali, Alcaloidi, Arsenico, Muschio, ec.
Stacci. Si devono usare stacci di crini o di seta; quelli per le grosse polveri da tintura, questi per le più sottili, destinate alla triturazione. Gli stacci ad uso dello zucchero di latte non si possono convertire in altro uso.
Spatole e cucchiai. Le spatole, e i cucchiai saranno di corno, di osso, o di porcellana.
Imbuti. Ci serviamo indistintamente di imbuti di vetro, o di porcellana; di metallo mai.
Bilancia. Raccomandiamo tre specie di bilance:
-bilance farmaceutiche;
-bilance di corno:
a) per lo zucchero di latte,
b) per i veleni,
c) per ogni altra sostanza.
-bilance di cristallo, per pesare esclusivamente le sostanze caustiche, ed igroscopiche.
Tagliere. Il tagliere deve essere di legno duro, levigato, e senza nodi.
Coltello. Il coltello per tritare le piante deve essere di acciaio, ben terso, e brunito.

OPERAZIONI DEL PESARE E MISURARE (FARMACOPEA UFFICIALE)

Sia nella preparazione dei composti chimici, che galenici, sia nell'esecuzione delle prescrizioni mediche, come nelle analisi quantitative, e nell'acquisto e nella vendita di sostanze medicamentose, il farmacista ha bisogno di saper determinare la quantità delle sostanze, che deve impiegare, vendere o acquistare. La determinazione per

pesata si esegue col mezzo delle bilance. Le unità di peso che si impiegano sono il grammo ed i multipli e sottomultipli di esso. Per le quantità piccole occorrono bilance sensibili, invece per pesi più grossi servono le bilance ordinarie.
Per la misurazione a volumi, invece, si adotta il litro ed i suoi multipli e sottomultipli.
Un altro modo di dosamento usato al giorno d'oggi, per ordinare e misurare alcune sostanze medicamentose liquide, è quello delle gocce; ma questo metodo non è sempre esatto, poichè dipende da diversi fattori e circostanze, ma soprattutto dall'apertura da cui scolano le gocce e dalla pressione, cui è sottoposto il liquido e dalla temperatura. Ecco perchè si sono costruiti i contagocce e boccette contagocce. Siccome su questo modo di misurare i liquidi, hanno la più grande influenza la capillarità, la temperatura, la pressione, la forma e le dimensioni dei contagoccie, e il peso delle goccie varia, per ottenere risultati esatti è necessario stabilire il numero delle goccie, che corrisponde ad un determinato peso di una sostanza e quindi il peso di ogni piccola goccia, partendo da un contagoccie normale (es. a + 15° circa venti goccie di acqua distillata pesano 1 grammo).

TECNICA FARMACEUTICA

La classificazione dei rimedi-farmaci prevede la divisione nei tre regni Minerale, Vegetale, e Animale. L'analisi delle due Farmacopee evidenzia, come prevedibile, elementi comuni e differenti nelle tecniche di preparazione.

Farmacopea Ufficiale

Per la preparazione dei farmaci sono necessarie innanzitutto le sostanze medicamentose, cioè quelle sostanze, dalle quali il farmacista possa trarre o con le quali possa comporre il rimedio. Sono medicamentose le sostanze fornite di una determinata azione.
"Se al medico spetta la conoscenza dell'azione delle sostanze medicamentose e delle forme, sotto le quali prescriverle, è obbligo del farmacista la preparazione di queste forme medicamentose. In tale preparazione sta la funzione essenziale farmaceutica".

Le sostanze medicamentose sono tratte da tutti e tre i regni della natura; dai minerali trae numerosi composti chimici.
o La Mineralogia e la Chimica Farmaceutica dei composti inorganici, che formano parte degli studi farmaceutici universitari, gli forniscono i mezzi per riconoscerli.
o Il regno Vegetale somministra un'infinità di sostanze medicamentose (piante e droghe), con le quali si preparano numerosissime forme e dalle quali si possono ottenere, con processi chimici, altre sostanze di chimica composizione definita.
o Sebbene in numero di gran lunga minore anche il regno Animale somministra sostanze medicamentose.

Per preparare buoni rimedi occorrono buone sostanze medicamentose, e non basta, bisogna anche saperle conservare, perchè mantengano sempre l'attività primitiva.
Innanzitutto, prima azione da fare è la scelta delle sostanze medicamentose. Tale compito spetta al farmacista preparatore, che si approvvigiona delle sostanze da trattare. Attualmente, li acquista dal commercio, ma in passato, era buona norma che il farmacista raccogliesse lui stesso le sostanze.

Ecco quali sono i criteri di scelta:
- MINERALI: per rispetto alle sostanze minerali naturali si devono controllare i caratteri mineralogici (colore, densità, forma cristallina, struttura, azione sulla luce, ecc...).

Per quanto riguarda i prodotti chimici artificiali, va constatata la loro identità con un confronto dei caratteri fisici ed al calore e dei caratteri chimici; inoltre, bisogna accertarsi che siano pure, cioè che non contengano sostanze estranee, che ne possano alterare l'azione fisiologica e terapeutica;
Altra operazione connessa alla polverizzazione è la granulazione, così detta perchè i frammenti, in cui si riduce la sostanza, hanno una forma tondeggiante o di grani. Si applica ai metalli molto duttili e malleabili e si esegue, scaldando i pezzi dei metalli fino a fusione, ed una volta fuso, il metallo si inclina in modo che questo coli goccia a goccia dentro un recipiente contenente acqua fredda, a contatto con la quale, il metallo raffreddandosi si solidifica ed assume la forma desiderata.

- VEGETALI: sono numerosissime le piante indigene ed esotiche (droghe vegetali) che la Farmacia mette in opera per la preparazione delle forme medicamentose. In quanto alle piante esotiche, li riceve necessariamente dal commercio allo stato di secchezza. Nella loro scelta ci si attiene ai caratteri botanici, che sono propri di queste piante e che servono ad identificarle; si può utilizzare anche il microscopio per l'analisi della struttura anatomica, ma anche l'analisi chimica quali- e quantitativa, quando si tratti di droghe, la cui attività terapeutica dipende dalla presenza e quantità di qualche specie chimica.

Per le piante indigene, invece adoperate allo stato fresco, ci si attiene alle proprietà dei caratteri botanici, organolettici, anatomici ed anche chimici. Se si dovessero raccogliere, ci sono particolari precauzioni, avvertenze e circostanze, dalle quali dipende la proprietà terapeutica stessa della pianta medicinale (clima nel quale vivono e crescono, il terreno, la coltura, l'età, l'epoca della raccolta, detto tempo balsamico).
Ma, siccome non sempre s'impiegano le piante intere per usi farmaceutici, più spesso invece una loro parte, anche in base a quale parte contenga l'azione terapeutica mag-

giore, ci saranno le norme relative al tempo di raccolta di ciascuna parte (radici, legni, corteccie, gemme, foglie e sommità fiorite, fiori, frutti, semi).

Raccolte le piante e le loro parti, devono essere sottoposte all'operazione detta mondatura, che consiste nel togliere la terra, i corpi estranei e le parti guaste o alterate.
Raccolte e mondate le piante devono essere conservate.
La conservazione dei medicamenti ha un'importanza pari alla loro buona scelta e preparazione, poichè i medicamenti non posseggano la loro naturale efficacia terapeutica tanto se non bene preparati, quanto se non bene conservati.
Le piante, se adoperate allo stato fresco, esigono solo la mondatura e solo alcune necessitano di conservazione per qualche tempo, in luogo fresco e oscuro, immerse nella sabbia fina.

Ma la maggior parte delle piante si adopera allo stato secco, sia per la necessità di comporne in questo stato delle forme medicamentose speciali (polveri, specie, ecc.), sia per poterle avere a disposizione tutto l'anno, in modo da preparare molte altre forme (tinture, decotti, infusi, estratti). La conservazione di esse avviene:
- lontano dalla presenza della luce, che decolora
- lontano dall'aria poichè l'ossigeno, specie con umidità, può promuovere lente combustioni che alterano
- lontano dall'umidità che promuove alla putrefazione e lontano dal pulviscolo atmosferico, che potrebbe arrecare germi di fermentazione e putrefazione.

Ecco perchè vanno conservate in recipienti inaccessibili a tutto ciò.

Molte piante, inoltre, contengono la loro acqua di vegetazione ed è questa che si deve eliminare per la loro conservazione, poichè costituisce una delle cause principali di putrefazione, quindi della decomposizione. Il mezzo più semplice che viene applicato in modo da non alterarle è la disseccazione. Questa è un'operazione fondata sul fatto fisico della volatilità dell'acqua, anche a bassa temperatura. Per questa volatilità l'acqua si trasforma in vapore, che si dissipa nell'atmosfera, lasciando le sostanze fisse; le piante si dispongono su dei graticci e poi si ripongono in stufe.

- ANIMALI: sono poche le sostanze medicamentose tratte dal regno animale. Per la loro scelta di regola (se trattasi di animali), il farmacista si attiene ai caratteri zoologici e deve curare che esse rispondano a tutti i caratteri d'identità e di purezza che sono richiesti.

Per quanto riguarda la scelta e la raccolta le circostanze che influiscono sulla loro attività medicamentosa sono: l'età, l'epoca della raccolta, l'alimentazione, il clima e la

dimora, la salute e la conformazione.
Di animali interi pochi sono usati in Medicina, per esempio ci sono le cantaridi e la cocciniglia. E questi, scelti e raccolti, si fanno seccare, per conservarli, nel modo utilizzato per le piante medicinali. In maggior numero sono le parti o i prodotti di animali usati in Farmacia.

Successivamente alla scelta, alla mondatura ed alla conservazione, specie di una sostanza vegetale, fa seguito la vera e propria operazione farmaceutica, a seconda della scelta finale della sostanza da utilizzare.
Fondamentale per la maggior parte delle sostanze è la polverizzazione.

La polverizzazione è l'operazione più frequente in Farmacia ed ha lo scopo di ridurre i corpi in particelle più o meno attenuate. Si utilizza, per lo più, il mortaio nel quale si pone la sostanza, che si batte con colpi verticali mediante un pestello. In genere, se le sostanze non attaccano il ferro, s'impiega un mortaio di tale metallo, per quelle che si intaccano (composti salini o acidi) si userà il tipo in porcellana.

Nella preparazione delle polveri semplici si adoperano i mortai, e le sostanze devono prima essere mondate dalle sostanze estranee ed essiccate.
Il mortaio deve essere di porcellana, non molto profondo e senza becco, e la sua dimensione deve essere tale da contenere 10-15 volte la quantità delle polveri da mescolare. Il pestello non deve essere troppo piccolo; il grado di pressione da esercitare al pestello dipende dalla natura delle sostanze da mescolarsi. Quando si deve mescolare una piccola quantità di polvere molto attiva con una quantità assai più grande di un'altra polvere non molto attiva o inerte, è bene prima mescolare la prima con un po' della seconda, e poi, a miscela perfetta, aggiungere la rimanente polvere. Per levare il miscuglio di polveri dal mortaio si fa uso di un grosso cucchiaio poco profondo e che non termini in punta e che sia largo.
Se si deve mescolare un liquido ad una polvere, il miscuglio ottenuto va poi aggiunto al resto delle polveri, facendo in modo tale che il miscuglio finale sia completo e di forma polverosa (es.: così si fa per un olio essenziale con lo zucchero e poi si aggiunge alle altre polveri poco per volta).

Altra operazione importante è la solubilizzazione delle sostanze.

Soluzione: il modo di eseguire una soluzione senza l'intervento del calore consiste nel porre la sostanza in un mortaio di vetro o porcellana, nel polverizzarla e nell'aggiungere il solvente, agitando fino a perfetta soluzione, oppure nel porre la sostanza in un pallone o matraccio insieme al solvente e, chiuso questo, nell'agitarla fino a totale scomparsa. Se, invece, ci troviamo di fronte a sostanze insolubili (che

lasciano cioè nella soluzione un residuo) è proprio il caso delle piante e delle loro parti, le quali sono costituite da un numero grandissimo di principi immediati, non tutti solubili.
Allora, è necessario effettuare altri modi di soluzione:
- Macerazione: si esegue lasciando le piante, o le loro parti, per un tempo più o meno lungo (da 2-8 giorni, a seconda che il solvente sia l'acqua o l'alcool o il vino) a contatto con un liquido o solvente a temperatura ordinaria. La sostanza deve essere prima divisa, ossia tagliuzzata o grossolanamente polverizzata. La macerazione avviene in recipienti da tenersi chiusi ed il miscuglio, di tanto in tanto, deve essere agitato, infine, trascorso il tempo debito, va filtrato per separare la parte insolubile da quella solubile (macerato).

La macerazione è utile per estrarre principi solubili da sostanze contenenti materie volatili o alterabili dal calore, oppure quando il solvente stesso è volatile o alterabile.

Tra le soluzioni distinguiamo, poi, le tinture, quelle forme farmaceutiche, cioè, che si ottengono mediante la soluzione delle sostanze medicamentose, soprattutto di quelle vegetali.
Per la preparazione di queste si deve impiegare l'alcol puro e deve essere impiegato nelle proporzioni prescritte dalle stesse Farmacopee.
- alcol a 60% per tinture di aconito, arnica, china, digitale, genziana, lobelia, muschio, oppio, rabarbaro, valeriana
- alcol a 80 % per le tinture di cantaridi, noce vomica, benzoino
- alcol a 90% per la tintura di strofanto

In generale, il rapporto adottato dalle diverse Farmacopee tra la quantità di sostanza medicamentosa e quella dell'alcol è di 1:5, quando la sostanza non è molto attiva; di 1:10, quando la sostanza è fornita di molta attività.
Le sostanze, di cui si vuole ottenere l'alcolito, devono essere pure, quindi private delle parti alterate o guaste, ben conservate e secche, devono poi essere ridotte in piccoli pezzi o in polvere grossolana, a seconda dei casi. Per quanto riguarda i metodi di preparazione, si dà la preferenza alla macerazione, che si esegue in due parti: la prima serve per macerare la sostanza in metà dell'alcol, poi si cola e si spreme; la seconda serve per macerare la quantità residua della prima con l'alcol rimanente, quindi, si cola di nuovo e si spreme. Ogni volta la macerazione deve durare 4 o 5 giorni, ma anche se è lunga, ha il vantaggio di essere un'operazione a freddo, quindi, senza alterazioni delle sostanze per calore.
Anche nella Farmacopea Ufficiale, come in quella Omeopatica, si parla di enoliti, cioè le preparazioni che si ottengono per soluzione nel vino (detti anche vini medicinali). Un esempio di enolito semplice è quello di canfora, o vino canforato, che

si ottiene facendo agire una parte di alcool su di una di canfora, ed aggiungendo la soluzione alcolica a 45 p. di vino. Il vino utilizzato deve essere di qualità e puro, cioè che non abbia subito alterazioni spontanee, e può essere bianco o rosso: quello rosso è utilizzato per sostanze astringenti e toniche, quello bianco, invece, per sostanze contenenti principi precipitabili dall'acido tannico (per es. l'oppio); i vini liquorosi, cioè molto alcoolici tipo Marsala, si utilizzano, invece, per sostanze contenenti forti proporzioni di resine, oppure facilmente alterabili, come la scilla e lo zafferano.

Dall'Omeopatia, poi, proviene la preparazione dei granuli, annoverati anche nella Farmacopea Ufficiale. Fu infatti l'Omeopatia che per la prima volta ebbe l'idea di somministrare le dosi infinitesimali (per cui essa si distingue dalla Medicina allopatica) dei medicamenti sotto questa forma.

I granuli sono dei preparati di uso interno, che hanno la forma simile a quelle delle pillole, dalle quali si distinguono per la loro grande piccolezza, e sono vere e proprie pillole, oppure sono costituiti da un nucleo di natura medicamentosa, ricoperto di uno strato zuccherino. Il loro peso è di circa 0,02 gr, ma può variare da 0,03 a 0,05 gr.
Gli scopi di questa forma medicamentosa, la cui origine proviene dagli omeopati, sono diversi:
- innanzitutto, hanno lo scopo di nascondere il cattivo odore e sapore di certe sostanze medicamentose
- preservare dall'aria e dall'umidità
- sono facili da ingerire
- si possono dosare con esattezza le sostanze molto attive anche in quantità minime
- siccome la forma di granuli si applica per lo più alle sostanze fornite della più grande attività, come alcaloidi venefici, digitalina, anidride arseniosa, ecc., così si presta molto bene alla uniforme distribuzione delle sostanze e al loro dosamento, quindi ne facilita la razionale somministrazione.

Nella preparazione dei granuli sono indispensabili alcune precauzioni.
La prima è che le sostanze attive, spesso pericolose, devono essere pesate con grande esattezza. E siccome la quantità, che di esse è contenuta in un granulo è gr. 0,001 e anche meno, così per essere certi di pesarli esattamente bisogna preparare in una sola volta un gran numero di granuli (es. 100 o 200); in questo modo, la quantità delle sostanze attive, divenendo 100 o 200 volte maggiore di quella d'ogni granulo, si può pesare con maggiore precisione.
L'altra delle condizioni, cui si deve soddisfare per ottenere dei granuli ben preparati,

è l'uguale ripartizione del principio attivo in ciascun granulo. Perchè questo avvenga nel modo più perfetto possibile è d'obbligo polverizzare il principio attivo, aggiungervi poco a poco lo zucchero di latte, poi la gomma, triturando per lungo tempo per ottenere un miscuglio intimo ed omogeneo, il quale poi deve essere passato per un setaccio a maglie o rete non troppo fina, allo scopo di evitare la formazione di grumi nella massa. Questa poi si trasforma in massa pillolare e si divide in pillole col mezzo della pilloliera.
Per ottenere una ripartizione del principio attivo, lo si può anche sciogliere in un solvente (alcol, etere, cloroformio, acqua, ecc.), il quale deve essere adoperato nella quantità strettamente necessaria per ottenere la soluzione; poi, si versa goccia a goccia la soluzione sopra un po' di zucchero di latte, posto in un mortaio di porcellana, si aggiunge il resto dello zucchero a piccole porzioni triturando sempre, e poi la gomma arabica, si tritura per molto tempo fino ad ottenere un miscuglio omogeneo, ed infine si fa passare il miscuglio per un setaccio a maglia non troppo fina, per evitare, come già detto, la formazione dei grumi.
La polvere così ottenuta si trasforma poi in massa pillolare e quindi i granuli nel modo descritto.
Per accertarsi dell'omogeneità della massa, e che in questa la sostanza attiva sia uniformemente distribuita, può tornare utile l'aggiunta di una materia colorante. Se la massa è veramente omogenea, questa sarà in ogni suo punto ugualmente colorata.
In tempi passati, gli omeopati seguivano, però, un metodo che consisteva nel bagnare dei semi di papaveri o dei piccoli frammenti di zucchero con una soluzione alcolica, o acquosa della sostanza attiva, e poi nel far evaporare i veicoli con l'agitazione e col calore; infine, avvolgevano i frammenti di zucchero in un altro strato di zucchero e d'amido.
Da ciò, è possibile notare, che versando le soluzioni sui frammenti di zucchero, si aveva un assorbimento ineguale dei liquidi, e quindi avviene un'irregolare distribuzione della sostanza attiva, soprattutto se si trattava di sostanze estremamente venefiche, come la stricnina, l'anidride arseniosa, la digitalina, ecc...
L'uso dei granuli è divenuto molto frequente. Ma la Pharm. Ufficiale ha inscritto solo quelli di anidride arseniosa, mentre quella Belga e Gallica. Riportano anche le formule dei granuli di stricnina, di digitalina e di atropina; la Pharm. Belga ha inserito poi anche i granuli di aconitina.

Falsificazioni: se c'è una preparazione che dovrebbe essere preparata dal farmacista è certo quella dei granuli, forme medicamentose attivissime, e la cui bontà dipende dall'esatta ripartizione della sostanza attiva, nonchè dalla purezza della medesima. D'altra parte quelli che vengono somministrati dal commercio non sono di rado

sofisticati.

Farmacopea Omeopatica
Nella Farmacopea Omeopatica si prevede per la preparazione delle sostanze medicinali l'utilizzo, per lo più, di piante fresche.
Per ciascun rimedio è indicato il tempo di raccolta; qualora, non fosse indicato, si suppone che la pianta si raccolga nell'epoca in cui la sua virtù medicinale è maggiore, vale a dire:
- Le piante narcotiche durante la fioritura;
- Le altre al cominciare, o poco prima della fioritura.

Le piante da raccogliere devono essere sane, bene sviluppate, senza menda (cioè mondate), nette di polvere o di ragnatele, cresciute allo stato selvaggio nei siti più idonei al loro sviluppo. Si ricorre alle piante coltivate negli orti, solamente se chi ne ha fatto gli esperimenti, lo prescive. Ogni pianta si coglie in tempo sereno ed asciutto, quando la rugiada è dileguata. Le piante raccolte non devono essere ammassate; adibendole subito al loro scopo, affinchè serbino piena ed intatta la loro virtù.

Parti fresche delle piante: i frutti e i semi si raccolgono maturi, salvo alcune eccezioni.
Le parti legnose vengono raccolte prima dei bottoni.
L'erbe si devono tagliare al di sopra delle foglie radicali.
Si raccolgono le cortecce:
´ . Di alberi e di arbusti resinosi, prima, o al momento che spuntano le foglie.
´ . Dei non resinosi, in autunno.
Le radici si estraggono in un'epoca ben precisa per ciascun rimedio:
´ . Quelle delle piante annuali, prima che i semi maturino.
´ . Quelle delle piante biennali, nella primavera del secondo anno.
´ . Quelle delle piante perenni in autunno.
Dove l'istruzione parla di ramoscelli, usiamo i germogli dell'anno in corso.

Droghe, metalli, minerali, prodotti chimici ecc.
Prima di adoperare le droghe, i metalli, i prodotti chimici ecc nei farmaci omeopatici, è d'obbligo esaminarne la genuità e la purezza, secondo le regole conosciute.

Preparazione Tinture: si pesa la sostanza sminuzzata e vi si versano sopra cinque parti in peso di spirito di vino concentrato. Si noti, che le sostanze secche, sia vegetali che animali, dobbono polverizzarsi, gi animali freschi tritarsi finemente. Si mette il tutto in una bottiglia ben turata in luogo oscuro a temperatura ordinaria, lasciandola per 8 giorni (salvo eccezioni per lunghe macerazioni) e scuotendola due volte al giorno.

Indi, si versa, si spreme, e si filtra (es. Spigelia e Staphysagria)
Metodo di preparazione delle essenze: dalla piante fresche si ottiene il succo, che deve essere unito in parti uguali di alcool. Le piante vanno prima trattate, pestandole ed umettandole con spirito di vino, affinchè si possa sciogliere la parte solubile.
Le piante trattate per preparare le tinture contengono molto vischio mucillaginoso. Per quanto riguarda, invece, il trattamento delle tinture da droghe, questo risulta essere diverso, poichè bisogna prima ridurre in polvere grossa la sostanza, invece in polvere fina le sostanze cornee, come Ignatia e Nux Vomica. Le essenze e le tinture si riducono all'estrema attenuazione per mezzo della dinamizzazione: secondo Hahnemann, la dinamizzazione è l'operazione per la quale i farmaci sono mescolati con le materie indifferenti (alcool, ecc.) e diventano capaci di essere completamente assorbiti dall'organismo.
La quantità di un succo, di una droga, di un preparato chimico-farmaceutico, impiegata per una tintura, un'essenza, o una triturazione, è per Hahnemann l'elemento o l'unità concreta del farmaco. La prima potenza centesimale deve costantemente contenere una centesima parte matematica di quella unità, la prima potenza decimale, una decima.
Questo metodo nel tempo è andato in disuso, poichè parecchi farmacisti omeopatici dell'epoca preferivano preparare la prima potenza centesimale aggiungendo una goccia di tintura a 99 gocce di alcool, e la prima potenza decimale aggiungendo a 10 gocce di essenza o di tintura 90 gocce di alcool.
Ma ciò non era l'intenzione di Hahnemann. Per lui, infatti, il succo spremuto da una pianta, in peso o in volume, è l'unità del valore medicinale, che per l'aggiunta di un medesimo peso di alcool, subisce a volumi uguali, la diminuzione della metà.
Quindi, per formare la prima potenza centesimale, egli prendeva 2 gocce così composte e le attenuava con 98 gocce di alcool:
- dell'essenza dalla pianta fresca prendeva 6 gocce su 94 di alcool (rapporto 1:6)
- delle tinture dalla pianta secca prendeva 10 gocce in 90 di alcool

Tale metodo prevedeva già nella preparazione un'attenuazione decimale.

Metodo di preparazione dei metalli: la regola principale per i metalli è quella di ridurre la materia prima ad uno stato di polvere esile, che impiegata nelle triturazioni, si possa distribuire equamente in ogni punto della massa triturata. Ciò si consegue per una parte di tali sostanze col pestarle; per la maggior parte dei metalli col precipitarli.
Hahnemann si serviva dei metalli in foglie o in limatura, ovvero li riduceva con la mola in minutissime particelle. In seguito però si constatò, mediante osservazioni microscopiche, che questo mezzo di riduzione è molto imperfetto, perché il metallo

perde della sua purezza nell'accogliere particelle di ferro, o di cote.
La distribuzione uniforme della materia elementare fu riscontrata solo nelle triturazioni, preparate dai precipitati. È perciò che si usano questi, senza deviare di molto dal metodo utilizzato da Hahnemann, in quanto solamente da questi si ottengono preparati sempre costanti.

Operazioni di misura: due sono le scale adottate in omeopatia: la centesimale e la decimale.

a) Scala centesimale
Questa scala introdotta da Hahnemann è la più usata. Il cui principio è che la prima attenuazione deve contenere 1/100 dell'unità concreta medicinale; e le successive ciascuna un centesimo dell precedente. Ma siccome le essenze, le tinture e le soluzioni sono preparate secondo regole varie, e il potere medicinale vi si riscontra in proporzioni quantitative ineguali, ne segue che per formare la prima attenuazione, la quantità di tintura madre, di soluzione, o di essenza, non è sempre nella stessa proporzione con la quantità della sostanza indifferente (spirito di vino…) mescolatevi, mentre nelle attenuazioni successive, si mantiene costante il rapporto di una goccia di peso dell'attenuazione precedente in 99 gocce o parti in peso della materia indifferente. Le indicazioni concrete si ritrovano poi nei relativi paragrafi, che indicano esattamente le proporzioni da osservare in ciascuna attenuazione.

b) Scala decimale
Vivente Hahnemann, s'introdusse un altro metodo, che trovò molti aderenti fra i medici omeopatici, cioè quello della scala decimale. Nel preparare i farmaci secondo questa scala si parte dal principio, che la prima attenuazione debba contenere 1/10 dell'unità concreta medicinale, e che le attenuazioni successive abbiano ciascuna 10 gocce o 10 parti in peso sopra 90 gocce o in parti in peso del veicolo indifferente.
La scala decimale fu introdotta dal dr. Costantin Hering di Filadelfia, mentre dal dr. Vehsemeyer di Berlino si ebbe un'esposizione più chiara dei principi ai quali si appoggia. Nel Volume IV dell'Igea, p 547 egli si esprime in proposito così "chi si addestra nell'esame del rapporto progressivo posto da Hahnemann per l'attenuazione dei farmachi, vi scopre molti difetti, e particolarmente i salti molto sensibili dall'una all'altra attenuazione. Per questa ragione, da un anno in qua incominciai a preparare i miei rimedi in proporzioni alquanto indifferenti da quelle di Hahnemann, e ne ottenni un successo sì soddisfacente, che non posso fare a meno di presentare all'esame ed alla critica dei miei colleghi il rapporto progressivo di cui mi avvalgo (il metodo fu adottato da Noack, Griesselich, Segin, Simpson, Trinks, helbig.)"

E qui descrive il processo d'attenuazione, secondo la scala decimale:

Attenuazioni Decimali	Loro Valore Quantitativo	Corrispondenti all'attenuazione Centesimale di Hahnemann
1.	1/10	-
2.	1/100	1.
3.	1/1000	-
4.	1/10000	2.
5.	1/100000	-
6.	1/1000000	3.

Tabella 1

...e così di seguito.
"Per tal modo", egli prosegue, "con una facilissima operazione aritmetica, si passa dalle mie attenuazioni alle corrispondenti di Hahnemann, e viceversa. Moltiplicando per due il numero arabo dell'attenuazione hahnemanniana, si ottiene il numero dell'attenuazione decimale equivalente, e dividendo per due il numero della mia attenuazione, se il calcolo non lascia alcun residuo, si ottiene il numero dell'attenuazione hahnemanniana equivalente. Se ha un residuo, vuol dire che manca la corrispondente attenuazione." Così Vehsemeyer.

Attenuazione delle sostanze liquide.
Questa operazione deve essere eseguita in una stanza preservata dai diretti raggi solari. Le ampolle, o bottiglie utilizzate devono essere rotonde, con labbro piano e largo a bordo tagliente, e devono avere una capacità doppia del liquido che costituisce un'attenuazione. Il nome, ed il numero dell'attenuazione che la boccetta è destinata a contenere, si marca sul turacciolo, e sulla bottiglia; e innanzi al numero che la centesimale con la lettera C. e la decimale con la D. il processo delle attenuzioni è il seguente.

α. Scala centesimale fino alla trentesima attenuazione:
si schiera la serie delle boccette, col nome dei rimedi e coi numeri C. 1-30. Si versa in ciascuna bottiglia il veicolo a norma del rispettivo paragrafo, avvalendosi del contagocce, e facendolo bene sgocciolare; dopo di che le bottiglie si turano. Si prende quindi la tintura, o l'essenza, e se ne stilla quell'esatto numero di gocce che è prescritto al paragrafo rispettivo, nella bottiglia destinata alla prima attenuazione; si chiude bene col turacciolo; se ne scuote il contenuto con dieci colpi vigorosi d'alto in basso. Quindi si apre e se ne stilla una goccia nell'altra segnata C 2, si turano entrambe, si rimette la prima a suo posto; si prende la seconda e se ne compie la dinamizzazione nel modo tenuto per C1 ossia con dieci scosse vigorose d'alto in basso. Mettendo una goccia di questa seconda potenza nella boccetta segnata C3., e scuotendola per dieci volte, si ottine la terza potenza segnata come sopra, e così si prosegue a compiere le attenuazioni delle rispettive boccette, versando ciascuna volta una goccia dell'attenuazione precedente nella boccetta successiva, ed agitando quest'ultima con dieci scosse.

β. Scala centesimale oltre la trentesima potenza. (alte potenze)
le alte potenze fino alla 200 e oltre, si devono preparare come le centesimali ad´ , ciscuna con dieci scosse.

Triturazione delle sostanze secche (fino alla 3 potenza centesimale e 6 decimale)
Le sostanze secche, vale a dire quelle dalle quali, giusta le regole omeopatiche, si deve estrarre l'unità medicinale, mediante la triturazione con lo zucchero di latte, devono essere preparate in un sito caldo ed asciutto. Prima del lavoro conviene, come al solito, accertarsi della nettezza degli apparecchi, marcare le boccette ed i turaccioli con la lettera C o D che si propone al numero della potenza secondo la scala che si vuole eseguire, centesimale o decimale. Le regole da osservarsi nella triturazione.

α. Per la scala centesimale
sono da Hahnemann nella sua opera "delle malattie croniche" vol I, pag 183, indicate con tanta chiarezza, che noi le riportiamo testualmente: "in un mortaio di porcellana, il cui fondo sia spolito da sabbia umida, si mette dapprima un granello della sostanza medicinale insieme a circa un terzo di 99 granelli si zucchero polverizzato. Il tutto si mescola alquanto con una spatola di porcellana, e si tritura con qualche forza per 6 minuti; indi per quattro minuti dal fondo del mortajo e dal pestello (parimenti spolito) si raccoglie, affinchè la miscela sia omogenea e questa si tritura nuovamente con la medesima forza per 6 minuti. Raschiata di nuovo per 4 minuti, vi si aggiunge il secondo terzo; si rimesta per un istante la massa che ne risulta; si tritura con eguale forza per 6 minuti, e dopo averla raschiata per 4 minuti si unisce all'ultimo terzo di zucchero di latte, mescolandola bene, per quindi triturare fortemente il tutto per 6 minuti, raschiarlo per 4, tornarlo a triturare per 6 ed infine raccoglierlo accuratamente "questa è la prima triturazione, potenza o attenuazione."
"a preparare la seconda triturazione, si pone un granello del precedente in un terzo di 99 granelli (33granelli) di zucchero di latte in polvere, si rimesta nel mortajo in maniera, che ciascuna terza parte venga triturata fortemente due volte per sei minuti. Dopo ciascuna di queste operazioni, si raschia per 4 minuti prima che vi si mescoli il secondo terzo di zucchero di latte. Così si procede con questa massa prima di

aggiungervi l'ultimo terzo, che unito al resto verrà del pari due volte triturato per 6 minuti, e poscia raccolto e riposto in una bottiglia che verrà turata. Similmente si procede con un granello della seconda triturazione per ottenere la terza. Triturando bisogna premere forte; però non tanto, che lo zucchero polverizzato si attacchi molto lentamente al fondo del mortajo e che possa venire raschiato in 4 minuti.

β. Scala decimale
per fare la triturazione secondo la scala decimale, si tiene lo stesso metodo accennato sub´, con la differenza che si triturano dapprima 10 parti in peso della sostanza grezza con 30 parti in peso di zucchero di latte, due volte per 6 minuti, alternate con due rasciature di minuti ciascuna. Si aggiungono poi altre 30 parti di zucchero di latte, e si triturano due volte per 6 minuti, raschiando ciascuna volta il tutto 4 minuti; infine 30 parti di zucchero, per triturarne alla stessa guisa il prodotto che è la prima triturazione. Dieci granelli della prima triturazione, commisti, mercè il precedente processo, a 30 granelli di zucchero di latte, ripetuti 3 volte (cioè in tutto 90 granelli). Formano la seconda triturazione; 10 parti di questa con 3 volte 30 parti di zucchero di latte formano la terza, e così si continua fino alla sesta inclusa, aggiungendo per ogni volta 10 parti in peso della precedente triturazione a 90 parti in peso di zucchero di latte.

Attenuazioni in globuli
I globuli vengono posti in un bottiglia non troppo piccola, nella quale debbono occupare i due terzi, poi vi si stilla sopra l'attenuazione, si tura la bottiglia, e si scuote per modo che tutti i globuli vengano umettati uniformemente. Quindi si capovolge la bottiglia, lasciandola così da 9 a 12 ore, poi si smuove un poco il turacciolo, e se ne lascia colare il liquido raccolto nel collo. In pochi giorni i globuli si asciugano, e possono essere distribuiti in boccettine.
Le attenuazioni basse a spirito di vino diluito non possono usarsi per aspergere i globuli, e laddove quelle si prescrivano, conviene prepararle fresche in spirito di vino concentrato.
Un altro metodo fu additato di Hahnemann nella sua opera "delle malattie croniche" vol I pag 187." I globuli si pongono in una capsula ben pulita di porcellana più profonda che larga, e vi si stillano tante gocce di attenuazione quante bastano a penetrare fino al fondo del vaso ed umettare tutti i globuli in un minuto. Si capovolge la capsula riversandone il contenuto, tutto in un mucchio su di un foglio netto ed asciutto di carta bibula, lasciandovelo per qualche tempo, finchè ne venga assorbito il liquido superfluo. Indi si distende la massa, sparpagliando i globuli, affinchè tosto si asciughino. Asciutti che sieno, si conservano in vase chiuso, portante l'indicazione del contenuto"
Secondo Hahnemann (organo, 4 ed pag 296) la virtù medicinale dei globuli si mantiene dai 18 ai 20 anni, purchè sieno difesi dal calore e dalla luce del sole, e le bottiglie si aprano in luoghi dove non sieno né odori, né polvere.

Soluzioni acquose: una parte di sostanza in nove d'acqua distillata.
Soluzioni alcoliche: due parti di sostanza con nove di spirito di vino concentrato (Guajaco)
Triturazione di sostanze medicinali secche (Arsenicum)
Triturazione di sostanze liquide (Petroleum)
Triturazione delle sostanze fresche vegetali ed animali (vedi Malattie croniche, Agaricus)

Risultati

In definitiva, ritroviamo delle differenze nella tecnica farmaceutica tra le due Farmacopee:
1. nella FU sostanzialmente si utilizzano le sostanze vegetali per lo più allo stato secco, mentre nella FO allo stato fresco;
2. nella FU, per la preparazione delle tinture madri, si utilizza un grado alcoolico differente, specificato per ogni sostanza, mentre nella FO viene riconosciuto come "sostanza indifferente" principale lo spirito di vino e non l'etanolo a gradi alcoolici diversi; in FU, le sostanze preparate con soluzione nel vino, vengono denominati enoliti, e non tinture madri;
3. nella FU la preparazione dei granuli prevede un'importante esattezza della quantità di sostanza utilizzata, poichè altamente venefica; inoltre, il metodo utilizzato per prepararli si differenzia da quello della FU, poichè il principio attivo viene mescolato con lo zucchero di latte direttamente nel mortaio, pestando ed aggiungendo poco a poco il restante eccipiente, così da poter distribuire uniformemente la sostanza; dalla massa pillolare, poi, si divide in in pillole più piccole;
4. nella FU i granuli vengono bagnati dalla soluzione proveniente dalla tintura madre, fatti assorbire bene, per poi farla evaporare, e procedere con le successive attenuazioni; da ciò, è possibile notare, che versando le soluzioni sui frammenti di zucchero, si aveva un assorbimento ineguale dei liquidi, e quindi avviene un'irregolare distribuzione della sostanza attiva.

Le analogie, invece, sono:
1. nomenclatura molto simile;
2. divisione, delle sostanze medicamentose nei tre regni;

3. macerazione, dopo attenta mondatura, delle sostanze vegetali fresche;
4. polverizzazione delle sostanze secche;
5. conservazione in luoghi riparati da eventuali cause di alterazioni delle sostanze ed avvertenze nella preparazione, tramite i locali e gli utensili ben precisi;
6. usi clinici (come riporteremo in seguito con degli esempi specifici).

Saranno confrontati, a titolo esemplificativo, Belladonna, Cantharis e i Mercurius. Sarà dato ampio spazio alle informazioni contenute sulla farmacopea ufficiale italiana, soprattutto per l'importanza storica e nella maggior parte dei casi, sarà riportato pressocchè integralmente il testo, anche senza virgolettarlo; la sintomatologia omeopatica, in quanto nota, non sarà riportata.

(Belladonna, Google Immagini)

ATROPA BELLADONNA

Nella Farmacopea Ufficiale la belladonna era uno dei più importanti medicamenti, una pianta erbacea perenne dei luoghi ombrosi soprattutto dei monti.

Cenno storico: venne definita Atropa per le sue proprietà velenose mentre la Belladonna derivava dal fatto che questa pianta si adoperava per molte preparazioni cosmetiche. Difatti si usava molto nel 1700 sotto forma di unguento, polvere, ecc. ma molti furono anche i casi di avvelenamento dovuti all'ingestione delle bacche di belladonna somiglianti alle ciliegie. Intorno al 1830 vennero scoperti i veri principi attivi di questa pianta che sono l'atropina e la giusquiamina, ma l'atropina era la più importante, per l'azione fisiologica, per le applicazioni terapeutiche, e anche per le proprietà tossiche della pianta che venivano quasi interamente riferite ad essa.

Proprietà fisico-chimiche: Le parti della pianta che si utilizzano sono le radici e le foglie che contengono circa lo 0.5% di giusquiamina e di atropina raccolte in estate. Le radici forniscono atropina in proporzione variabile, le giovani ne sono più ricche. La quantità massima di 0.6% ottenuta da una radice grossa, le grosse radici di 7-8 anni

contengono 0,25-0,31%, questo sta ad indicare che l'alcaloide si trova nella scorza. La radice deve essere raccolta nell'epoca della fioritura della pianta; tagliata nel senso della lunghezza poi di traverso in pezzi per farli disseccare. Le foglie di belladonna raccolte in estate venivano disseccate e conservate in vasi ben chiusi. Per poter riconoscere l'atropina nell'estratto di belladonna o in altri preparati farmaceutici si opera come segue: viene sciolto l'estratto nell'acqua si acidifica con acido cloridrico e si precipita con il reattivo di Mayer (iodomercurato di potassio), raccolto il precipitato e sospeso nell'acqua si tratta con qualche goccia di ammoniaca e si estrae con cloroformio, il quale evaporato, lascia un residuo che da reazione con acido nitrico e potassa alcolica (reazione di Vitali), poi per evitare di confonderlo con la giusquiamina si fa cristallizzare l'alcaloide per poi esaminarlo al microscopio, infatti l'atropina cristallizza in aghi prismatici rombici.
Come detto in precedenza già nel 1700 la belladonna veniva usata in medicina sotto diverse forme. Si usò la polvere della pianta intera e specialmente della radice; era molto conosciuta la polvere di Wetzler che si componeva della polvere di radice di belladonna e della polvere di liquirizia o zucchero. Si adoperavano l'estratto acquoso, estratto idroalcolico, la tintura alcolica o eterea, lo sciroppo, l'infuso, ecc. si preparò anche l'olio di belladonna. Si fece anche un estratto con i semi. Con la scorza della radice si preparava la polvere. Insomma la belladonna si usò in tutte le forme farmaceutiche. Ma di queste le più usate erano i preparati fatti con le foglie e la radice e principalmente l'estratto, la polvere, lo sciroppo, la tintura e la pomata. Le preparazioni farmaceutiche della belladonna usate in farmacia erano: l'estratto delle foglie, le foglie polverizzate, la radice polverizzata. La radice di belladonna si trovava nelle farmacie in pezzi grossi, semplici o ramificati. La scorza si presentava grigio-bruna, pallida, fortemente striata per lungo, internamente biancastra con marmorizzazione brune. La radice ben secca dava una polvere biancastra dovuta alla presenza di fecola e di piccoli cristalli d'ossalato di calce. Di tutti gli alcaloidi la più importante era l'atropina che si trovava inscritta libera o sotto forma di sale in tutte le Farmacopee. L'atropina C17H23NO3 cristallizza in aghi setacei, prismatici, senza colore, inodore, molto amari. Si fonde a circa 115o, si volatilizza a 140o, decomponendosi in parte. Solubile in acqua, assai più nella bollente, solubilissima nel cloroformio, meno solubile nell'alcol, poco nell'etere, solubile negli oli grassi. È otticamente inattiva. La soluzione ha reazione alcalina. Si scioglie nell'acido solforico concentrato e non si colora neppure dopo l'aggiunta di alcune gocce di acido nitrico. Neutralizzata con acido cloridrico e trattata con cloruro d'oro da un precipitato oleoso che dopo qualche tempo si rapprende in cristalli che si fondono a 1350-137o. Veniva sciolta nell'acido nitrico concentrato e scaldato dapprima all'ebollizione, evaporato fino a totale eliminazione dell'acido, lasciava un residuo che prendeva colorazione rosso-violaceo con alcune

gocce di potassa caustica sciolta nell'alcol. Una goccia di soluzione di atropina al 2% dilatava assai e durevolmente la pupilla. La soluzione non deve precipitare col cloruro di bario, ne con l'ossalato d'ammonio. Bruciata non lascia residuo.

Estrazione: molte Farmacopee descrivono il metodo di estrazione dell'alcaloide. Ad esempio Rabourdin estraeva l'atropina nel modo seguente: in un mortaio si triturava la belladonna fresca raccolta sul principio della fioritura, si premeva e si scaldava il succo a 800-900 per coagulare l'albumina. Chiarificato il succo e raffreddato si aggiungevano 4gr di potassa caustica e 30gr di cloroformio per litro, poi si agitava per un minuto e si lasciava a sé. Il cloroformio verdastro si lavava ripetutamente con acqua sino a che questa risultava limpida e la soluzione cloroformica si distillava a b. m. Il residuo si riprendeva con poca acqua acidulata con acido solforico che scioglieva l'atropina lasciando la resina verde; Il liquido passava incolore. Questo trattato con lieve eccesso di carbonato potassico ed il precipitato si cristallizzava dall'alcol per evaporazione spontanea. Gerrard, Pesci, Procter, ecc. avevano modificato il metodo di estrazione dell'atropina. Generalmente si estraeva dalle radici che venivano seccate di 2-3 anni e ben polverizzate. Queste si trattavano per due volte con alcol a 900, si filtrava e si aggiungeva un po' di calce spenta. Dopo 24 ore si filtrava, si trattava con acido solforico diluito, fino a debole reazione acida e dopo formazione dei cristalli di solfato di calcio si distillava a b. m. ed il residuo si dibatteva con etere di petrolio per togliere grassi, ecc. La soluzione cosi depurata si trattava con il carbonato di potassio fino a lieve resa alcalina che cominciava a dare un lieve intorpidimento. Si lasciava allora il tutto a sé per 24 ore, il deposito era materia resinosa e non atropina. Alla fine si aggiungeva un eccesso di carbonato potassico e precipitava l'atropina. L'atropina grezza si raccoglieva dopo 24 ore si spremeva si asciugava fra carta, con poca acqua, poi si spremeva ancora, scolorendo con poco carbone. Si filtrava, poi si aggiungevano circa 6 vol di acqua, lasciando il liquido a se l'atropina si depositava in forma cristallina. Per prolungato riscaldamento della atropina e dell'acido tropico a b. m. con acido cloridrico diluito si otteneva dell'atropina: C9 H10 O3+C8 H15 NO8=C17 H23 NO3+H2 O. La giusquiamina scaldata per 6 ore al suo punto di fusione si trasformava in atropina. Se ad un grammo di giusquamina sciolto in 10 gr di alcol si aggiungeva una goccia di soluzione alcolica di soda, dopo due ore era tutta trasformata ad atropina. Questa reazione avveniva anche per azione del carbonato sodico ed assai più lentamente con l'ammoniaca. E quindi evidente che quando si estraevano gli alcaloidi dalle Solanacee e che si mettevano in libertà con alcali e poi si scaldava, la giusquiamina doveva trasformarsi in atropina. L'atropina è una base monoacida che neutralizza bene gli acidi e forma dei sali che non cristallizzano facilmente e sono solubili in acqua e alcol ma non nell'etere. L'atropina scaldata con acido solforico concentrato sviluppa odore debole di fiori d'arancio se si scalda la miscela fino ad imbrunimento poi si aggiunge un egual volume d'acqua manifesta l'odore della spirea o del biancospino. Evaporando l'atropina con alcune gocce di acido nitrico fumante, fino a secco ed a b.m. si ottiene un residuo giallo che trattato con soluzione alcolica di potassa da una bella colorazione violetto-rossastra. Sono solo tre i Sali di atropina adoperati in terapia : il solfato, il valerianato ed il salicilato. Il solfato di atropina si prepara mescolando in una capsula di porcellana l'acido solforico con alcol, si aggiunge a poco a poco agitando l'atropina fino a che la soluzione diventa neutra o lievemente alcalina. Concentrato il liquido a non più di 50 fino ad un terzo del proprio volume, a si abbandona in luogo caldo fino a secchezza. Il residuo si scioglie in circa 20 volte il suo peso di alcol assoluto; ed il liquido si lascia evaporare spontaneamente in luogo caldo. Una polvere cristallina bianca, formata da fini aghi riuniti, inodore, di sapore amarissimo. Si fonde a 1830, solubile in acqua, in alcol ed in alcol assoluto; quasi insolubile in etere, cloroformio e benzolo. La soluzione deve essere neutra e precipitare col tannino e con acido picrico. La soluzione 1:20 precipita con alcune gocce di soia o di potassa, non deve precipitare con l'ammoniaca. Bruciato non lascia residuo.0,25 gr di solfato d'atropina sciolti in acqua acidulata con poche gocce d'acido cloridrico e trattata a b. m. con cm37,39 di soluzione di cloruro baritico, da un precipitato ed il liquido filtrato non deve più intorbidire con il cloruro di bario, né con l'acido solforico diluito. Per determinare la sua purezza vengono effettuati dei saggi ovvero il solfato di atropina trattato con acido solforico concentrato non si deve colorare, nemmeno dopo aggiunta di acido nitrico. Valerianato di atropina C17 H23 NO3.C5 H10O2+1/2 H2O sono cristalli incolore igroscopici, di debole odore di acido valerianico. Solubili in acqua e nell'alcol con debole reazione alcalina. Facilmente scomponibile. Salicilato di atropina C17H23NO3.C7H6O3 ottenuto per neutralizzazione di soluzioni alcoliche di atropina e di acido salicilico forma una polvere bianca cristallina, non facilmente solubile nell' acqua.

Azione fisiologica: l'azione dell'atropina si manifesta su diverse parti del sistema nervoso centrale e periferico. Nell'uomo i fenomeni di eccitazione cerebrale sono molto spiccati e nei casi di avvelenamento, si ha irrequietezza, eccitazione, impulsi motori, tremori passeggeri degli arti , con il crescere della dose si ha un vero e proprio delirio, allucinazioni ed accessi di furore. A questo periodo di eccitazione segue una grande depressione delle funzioni cerebrali, si ha coma, perdita completa della coscienza e della sensibilità. Piccole dosi sono sufficienti a paralizzare le terminazioni intracardiache del vago, ed il cuore batte con straordinaria frequenza. Contemporaneamente si ha un'elevazione della pressione dovuta in parte alla maggiore frequenza dei battiti, in parte ad una irrigazione del centro vasomotore. Dosi forti invece paralizzano i gangli

motori del cuore e lo stesso muscolo cardiaco, e si avrà un abbassamento progressivo della pressione dovuto in parte anche a una diminuita irritabilità del centro vasomotore e diminuita eccitabilità dei nervi e muscoli vasali. Possiamo quindi ritenere che a piccole dosi irriti il centro vasomotore, a forti ne diminuisca l'eccitabilità. A dosi medie porta costrizione dei vasi cerebrali e dilatazione dei vasi periferici. Abbassa l'eccitabilità delle cellule gangliari che presiedono i movimenti intestinali e la paralisi viene preceduta da un rinforzo delle contrazioni. Per l'utero l'atropina comporta analogamente che sull'intestino: a dosi forti paralizza gli apparecchi nervosi motori, mentre la fibra muscolare conserva la su eccitabilità. Un altro utilizzo dell'atropina fu quello praticato dai chirurghi prima della cloroformizzazione. Alcuni adoperavano l'atropina sola, altri l'accoppiavano alla morfina. Un'altra applicazione che si connette alla precedente è nelle malattie di cuore e più propriamente in casi di asistolia acuta. Dall'atropina si possono trarre applicazioni terapeutiche per combattere tutti o alcuni dei fenomeni più pericolosi dell'avvelenamento per morfina, muscarina, acido cianidrico, cloralio e pilocarpina. Dall'azione antisecretoria dell'atropina si hanno utili applicazioni contro la scialorrea e contro il profuso sudore. Essa oltre che nelle suddette, certamente agisce anche sulla secrezione mucosa dei bronchi e però può riuscire giovevole in casi di bronchiti croniche accompagnate da profusa secrezione di muco. Usata in molte malattie come l'epilessia, essa aumenta l'eccitabilità della corteccia cerebrale.

Usi terapeutici: L'applicazione più comune dell'atropina è nella malattia dell'occhio come collirio sia per dilatare la pupilla per facilitare l'esame oftalmoscopico che come mezzo curativo proprio. L'atropina veniva usata in terapia quasi esclusivamente come solfato e poiché la sensibilità individuale era molto variabile, cosi era prudente incominciare sempre con dosi molto piccole di gr 0,0001 per arrivare a gr.0,001, si vedevano subito ben tollerate le prime dosi. Interamente veniva somministrata in pillole, e di rado in soluzione per l'oculistica; soluzioni all'1 per 1000 si adoperavano pure per iniezioni ipodermiche.

Differenti sono le metodiche di preparazione della Farmacopea omeopatica come anche le parti della pianta che venivano trattate: le bacche verdi, bacche mature, la radice fresca e i semi secchi. Per ottenere l'essenza dalla pianta fresca o dalle bacche ancora verdi, da quelle mature, dalla radice fresca raccolta in autunno si prende la pianta o una delle sue parti viene triturata in poltiglia fina, spremuta in un mezzo di tela nuova. Il succo ottenuto si mescola con forti scosse a pesi uguali con spirito di vino concentrato. Questa miscela si lascia per 8 giorni (chiusa in un recipiente di vetro), in luogo oscuro e fresco; poi si filtra. Invece per ottenere la tintura dei semi

appena secchi si effettua prendendo la sostanza sminuzzata e vi si versano sopra 5 parti in peso di spirito di vino concentrato. Evidenziando che le sostanze secche, devono essere polverizzate. Si mette il tutto in bottiglia ben chiusa in luogo oscuro a temperatura ordinaria lasciandola per 8 giorni e scuotendola due volte al giorno. Poi si versa, si spreme e si filtra.

(Cantharis, Google Immagini)

CANTHARIS

Cantharis vesicaloria (Lytta Fabricins, Meloe) insetto coleottero (Fam.Meloide), che vive in numerose colonie di preferenza sui frassini, e si raccoglie alla fine di maggio e in giugno.

Lunga cm 2-3 mm 6-8, con testa cordiforme ed antenne nere, filiformi, torace quadrato e ristretto, addome cilindroide lungo; sei arti terminati da uncini bifidi, due ali membranose, trasparenti, bruniccie, e due elitre finamente sericee, la testa, il torace, l'addome e le elitre sono d'un verde dorato brillantissimo con riflessi azzurri. Odore particolare, sapore prima amaro, caldo, infine irritante.

Le cantaridi devono essere bene essiccate, conservate in vasi chiusi ed in luogo asciutto.

Contengono in media 0,5% di cantaridina $C_{10}H_{12}O_4$.

Cenno storico: questo nome è di origine greca, deriva dalla parola greca.

Questo insetto si trova infatti ricordato da Discoride ma è cosa molto dubbia, che i Greci con questo nome abbiano voluto indicare la vera cantaride, cioè quella di cui noi facciamo uso per le diverse preparazioni farmaceutiche e ciò si deduce dal fatto, che il suo ricordato naturalista greco consigliava di raccogliere le cantaridi nei frumenti, soggiungendo, che le migliori di tutte, sono quelle, le cui ali sono attraversate da righe gialle. È noto questo insetto sotto il nome volgare di Musche di Spagna (Muscae hispanicae). Ma questa denominazione è doppiamente inesatta: innanzitutto perché la cantaride non è un a specie di mosche, bensì un coleottero della famiglia delle Meloi-

dee (Vesicantia): in secondo luogo, perché sebbene compaia anche nella Spagna, pure questo insetto non è esclusivo di questo paese, ma è assai diffuso nell'Europa centrale e meridionale, e specialmente in alcune località dell'Austria-Ungheria della Romania, nella Russia meridionale, la quale somministra la massima parte di cantaridi ai paesi dell'Europa del Sud. Esse formano uno dei principali articoli di commercio sui mercati di Pultawa e Nischni Nowgorod. Trovansi anche presso di noi spesso nella stagione estiva, da maggio a giugno, specialmente in Sicilia.

Raccolta: questi insetti vivono di preferenza sui frassini e sopra altre piante della famiglia delle Oleacee e Caprifogliacee (Ligustro, Sambuco, ecc..) ed anche sugli aceri, sui pioppi e larici. In alcuni anni vi compaioni in colonie straordinariamente numerose. Nelle foreste delle indicate località e tale la loro abbondanza, che la loro presenza è a grandi distanze avvertita dall'odore penetrante e nauseoso, che loro è proprio. Ecco come si procede alla loro raccolta: si prevale della circostanza, che questi insetti nelle prime ore del mattino stanno sui loro alberi, intorpiditi ed intirizziti ancora pel freddo della notte. Scuotendo le piante e battendole con verghe, essi cadono e sono ricevuti entro lenzuoli o su di un drappo qualunque. Sono poi subito introdotti in bottiglie a larga apertura, contenenti dell'etere, o del cloroformio, o del solfuro di carbonio, della benzina o dell'essenza di trementina, per azione dei quali agenti muoiono asfissiati. Si possono altresì uccidere con vapori dell'aceto, esponendoli a questi rinchiusi in tela, che scuotono o battono con verghe gli alberi che attendono alla loro raccolta od uccisione debbono portare al viso una maschera e guanti alla mano per ripararsi da danni eventuali. Si lasciano per 36 ore queste bottiglie in luogo tiepido, e poi si fanno asciugare le cantaridi al sole sopra setacci, oppure al calore di stufa, o meglio ancora a temperatura di 25°-30° sopra la calce caustica. Coll'essiccamento p. 10 di cantaridi fresche si riducono a p. 3,9-4,3.

Caratteri zoologici: ai caratteri riportati dalla Farmacopea aggiungeremo i seguenti. La forma è oblunga. I limiti di lunghezza fissati da alcuni naturalisti sono di cm 1,5-2,5 e di larghezza di mm 5-8. Nella sommità della testa, che è quasi cuoriforme, si osservano una profonda scannellatura, delle punteggiature fine e dei peli di color bianco grigio: gli occhi sono bruni e semireniformi. Le antenne, la cui lunghezza, è circa la metà dell'intero corpo, sono composti di undici articoli, il primo dei quali è ovide e rigonfiato, il secondo ha forma anular ed è piccolissimo e gli altri sono allungati; l'ultimo è fornito di peli e lungo quanto tutti gli altri riuniti assieme. La testa è più grossa del corsaletto; il protorace è di forma quasi quadrata. L'addome è formato da otto articoli, e ricoperto superiormente nella parte esterne da due ali (elittre) di un bel color verde dorato splendente, con finissime increspature, che sono lunghe quanto l'addome e le quali ricoprono altre due ali flessibili, di color bruno e trasparenti. Di color verde dorato la testa e il torace; il colore dell'addome tende all'azzurro, quello delle antenne è nero. I sei arti sono pelosi: i quattro anteriori hanno 5 articoli, i due posteriori 4; le estremità di tutti sono bifide. Il maschio è più piccolo e di un colore giallo verde ed in vicinanza dell'ano un'appendice di due articoli. Il peso della cantaride è di gr 0,08-0,1.

Alterazioni: le cantaridi, sebbene contengano un principio venefico, quale è la cantaridina, pure sono invase, quando non siano ben conservate, da parassiti, che, cibandosene, ne distruggono a poco a poco tutte le parti molli al punto da ridurle in una massa polverosa, nella quale non è più riconoscibile l'insetto, e che non ha più potere vescicatorio. Questa distruzione è operata da vermi, dalla larva di una tignuola, la Tinca fluvifrontella e da diversi coleotteri, quali l'Antherenus musco rum, l'Hoplia farinosa, ecc.

Conservazione: La prima condizione per preservare da queste alterazioni le cantaridi è di privarle dell'umidità e di difenderle da essa. È indispensabile di disseccarle perfettamente e di tenerle in recipienti ermeticamente chiusi. Quando si abbiano a disposizione stufe di continuo riscaldate, giova allora alla loro conservazione il tenervele racchiuse in sacchetti di carta. Per difenderle dalla corrosione del tarlo, torna vantaggioso il metter nei vasi, in cui si conservano, un po' di canfora o naftalina, come pure un po' di acido acetico o di etere di petrolio, di cui si imbeve un po' di cotone.

Usi farmaceutici ed avvertenze.: numerosi sono gli usi farmaceutici della cantaridi. Prima di indicarli premetteremo, che il farmacista deve adoperare sempre cantaridi adulte e bene sviluppate, e scartare le piccole, poiché queste non contengono piccola quantità di cantaridina. La Pharm. Uff. adotta solo 3 preparazioni farmaceutiche di cantaridi e queste sono: la Tintura alcolica, l'Empiastro e l'Empiastro mite di cantaridi o Mosche di Milano. Le cantaridi naturalmente debbono essere impiegate in polvere.
La polverizzazione deve essere eseguita con molte precauzioni allo scopo di evitare, che il pulviscolo, sollevandosi dal mortaio o dai setacci, non irriti gli occhi, le mucose della bocca e degli organi respiratori. Quindi è bene, che il mortaio sia ben coperto, che i setacci siano ben chiusi e che la persona, che prepara la polvere abbia il viso difeso da una maschera e le mani coperte da guanti. Il setaccio, che serve per le cantaridi, non deve servire per nessuna altra sostanza. Così pure nella preparazione degli empiastri, pei quali occorre calore, fa d'uopo ben riparare gli occhi. Oltre a queste preparazioni officinali ne sono usate altre, diverse secondo le varie Farmacopee e così l'olio cantaridato, l'etere cantaridato, l'aceto cantaridato, il colloido cantaridato, l'empiastro di Metereo cantaridato, l'unguento cantaridato, l'empiastro cantaridato o vescicatorio perpetuo di Jonin e la pomata di Dupuytren.

Raramente è adoperata la cantaridina, e quando la si adopera, essa lo è per lo più sotto forma di pomata epispastica, della quale si fa ordinariamente uso dopo l'impiego dell'empiastro cantaridato sulla parte denudata, onde impedire la cicatrizzazione e continuare l'azione irritabile e revulsiva. Preparasi con essa cantaridina di Saint-Bois.

Preparazione: diversi sono i metodi di estrazione. Si trattano le cantaridi polverizzate con acqua calda. La soluzione acquosa filtrata si evapora a b.m. a consistenza di estratto; si esaurisce questo estratto con etere a caldo; e la soluzione eterea si lascia evaporare all'aria: si tratta il residuo con alcol, che ne estrae una materia gialla, e poscia si fa asciugare il residuo lasciato indisciolto dall'alcol, che è costituito dalla cantaridina. Con questo metodo, attesa la pochissima solubilità della cantaridina nell'acqua, non si può estrarla in totalità.
Un altro metodo consiste nell'esaurire in apparecchio a spostamento con etere le cantaridi polverizzate, nel distillare la soluzione eterea, nel trattare il residuo con solfuro di carbonio per privarlo delle materie grasse, e nell'evaporarlo a secchezza con lieve eccesso di soluzione di potassa, che trasmuta la cantaridina greggia in cantaridato alcalino. Si lava quest'ultimo con cloroforme, lo si decompone con acido solforico diluito e si dibatte il miscuglio con cloroforme. La soluzione cloroformica evaporata lascia per residuo la cantaridina cristallizzata, che si purifica mediante ripetute cristallizzazioni dall'alcol bollente o dall'etere acetico.
Un buon metodo di estrazione della cantaridina è quello proposto dal Dieterich. Si fanno digerire per 5 ore gr. 1000 di cantaridi in gr. 6000 di acqua alcolizzata con gr. 50 di potassa caustica. Si fa poi bollire il tutto per un quarto d'ora, si lascia a raffreddare, si cola e si spreme. Il residuo si fa ancora digerire, e poi bollire con acqua contenente gr. 10 di potassa caustica, operando nel modo indicato. Filtransi i liquidi così ottenuti e si distribuiscono in tre dializzatori di 60 cm di diametro, e si sottopongono alla dialisi per 5 o 6 giorni, sostituendo man mano l'acqua, che si evapora. Si acidulano con acido solforico i liquidi dializzati, che sono di colore bruniccio, si evaporano con un po' di carbone di legno a secchezza, si mescola il residuo con un po' di carbonato di bario per liberarlo dall'acido solforico e lo si fa bollire con etere acetico. Si distilla la soluzione eterea si lava il residuo con un po' di alcol freddo, e lo si fa di nuovo cristallizzare dall'etere acetico. Da chg 1 di cantaridi ottengonsi con questo metodo gr. 2,8 di cantaridina.

Cantaridato o cantaridinato di potassio. Si prepara, polverizzando finamente un grammo di cantaridina, sospendendola in 80 cm3 di acqua, aggiungendo gr.0,593 di potassa caustica, scaldando sino a completa soluzione, filtrando e riducendo mediante evaporazione, il liquido a piccolo volume per raffreddamento si depone il sale cristallizzato in aghi raggruppati.

È senza colore e odore: solubile in p. 25 d'acqua fredda. Solubile in p. 12 di acqua bollente: poco solubile nell'alcol, quasi insolubile nell'etere e nel cloroformio. Ha reazione alcalina. Le sue soluzioni trattate anche con acidi deboli lasciano deporre la cantaridina.
Avendo potere vescicatorio è usato come revulsivo allo stesso modo della cantaridina. Sotto il nome di Rimedio di Liebreich contro la tubercolosi laringea è usata una soluzione titolata di cantaridato di potassio, che si prepara scaldando a b.m. entro matraccio gr 0,20 di cantaridina, gr 0,40 d'idrato di potassio e 220 cm3 di acqua fino a perfetta soluzione: poi si aggiunge a poco a poco acqua sino ad un litro, scaldando gradatamente. Si usa in iniezioni sottocutanee, cominciando colla dose di gr. 0,01 di cantaridato, elevandola, nel corso del trattamento, a gr 0,002 e non più. Conviene inoltre di lasciare l'intervallo di un giorno almeno fra un'iniezione e l'altra.
Cantaridato di sodio. Esso si prepara sciogliendo la cantaridina nella soluzione di soda caustica, operando, come si disse pel cantaridato di potassio. È anch'esso cristallizzato in aghi: differisce da quello di potassio, perché è meno solubile di esso. È anch'esso senza colore e odore. È decomposto dagli acidi con precipitazione di cantaridina. È pur esso fornito di potere vescicatorio, ed è perciò adoperato come revulsivo in sostituzione della cantaridina.
Come nel cantaridato di potassio, si prepara una soluzione titolata di cantaridato di sodio sotto il nomee anch'essa di Rimedio contro la tubercolosi laringea del Liebreich. Essa si prepara con gr 0,2 di cantaridina e gr. 0,3 d'idrato di sodio, ottenendo con sufficiente quantità di acqua un litro di soluzione ed operando, come si disse discorrendo del cantaridato di potassio.
Cantaridi esadrile. Un campione di polvere di cantaridi aveva l'odore caratteristico di questo insetto, ma meno marcato che quello dei campioni non falsificati. 5 gr del campione sospetto trattati con 50 gr di etere diedero una soluzione, che evaporata formi un residuo giallo bruno che conteneva cantaridina; il residuo etereo era nella proporzione di circa 2%; invece le cantaridi non falsificate forniscono 10% di residuo etereo, che è di un giallo verdastro e contiene dei cristalli di cantaridina.
Azione fisiologica. Usi terapeutici. La cantaride è l'agente più importante della medicazione rivulsiva.
L'empiastro cantaridato off. Dopo 1-3 ore determina rossore della pelle, piccole vescicole, che confluiscono poi in una grande vescica unica contenente un liquido sieroso, chiaro, nel quale nuotano dei leucociti. Occorrono 10-12 ore per la formazione della vescica e l'azione viene favorita dai mezzi che sciolgono la cantaridina, come sarebbe l'olio: si usa quindi spalmare d'olio il vescicante.
Il vescicante si leva una volta formata la vescica, che si apre per dare uscita al liquido. Non bisogna però distruggere l'epidermide, perché il derma denudato provoca do-

lore. Si usa quindi medicare con burro e coprire con la tela impermeabile, con garza fenicata. In pochi giorni si forma di nuovo l'epidermide. Questo si chiama vescicante volante. Si rende permanente quando invece di conservaree l'epidermide sollevata si esporta e si provoca la suppurazione del derma scoperto mediante agenti irritanti, cioè unguenti di sabina o della stesa cantaride, la così detta pomata epispastica

Cantaridi gr 92
Cera bianca gr 125
Unguento populeo gr 870

Si ricorre alla medicazione rivulsiva mediante cantaride nelle affezioni acute e croniche delle sierose e degli organi paranchimatosi, nelle pleuriti, nelle pericarditi, nelle endocarditi, nelle sinoviti, nelle peritoniti, passato il primo periodo acuto nella tubercolosi polmonare circoscritta, nella bronchite cronica; più di rado nelle meningiti e nelle affezioni del cervello. I vescicanti si usano ancora nelle affezioni dolorose dei nervi e dei muscoli o nelle affezioni reumatiche.
L'applicazione si fa di regola in corrispondenza alla regione malata e si ricorre al vescicante volante nei casi in cui per la natura dell'affezione morbosa si crede che possa bastare una rivulsione e vescicazione passeggera; si rende il vescicante permanente nelle affezioni croniche nelle quali si creda possibile influenzare il processo morboso collo stabilire un emuntorio.
Il meccanismo d'azione del vescicante non è bene conosciuto. Si può ritenere che provochi uno spostamento di liquidi e di umori e soprattutto di prodotti patologici dell'organo malato. Le nuove conoscenze sul fagocitismo appoggiano questo concetto nel senso che il vescicante richiamando nel luogo d'applicazione i leucociti carichi dei materiali morbosi viene così a liberare l'oraganismo.
L'uso dei vescicanti non è privo di inconvenienti e di parecchie contraddizioni.
I disturbi sono locali ed anche generali per l'assorbimento della sostanza che può avvenire per dei vescicatori.
Gli accidenti locali sono risipola con febbre, affezioni papulose o eczema, ulcerazioni, gangreni violenti sempre alla località ove venne applicato il vescicante.
Ma può avvenire anche l'assorbimento della cataridina e seguirne svariati fenomeni che possiamo descrivere.
La cantaride viene raramente usata per bocca e la sua azione generale presenta poco
Essa produce un senso di calore e di bruciore alle fauci e allo stomaco, nausee, vomito, pizzicore bruciore all'uretra, erezioni dolorose, qualche ninfomania, aumento della quantità d'orina.
L'urina può contenere albumina e cilindri gravi questi sintomi raggiungono un'alta
Se al cantaride viene introdotta per via cutanea le lesioni sono specialmente nel rene con una glomerulo-nefrite ed essudato intracapsulare.

Sydney Ringer è il terapista moderno che fa il conto maggiore della cantaride per bocca. Egli avrebbe osservato che 5-15 centigr di tintutra di cantaridi ogni tre ore, nello stadio cronico della nefrite farebbero scomparire l'albumina ed il sangue dell'orina.
La tintura di cantaridi è utile nell'incontinenza di urina degli adulti, anche quando è dovuta a paralisi e qualche volta è pure utile in quella dei bambini. Giova nel bisogno frequente d'orinare di cui soffrono a preferenza le donne. Le dosi piene della sostanza, da 20-30 gocce della tintura, oppure tre centigr della polvere, con dosi piene di sequicloruro di ferro e di acido fosforico o di noce vomica, ripeture tre volte al giorno formano un'utile combinazione in alcuni casi d'impotenza e di spermatorrea.
Gli accidenti locali prodotti dalla cantaride si curano colla rimozione del vescicante, i lavacri antisettici all'acido fenico, qualche applicazione di cocaina. Contro i disturbi generali si è vantata la canfora con poco successo, riesce utile occitare la diuresi col the, colle acque alcaline, bagni caldi e tintura d'oppio contro i dolori, mignatte al perineo.
Le iniezioni di cantaridato potassico vennero da Liebreich proposte nel trattamento della tubercolosi polmonare laringea e specialmente del lupus, si iniettano 0,001, del sale per volta".

In Omeopatia, la cantaride, invece, si utilizza come tintura o come uso esterno. La tintura, in particolare, si ottiene dalle cantaridi polverizzate; il metodo utilizzato è quello che prevede l'uso delle cantaridi in cinque parti in peso di spirito di vino concentrato.
Si prendono gli insetti freschi o secchi, e per prima cosa bisogna accertarsi della loro identità, e nettarli da accidentali lordure, che per avventura non si osservarono nel raccoglierli. Conviene prepararle al più presto possibile, e senza interruzione, sminuzzarle sul tagliere ben netto con un coltello a lama brunita e senza ruggine, e ritagliarle più minutamente che sia possibile con una mezzaluna, pure ben forbita.

Confronto tra le due farmacopee per cantharis
La Farmacopea Ufficiale specifica il tempo di raccolta, utilizza cantaridi ben essiccate e ne predilige un tipo piuttosto che un altro. Inoltre, estrae la cantaridina, cioè il suo principio attivo, verificandola attraverso saggi qualitativi e quantitativi.
Vengono preparati gli alcali come empiastri: cantaridato di potassio e di sodio.
Per la preparazione della tintura, prima si fanno consumare le cantaridi nell'etere e poi utilizza l'alcool come la Farmacopea Omeopatica.
Differisce anche la preparazione per uso esterno, dove in quella omeopatica si utilizza una tintura, invece per la farmacopea italiana si prepara un empiastro.

In entrambe i casi la tintura ottenuta va conservata in bottiglie ben chiuse per evitarne l'umidità e contaminazioni.
Entrambe le farmacopee evidenziano l'aspetto corrosivo bruciante in conseguenza al suo contatto ed evidenziano il benefico utilizzo nelle cistiti.
Tuttavia l'uso frequente nella Farmacopea Ufficiale è il suo potere revulsivo sia nella tubercolosi a livello della laringe, che per uso topico.
Mentre in Omeopatia si valutano gli effetti nei vari organi.

(Mercurius, Google Immagini)

MERCURIO
Proprietà fisiche-chimiche: metallo liquido, mobilissimo, i cui globuli nello scorrere si mantengono rotondi, senza far coda; bianco, di splendore argenteo. Densità 13,573 a 15°. Volatile, bolle a 357°; si solidifica a circa -40°. Emette vapori anche a 20°-25°. Non si altera all'aria o solo si ricopre di una sottile pellicola; scaldato all'aria si ossida dando l'ossido rosso HgO.
Si combina con molti elementi direttamente quali cloro, bromo, iodio, zolfo.
Tutti i composti di mercurio sono più o meno velenosi; alcuni sono solubili in acqua, altri sono insolubili, come lo ioduro mercurico; molti di questi insolubili, si sciolgono invece nell'acido cloridrico o nell'acido nitrico; tutti si sciolgono nell'acqua regia.

Cenno storico: era conosciuto dagli antichi col nome d'argento vivo. Fu assai studiato dagli alchimisti e lo considerarono come la pietra filosofale e la panacea universale; ne prepararono molti medicamenti e veleni. Il celebre Paracelso lo introdusse nell'uso medico, specialmente contro la sifilide.

Stato naturale. Estrazione: il mercurio si trova libero in natura nei suoi minerali, ma in piccola quantità. Quasi tutto si trova allo stato di sulfuro (HgS), in piccola quantità si trova anche allo stato di ioduro (HgI2) e di calomelano (Hg2Cl2).
I minerali di mercurio si trovano specialmente in Idria nella Stiria ed in Almaden nella Spagna; si trova anche in Boemia, Ungheria, ecc. I minerali di mercurio abbondano anche in America.
Il mercurio si estrae dal solfuro generalmente per semplice arrostimento e la reazione ha luogo così:
Hg + O2 = SO2 + Hg

Depurazione: il mercurio commerciale può contenere dello stagno, piombo, bismuto ed altri metalli. Si può depurare con acido nitrico diluito, con due volumi d'acqua; si forma un po' di nitrato mercuroso; poi si lava con acqua, si asciuga con la carta e si passa per un imbuto a punta affilata.
Si può avere facilmente il mercurio pure facendo cadere il mercurio a goccie in un tubo lungo pieno di acido nitrico diluito.

Saggi di purezza: il mercurio puro deve essere splendente, mobilissimo, fatto girare in un piattello di porcellana deve dare delle goccie mobili, che non lascino dietro a sè delle striscie brune, cioè che on faccia code. Scaldando un po' di mercurio in un vaso di porcellana, non deve lasciare residuo.

Usi del mercurio: il mercurio è molto usato allo stato libero. Serve per la costruzione di strumenti come il barometro, il termometro, ecc. Serve per amalgama e specialmente per l'estrazione dell'oro e dell'argento, per amalgama degli specchi, ecc.
In Medicina si usa principalmente sotto forma di pomata mercuriale, unguento mercuriale o unguento napoletano.

Azione fisiologica ed usi terapeutici: uno dei medicamenti più importanti per il medico è il mercurio, ed in alcuni casi è davvero indispensabile. Grandissimo è il numero dei preparati usati in Terapia.
Gli effetti terapeutici e fisiologici del mercurio sono riferibili ad una combinazione unica che contrae sempre nell'organismo con gli albuminoidi, e l'albuminato che ne risulta rappresenta la forma fisiologica, sotto cui circola nel corpo.
Poichè il mercurio, come tutti i metalli pesanti, ha grande tendenza a formare combinazioni stabili con gli albuminoidi, negli organi non si può svelare la presenza di mercurio, senza distruggere prima le materie organiche. Ciò avviene più facilmente con i composti mercurici, che con i mercurosi.
I composti di mercurio, specie il bicloruro, entrano prontamente in circolo per tutte le vie d'assorbimento. A livello tossicologico, il mercurio diventa pericoloso volatiliz-

zandosi, perchè entra nelle vie respiratorie in forte quantità. Ecco perchè, in passato, molti orefici, che trattavano l'amalgama d'oro, andavano spesso incontro ad avvelenamenti cronici per mercurio, come accadeva anche per l'amalgama di stagno, nei lavoratori degli specchi.
Oggi, l'assorbimento dei vapori di mercurio nei polmoni è elevato negli operai addetti alle miniere.
Però, se da un lato è certo l'assorbimento di questi vapori dalla mucosa respiratoria, dall'altra parte ci sfugge completamente il meccanismo di tale assorbimento. Certamente il mercurio è altamente volatile, ma, una volta oltrepassati gli alveoli polmonari, entra in gioco la sua solubilità dei suoi composti nei polmoni. Il mercurio allo stato liquido viene pure assorbito quando è assunto per bocca.

La forma, invece, più importante con cui viene amministrato, per uso esterno, il mercurio è quella dell'unguento mercuriale e le frizioni con l'unguento napoletano sono ancora un buon metodo contro la sifilide. Il mercurio può giovare come antisettico interno contro il virus sifilitico, in quanto modifica l'organismo e lo rende terreno improprio a che il virus sifilitico possa attecchire; forse giova in quanto rafforza l'organismo a combattere efficacemente l'agente sifilizzante: oppure esso non opera nè sull'organismo nè sul virus, ma sulle neoformazioni sifilitiche.
Inoltre, il mercurio viene usato localmente o come ossido o come calomelano o anche allo stato di unguento grigio quale mezzo risolvente in varie malattie.
Così, si adopera nella terapia oculare, nella cura delle affezioni dell'orecchio e del naso, nei condilomi, nell'orchite blenorragiche, nella cura dei bubboni, ecc.
Il calomelano ad alte dosi è usato come purgativo ed il mercurio liquido ad alte dosi nella cura del volvulo.
I mercuriali per la loro azione antiparassitaria sono usati in pomata contro i pidocchi e le piattole.
Il calomelano a dosi purgative si dà contro gli ascaridi lombricoidi ed altri parassiti intestinali.
Oggi i mercuriali sono poco impiegati quali caustici: il più attivo in proposito è il nitrato acido di mercurio, meno il sublimato e il bijoduro. Il nitrato acido di mercurio si impiega nelle placche mucose persistenti delle fauci, nelle ulcerazioni sifilitiche.
Contro il prurito vulvare molti lodano il sublimato in soluzione all'1‰, diluita con decozione calda di lattuga, di papavero, più qualche grammo d'acqua di lauroceraso.
In certi stati dispeptici con lingua impaniata, con febbre o senza febbre, gli Inglesi vantano il calomelano, anche a dose non purgativa, e le cosidette pillole azzurre.
Nella febbre tifoide, nella dissenteria, nel cholera infantile si dà il calomelano a dosi purgative ed a scopo antisettico, e talvolta avrebbe efficacia abortiva. Nella dissenteria

si preferiscono gli enteroclismi con soluzioni di sublimato 1:5000 (300 gr. per volta).
Quale risolvente e antiflogistico il mercurio è usato esternamente sotto forma di unguento e internamente (calomelano, sublimato) nella risipola flemmonosa, nel patereccio, nella peritonite, nel flemmone diffuso, nella meningite tubercolare, nel croup, nell'irite sifilitica, nel reumatismo cronico.
I mercuriali, specialmente il calomelano, sono stati usati anche nella tubercolosi polmonare.
Nelle affezioni oculari, blefarite cronica, macchie corneali, congiuntiviti scrofolose si prescrivono unguenti di precipitato giallo o rosso, calomelano in polvere.
I preparati di mercurio si usano sotto tutte le forme di unguento, polvere, pillole, soluzioni, vapore e si applicano in tutte le maniere per frizioni alla pelle, per iniezioni ipodermiche, per bocca, per clisteri.
Qualunque sia la forma di somministrazione e la via di applicazione possono dar luogo ad inconvenienti, cioè al mercurialismo, il quale nella sua forma acuta si manifesta ordinariamente con la stomatite mercuriale. Questa, si previene con la rigorosa igiene della bocca e quindi si usa prescrivere dei lavacri ripetuti quotidiani della bocca con soluzione di clorato di potassio quando si comincia una cura mercuriale. Quando si manifesta la stomatite occorre di solito sospendere la cura. Oggi, però, con la disinfezione orale le cure mercuriali riescono di solito innocue.
Le frizioni mercuriali danno spesso sviluppo all'eritema mercuriale; bisogna cambiare sempre la regione dove si pratica l'unzione.
Le iniezioni di preparati mercuriali mentre hanno il vantaggio di risparmiare lo stomaco e l'intestino, non mancano altri seri inconvenienti, come dolori locali intensi, ascessi, paresi degli arti inferiori, vertigini, cefalgie, eritema mercuriale, stomatite, placche mucose buccali. Talvolta la massa iniettata rimane in sito, quando si tratta di preparati insolubili, o più tardi viene assorbita e dà sviluppo ad avvelenamento.

Assorbimento ed eliminazione: quando il mercurio è entrato in circolo, si riscontra in tutti gli organi, però in proporzioni diversissime.
Esso si elimina con le urine, ma in assai maggiore quantità con la bile passa nelle feci: queste però non sono le sole vie di eliminazione; è stata riscontrata la sua presenza anche nella saliva e nel latte.
La via più importante è sempre quella dell'intestino, e quasi tutto il mercurio assorbito compare nelle feci: è stata dimostrata la sua presenza nella bile, il fegato è l'organo che ne accumula una maggiore quantità, quindi è certo che il mercurio arriva nelle feci con la secrezione epatica.
Inoltre, la mucosa intestinale deve partecipare molto attivamente alla sua espulsione, invece, i reni hanno un'importanza assai minore per la sua eliminazione; infatti, nelle

urine si trova sempre in piccolissime quantità, spesso in tracce minime.
Una volta assorbito, il mercurio permane assai lungamente nell'organismo, e quantunque la sua eliminazioni cominci prontamente, pure avviene con tale lentezza, che anche dopo lunghissimo tempo che ne fu sospeso l'uso, ancora si riscontra negli organi.
A piccole dosi impedisce la distruzione dei globuli rossi e ne aumenta il numero.
A dosi tossiche ed elevate determina invece fenomeni contrari, e ciò indirettamente per il disturbo che apporta alle funzioni digestive. Nell'avvelenamento cronico da mercurio si osserva la cachessia mercuriale, cioè un deperimento generale dei malati ed anemia grave; inoltre, si riscontrano iperemia del midollo e nei casi avanzati atrofia delle cellule midollari.
Per l'azione generale del mercurio, compaiono alcune volte delle manifestazioni cutanee, di solito sono eritemi, eczemi, più raramente vescicole, pustole e flemmoni.
Nelle donne, per somministrazione continua di mercurio, il flusso mestruale diventa più scarso ed irregolare e nelle gravide determina predisposizione all'aborto.
Dosi alte ripetute a lungo di mercurio, fanno diminuire l'energia muscolare, e così la pressione del sangue, specialmente in seguito alla degenerazione grassa del miocardio, diminuisce.
Dosi elevate di mercurio determinano facilmente dei disturbi dell'apparato digerente.

Preparati, dosi e modi di somministrazione
Mercurio metallico: allo stato liquido ed in forti dosi di gr. 100-500 veniva un tempo amministrato per bocca contro il volvulo nel concetto che, per il suo forte peso, potesse rimuovere l'ostacolo alla circolazione intestinale. Esso era quindi indicato nel volvulo da materie fecali accumulate e da intussuseptione, non negli altri; oggi, però, è stato abbandonato perchè completamente irrazionale. Adesso si usa soltatnto come uso esterno in unguenti.

Cloruro mercuroso (o calomelano): si usa quasi esclusivamente per via interna e si preferisce la preparazione di calomelano a vapore, perchè è più finemente divisa. L'uso è come disinfettante del tubo digerente nel colera, nella febbre gialla, nel tifo e nella dissenteria, nelle malattie dei condotti biliari, nella colica febbrile da calcoli biliari, come diuretico nell'idrope dei cardiaci.
Per clistere è dato contro gli ossiuri.
Esternamente viene usato per fumigazioni secche od umide contro estese affezioni sifilitiche della pelle, specialmente pustolose ed ulcerose. Si usa, infine, per polverizzazione nella congiuntiva, ma qui bisogna aver cura di non amministrare contemporaneamente dello joduro di potassio al malato, poichè passandone un po' di continuo

nel liquido lacrimale, reagisce col calomelano e forma lo joduro di mercurio che irrita ed infiamma fortemente la congiuntiva.
Così pure, quando si amministra il calomelano a dosi purgative, conviene evitare l'uso delle acque alcaline clorurate ed i cibi o le bevande molto salate, perchè queste possono determinare un avvelenamento acuto per rapida trasformazione del calomelano in sublimato.

Cloruro mercurico (Sublimato corrosivo): è il preparato di mercurio più frequentemente usato per combattere la sifilide costituzionale. Si usa internamente in soluzione acquosa o alcolica molto diluita; per iniezioni ipodermiche o intramuscolari si usano le soluzione all'1%.
Inoltre, è molto usato il sublimato come disinfettante locale nella chirurgia e per la disinfezione di mani e degli ambienti. Volendolo adoperare sulle mucose o su vaste piaghe, si usano soluzioni più diluite, fino all'1 in 5000.

Quindi, tra i composti mercuriali presenti in Farmacopea Ufficiale dobbiamo ricordare:
- PROTOCLORURO DI MERCURIO (Calomelano o cloruro mercuroso o mercurio dolce)
- BICLORURO DI MERCURIO (Cloruro mercurico o sublimato corrosivo)

Usi: il bicloruro di mercurio è il composto di mercurio più usato, come antisettico e come composto mercuriale; serve come agente ossidante nelle fabbriche di colori d'anilina, per conservare il legno, in tintura, per conservare i pezzi anatomici, ecc.
- CLORAMIDURO DI MERCURIO (Cloruro di mercurammonio o precipitato bianco infusibile) Usi: una volta era quasi solamente usato in Germania; ora anche da noi, per pomate, ecc. Si badi bene a non confonderlo col calomelano, perchè è molto più attivo.
- PROTOIODURO DI MERCURIO (Ioduro mercuroso)
- BIIODURO DI MERCURIO (Ioduro mercurico o ioduro rosso di mercurio)

Usi: lo ioduro di mercurio è molto usato sia solo sia combinato con altri ioduri, come antisettico.
- BROMURO DI MERCURIO (Bromuro mercuroso)
- CIANURO DI MERCURIO (Cianuro)
- OSSIDO MERCURICO GIALLO (Precipitato giallo)
- NITRATO MERCUROSO (Protonitrato di mercurio) Usi: questo composto

si usa in soluzione come reattivo, infatti, è uno dei componenti del reattivo di Millon, che serve per riconoscere le materie albuminoidi. Inoltre, una volta, era usato pure come caustico in soluzione ed ora si usa per preparare un unguento o pomata citrina.

- NITRATO MERCURICO LIQUIDO (Azotato acido di mercurio)
- SOLFATO MERCUROSO
- SOLFURO MERCURICO (Solfuro rosso e nero) Usi: vermifugo
- BENZOATO DI MERCURIO
- SALICILATO DI MERCURIO
- FENATO DI MERCURIO
- ACETATO TIMOLMERCURICO (Timolacetato di mercurio) Usi: antisifilitico, per uso interno in pillole e per iniezioni intramuscolari.
- TANNATO DI MERCURIO Usi: in pillole per fornire mercurio.
- ALBUMINATO DI MERCURIO Usi: da secco si adopera nella cura delle ferite, sulle quali diventa una lente sorgente di bicloruro di mercurio, che si scioglie nel bicloruro di sodio del siero sanguigno.
- PEPTONE MERCURICO Usi: per iniezioni sottocutanee, contro la sifilide. Pare che sia preferibile agli altri cloruri alcalini, perchè il precipitato che si forma nelle soluzioni del peptone mercurico si ridiscioglie in un eccesso di peptone, soprattutto mediante una soluzione di cloruro di ammonio puro. Tale soluzione è stabile ed il peptonato non subisce decomposizione.
- UREA E CLORURO MERCURICO

Nella Farmacopea Omeopatica, il Mercurio deve sostenere, innanzitutto, la qualità di essere puro. La purezza del mercurio si ottiene mediante distillazione con un cinabro artificiale con limatura di ferro; quindi, si forma il solfuro di ferro ed il mercurio passa nel raccoglitore, che viene riempito d'acqua. Il mercurio, poi, viene raccolto su un pezzo di pelle e grazie ad una pressa, si toglie l'umidità. Nello stato di purezza perfetto, il mercurio è di colore bianco brillante, senza pellicola iridescente, fluido a temperatura ambiente, ed evapora facilmente all'aria. Se viene posto su di un cucchiaio e viene riscaldato sul fuoco, non dovrebbe alterarsi e non dovrebbe lasciare nessun residuo; inoltre, l'acqua di triturazione deve rimanere chiara.
Le prime tre attenuazioni avvengono per triturazione, secondo metodo Hahnemanniano.
Il composto mercuriale più conosciuto in Omeopatia è sicuramente il

➢ MERCURIUS SOLUBILIS HAHNEMANIANO (ossido nero di mercurio) (PREPARATO FARMACEUTICO)

Il "Mercurio solubile di Hahnemann" è definito in base al modo di preparazione. Hahnemann lo propose per sostituire il bicloruro di mercurio (o Mercurius corrosivus) ritenuto troppo tossico.
Viene ottenuto a partire dal nitrato di mercurio, acido nitrico e mercurio metallico. La filtrazione avviene dopo 24 ore, quindi la sostanza di base è isolata mediante precipitazione utilizzando l'ammoniaca. Il prodotto finale è una polvere grigiastra, pressochè insolubile nell'acqua e nell'alcol; essa contiene l'85% di mercurio (Hg).
Questa preparazione mercuriale, insomma, non è nè un ossido nè un protossido di mercurio, ma un nitrato con un substrato ammoniaco-mercuriale, in quanto non è stabile, ed è molto suscettibile a passare al massimo di ossidazione, ecco perchè si prepara sempre una piccola quantità per volta.
Lo stesso Hahnemann aveva da tempo abbandonato questa preparazione, preferendo a questa, in tutti i casi, quella del mercurio metallico menzionato prima.

Tra gli altri composti mercuriali, che ritroviamo nella Farmacopea Omeopatica, ci sono:

- MERCURIUS ACETICUS (PREPARATO CHIMICO)
- MERCURIUS AURATUS (PREPARATO FARMACEUTICO)
- MERCURIUS BROMATUS (PREPARATO CHIMICO)
- MERCURIUS CYANATUS (PREPARATO CHIMICO)
- MERCURIUS DULCIS (PREPARATO CHIMICO)
- MERCURIUS JODATUS FLAVUS (PREPARATO CHIMICO)
- MERCURIUS JODATUS RUBER (PREPARATO CHIMICO)
- MERCURIUS NITROSUS (PREPARATO CHIMICO)
- MERCURIUS PHOSPHORICUS (PREPARATO CHIMICO)
- MERCURIUS PRAECIPITATUS ALBUS (PREPARATO FARMACEUTICO)
- MERCURIUS PRAECIPITATUS RUBER (PREPARATO CHIMICO)
- MERCURIUS SUBLIMATUS CORROSIVUS (PREPRATO CHIMICO)
- MERCURIUS SULPHURICUS (PREPARATO CHIMICO)
- MERCURIUS VIVUS (ELEMENTO)

Tabella 2

Mercuriali FU(F.ufficiale)	Mercuriali FO (F.omeopatica)
PROTOCLORURO DI MERCURIO (Calomelano o cloruro mercuroso)	MERCURIUS ACETICUS (Ossido di mercurio acetato)
BICLORURO DI MERCURIO (Cloruro mercurico o sublimato corrosivo)	MERCURIUS AURATUS (Aurato di mercurio)
CLORAMIDURO DI MERCURIO (Cloruro di mercurammonio o precipitato bianco infusibile)	MERCURIUS BROMATUS (Bromuro di mercurio)
PROTOIODURO DI MERCURIO (Ioduro mercuroso)	MERCURIUS CYANATUS (Cianuro di mercurio)
BIIODURO DI MERCURIO (Ioduro mercurico o ioduro rosso di mercurio)	MERCURIUS DULCIS (Calomelano o Cloruro mercurioso)

BROMURO DI MERCURIO (Bromuro mercuroso)	MERCURIUS JODATUS FLAVUS (Ioduro mercuroso)
CIANURO DI MERCURIO (Cianuro)	MERCURIUS JODATUS RUBER (Ioduro rosso di mercurio o ioduro mercurico)
OSSIDO MERCURICO GIALLO (Precipitato giallo)	MERCURIUS NITROSUS (Nitrato di mercurio)
NITRATO MERCUROSO (Protonitrato di mercurio)	MERCURIUS PHOSPHORICUS (Fosfato di mercurio)
NITRATO MERCURICO LIQUIDO (Azotato acido di mercurio)	MERCURIUS PRAECIPITATUS ALBUS (Bicloruro ammoniato di mercurio)
SOLFATO MERCUROSO	MERCURIUS PRAECIPITATUS RUBER (Ossido secco di mercurio)
SOLFURO MERCURICO (Solfuro rosso)	MERCURIUS SOLUBILIS HAHNEMANIANO (Ossido nero di mercurio)
BENZOATO DI MERCURIO	MERCURIUS SUBLIMATUS CORROSIVUS (Bicloruro di mercurio)
SALICILATO DI MERCURIO	MERCURIUS SULPHURICUS (Solfato basico di mercurio)
ACETATO TIMOLMERCURICO (Timolacetato di mercurio)	MERCURIUS VIVUS (Mercurio Argento vivo)
TANNATO DI MERCURIO	
ALBUMINATO DI MERCURIO	
PEPTONE MERCURICO_	
UREA E CLORURO MERCURICO	

In evidenza, abbiamo messo i composti mercuriali non presenti nella FO, ma di rilevanza clinica per certi aspetti, per esempio il Timolacetato di mercurio e tutti i composti di mercurio introdotti in terapeutica negli ultimi anni, che derivano da composti organici, quali fenoli, acidi, acidi amidati, ecc.

Discussione

L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato delle differenze significative tra le due farmacopee e la presenza di numerosi rimedi, specie tra i composti chimici ed anche quelli vegetali, non utilizzati nella farmacopea poliglotta. Non abbiamo considerato i rimedi presenti solo nella farmacopea omeopatica e non nell'italiana in considerazione dello scopo di individuare dei rimedi da sperimentare ex novo. Nelle tabelle che seguono sono elencati i rimedi presenti solo nella farmacopea italiana. Abbiamo sempre riportato ampie parti dalla farmacopea ufficiale.

Tabella 3 rimedi vegetali nella Farmacopea Ufficiale non presenti nella Farmacopea Omeopatica

ABIETIS CEREVISIAE (rami Abies Nigra o abete)	ARAUCARIA BIDWILLH	CALYCANTUS GLAUCUS	CINCO FOLHAS	DURAZNILLO BIANCO
ABRUS PRECATORIUS (vedi JEQUIRITY)	ARECA (NOCI DI) e ARECOLINA (Noci di Betel)	CAMEDRIO	CINERARIA MARITIN	EDERA
ADATHODA (Noce delle Indie o di Ceylan)	ARENARIA RUBRA delle Cardiofillee	CAMEPIZIO	CINOGLOSSO o Lingua di Cane	EFEDRA***
ADONIDE (Adonis herba) ***	ARGEL (FOGLIE)	CAMPEGGIO	CISSUS ALATA	ELIOTROPIO
AGAR-AGAR	ASIMINA TRILOBA	CAPILVENERE	COCCO	ELLEBORE
ALANTO (o ELENINA)	ASPIDIUM o Felce Maschio	CAPSELLA BURSA PASTORIS	COCLEARIA***	ENTADA GIGALOBIUM
	ATHEROSPERMA MOSCHATA	CARCIOFO	COMBRETUM RAIMBAULTH	ENULA O ELENIO
ALKEKENGI (pianta delle Solanacee)	ATOCA	CARDAMOMO***	CONIZA	ERBA MEONA
ALLAMANDA CATHARTICA (delle Apocinee)	AVENA SATIVA	CAREX ARENARIA		ERYTHRINA CORALLODENDRON
	AYA-PANA EUPATORIUM	CARMINO o Rosso di carmine	CONTRAYEROA	ESCHOSCHOLTZIA CALIFORNIANA
ALSTONIA SCHOLARIS ***	BANANO	CARNAUBA	COPTIDE	
ALVELOS o LATTE DI ALVELOS (Euphorbia heterodoxa)	BAOBAB (o ADANSONIA DIGITATA)	CAROBA o CARAIBA	CORIANDRO	FABIANA IMBRICATA O PICHI
AMARYLLIS FORMOSISSIMA	BAROSMA	CAROTA	CORNIOLO	FAVA DEL CALAMAR ED ESERINA
AMBROSIA ARTEMISIAE	BASILICO	CARUBA	CORNUS FLORIDA	FAVA DI WALAC
AMMI (Finocchio di Portogallo)	BATIATOR	CARVI	CORONILLA	FAVA PICHURIM
	BEJUCO	CASCARA SACRADA	COTO E COTOINE	FAVE DI EGITTO
ANDROGRAPHIS PANICULATA	BENEDETTA (ERBA)	CASSIA***	COTOGNO	FAVE DI ELAN
ANDROMEDOTOSSINA delle Eriacee	BERGAMOTTO	CATAPUZIA MINORE	COTONE	FELLANDRO
ANDROSEMA o ERBA SICILIANA o PYPERICUM ANDROS.	BIDENS	CATECU'	CRESCIONE	FUCO CARAGEO
ANETO o ANETHUM GRAVEOLENS delle Ombrellifere	BISTORTABOCAGEA DALZELLI	CATHA EDULIS	CUMINO	GAROFANI
ANOGEISSUS LATIFOLIUS delle Combutacee	BOSSO e BOSSINA	CEDRELLA TOONA	DAHLIA	GAROU (CORTECCIA DI)

ANONA NURICATA delle Anonacee	BOSWELIA	CERANTHERA BEAUMETZI	DAMIANA O TURNERA APHRODISIACA***	GILLENIA
	BOTRYS	CERBERA THEVETIA	DANAIS FRAGRANS O LIANA GIALLA	GIMNEMA
ANTHEMIS NOBILIS	BOUSSINGAULTIA BASELLOIDES	CESTRUM	DERRIS ELLIPTICA	GINEPRO***
ANTHYLLIDE (Anthyllis vulneraria)	CABOMBA PELTATA	CHAULMAGRA O CHAULMOUGRA***	DJAMBOE	GINESTRA
ANTIARIS TOXICARIA delle Artocarpee	CACAO	CHIA (semi di)	DORADILLA	GLOBULARIA OLYPUM
APPIO PALUSTRE e APIOLO	CAINCA o CHIOCOCCA AGUIFUGA		DOUNDAKE'	GLOBULARIA TURBITH
APPIO PALUSTRE (Sedano o Apium graveolens)***	CAJEPUT o MALALEUCA LEUCADENDRON	CHIRETTA	DUBOISIA MYOPOROIDES E DUBOISINA	
ARANCIO (Citrus vulgaris) delle Aurantiaceae**	CALOTROPIS GIGANTEA	CICORIA***	GOUANIA DOMINGENSIS	LAURO O ALLORO***
GRAZIOLA	MUSUNA O MUSSENA	SIEGESBECKIA	VATERIA	LIMONE O CITRUS LIMONUM
GUACO	NANDIROBA O NANDHIROBA	SILPHIUM	VITELLARIA MAMMOSA	LIPPIA MEXICANA
	NARDO INDIANO	SIMARUBA	VOACANGA FOETIDA	LIQUIRIZIA O GLYCYRRHIZA GLABRA
GUAYCURU O BAYCURU O STATICE DEL BRASILE	NAREGAMIA	SMILACE***	WALTHERIA AMERICANA	LUCUMA
GUAZUMA ULMIFOLIA	NECTANDRA	SOROCEA	WINTER (CORTECCIA DI)	MACIS
HABZELIA ETHIOPICA	NOCE COMUNE o Nucis folia	SOYMIDA FEBRIFUGA	WITHANIA SOMNIFERA	MALVA***
HOANG-NAN	NOCE DI COCCO	SPARATTOSPERMA	XILOPIA AETHIOPICA	MANGIFERA INDICA
HOLARRHENA	NOCE DI PALMA	STAPELIA	XYRIS	MELONE O MELONIS SEMINA O POPONE
HOLOSTEMMA RHEEDH	NOCE DI PIRA	STATICE BRASILIENSIS	YERBA SANTA	PINKNEYA RUBESCENS O ARARIBA RUBRA
HUAMAWEIPA	NOCE DI PAUCO	STAUROSTIGMA	YUCCA ANGUSTIFOLIA	PISCIDIA***
HUECHYS	NOCI DI CIPRESSO	STERCULIA	ZAFFERANO O CROCIS STIGMATA	PULEGIO

HURA CREPITANS	NOCI DI GALLA	STEREOSPERMUM	ZORNIA TETRAPHYLLA	QUEBRACHO
HYMENAEA COURBARIL	NOCI DI RAVENSARA	STEVIA SALICIFOLIA	ZYGADENUS	QUILLAIA***
HYMENODICTYON	NUPHAR LUTEUM	STYLOSANTHES	ZYGOPHYLLUM	RABARBARO O RHEUM
IDRANGEA E IDRANGINA	ORTHOSYPHON STAMINNENS	SUCCINO O AMBRA GIALLA	MIGLIO MARINO	REVALENTA
IPEVA	ORZO O HORDEI SEMINA	SWERTIA	MIRABILIS	THE'***
IPOCISTI	OSMUNIA	SWIETENIA SENEGALENSIS	MONESIA	TICOREA
IRIDE O IRIS FLORENTINA	PAICO E PAICOLINA	SYMPHORICARPUS	MORELLA O SOLANUM NIGRUM	TIMBO'
JEQUIRITY (o Piselli d'America)	PAMBOTANO	SYNGONIUM	MORENIA	TODDALIA ACULEATA
JOHAMNESIA PRINCEPS	PANNA o ASPIDIUM ATHAMANTICUM	TABERNAEMONTANA	MORINGA	TRADESCANTIA DIURETICA
	PARIETARIA	TABERNANTHE	MORO O GELSO	TRIANOSPERMA
JUREBEBE	PECE BORGOGNA O PECE BIANCA	TACHIA GUIANENSIS	SANTONICO O FIORI DI CINA***	TRIBULUS LANUGINATUS
KALADANA	PERSICO O PERSICAE FLORES***	TAGETES ERECTA	SAPONARIA***	TRIMERA
KAWA-KAWA	PAUCEDANO	TAMARINDO	SASSAFRASSO O SASSAFRAS LIGNUM	RIBES***
LAMINARIA***	PILIGAN O PILIJAN	TEPHROSIA	VAREUNEA	SANDARACCA
MESPILODAPHNE PRETIOSA	PINGO-PINGO O EPHEDRA	TERMINALIA	VANIGLIA O VANILLA PLANIFOLIA	SCOLOPENDRA

Tutti i rimedi con l'asterisco (***) sono degni di nota per la loro rilevanza clinica. Prendiamo come esemplificativi solo alcuni:

- CHAULMAGRA o CHAULMOUGRA: i semi di questa pianta (albero che cresce nell'India) sono molto usati dagli indigeni; da questi semi, si estrae un olio che si usa contro le malattie della pelle, contro la scrofola e la sifilide. Nei paesi caldi, poi, i medici la usano giornalmente contro la lebbra, massime nelle forme tubercolari e anestetiche. Infatti, nelle fasi fagedeniche, questo rimedio dà rapida guarigione. In particolare, il dott. Marsh l'ha usata in un caso di eczema pustoloso, che datava da cinque anni, con applicazioni abbondanti due volte al giorno, unite ad una cura tonica interna; dopo cinque settimane, l'eruzione era scomparsa, lasciando la pelle

molle e flessibile. Inoltre, il dott. Vidal se ne serviva per agevolare la scomparsa dei tubercoli; il dott. A. Hardy la prescriveva con successo nei casi di psoriasi inveterata, ed il dott. Hilles nella lebbra nera; il dott. Egan ha guarito sei casi di sciatica cronica con linimento di olio di chaulmagra applicato esternamente. Infine, il dott. Munel ne ha preconizzato l'uso nella tisi, quando i malati non possono più sopportare l'oilio di fegato di merluzzo.
Usi e dosi: per os si dà l'olio 30-40 gocce negli adulti, 3 gocce con il latte ai bambini; oppure, si danno le capsule contenenti gr.0,15 di olio, 2-4 volte al giorno; per uso esterno, si fanno applicazioni di olio puro, oppure con linimenti di olio ed alcol, o cloroformio o mentolo.
- GRAMIGNA (Agropyrum repens): pianta erbacea, che appartiene alla famiglia delle Graminacee, diffusa nei campi e nei luoghi abbandonati. La parte usata è il rizoma, che contiene una sostanza mucillaginosa, cui fu dato il nome di triticina.
Usi: per molto tempo ebbe la fama di grande rimedio nella cura delle malattie della vescica, oggi è meno usato; ma, accanto alla liquirizia, si deve ricordare come frutto zuccherino la radice di gramigna, che viene usata come purgante e nel catarro bronchiale. Il decotto si usa come diuretico, l'estratto, invece, si usa in Farmacia come eccipiente per fare le pillole.
- LIQUIRIZIA (Glycyrrhiza glabra): erba spontanea dei luoghi umidi di varie parti dell'Italia, ma non comune. Le parti usate sono gli stoloni e le radici, che contengono glicirrizina.
E' una delle sostanze più usate in Farmacia. Serve innanzi tutto per la preparazione della polvere, che viene adoperata specialmente nel confezionamento delle pillole, per dare consistenza ed ingrossarle. La polvere si prepara, essiccando la radice, e poi riducendola in un mortaio prima in una grossa polvere, dopo in una fine; attraverso un setaccio di maglia finissima, si separano le fibre legnose, di cui la polvere grossolana è sempre accompagnata. Al microscopio, si notano nella polvere tutti i cristalli di ossalati di calcio contenuti, ed è caratteristica la sua colorazione gialla del tessuto, se trattata con acido solforico.
Usi terapeutici: la liquirizia ha un sapore dolce e gradevole ed ha la proprietà di eccitare un po' la secrezione della saliva. Perciò, è considerata come una buona sostanza edulcorante e demulcente. Dal punto di vista fisiologico, produce effetti lassativi; inoltre, si usa per calmare la tosse, che viene da irritazione della faringe e della parte superiore delle vie aeree.
- THE': questa pianta era già conosciuta dai Chinesi già 350 anni prima ed adoperata generalmente circa 800 anni dopo Cristo. Il Tè è costituito dalle foglie della Thea Chinensis, la cui raccolta si fa 3-4 volte all'anno; esse sono composte di teina, che si trova allo stato di tannato, il quale è solubile in acqua calda e non fredda (ecco

perchè si fa l'infusione). La quantità di teina varia a seconda della specie.
Usi terapeutici: il thè è una bevanda molto diffusa, quanto il caffè, e l'azione assomiglia ad esso. I suoi impieghi come bevanda aromatica nervina sono identici: eccita di più la funzione cutanea e produce un senso di gradevole tepore alla pelle. Secondo Mays, Brunton e Cash, la theina e la caffeina non sono fisiologicamente identiche; infatti, la theina darebbe una rigidità muscolare più forte, influenzerebbe a preferenza la sfera sensibile e la sua dose letale sarebbe più elevata che quella della caffeina. L'infuso di thè ha un sapore un po' astringente per il suo contenuto di acido tannico; ad ogni modo, si consiglia l'uso del thè invece che quello del caffè a quelli che soffrono di catarro intestinale con diarrea. Del resto, il thè viene usato negli avvelenamenti per sostanze narcotiche ed emetiche, e quale diaforetico in decotto. Inoltre, il dott. Smith ha osservato che il thè, più tardi lo si beve, agisce più fortemente per impedire il sonno: attribuisce ciò alla maggiore quantità di theina entrata in soluzione.
GAMBOGIA-GARCINIA MORELLA anche se utilizzato sia nella farmacopea italiana che nella omeopatica con tropismo gastro enterico e azione diuretica meriterebbe una sperimentazione adeguata.

Tabella 4 rimedi minerali della Farmacopea Ufficiale non presenti nella Faramacopea Omeopatica

bitume o asfalto
cera e cerati
cesio
fuliggine
lapis medicinali o pietre medicinali
rubidio
stronzio e suoi composti
tellurio
tunsteno
uranio e suoi composti

Prendiamo ad esempio alcuni di questi metalli con una nota rilevanza clinica:
- CESIO: metallo alcalino scoperto, insieme al rubidio, nel 1860 da Bunsen e Kirchhoff per mezzo dell'analisi spettrale. Benchè in piccola quantità, è molto diffuso in natura. Si trova sempre allo stato di combinazione; accompagna spesso il potassio nelle acque minerali, nei depositi salini e nelle ceneri delle piante.
Usi (bromuro di cesio e di ammonio): ipnotico ed antiepilettico. Dose da 0,50 a 1,50 gr.

- FULIGGINE: è quella materia bruna, che si deposita quando si brucia legna. E' il prodotto di una combustione incompleta, da cui si formano idrocarburi aromatici di elevata composizione molecolare, e dei fenoli, la cui presenza è causa dell'odore caratteristico e del potere antisettico; ecco perchè si usa per conservare le carni, i pesci ed altre sostanze alimentari.

Usi: in Medicina era adoperata in pillole, in polvere e sotto forma di unguento, e serviva alla preparazione di empiastri, ed era usata contro la scabbia, le piaghe scrofulose, le ulceri cancerose e specialmente contro la tigna. Si preparava anche una tintura di fuliggine.

- RUBIDIO: è un metallo raro, molle, argenteo, il cui vapore è azzurro. I suoi sali sono solubili.in commercio si trova come miscela di bromuro di cesio e rubidio.

Usi: nella rana il cloruro di rubidio agisce sui muscoli come il cloruro di potassio, prima eccitando poi paralizzando. Secondo Brunton e Cash, il gastrocnemio dà una curva di contrazione simile a quella della veratrina. Agisce anche sul cuore, producendo un arresto sistolico simile a quello della digitale.

- STRONZIO: minerale che si trova in Scozia, isolato dal suo cloruro per elettrolisi; è un metallo bianco, con colorazione lievemente gialla, ma più chiaro del calcio; è più duro del piombo e del calcio, però è malleabile e duttile.

Usi: negli ultimi anni, il bromuro di stronzio venne introdotto per la cura del diabete. Ma, il più degno di nota tra i suoi sali, è di sicuro lo ioduro di stronzio, assolutamente innocuo all'organismo. Tale sale favorisce la nutrizione in generale, l'appetito, fa aumentare il peso corporeo, promuove la secrezione urinaria, sembra, quindi, comportarsi come i medicamenti nutritivi, ricostituenti ed è anche dotato di proprietà antiputrida ed parassiticida.

Il bromuro di stronzio, invece, è stato adoperato con enorme successo nella dispepsia, con ipercloridria, questo perchè è molto utile contro le fermentazioni lattica ed acetica e contro lo sviluppo di gas. Quindi, è utile nelle funzioni digestive e nell'eliminazione di tossine.

Altro uso importante è quello come diuretico nei casi d'anasarca o d'ascite abbondante, con diminuzione della quantità di urina; sotto l'influenza del lattato di stronzio, le idropisie diminuiscono lentamente, ma in modo progressivo, e contemporaneamente, si verifica una diuresi più abbondante. Inoltre, in un gran numero di casi di albuminuria, il lattato di stronzio fa diminuire sensibilmente la quantità di albumina, salvo nei casi di nefrite atrofica.

Si può utilizzare, pure, per le sue proprietà diuretiche contro la pleurite essudativa.

Si somministrano i sali di stronzio in soluzione, più che in polvere, per evitare nausee e vomiti. Da tali esperienze, si può notare come i sali di stronzio vadano progressivamente a sostituire i sali di potassio, invece più tossici, specialmente nella nefrite parenchimatosa reumatica dei gottosi e degli scrofolosi. In omeopatia si usa il lo stronzio carbonico e il bromuro di stronzio, ma non sperimentati. Rimane il grande capitolo delle pietre medicinali e delle pietre prezione da sperimentare

Tabella 5 rimedi animali della Farmacopea Ufficiale non presenti nella Farmacopea Omeopatica

alchermes (femmina di un insetto degli emipteri del genere della cocciniglia) è adoperato per tingere di rosso
bezoar (tratto dallo stomaco di una capra selvaggia) contro gli umori, la peste ed i veleni
bianco di balena o cetina
cardina dal cuore di bue
cera prodotti dell'ape
cetina (bianco di balena)
colla di pesce dalla vescica natatoria di diverse specie di storioni
grasso suino
kefir dalla fermentazione del latte di vacca
lanolina dall'untume della lana
miele prodotto dalle api
morroina estratto dall'olio di fegato di merluzzo
ovoforina o ovarina dalle ovaie di maiale e di vacca
pancreas e succo pancreatico da pezzetti di pancreas d'uccelli e di altri animali

Osserviamo in dettaglio due tra questi rimedi animali, con rilevanza clinica:

- CETINA (Bianco di balena): sostanza solida, che si separa per raffreddamento dall'olio grasso, il quale è contenuto nelle ampie cavità pericraniche, e nei ricettacoli sottocutanei dorsali del cetaceo dell'Oceano Pacifico. Questa sostanza si trova in speciali cavità del cranio di parecchi cetacei, ma in modo notevolissimo in quella molto ampia del Fisetere, il quale appunto per avere la testa enormemente sviluppata, entro cui è contenuto un olio, è conosciuto sotto il nome di Capodolio. Lo spermaceti, perchè si estrae pue dalla balena, è detto anche bianco di balena. Si prepara dopo la morte dell'animale, quando l'olio si solidifica ed è grezzo. Tramite filtrazione, si separa la parte liquida dalla parte granulosa, di color bruno e di odore forte e che contiene il 60% di olio liquido. Fondendolo, poi, nell'acqua bollente, trattato precedentemente con una soluzione debole di potassa, viene purificato. All'interno, lo spermaceti commerciale è costituito da una specie chimica unica, cioè da un miscuglio di eteri, ma ha la costituzione dei grassi; la massa principale è l'etere palmitico dell'alcol cetilico (ecco perchè "cetina").

Lo spermaceti si usava anticamente sotto forma di polvere, ottenuta tramite triturazione in un mortaio, dopo averlo bagnato con alcol, oppure fondendolo a b.m. ed agitandolo fino a raffreddamento. Questa polvere veniva, poi, mescolata con tre parti di zucchero e costituiva il rimedio, usato nella cura della tosse e dei catarri intestinali. Oggi, in Farmacia, si usa per la preparazione di diversi unguenti e cerati.
Usi terapeutici: in passato veniva prescritto internamente nel trattamento della bronchite cronica, della tisi e delle malattie consuntive in genere come alimento grasso e sostituto dell'olio di fegato di merluzzo (alla dose di gr. 10 a 30 al giorno) e negli stati irritativi delle vie respiratorie e del canale digerente con diarrea, come emolliente (alla dose di gr. 2 a 8 al giorno). Oggi, però, è considerato internamente inutile e si usa solo come emolliente locale per applicazione esterna e fa parte di numerosi unguenti, empiastri e cosmetici.

- KEFIR: è una bevanda di origine russa, che si ottiene facendo fermentare in particolari condizioni il latte di vacca. Lo zucchero di latte si trasforma in alcol ed altri prodotti e si ottiene così una bevanda gradevole, facilmente digeribile. Per tale preparazione occorrono dei fermenti, o batteri (detti grani di kefir), che si trovano nel fondo dei vasi in legno nei quali gli indigeni fanno coagulare il latte di vacca mediante lo stomaco dei montoni o delle vacche. Il kefir, più che un medicamento, è un alimento, molto digeribile, da poter essere quindi consumato anche in quantità maggiori da organismi deboli.

Usi terapeutici: il kefir promuove la digestione, aumenta il peso del corpo, calma i nervi, aumenta l'energia vitale dell'organismo ed è un buon espettorante, diuretico, sudorifero. In breve, l'azione del kefir sull'organismo è espressa dalle seguenti parole: nutrit, roborat, alterat.
Il kefir esercita un'influenza benefica in tutti gli stati catarrali del polmone (perfino la polmonite cronica e la tubercolosi). Anche solo dopo una cura di 2-3 settimane la febbre scompare, gli eccessi di tosse diventano più rari, il sonno più calmo e più lungo, l'appetito migliora. Nella bronchite il risultato è ancor più sollecito. In essudati pleurici, ne promuove il riassorbimento; nelle malattie croniche dello stomaco e dell'intestino, fa cessare il vomito, scompaiono i rutti ed il bruciore di gola, le evacuazioni si fanno più regolari, il paziente acquista appetito e l'inero organismo è fortificato.
La cura del kefir inizia con piccole dosi, mezzo o un bicchiere al giorno; a poco a poco, si può aumentare di mezzo bicchiere al giorno e ripetere per alcuni giorni la stessa dose. La cura, così, può durare di solito circa 6 settimane. Addirittura, è stato proposto da Podwysotsky l'uso del kefir con i preparati di ferro per combattere l'anemia.

Conclusioni

Il confronto delle differenze tra la farmacopea ufficiale italiana del 1897 con la farmacopea omiopatica poliglotta del 1879 ha permesso di verificare la complessità

delle tecniche di preparazione farmaceutica e la necessità di una stretta aderenza alle metodiche di preparazione dei rimedi omeopatici e non che solo un farmacista può verificare. Dalle tabelle di confronto si rilevano numerosi rimedi da sperimentare ex novo o da risperimentare per ampliarne l'utilizzo omeopatico. Il confronto delle suddette farmacopee risulta essere estremamente utile per un ampliamento della farmacopea omeopatica e per un migliore utilizzo di rimedi omeopatici in disuso per scarsa conoscenza o sperimentazione. Si conferma la necessità di utilizzare più fonti possibili di informazione e come la ricerca storica permetta di svelare dei tesori nascosti. Esula dall'attuale lavoro una analisi dettagliata di tutto il materiale disponibile, ma ne sono poste le premesse indispensabili. La collaborazione di farmacisti e medici, evidenzia come l'integrazione di competenze diverse sia un elemento vincente del progresso omeopatico.

Bibliografia

1) Campana A, *Farmacopea ferrarese*, I edizione, 1825, Google Books
2) *Commentario Farmacopea Italiana e dei medicamenti in generale*, vol I-II-III, 1897, Edizione Unione Tipografica-Editrice;
3) Hahnemann S, *Materia Medica Pura*, 1811-1821, Radar Opus
4) Hahnemann S, *Chronic Diseases*, 1835, Radar Opus
5) Hempel J, *New Homoeopathic Pharmacopoeia and Posology (from work Buchner, Gruner e Jahr)*, 1850 Google Books
6) Schwabe W, Pharmacopoea Homoeopathica Polyglottica, I edizione 1872, Google Books
7) Schwabe W, Farmacopea omiopatica poliglotta , II edizione 1879, Edizioni Cemon 1993;
8) Farmacopea Ufficiale del Regno d'Italia, III edizione, 1909, Google Books

Chiara Dissegna, Mauro Dodesini

Sterilizzazione della femmina di cane prepubere: un profondo trauma dell'equilibrio psicofisico di un soggetto in crescita risolvibile con l'omeopatia

Introduzione

Negli ultimi anni si è registrato un aumento imponente del numero di cagne sterilizzate in età prepubere. Da quando anche in Italia è stato pubblicato uno studio che riportava la minor incidenza di tumori mammari nelle femmine sterilizzate prima del primo calore, la gonadectomia prepubere è diventata un'operazione quasi di routine. Esistono tuttavia numerosi lavori che riportano le conseguenze negative di questo intervento, ma la maggior parte dei veterinari promuove e impone la chirurgia prepubere ai loro clienti, spaventandoli con diagnosi di sicuri sviluppi di neoplasie mammarie qualora decidessero di non intervenire.
Un intervento come la gonadectomia effettuato su soggetti in crescita, che ancora non hanno raggiunto la maturità sessuale e che si stanno sviluppando a livello fisico ed emotivo, arreca danni profondi e permanenti. Asportare le ovaie significa sconvolgere un complesso sistema endocrino in piena attività; le gonadi infatti, sotto controllo dell'asse ipotalamo ipofisario, secernono ormoni che, oltre a garantire il raggiungimento della fertilità, intervengono attivamente nella crescita fisica del soggetto, nelle sue modificazioni ossee, muscolari e nella distribuzione adiposa ma operano anche nello sviluppo dei caratteri sessuali secondari e nella maturazione emotiva del cucciolo.
Su di un trauma così profondo, la medicina tradizionale può difficilmente intervenire; in alcuni casi le terapie potranno palliare il danno provocato (come nel caso delle terapie ormonali per l'incontinenza urinaria) ma poco potranno fare quando l'animale non ha potuto svilupparsi a livello emotivo e riporta alterazioni cognitive o infantilismo.
Questo lavoro nasce dall'analisi della nostra casistica ambulatoriale, per confrontare con la letteratura le conseguenze all'intervento riscontrate nella pratica clinica e per determinare l'efficacia della terapia omeopatica su soggetti traumatizzati così profondamente.

Analisi dei vantaggi e svantaggi dell'intervento
Premessa. Dallo studio dei lavori presenti in letteratura riguardanti la sterilizzazione in età prepubere, si evince chiaramente che la spinta alla sterilizzazione in età giovanile non nasce nell'ottica del benessere animale o per la prevenzione di patologie oncologiche, ma è la pratica più veloce ed efficace per il controllo delle nascite. In America all'inizio del 900 l'ovarioisterectomia veniva praticata tra i 3 e i 6 mesi e la castrazione del maschio fin dalla quarta settimana di vita. La scarsa attenzione al benessere animale tuttavia può essere giustificata in quell'epoca, ma al giorno d'oggi in alcuni Paesi la castrazione si effettua ancora per gli stessi motivi. Da uno studio recente svolto in America, più del 57% dei proprietari di femmine di cane ignora che il suo animale può avere due cicli estrali l'anno e più del 61% non riesce a datare l'ultimo calore (Scarlett et al. 2002).
In generale però la vita dell'animale domestico è molto cambiata nel corso degli ultimi decenni: l'interessamento per il benessere animale è in continua crescita. Il ruolo dell'animale domestico si è evoluto di pari passo con la società. Nella nostra realtà, i cani vivono a stretto contatto con l'uomo e gradualmente sono diventati membri effettivi del nucleo famigliare. I proprietari sono sempre più attenti ed interessati al loro benessere psicofisico, si informano e scelgono attentamente le proposte terapeutiche.
Fattori culturali e personali, come grado di istruzione, sono quelli che giocano un ruolo maggiore nella comprensione globale delle conseguenze di un intervento come la sterilizzazione prepubere.

Nelle cagne, il primo calore può manifestarsi tra il VI e il XXIV mese di vita: chi decide di sterilizzare prima del primo calore interviene solitamente attorno ai 5 – 8 mesi (Blomberg, 1994).

Effetti sul comportamento
Sono molti gli studi che indicano alterazioni comportamentali in seguito alla sterilizzazione. E' stato rilevato un aumento delle paure ed una scarsa capacità di adattamento ai nuovi stimoli (Spain et al. 2004), un aumento dell'aggressività nei confronti degli estranei (O'Farrell , Peachey 1990), in particolare nei soggetti che già dimostravano caratteri di dominanza.
La gonadectomia predispone ad alterazioni cognitive nell'adulto: ci sono lavori che stanno dimostrando come le alterazioni del comportamento dell'anziano abbiano un decorso più rapido nei soggetti sterilizzati rispetto a quelli interi (Hart , 2001).

Neoplasie

Mammarie. Il tumore mammario è la neoplasia più comune nelle cagne, con un'incidenza del 3,4% (Richard et al. 2005) ed una malignità del 50%. Le metastasi sono riportate nel 77% delle cagne con carcinoma, con sito iniziale nei polmoni nel 30,8% (Misdrop, Hart 1979). L'età media di insorgenza del tumore mammario è 10 anni (Verstegen, Onclin 2003). Le femmine intere hanno un rischio maggiore di sette volte rispetto alle sterilizzate di sviluppare la neoplasia. Paragonate alle femmine intere, le cagne sterilizzate prima del primo estro hanno lo 0,5% di rischio di sviluppare un tumore, dopo il primo estro l'8%, dopo il secondo estro il 26% (Schneider et al. 1969). Il collegamento non è ancora ben definito, ma è chiara una componente ormonale alla base della trasformazione maligna delle cellule mammarie e la progressione della neoplasia poiché è evidente una diminuzione dei benefici della sterilizzazione in femmine che hanno avuto un numero maggiore di cicli estrali prima dell'intervento (Root Kustritz)

Tumore a cellule di transizione della vescica. E' il tumore più frequente del tratto urinario e rappresenta l'1% dei tumori maligni. Gli animali sterilizzati hanno un rischio di circa 2-4 volte rispetto a quelli interi di sviluppare questa neoplasia. Le cause non sono ancora state definite (Knapp et al. 2000).

Osteosarcoma. Neoplasia altamente maligna con un'incidenza dello 0,2 %, con razze predisposte. La gonadectomia aumenta il rischio di sviluppo di questo tumore di 1,3-2 volte. (Ru et al., 1998).

Emangiosarcoma. Il rischio per una femmina sterilizzata di sviluppare emangiosarcoma splenico è circa 2,2 volte quello di una femmina intera. Il rischio sale a 5 volte per quanto riguarda quello cardiaco (Smith, 2003)

Disturbi ortopedici

In tutti i cani sterilizzati rispetto a quelli interi si osserva un ritardo della chiusura delle fisi osee associate a una maggior lunghezza finale delle ossa lunghe (Spain et al. 2004)

Displasia dell'anca. Si tratta di una patologia ad eziologia multifattoriale. L'incidenza è dell'1,7% con una predisposizione per determinate razze. In un ampio studio di 1842 cani, si è registrato un aumento importante dell'incidenza della displasia nei soggetti sterilizzati prima dei 5 mesi di età (Spain et al. 2004).

Lesione legamento crociato. L'incidenza della rottura del legamento crociato è del 1,8 % ed è maggiore nei cani sterilizzati rispetto a quelli interi (Slauterbeck et al., 2004)

Obesità

E' il disturbo nutrizionale più comune nei cani e nei gatti, con un'incidenza del 2,8%.

E' un problema multifattoriale, ma la gonadectomia è una delle motivazioni più importanti. In uno studio, il 38% delle femmine sterilizzate sono risultate sovrappeso o obese. In uno studio retrospettivo è stata registrata una diminuzione dell'incidenza dell'obesità nei cani sterilizzati prima dei 5 mesi di età rispetto a quelli sterilizzati dopo i 5 mesi (Spain et al. 2004).

Problemi del tratto urinario

La carenza di estrogeni dopo l'intervento accelera i processi di deterioramento degli organi urogenitali, in particolare a livello di uretra e vescica, dove si verifica un assottigliamento dell'epitelio uretrale, un calo della pressione uretrale e una ridotta risposta allo stimolo adrenergico, la pressione-soglia di svuotamento diventa più bassa e, infine, c'è una riduzione del flusso ematico locale. La perdita del tono muscolare e una riduzione delle fibre elastiche comporta una conseguente minzione dolorosa e/o frequente, cistiti ricorrenti e incontinenza urinaria (Monzeglio, 2006).

Infezioni. Le femmine sterilizzate sviluppano con più facilità infezioni ricorrenti (Spain et al. 2004)

Incontinenza urinaria . Si riscontra con uguale frequenza nelle femmine ovaristerectomizzate e in quelle ovariectomizzate, con un'incidenza che varia dal 4,9% al 20% (Spain et al.,2004). Sono stati effettuati studi per capire se ci fosse una correlazione tra l'età in cui veniva effettuato l'intervento e lo sviluppo del disturbo: in uno studio su 983 femmine, la possibilità di sviluppare aumenta nelle cagne sterilizzate prima dei 5 mesi di vita, in particolar modo prima dei 3 (Spain et al., 2004).

Infantilismo genitale. Le femmine sterilizzate prima della pubertà possono mantenere una vulva giovanile. L'immaturità non ha di per sé un significato clinico, ma dagli studi emerge che cagne con vulva infantile e incontinenza urinaria sviluppano più facilmente dermatiti perivulvari (Root Kustritz, 2007).

Disordini endocrini

L'incidenza dell'ipotiroidismo nel cane oscilla tra lo 0,2 e lo 0,3%, con una predisposizione per determinate razze. Uno studio ha dimostrato l'aumento del rischio di sviluppo della patologia nelle femmine e maschi castrati (Root Kustritz, 2007).

Reazione avverse ai vaccini

Uno studio retrospettivo sulle reazioni avverse ai vaccini (incluse reazioni allergiche, anafilattiche, arresto cardiaco, shock cardiovascolare e morte improvvisa) ha mostrato come queste siano più probabili del 30% nelle femmine sterilizzate rispetto a quelle intere . Sono state investigate le possibili cause di questa relazione, incluso il ruolo degli ormoni sessuali sulla capacità dell'organismo di avere una buona risposta immunitaria in seguito alla vaccinazione (Sanborn, 2007)

Materiali e metodi

Il lavoro si basa sullo studio di 80 casi di femmine sterilizzate prima del primo calore che hanno sviluppato gravi patologie fisiche e comportamentali in seguito all'intervento, con un follow up di almeno un anno. Sono state trattate tutte con l'esclusiva somministrazione del rimedio omeopatico costituzionale. Nella scelta del rimedio, la componente eziologica della sterilizzazione è di estrema importanza.; questa è molto chiara nei casi in cui le pazienti hanno sviluppato sintomi immediatamente dopo l'intervento (crisi epilettiche, dermatiti, rottura legamento crociato). In altri casi i soggetti hanno risposto al trauma o con tempi più lunghi.
I pazienti di questo studio riportavano le seguenti patologie:

Displasia anca 28,7%
LCA 16,2%
Problemi comportamentali 15% (aggressività e infantilismo)
Incontinenza 13,7%
Problemi dermatologici 11,2%
Displasia gomito 7,5%
Dislocazione rotula 5%
Cistite 5%
Epilessia 3,75%
Sordità precoce 1,25%
Otiti 1,25%
Catarro 1,25%

Tutti i soggetti sono stati trattati con la sola somministrazione del rimedio omeopatico, prescritto secondo repertorizzazione con Radar 9,2.
Il trauma legato alla sterilizzazione deve essere tenuto in altissima considerazione nella ricerca del rimedio, tuttavia troviamo pochissime rubriche repertoriali che possono essere utili in questo senso, la principale delle quali è GENERALS - INJURIES - operation - ailments from - Ovaries; excision of the che riporta 14 rimedi. Le rubriche legate all'incontinenza dopo intervento chirurgico purtroppo non sono mai state sviluppate e contengono pochissimi rimedi (BLADDER - INFLAMMATION - operation; after - uterus; after removing, BLADDER - COMPLAINTS of bladder - operation; after)
Caso clinico n.1 Carlotta.

Cane Carlino, nato il 3\01\2008, peso 7 Kg. Sterilizzata a 6 mesi di vita, prima del primo calore
ANAMNESI
Subito dopo la sterilizzazione (luglio 2008) ha iniziato a presentare una zoppia intermittente; dall'esame radiologico non è emerso nulla di significativo. Ad agosto dello stesso anno iniziano a comparire aree cutanee rossastre senza pelo: viene diagnosticata la rogna demodettica e trattata con ivermectina per due mesi senza grossi risultati. Ad ottobre 2008 Carlotta viene trattata per un'infezione fungina all'anteriore destro: il trattamento farmacologico causa una fortissima diarrea emorragica. Da novembre ha iniziato a manifestare incontinenza urinaria soprattutto notturna, in terapia con Incurin.

23 aprile 2009 Prima visita. Età : 1 anno e 3 mesi.
SKIN: aree alopeciche sotto il collo dove non è più cresciuto il pelo, sulle ascelle e davanti alla coda. Sono le stesse aree alopeciche dei primi esordi, sempre non particolarmente pruriginose. Aggrava : la mattina al risveglio, a letto prima di addormentarsi, di notte quando si sveglia, con il caldo estivo. Incontinenza urinaria notturna.
Repertorizzazione n°1

EXTERNAL THROAT - ERUPTIONS
BLADDER - URINATION - involuntary - walking - agg.
BLADDER - URINATION - involuntary - night
BLADDER - URINATION - involuntary - night - first sleep
CHEST - ERUPTIONS - Axillae
SKIN - ITCHING - morning - rising - after - agg.
SKIN - ITCHING - morning - waking; on

TERAPIA
Sulphur 30 CH : mezzo contagocce a giorni alterni per tre volte.

05 Maggio 2009 : 14 giorni follow up
Mail della proprietaria : " Non vorrei osare troppo ma ci sembra che il pelo cominci a ricrescere almeno per ora nella zona del collo, nella zona delle zampe per ora nulla"

22 Maggio 2009
SKIN
Aree alopeciche diminuite di dimensione. Il pelo nel resto del corpo è setoso. Comparsa di piccole eruzioni puntiformi sui padiglioni auricolari. Incontinenza urinaria : migliorata notevolmente, non più tutte le notti.

TERAPIA
Sulphur 5 LM : SID per 14 giorni

11 Giugno 2009 1 mese e 20 giorni
ALOPECIA ZAMPE E COLLO: il pelo fatica a crescere
INCONTINENZA: interrotta la terapia farmacologica da 15 giorni e non ha più manifestato perdite
TERAPIA
Sulphur 7 LM : Sid per gg 28.

06 Luglio 2009
Mail della proprietaria "Per quanto riguarda il pelo sembra che vada leggermente meglio. Per quanto riguarda l'incontinenza urinaria, i risultati sono positivi, non ha più avuto perdite"
TERAPIA
Sulphur 9 LM : Sid per gg 28.

01 Agosto 2009
Mai più episodi di incontinenza urinaria. Comincia a ricrescere il pelo sul collo. Pelo setoso.
TERAPIA
Sulphur 11 LM : Sid per gg 28.

10 dicembre 2009 Follw up 8 mesi
Carlotta non ha mai più avuto episodi di incontinenza. La cute è sana, il pelo è folto e setoso.

Caso clinico n. 2 Kesy
Cane meticcio, nato il 09\06\2011, sterilizzata a dicembre 2011 (prima del primo calore)
Un mese dopo l'intervento di gonadectomia, Kesy ha iniziato a manifestare un'intensa zoppia. Con l'esame radiografico viene diagnosticata una displasia dell'anca di grado D, trattata con antinfiammatori con consiglio di intervenire chirurgicamente al più presto.

04 Ottobre 2012 Prima visita Età: 1 anno e 3 mesi.
Visita Clinica :

Ginocchia : calore evidente di entrambe. Ginocchio destro : dolore all'estensione.
Anca destra : extra ruota facilmente, con scroscio, all'estensione. Anca sinistra : buona estensione, con scroscio, senza rotazione all'esterno.
Andatura: scarso appoggio sul posteriore sinistro, che tiene rigido.

Repertorizzazione

MIND - CURIOUS
BLADDER - URINATION - involuntary - fright
EXTREMITIES - WEAKNESS - Lower limbs - descending stairs agg.
EXTREMITIES - DISLOCATION - Hip; spontaneous dislocation of
GENERALS - BATHING - amel.

TERAPIA
Sepia 1 LM : SID.

24 ottobre 2012 Follow up 20 giorni
Mail della proprietaria "questa settimana Kesy sta molto meglio, il martedì ed il venerdì abbiamo ripreso le passeggiate mattutine nel bosco (circa 1 ora e un quarto) con una amica e i suoi 4 cani, Kesy gioca e corre, cerco di limitare il suo gioco quando tende a fare delle rotazioni su se stessa ma sul lungo corre molto bene dietro alla sua amica setter"
TERAPIA
Sepia 1 LM : SID. Per gg. 14

09 novembre 2012 Follow up 1 mese
Mail della proprietari " La scorsa settimana Kesy era peggiorata, zoppicava di più alla sera, somministrando il rimedio mattina e sera è sta meglio ed è più tranquilla e da ieri abbiamo ripreso le passeggiate per il momento al guinzaglio, domani dovrei portarla nel bosco libera"
TERAPIA
Sepia 3 LM : SID per 14 gg

12 dicembre 2012 Follow up 2 mesi
Kesy, sta molto meglio, anche dopo lunghe passeggiate recupera molto velocemente
TERAPIA
Sepia 3 LM : SID per 14 gg
14 gennaio 2013 Follow up 3 mesi

Kesy sta molto meglio è migliorata molto a livello fisico, è molto muscolosa ,ha la possibilità di giocare anche con altri cani, la sua qualità della vita è migliorata molto.
TERAPIA
Sepia 5 LM : SID

Nel corso del 2013 Kesy continuerà ad assumere il suo rimedio, aumentandone la potenza a seconda delle necessità. Con la sterilizzazione, l'equilibrio che permetteva a Kesy di non accusare dolori per la sua patologia ortopedica si è alterato: la terapia omeopatica ne ha reso possibile il ripristino.

Caso clinico n.3 Molly
Cane Dobermann, nato il 24\06\2008, sterilizzata prima del primo calore. Da dopo l'intervento ha iniziato subito ad accumulare peso e dopo 3 anni sono iniziati i primi episodi di incontinenza urinaria

19 luglio 2012 Prima visita Età 4 anni
L'incontinenza urinaria si manifesta soprattutto quando rimane sdraiata, anche se sveglia. Le perdite sono copiose e ormai quotidiane. Cane oggettivamente obeso, con pochissima resistenza all'attività fisica.-

MIND - AILMENTS FROM - egotism
MIND - EGOTISM
MIND - SELFISHNESS
BLADDER - URINATION - involuntary - night - spasmodic enuresis
BLADDER - URINATION - involuntary - lying - agg.

TERAPIA
Lycopodium 1 LM: SID per 14 giorni

4 agosto 2012
La proprietaria riferisce che dopo 14 giorni le perdite sono già diminuite
TERAPIA
Lycopodium 1 LM: SID per 14 giorni

25 agosto 2012
Molly negli ultimi 20 giorni ha avuto solo tre episodi di incontinenza notturna.
TERAPIA

Lycopodium 3 LM: SID per 14 giorni

15 settembre 2012
Mai più episodi di incontinenza
TERAPIA
Lycopodium 3 LM: SID per 14 giorni

08 dicembre 2013
Visita clinica: ha perso 5 kg da quando ha iniziato al terapia, rimane tuttavia ancora sovrappeso. La vitalità è aumentata: adesso si interessa nuovamente alle passeggiate con la proprietaria.
Non ha più avuto episodi di incontinenza urinaria.

Ad oggi (dopo 1 anno e 7 mesi) Molly continua ad assumere Lycopodium con ottimi risultati. In questo caso non ci sono più state perdite urinarie dopo solo 4 mesi di terapia.

Risultati
A ciascun caso è stato assegnato un voto da insufficiente a ottimo secondo le caratteristiche riportate in tabella. Degli 80 casi seguiti, il 33% ha risposto in maniera ottimale al trattamento, nel 22% dei casi c'è stata una buona risposta alla terapia omeopatica. Il 16 % ha risposto solo in maniera parziale alla terapia mentre il 9 % non ha tratto alcun beneficio . Uno dei fattori che più ha influenzato la risposta alla terapia è stato il tempo: molte pazienti sono state portate in visita in età avanzata, con una storia di soppressioni farmacologiche importante che sicuramente ha intaccato al loro possibilità di reazione al rimedio. I risultati migliori si sono ottenuti nelle pazienti che sono state portate in visita nei mesi successivi all'intervento.

Ottimo: con la terapia omeopatica il soggetto non ha più manifestato sintomi ed ha conquistato un alto livello energetico.
Buono: il miglioramento della sintomatologia è importante, tuttavia la paziente presenta ciclicamente una riacutizzazione dei sintomi, gestibile con somministrazioni ripetute del rimedio
Sufficiente: la paziente ha risposto solo parzialmente alla terapia, mantenendo i suoi sintomi, seppure di minor entità.
Insufficiente: la paziente non ha risposto alla terapia.

Conclusioni

Dai casi analizzati e dalla letteratura è evidente come la gonadectomia prepubere non possa diventare un intervento di routine. E' un'operazione che traumatizza profondamente un cucciolo in crescita, negandogli la possibilità di un corretto sviluppo psicofisico.
Ogni soggetto risponde poi in maniera differente ad un evento traumatico come la sterilizzazione. Alcune pazienti hanno sviluppato sintomi nell'immediato, altre invece dopo un lasso di tempo più o meno lungo. Ad identico trauma, ogni organismo reagisce in maniera propria e peculiare, sviluppando le patologie per le quali risultava predisposto: come visto nei risultati, le patologie che possono presentarsi sono estremamente varie. Alcuni soggetti sviluppano nuovi sintomi, altri manifestano segni di condizioni patologiche già presenti ma che compensavano senza problemi. A quest'ultima categoria appartengono ad esempio i soggetti displasici, che mai avevano dimostrato difficoltà di deambulazione prima dell'intervento. In altri casi, il mancato sviluppo emotivo si renderà palese solo dopo un determinato tempo, quando crescendo il soggetto non riuscirà a maturare emotivamente, con la perpetuazione di comportamenti infantili.
Il rimedio omeopatico se prescritto tenendo in considerazione l'eziologica traumatica delle problematiche, stimola il ripristino dell'equilibrio perso e permette al soggetto di superare quest'evento.
Più tempestiva sarà la somministrazione del rimedio omeopatico corretto, tanto più profonda, veloce e duratura sarà la risposta del soggetto.

Bibliografia

Association of Shelter Veterinarians' spay-neuter Task Force, The association of Shelter Veterinarians veterinary medical care guidelines for spay-neuter programs. *JAVMA* 2008; 223 (1): 74-86
Benjamin LH, Effect of gonadectomy on subsequent development of age-related cognitive impairment in dogs. *JAVMA* 2001, 219 (1): 51-56
Blomberg MS, La castrazione in età prepubere nel cane e nel gatto: risultati di prove cliniche e di ricerca. *25° Incontro SCIVAC Aggiornamenti in chirurgia del cane e del gatto – Atti* 1994
Duffy DL, Serpell JA, Non-reproductive effects of spaying and neutering on behavior in dogs . In *Third International Symposium on non-surgical contraceptive methods for pet population control*
Hoening M, Effects of neutering on hormonal concentrations and energy requirements in male and female cats. *AJVR* 2002 63(5):634-639
Kim HH, Yeon SC, Hout KA eEt al., Effects of ovariohysterectomy on reactivity in German Sheperd Dogs. *Vet J* 2006; 172:154-159
Knapp DW, Glickman NW, De Nicola DB, et al., Naturally-occurring canine transitional cell carcinoma of the urinary bladder. *Urol Oncol* 2005; 5:47-59
Kustritz MVR, Determining the optimal age for gonadectomy of dogs and cats . *J Am Vet Med Assoc.* 2007, 231(11):1665-75
Misdorp W, Hart AAM, Canine mammary cancer. Therapy and causes of death. *J Small Anim Pract* 1979, 20:395 – 404
Monzeglio MG, Terapia dell'incontinenza nella cagna 2006. *Vetjournal* 2006
O'Farrell V, Peachey E, Behavioural effects of ovariohysterectomy on bitches. *J Small Anim Pract* 1990, 31:595-598
Radar 9.2
Reisner IR, Dominance-relates aggression of English Springer Spaniels: a review of 53 cases. *Appl Anim Behav Sci* 1993; 37:83-84
Richard HG, McNeil PE, Thompson H, et al., An epidemiological analyses of a canine-biopsies database compiled by diagnostic histopathology service. *Prev Vet Med* 2001; 51:125-136
Romagnoli S, Vantaggi e svantaggi della castrazione nella cagna e nella gatta: se, quando e come farla. *Praxis Vet.* XXVIII 3/2007
Scarlett JM, Salman MD, New JG et al., The role of veterinary practitioners in reducing dog and cat relinquishments and euthanasias . *J Am Vet Med Assoc* 2002; 220-306-311
Slauterbeck JR, Pankratz K, Xu KT, et al. Canine ovariohysterectomy and orchiectomy increases the prevalence of ACL injury. *Clin Orthop* 2004; 429:301-305
Smith AN, Hemangiosarcoma in dogs and cats. *Vet Clin North Am Small Anim Pract* 2003; 33:533-552
Spain CV, Scarlett JM, Hoput KA, Long-term risks and benefits of early-age gonadectomy in dogs. *J Am Vet Med Assoc* 2004, 224:380 – 387
Vertegen J, Onclin K, Mammary tumors in the queen, in *Proceedings*. Annu Conf Soc Theriogenol 2003; 239-245

S.Di Salvo, A.De Siena, C.Marasco, L.Mascaro, M.Tomat, V.Falabella

La psora secondaria di Hahnemann: confronto delle edizioni delle malattie croniche, analisi dei sintomi e della materia medica non hahnemanniana

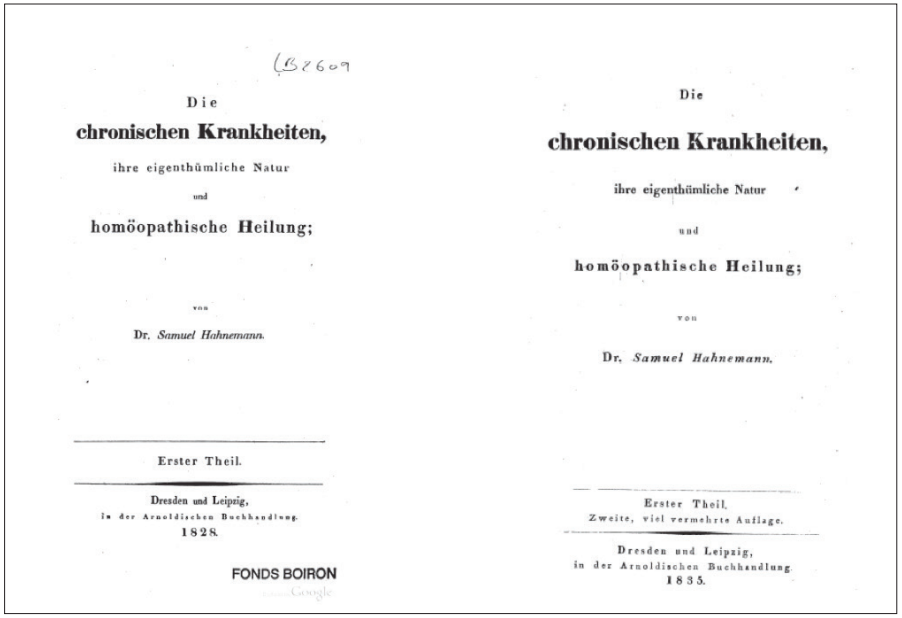
Introduzione
A completamento di un precedente lavoro presentato sulla psora latente, sono stati analizzati i sintomi della psora secondaria per valutare la correttezza delle diverse traduzioni rispetto all'originale tedesco e per verificare l'eventuale ampliamento degli antipsorici di Hahnemann.
Materiali e Metodi
E' stata confrontata la prima e ultima edizione delle Malattie croniche di Hahnemann in tedesco, in inglese e in italiano. I sintomi della psora sono stati elaborati in forma repertoriale per essere analizzati attraverso i sistemi MacRepertory e Radar.
Risultati
L'analisi dei sintomi della psora secondaria nelle edizioni delle Malattie croniche ha evidenziato l'aggiunta di 20 nuovi sintomi + 8 modificati (testo o note) nella II edizione e delle differenze od omissioni non fondamentali nelle traduzioni italiane rispetto agli originali. Il confronto dei sintomi attraverso i repertori informatizzati e i dati della materia medica hanno confermato il ruolo antipsorico di numerosi rimedi non conosciuti da Hahnemann.
Discussione
La verifica dei sintomi della psora secondaria di Hahnemann, unita alle attuali conoscenze della materia medica e alle potenzialità della repertorizzazione informatizzata, permette un ampliamento dei rimedi antipsorici e la possibilità di testare l'utilità della analisi miasmatica Hahnemanniana nella pratica clinica.
Conclusioni
Lo studio della psora secondaria di Hahnemann, attraverso la verifica dei testi originali e l'analisi repertoriale, permette di migliorare la conoscenza e l'applicazione della teoria delle malattia croniche secondo l'impostazione hahnemanniana con ampliamento dei rimedi antipsorici.
Parole chiave: malattie croniche, psora secondaria, repertorio, materia medica.

Introduzione

La teoria delle malattie croniche di Hahnemann resta la più controversa e la più disattesa della metodologia omeopatica. Per migliorare la comprensione di questo modello teorico elaborato da Hahnemann e modificato più o meno profondamente dagli omeopati che lo hanno seguito abbiamo approfondito lo studio dei sintomi della psora secondaria per completare quanto già fatto per la psora latente (1). Lo scopo dello studio è verificare 1) le differenze tra le due edizioni delle Malattie croniche di Hahnemann, 2) l'adeguatezza della traduzione dal testo originale dei sintomi della psora, 3) il possibile ampliamento dei rimedi antipsorici.

Materiali e metodi

Nel precedente studio sulla psora latente avevamo confrontato la prima e ultima edizione delle Malattie croniche di Hahnemann in tedesco, in inglese e in italiano. Nello studio attuale abbiamo confrontato la I e II edizione delle malattie croniche in lingua tedesca e la II edizione in tedesco con la II in lingua inglese di Tafel e quella in lingua italiana di Micozzi (2,3,4,5) avendo visto la migliore aderenza di queste traduzioni al testo originale rispetto ad altre versioni come la II edizione di Hempel (6) o la prima di Belluomini (7). I sintomi della psora sono stati elaborati in linguaggio repertoriale ed analizzati attraverso i sistemi MacRepertory e RadarOpus (8,9). Se un sintomo è composto da più voci repertoriali queste stesse sono state unite insieme e sono stati inclusi tutti i rimedi.


Die
chronischen Krankheiten,
ihre eigenthümliche Natur
und
homöopathische Heilung;
von
Dr. Samuel Hahnemann.
Erster Theil.
Dresden und Leipzig,
in der Arnoldischen Buchhandlung.
1828.
FONDS BOIRON

Die
chronischen Krankheiten,
ihre eigenthümliche Natur
und
homöopathische Heilung;
von
Dr. Samuel Hahnemann.
Erster Theil.
Zweite, viel vermehrte Auflage.
Dresden und Leipzig,
in der Arnoldischen Buchhandlung.
1835.

I e II edizione della Malattie Croniche di Hahnemann, google books (2,3)

Tabella 1. Esempio di elaborazione repertoriale dei sintomi della psora

N°	Sintomo Psora secondaria - Micozzi	MacRepertory	RadarOpus
2	Vertigini: quando chiude gli occhi, gli sembra che tutto gli giri intorno; contem poraneamente, ha conati di vomito.	vertigo; OBJECTS seem; turn in a circle; closing eyes agg. (2) vertigo; OBJECTS seem; turn in a circle (88) stomach; RETCHING, gagging; vertigo, in (2) vertigo; NAUSEA; with (215) vertigo; CLOSING eyes; agg.; nausea, with (5) vertigo; CLOSING eyes; agg. (64) vertigo; OBJECTS seem; turn in a circle; room whirls (36) Totale rimedi 265	VERTIGINI - CHIUDENDO gli occhi - aggr. (51) VERTIGINI - CHIUDENDO gli occhi - aggr. - nausea; con (2) VERTIGINI - NAUSEA – con (179) VERTIGINI - GIRASSE; come se - tutto girasse in tondo; come se (103) VERTIGINI - OGGETTI - girare in tondo; sembrano (70) VERTIGINI - OGGETTI - girare in tondo; sembrano - stanza, la, è un vortice (19) Totale rimedi 240

Risultati

Tabella 2. Sintomi aggiunti nella II Edizione

27	Senso di frastuono nel cervello, come se qualcuno cantasse, corresse, facesse rumore, tuonasse, etc.
51	Idropisia oculare.
75	Polipi del naso (di norma con assenza di odorato), che si estendono dalle coane, fino al faringe.
80	Cattivo odore, a livello del naso.
89	Eruzioni cutanee del volto, di svariata natura* **crosta lattea, pustole, macule, herpes, lichen e ulcerazioni del naso, delle labbra e della bocca (anche chiamate cancro), con dolore bruciante e pungente.*
98	Denti allentati e deterioramento dei denti di varia natura, anche senza mal di denti.
99	Dolore ai denti di molteplice natura, a volte dovuto a fattori scatenanti.
139	Difficoltà a deglutire, dovuta a spasmi, che può portare alla morte per fame.
140	Deglutizione involontaria, spasmodica.
169	Aritmia, dopo il pasto.

197	Evacuazione di solo muco (emorroidi mucose).
198	Emissione di ascaridi dall'ano.
199	Emissione di parti di tenia.
214	Formicolio e formicolio pruriginoso nel retto, con o senza emissione di vermi.
215	Prurito rodente all'ano e agli organi genitali.
216	Polipi nel retto.
240	Emissione di fluidi genitali nella donna, causati da sogni voluttuosi.
266	Polipi nell'utero.
278	Suppurazione di laringe e trachea (tisi del laringe e della trachea)* **l'infiammazione del laringe e della trachea (croup) non può avere origine in nessun bambino, che sia libero dalla psora latente, o che ne sia stato liberato per mezzo della guarigione.*
335	Ossa che si fratturano facilmente.

L'analisi dei sintomi della psora secondaria nelle edizioni delle Malattie croniche ha evidenziato l'aggiunta di 20 nuovi sintomi + 8 modificati (testo o note) nella II edizione e delle differenze od omissioni non fondamentali nelle traduzioni italiane rispetto agli originali.

Tabella 3. Sintomi modificati nella II edizione

55	Miopia; è in grado di vedere anche piccoli oggetti, se vengono tenuti vicino a lui; però, più l'oggetto è lontano, meno chiaramente lo distingue; a una distanza ancora maggiore non lo riconosce affatto.	a una distanza ancora maggiore non lo riconosce affatto.
56	Visione distorta; vede gli oggetti raddoppiati, o moltiplicati, o solo la metà di essi.	Solo la metà di essi
62	Amaurosi; offuscamento ininterrotto del visus*, che progredisce fino alla cecità **più spesso con cristallino opaco, a volte anche senza.*	**più spesso con cristallino opaco, a volte anche senza.*
238	Fuoriuscita di fluido prostatico, di preferenza dopo una evacuazione dura (spesso, anche con un continuo gocciolio)* **a volte, anche con un senso di debilitazione, dovuto all'emissione continua del fluido prostatico.*	**a volte, anche con un senso di debilitazione, dovuto all'emissione continua del fluido prostatico.*
254	Mancanza di desiderio sessuale in entrambi i sessi, frequente o costante* **spesso per anni, per molti anni. I genitali maschili e femminili non possono essere stimolati a provare nessuna sensazione piacevole o di piacere. Il corpo del pene rimane floscio, più piccolo di una ghianda ed è freddo al tatto e di colore biancastro o bluastro. Le labbra della vulva sono insensibili, flosce e piccole, la vagina quasi sorda e incapace di provare sensazioni, di norma asciutta; contemporaneamente, si ha la perdita del pelo pubico, fino a che l'organo genitale femminile diventa glabro.*	Contemporaneamente si ha la perdita del pelo pubico fino a che l'organo genitale femminile diventa glabro
291	Tosse con espettorato giallo, simile a pus, con o senza eliminazione di sangue* **le tisi polmonari suppurative hanno raramente altra causa che questa infezione, anche quando sembrano causate da vapori di mercurio e arsenico; in misura minore le tisi suppurative, dovute a polmoniti trattate male con salassi; tutte queste sono da considerare, quasi sempre, come il divampare di psora latente.*	In misura minore le tisi suppurative, dovute a polmoniti trattate male con salassi; tutte queste sono da considerare, quasi sempre, come il divampare di psora latente
311	Scomparsa delle mammelle, o ingrossamento di queste; i capezzoli ricadono all'interno.	O ingrossamento di queste; i capezzoli ricadono all'interno
364	O anche herpes, in forma di grani sottili, ravvicinati in macchie più o meno grandi, per lo più di colore rossastro, in parte asciutto e in parte umido, con prurito simile a quello dell'eruzione psorica e bruciore in seguito a sfregamento. Si estendono sempre di più, seguendo la loro circonferenza, mentre il centro sembra essere libero dall'eritema, con pelle liscia e lucida (herpes circinatus). Gli herpes della parte inferiore della gamba si chiamano "flussi di sale".	Si estendono sempre di più seguendo la loro circonferenza, mentre il centro sembra essere libero dall'eritema, con pelle liscia (herpes circinatus).

Il confronto tra la traduzione dal tedesco in inglese di Tafel e quella di Micozzi ha evidenziato la migliore aderenza al testo originale di quella italiana che ha colto

meglio molte sfumature. Solo riguardo alla traduzione del termine Hypochondern nei sintomi 174 e 183 dissentiamo dalla traduzione italiana "ipocondriaci" e concordiamo con quella inglese di ipocondri che è aderente al contesto.

Tabella 4. Confronto sintomi 174 e 183

Micozzi	Originale tedesco	Tafel
174 Gli ipocondriaci provano dolore alla palpazione e durante il movimento, anche in uno stato di quiete.	Schmerz in den Hypochondern beim Befühlen und Bewegen, oder auch in Ruhe.	Pain in the hypochondria when touched, and in motion, or also during rest.
183 Sotto la parte finale delle costole (negli ipocondriaci), tensione e pressione, che inibiscono la respirazione e rendono l'animo pauroso e preoccupato.	Unter den letzten Ribben (in den Hypochondern) herüber, Spannung und Druck, wovon der Athem gehemmt und das Gemüth ängstlich und bekümmert wird.	Below the last ribs (in the hypochondria), a tension and pressure all over, which checks the breathing and makes the mind anxious and sad.

Il sintomo 4 e il sintomo 10 sono stati considerati come un unico sintomo nella repertorizzazione essendo molto simili:

4	Vertigini; un senso di strattonamento nella testa, a causa del quale perde istantaneamente i sensi.	mind; UNCONSCIOUSNESS, coma; vertigo; during (96)	MENTE - INCOSCIENZA; stato di - vertigini; durante: (57)
10	Vertigini, che si trasformano in perdita della coscienza.	mind; UNCONSCIOUSNESS, coma; vertigo; during (96)	MENTE - INCOSCIENZA; stato di - vertigini; durante: (57)

La repertorizzazione dei 431 sintomi della psora secondaria è stata eseguita con il Synthesis del Radar Opus e con il Complete 2011 del MacRepertory. In considerazione della già verificata similitudine nella distribuzione dei rimedi abbiamo considerato come riferimento della analisi il Synthesis se non diversamente specificato.

Tabella 5. Distribuzione dei rimedi per la psora latente (1)

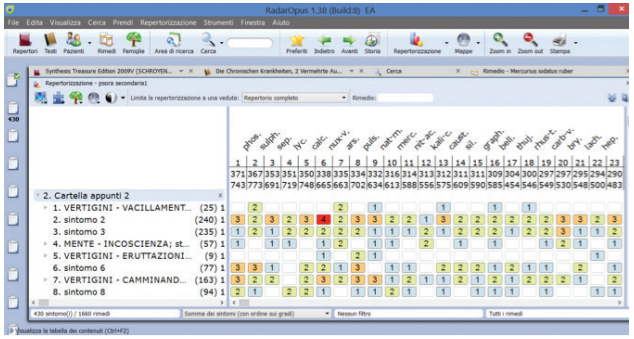
Repertorio	Rimedi	Minerali	Vegetali	Animali	Nosodi	altri
Synthesis 9.2	1348	399 29.5%	638 47.3%	141 10.4%	50	120
Complete 2011	1587	488 30.7%	820 51.6%	188 11.8%	50	41

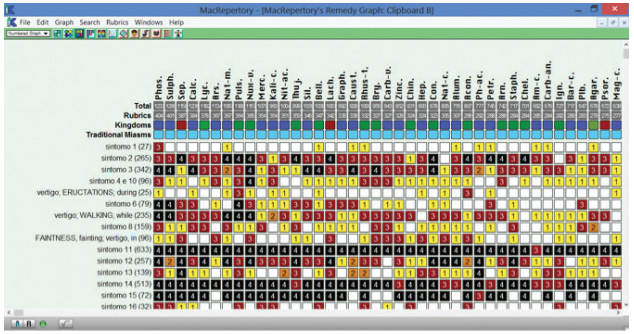
Tabella 6. Distribuzione dei rimedi per la psora secondaria

Repertorio	Rimedi	Minerali	Vegetali	Animali	Nosodi	altri
Synthesis 9.2	1660	498 30%	801 48%	201 12%	50	110

201 sintomi (47%) hanno un numero di rimedi inferiore o uguale a 100, mentre 229 sintomi (53%) hanno un numero di rimedi > di 100 (53%).

Seguono le immagini esemplificative delle schermate repertoriali con i due programmi e le tabelle dei rimedi (antipsorici, apsorici, non hahnemanniani):





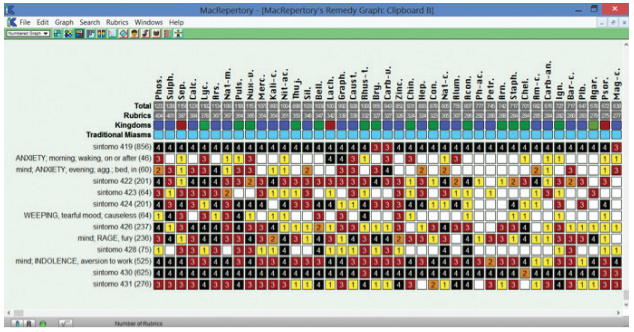


Tabella 7. Rimedi antipsorici e sintomi psora secondaria

	ANTIPSORICI	Synth		ANTIPSORICI	Synth
1	Agar muscarius	248	25	Hepar sulphur calc	294
2	Alumina	267	26	Iodum	230
3	Ammonium carbonicum	255	27	Kali carbonicum	313
4	Ammonium muriaticum	180	28	Kali nitricum	187
5	Anacardium orientale	204	29	Lycopodium	351
6	Antimonium crudum	211	30	Magnesia carbonica	232
7	Arsenicum album	335	31	Magnesia muriatica	228
8	Aurum metallicum	238	32	Manganum	169
9	Aurum muriaticum	121	33	Mezereum	243
10	Baryta carbonica	257	34	Muriaticum acidum	208
11	Borax veneta	194	35	Natrum carbonicum	286
12	Calcarea carbonica	350	36	Natrum muriaticum	332
13	Carbo animalis	246	37	Nitric acidum	314
14	Carbo vegetabilis	297	38	Petroleum	268
15	Causticum	312	39	Phosphoricum ac.	256
16	Clematis recta	167	40	Phosphorus	371
17	Colocynthis	198	41	Platina	190
18	Conium maculatum	290	42	Sarsaparilla	179
19	Cuprum	216	43	Sepia	353
20	Digitalis purpurea	224	44	Silicea	311
21	Dulcamara	223	45	Stannum	202
22	Euphorbium	123	46	Sulphur	367
23	Graphithes	311	47	Sulphuricum acidum	210
24	Guajacum	103	48	Zincum metallicum	290

Tabella 8. Rimedi apsorici e sintomi della psora secondaria

	apsorici	synth		apsorici	synth.
1	Aconitum	265	29	Ledum palustre	156
2	Ambra grisea	191	30	Magnetis poli art	115
3	Angustura vera	124	31	Magnetis ambo	97
4	Argentum met	161	32	Magnetis poli austr	105
5	Argentum nitr	235	33	Manganum carb.	169
6	Arnica montana	260	34	Menyanthes trifolita	95
7	Asarum	136	35	Mercurius corr.	166
8	Belladonna	309	36	Mercurius dulcis	44
9	Bismutum subnitricum	90	37	Mercurius prec r.	60
10	Bryonia	297	38	Mercurius solubilis	316
11	Camphora	176	39	Moschus moschifer.	132
12	Cannabis sativa	155	40	Nux vomica	338
13	Capsicum album	188	41	Oleander	131
14	Chamomilla	247	42	Opium	213
15	Chelidonium	225	43	Pulsatilla	334
16	China	289	44	Rheum palmatum	98
17	Cicuta virosa	154	45	Rhus toxicodendrum	300
18	Cina marittima	161	46	Ruta	238
19	Cinnabaris	103	47	Sambucus nigra	109
20	Cocculus	223	48	Spigelia anthelmia	224
21	Cyclamen	151	49	Spongia tosta	229
22	Drosera	162	50	Squilla (scilla) mar.	127
23	Euphrasia	117	51	Staphisagria	252
24	Ferrum metallic.	223	52	Stramonium	194
25	Helleborus niger	173	53	Taraxacum	98
26	Hyosciamus niger	210	54	Thuja	99
27	Ignatia amara	252	55	Veratrum alb	234
28	Ipecacuanha	182	56	Verbascum	105

Il numero dei sintomi che include tutti i rimedi antipsorici di Hahnemann è di almeno di 103/430 e rientrerebbero 197/1660 rimedi, con una copertura di almeno il 24% dei sintomi della psora, comprendente quindi il 12% di tutti i rimedi evidenziati dalla repertorizzazione. Se si usasse il criterio dei 2/3 dei sintomi utilizzati per l'analisi della psora secondaria, pari a 286 sintomi, supererebbero il filtro solo 26 rimedi e resterebbero inclusi 17/48 (35%) dei rimedi antipsorici, solo 8/56 (14%) dei rimedi apsorici ed un solo rimedio non hahnemanniano: lachesis. Un criterio più equilibrato potrebbe essere quello di considerare come soglia i 200 sintomi. In tal modo verrebbero inclusi il 37/48 (77%) antipsorici, 23/56 (41%) degli apsorici, 12 rimedi non hahnemanniani; complessivamente 72/1660 rimedi (4%) con la copertura del 46% dei sintomi della psora secondaria.

Tabella 9. Rimedi con almeno 200 sintomi della psora secondaria

	Antipsorici	Apsorici	Non hahnemanniani
1	Agar muscarius	Aconitum	Apis 230
2	Alumina	Argentum nitricum	Antimonium t 213
3	Ammonium carbonicum	Arnica montana	Cantharis 211
4	Anacardium orientale	Belladonna	Carboneum s 227
5	Antimonium crudum	Bryonia	Colchicum 204
6	Arsenicum album	Chamomilla	Kali b 247
7	Aurum metallicum	Chelidonium	Kali p 200
8	Baryta carbonica	China	Kali s 200
9	Calcarea carbonica	Cocculus	Kreosotum 212
10	Carbo animalis	Ferrum metallicum	Lachesis 295
11	Carbo vegetabilis	Hyosciamus niger	Plumbum 247
12	Causticum	Ignatia amara	Psorinum 273
13	Conium maculatum	Mercurius solubilis	
14	Cuprum	Nux vomica	
15	Digitalis purpurea	Opium	
16	Dulcamara	Pulsatilla	
17	Graphithes	Rhus toxicodendrum	
18	Hepar sulphur calc	Ruta	
19	Iodum	Spigelia anthelmia	
20	Kali carbonicum	Spongia tosta	
21	Lycopodium	Staphisagria	
22	Magnesia carbonica	Thuja	
23	Magnesia muriatica	Veratrum alb	
24	Mezereum		
25	Muriaticum acidum		
26	Natrum carbonicum		
27	Natrum muriaticum		
28	Nitric acidum		
29	Petroleum		
30	Phosphoricum ac.		
31	Phosphorus		
32	Sepia		
33	Silicea		
34	Stannum		
35	Sulphur		
36	Sulphuricum acidum		
37	Zincum metallicum		

Tabella 10. Rimedi presenti solo nel Complete 2011 con almeno 200 sintomi (in aggiunta ai precedenti presenti solo nel Synthesis

	Antipsorici	Apsorici	Non hahnemanniani
	Ammonium muriaticum	Camphora	Bufo
	Borax	Capsicum	Nux moscata
	Colocynthis	Helleborus niger	Bovista
	Kali nitricum	Ipecacuanha	Sabadilla
	Platina	Stramonium	Secale
			Tarentula
			Phytolacca
			Gelsemium
			Laurocerasus

Si conferma, come nel lavoro sulla psora latente, nell'ambito dei rimedi non hahenemanniani, che tra i minerali prevalgono i Kali; tra gli animali gli insetti (apis, cantharis), tra i vegetali le liliacee (sabadilla, colchicum) e i funghi (secale, bovista). Dei nosodi è presente solo psorinum. tubercolinum e medorrhinum hanno 177 e 174 sintomi rispettivamente.

Discussione

La verifica dei sintomi della psora secondaria di Hahnemann, unita alle attuali conoscenze della materia medica e alle potenzialità della repertorizzazione informatizzata, permette un ampliamento dei rimedi antipsorici e la possibilità di testare l'utilità della analisi miasmatica Hahnemanniana nella pratica clinica. Come già effettuato nel precedente lavoro (1), il confronto dei sintomi della psora secondaria della I e II edizione delle Malattie Croniche di Hahnemanne attraverso le edizioni tedesche/inglesi/italiane, non ha evidenziato differenze sostanziali né traduzioni inadeguate, anzi la traduzione italiana di Micozzi è apparsa più fedele all'originale rispetto a quella inglese. Si sono utilizzati i dizionari a disposizione su internet (google traduttore, ecc.) e dizionari dell'epoca presenti su google books per la verifica dei testi in tedesco (10). Le aggiunte di Hahnemann alla II edizione confermano il suo lavoro minuzioso e preciso.

Tabella 11. Confronto dei rimedi non hanemanniani nella psora latente e secondaria			
	Rimedi solo psora latente (1)	Rimedi solo psora secondaria	Rimedi comuni
	Alumina phosph.	Gelsemium	Apis
	Calcarea phosph	Kali b	Antimonium t
	Calcarea silicata	Kali s	Bovista
	Calcarea sulphurica	Tarentula	Bufo
	Carbolicum acidum		Cantharis
	Crocus		Carboneum s
	Kali bromatum		Colchicum
	Kali chloratum		Kali p
	Kali iodatum		Kreosotum
	Kali silicata		Lachesis
	Medorrinum		Laurocerasus
	Natrum phosph.		Nux moscata
	Natrum sulph.		Phytolacca
	Selenium		Plumbum
	Tabacum		Psorinum
	Tubercolinum		Sabadilla
			Secale

La analisi repertoriale si è confrontata con un numero esorbitante di sintomi della psora secondaria (431) composti da molte voci repertoriali unite insieme in ogni singolo sintomo. Il numero eccessivo di sintomi non ha ampliato il numero dei rimedi non Hahnemanniani che coprono molti sintomi psorici secondari, ma anzi li ha ridotti rispetto allo studio della psora latente (tabella 11).

Conclusioni

Lo studio della psora secondaria di Hahnemann, attraverso la verifica dei testi originali e l'analisi repertoriale, permette di migliorare la conoscenza e l'applicazione della teoria delle malattia croniche secondo l'impostazione hahnemanniana con un possibile ampliamento dei rimedi antipsorici. Il limite di ogni analisi repertoriale resta sempre nella reale corrispondenza tra rimedi presenti in una rubrica repertoriale e la fonte originale della materia medica. Tale limite sarebbe superabile se avessimo in futuro la possibilità di individuare con un click, attraverso i repertori informatizzati, il sintomo originale che ha permesso l'inserimento di un dato rimedio in una

voce repertoriale e non solo l'autore. Ciò avviene già avviene con alcuni repertori di Bonninghausen (11) o con alcuni repertori informatizzati sud americani. La psora di Hahnemann si conferma come modello teorico perfettibile e modificabile di malattia nei casi in cui la similitudine sembra non bastare, ma solo la pratica clinica potrà confermare ciò. La molteplicità dei possibili approcci della metodologia omeopatica e la loro efficacia resta la grande ricchezza e la sfida costante dell'Omeopatia attuale.

Bibliografia

1. Di Salvo S. et al, "La psora latente di Hahnemann: confronto delle edizioni delle malattie croniche, analisi dei sintomi e della materia medica non hahnemanniana" Comunicazione XI Congresso FIAMO, Napoli 15-17 Marzo 2013
2. Hahnemann S., Die Chronischen Krankeiten, ihre eigenthümliche Natur, Ersther Theil, Dresden und Leipzig, in der Arnoldischen Buchhandlung, 1828;
3. Hahnemann S., Die Chronischen Krankeiten, ihre eigenthümliche Natur, Ersther Theil, Zweite, viel vermehrte Auflage, Dresden und Leipzig, in der Arnoldischen Buchhandlung, 1835;
4. Hahnemann S., The Chronic Diseases, their peculiar nature and their homoepathic cure, translated from the second enlarged german edition of 1835 by L.H.Tafel, B.Jain Publishers, India, 1998
5. Hahnemann S., Le Malattie Croniche, loro peculiarità e guarigione omeopatica, Vol. 1, edizione italiana a cura di Micozzi A., dall'originale tedesco del 1835, EDI-LOMBARDO, Roma, 2003
6. Hahnemann S., The Chronic Diseases, their peculiar nature and their homoepathic cure, translated and edited by C.J. Hempel, New York, 1845
7. Hahnemann S., Malattie Croniche, Loro Vera Origine e Cura Omeopatica, Traduzione dal tedesco, fatta sull'edizione di Dresda e Lipsia 1828, da Belluomini G., Tomo I, stampa presso Giuseppe Marsilii, Teramo, 1832;
8. MacRepertory8. Repertory Complete 2011. Kent Homeopathic Association
9. RadarOpus. Synthesis 9.2. H.M.S.
10. Dei Fogolari A., Gerlach A., Dizionario tascabile italiano tedesco e tedesco italiano, a spese di Werner G, Lipsia, 1835
11. Dimitriadis G. The Bonninghausen Repertory II edition, 2010 Hahnemann Institute Sidney

Un caso clinico di artrite idiopatica giovanile post-traumatica guarita con trattamento omeopatico tradizionale

Introduzione

L'Artrite Idiopatica Giovanile (A.I.G.) è una malattia cronica caratterizzata da infiammazione persistente delle articolazioni. I tipici segni di infiammazione articolare sono dolore, tumefazione (gonfiore) e limitazione del movimento articolare. Il termine "idiopatica" indica che non se ne conosce la causa, mentre "giovanile" significa che l'esordio dei sintomi avviene prima dei sedici anni.
E' una malattia rara che colpisce circa un bambino ogni 10.000 (fonte: PRINTO ITALIA).
E' ritenuta una risposta anomala del nostro sistema immunitario (di cui non si conosce la causa) che perde la capacità di distinguere ciò che è esterno da quello che non lo è, producendo anticorpi contro il proprio tessuto articolare.
Si tratta verosimilmente di una malattia a genesi multifattoriale, ovvero come il risultato della combinazione di diversi fattori fra cui la predisposizione genetica e l'esposizione a fattori ambientali non chiariti, probabilmente infettivi.
Si parla di A.I.G. quando l'esordio avviene prima dei sedici anni, quando l'artrite dura da più di sei settimane (questo per escludere forme acute di artrite che possono comparire dopo infezioni) e nel caso in cui le cause della malattia non siano note. La diagnosi è quindi basata sulla presenza e persistenza di artrite e sulla attenta esclusione di ogni altra possibile causa di infiammazione articolare, valutando la storia clinica del paziente e basandosi su un attento esame clinico e sulla valutazione degli esami di laboratorio.
Esistono diverse forme della malattia. In genere si distinguono:
-A.I.G. sistemica;
- A.I.G. poliarticolare;
-A.I.G. oligoarticolare.
L'oligoartrite, di cui oggi esaminiamo un caso, colpisce le grandi articolazioni in modo asimmetrico. A volte colpisce una sola articolazione, e questa è la forma monoarticolare. Generalmente insorge verso i 6 – 9 anni di età e più spesso nelle bambine.
Molti pazienti possono sviluppare una importante complicazione oculare, l'infiammazione della camera anteriore dell'uvea (uveite anteriore). Se non identificata per tempo e non curata, l'uveite anteriore progredisce e danneggia seriamente l'occhio. La diagnosi precoce di questa complicanza è quindi importantissima. Poiché non provoca alcun sintomo evidente, non può essere notata dai genitori o dai medici non oculisti; pertanto è necessario eseguire ogni tre mesi una visita oculistica e un esame con la lampada a fessura.
L'oligoartrite è la forma più comune di A.I.G. (50 % dei casi).
TERAPIA CONVENZIONALE FARMACOLOGICA. La terapia è complessa e richiede la collaborazione di diversi specialisti (pediatra reumatologo, chirurgo ortopedico, fisiatra, oculista).
Si distinguono: una terapia di primo livello, effettuata con FANS associati a gastroprotettori, e eventualmente infiltrazioni cortisoniche intrarticolari e periarticolari. Una terapia di secondo livello, in caso di insuccesso della precedente. Il secondo livello prevede l'uso di methotrexate somministrato a cadenza settimanale, ciclosporina e farmaci anti- TNF (inibitori del Tumor Necrosis Factor, un mediatore essenziale del processo infiammatorio). Il trattamento con farmaci anti-TNF è stato proposto recentemente da ricercatori dell'Ospedale Gaslini di Genova ed è considerato una terapia di eccellenza a livello mondiale. Questa è la descrizione che ne danno i ricercatori genovesi: "Effetto abbastanza rapido e livello di sicurezza soddisfacente. Questi farmaci sono utilizzati solo da pochi anni: è necessario attendere altri anni per poter stabilire gli effetti collaterali, fra cui possibili importanti complicanze infettive. I farmaci anti-TNF sono molto costosi e possono essere prescritti solo da specialisti abilitati (fonte: PRINTO).
EFFETTI COLLATERALI DELLA TERAPIA. I FANS possono provocare intolleranza gastrica.
Il methotrexate può produrre nausea e vomito non rari. L'alterazione più frequente è l'aumento delle transaminasi (effetto tossico sul fegato).
I corticosteroidi producono osteoporosi e arresto della crescita, edemi e aumento della fame con frequente obesità.
I farmaci anti-TNF non sono ben conosciuti negli effetti tossici. I pazienti devono essere monitorati attentamente per il possibile insorgere di gravi infezioni.
PROGNOSI. E' il punto più controverso. Gli Autori consultati non si esprimono chiaramente. "La prognosi dipende dalla gravità del caso, dalla forma clinica di A.I.G., dalla precocità e dalla adeguatezza del trattamento". "L'A.I.G. ha una prognosi variabile". "La durata della malattia è imprevedibile". "Il decorso dell'A.I.G., nella maggior parte dei casi, può andare da pochi a molti anni; è spesso caratterizzato

da periodiche remissioni e ricadute". Poiché da parte dei vari Autori si insiste sulla necessità di fisioterapia protratta, sull'importanza di " aiutare il bambino ad avere una vita normale" e sulla esigenza di un supporto psicologico a lungo termine per il bambino e la famiglia, la speranza di un importante miglioramento non sembra essere nell'aspettativa degli specialisti. E' prevista anche la possibilità di ricorrere alla chirurgia ortopedica.

Caso clinico

La paziente è una bambina che all'epoca dell' insorgenza della patologia (2006) ha quattro anni.
Alla anamnesi risulta essere stata sempre in buona salute, ma con un lieve ritardo della crescita staturale. Ha una nonna (materna) diabetica dall'età di 30 anni. Bambina un po' impressionabile e irrequieta, due carie non dolorose dei denti da latte. Dal punto di vista alimentare, è una appassionata consumatrice di salumi, salsicce e formaggi saporiti. E' esile, minuta, bionda e timida.
I problemi di Ilaria si manifestano d'improvviso un pomeriggio di dicembre del 2006. Racconta la madre: "I sintomi di mia figlia sono iniziati molto rapidamente, dalla sera alla mattina. Alla mattina stava bene. Nel pomeriggio vengo chiamata dall'asilo: venga subito, sua figlia ha molto male al polso, non tiene più il cucchiaio in mano".

Era successo che, durante un gioco scolastico un po' brusco, la bambina era stata urtata fortemente al polso destro da un coetaneo. Polso dolente, un po' tumefatto; suggeriva una possibile frattura a legno verde (sottoperiostea), molto comune alla sua età. Ma il problema era ben altro…
L'esame radiologico, eseguito in data 12/12/2006, riferisce: "In riferimento al segnalato evento traumatico non si documentano linee di frattura al polso dex".
Ma il polso non guarisce, anzi peggiora. Fa sempre male, è gonfio, si irrigidisce. Il 4/1/2007 Ilaria è visitata da un ortopedico presso l'Ospedale Gaslini di Genova, struttura specializzata nelle artropatie reumatiche infantili. E' l'Ospedale che ha creato il PRINTO, Pedriatic Rheumatology International Trials Organization, una rete di coordinazione ospedaliera che coinvolge 43 Paesi europei ed extraeuropei per la diagnosi e la terapia delle patologie reumatiche infantili. Quindi una delle strutture più qualificate. L'ortopedico riferisce: "Polso dex lievemente tumefatto, con termo tatto positivo, estensione ASSENTE e flessione concessa per 45°; è opportuno eseguire visita reumatologica".
La prima visita reumatologica è del 22/1/2007, eseguita a Torino presso l'Ospedale

Infantile Regina Margherita che fa parte della rete PRINTO. Il referto del reumatologo: "Da circa un mese comparsa tumefazione al polso dex, dolente e tale da comportare risparmio funzionale, duro- elastica". Vengono prescritti esami ematologici che sono e saranno sempre normali, a parte un netto aumento persistente della PCR (al momento 23,3 mg/L).
E' molto significativa la RNM del polso destro, eseguita il 30/5/2007 mentre la paziente incomincia a lamentare dolore anche al ginocchio destro e alla caviglia destra: "Disomogenea intensità del segnale in corrispondenza delle ossa carpali e della regione epifisaria radiale compatibile con edema della spongiosa ossea. Concomita evidente reazione sinovitica. La sinovia radiocarpica è nettamente ispessita, con presenza di versamento liquido intrarticolare".
La paziente è sottoposta alla terapia protocollare. Sono utilizzati dapprima FANS (Nureflex, poi Naprosyn) che provocano "alterazione dell'umore, riduzione della voglia di giocare, di andare all'asilo, di frequentare gli altri, e netta riduzione dell'appetito". Nonostante questo trattamento, il 16/4/2007 "il polso ha ridotto la motilità e attualmente appare tumefatto sul dorso. L'estensione è BLOCCATA, la flessione ridotta di un terzo. Riferiti risvegli notturni per dolore localizzato al polso e alla caviglia dex, per cui peraltro non manifesta zoppia. Visita oculistica nella norma. E' stato evidenziato un lieve ritardo maturativo".
Nel mese di Giugno 2007 sono effettuate nel polso infiltrazioni cortisoniche ma "l'estensione mantiene una rigidità poco oltre i 180°". Pertanto si ricorre ai trattamenti adottati quando la terapia farmacologica non ha successo: "Si consiglia ciclo intensivo di mobilizzazione FKT del polso. Attenuare il dolore con Paracetamolo 125 mg. due volte al dì" e le solite ripetizioni di esami.
La sentenza viene scritta il 4/6/2007: "Si dichiara che Ilaria … è seguita presso il nostro Centro per Artrite Idiopatica Giovanile. Per tale patologia la bambina necessita di periodici e continuativi controlli clinici, laboratoristici e strumentali, prevedibili per non meno di tre anni. Negli ultimi mesi la malattia ha evidenziato il protrarsi di uno stato di attività" (Divisione di Immunologia e Malattie Infettive dell'Università di Torino).
Sembra che il destino della bambina sia ormai conforme a quello che generalmente è osservato in questi casi: evoluzione in cronicità e richiesta di invalidità per blocco articolare del polso in anchilosi. Le articolazioni colpite continuano a essere dolenti.
E questa è la storia convenzionale della paziente, con un risultato verosimilmente stabilizzato. Ma c'è anche un'altra storia non convenzionale, che in parte si sovrappone alla precedente.
Già nel Febbraio 2007 i genitori mi avevano chiesto una terapia omeopatica da "affiancare" a quella farmacologica. Era una richiesta fatta con poca convinzione, e devo

riconoscere che anche la prescrizione, influenzata dallo stato d'animo di queste persone, era stata effettuata con poca concentrazione. Il 21/2/2007 ho prescritto Stramonium 200 K una monodose, basandomi prevalentemente sui sintomi mentali, e l'11/11/2008 Magnesia Carbonica 200 K, una monodose. Il grande intervallo fra le due prescrizioni indica la scarsa assiduità con cui è stata richiesta la mia consulenza, che peraltro non ha modificato in nulla l'evoluzione della malattia. Verosimilmente i sintomi scelti per la repertorizzazione e presa del caso non erano quelli utili. In questo periodo, d'altra parte, i genitori speravano prevalentemente nell'efficacia della terapia convenzionale, che non aveva ancora mostrato i suoi limiti.
E' soltanto all'inizio del 2009 (la malattia era iniziata nel Dicembre 2006, quindi da più di due anni) che i genitori ritornano a chiedere un trattamento omeopatico assiduo per una situazione patologica che allopaticamente si era stabilita in una cronicità apparentemente senza uscita.
E allora mi impegno anch'io con maggiore determinazione. Studio nuovamente il caso cercando di individuare la TOTALITA' DEI SINTOMI, secondo quanto è prescritto da Hahnemann nei par. 6-7-17-18 dell'Organon, i quali devono coprire la totalità della patologia: "La totalità dei sintomi deve essere, per l'artefice del guarire, la principalissima anzi unica cosa che egli in ogni caso di malattia ha da riconoscere e da prendere via con la sua arte, affinchè la malattia venga guarita e convertita in salute" (par. 7). "Il medico, togliendo la totalità dei sintomi, toglie e distrugge l'alterazione intima ossia l'alterazione morbosa del Principio Vitale, ossia il totale della malattia, la malattia stessa" (par. 17). "Da questa verità che non è da mettere in dubbio , che in malattie, oltre alla totalità dei sintomi, (…) non è da scoprire in nessuna maniera qualcosa con cui esse possano esprimere il loro bisogno di aiuto, risulta incontestabilmente che la quintessenza di TUTTI I SINTOMI e circostanze osservati in ogni singolo caso di malattia, sia l'UNICA INDICAZIONE, l'unico riferimento per un rimedio da scegliere" (par. 18).

In data 13/1/2009 effettuo una repertorizzazione rigorosa (utilizzo il Repertorio Synthesis nella versione informatica 9.2). I sintomi presi sono i seguenti:

-Extremities, pain, joints, winter.
-Extremities, pain, joints, rheumatic.
-Extremities, swelling, joints, white.
-Extremities, pain, wrists, right.
-Extremities, pain, wrists, aching.
-Extremities, pain, wrists, motion agg.
-Extremities, pain, knees, rheumatic.

-Extremities, pain, rheumatic, weather, cold wet, agg.
-Extremities, stiffness.
-Generals, pain, wandering pain.
-Mind, company, aversion to, desire for solitude.
-Mind, indifference, external things, to.
-Mind, school, aversion to.
-Mind, carried, desire to be, carried.
-Mind, sadness.
-Generals, food and drinks, cold drinks, cold water desire.
-Generals, food and drinks, hot dog desire.
-Generals, food and drinks, sausage desire.
-Generals, food and drinks, salt desire.
-Generals, food and drinks, spices desire.
-Generals, food and drinks, fish aversion.
-Generals, children, complaints in, delicate, puny, sickly.
- Generals, growth complaints, of growth process.
-Generals, delicate constitution.
-Generals, emaciation, children in.
-Generals, development arrested.

Lo schema gerarchico che utilizzo per la valorizzazione dei sintomi è il seguente:
1.Al primo posto, sintomi strani, peculiari, insoliti, secondo il par. 153 dell'Organon.
2.Sintomi mentali, purchè ben osservati (cioè sicuri ed evidenti).
3.Sintomi generali.
4.Una eziologia chiara, quindi sicuramente accertata.
5.sintomi locali.
Questo è lo schema gerarchico di scelta dei sintomi repertorizzati proposto dai dottori Kunzli e Spinedi, basandosi sugli ultimi scritti di Kent, i Minor Writings.
In realtà Kent sembra dare un'importanza preponderante ai sintomi MENTALI, che nella sua interpretazione dovrebbero essere i sintomi guida. Questo però non è ben chiaro, nella sua lunga esperienza clinica ha progressivamente modificato i suoi punti di vista.
Resta il fatto che Hahnemann ha chiaramente dichiarato che i sintomi principali di ogni caso sono i sintomi peculiari descritti nel par. 153. Scrive il dott. Kunzli: "Ci si è spesso lamentati della attuale tendenza a perdersi nella giungla dei sintomi mentali, e di non saper più percepire l'essenza del caso. Per quel che concerne il valore dei sintomi mentali circola una idea sbagliata. Molti pensano che i sintomi mentali siano i più importanti, anche se Hahnemann cita i sintomi peculiari e strani come

quelli di maggior rilievo nella ricerca del farmaco. I sintomi mentali non sono i più importanti, ma sono un po' come il peso che fa pendere la bilancia più da una parte che dall'altra. (…) Se mettete i sintomi mentali al primo posto, correte il rischio di scegliere dei sintomi mentali banali e di repertorizzarli. (…) I sintomi mentali devono assolutamente essere messi al secondo posto".
Secondo quanto ci suggerisce Hahnemann, il rimedio giusto dovrebbe essere presente in tutte o quasi le rubriche repertoriali scelte.
Nella nostra repertorizzazione di Ilaria c'è un solo rimedio che copre effettivamente tutti i sintomi reperto rizzati. Questo rimedio è Calcarea Phosphorica. E' interessante osservare come esso abbia sia i sintomi locali della paziente, gli unici che vengono considerati dagli specialisti, sia il ritardo di crescita che preesisteva alla comparsa della patologia reumatica, sia i desideri e avversioni alimentari (abbastanza insoliti in una bambina piccola), sia perfino i sintomi mentali comparsi dopo la assunzione dei FANS. Sembra pertanto che l'uso allopatico degli antinfiammatori abbia slatentizzato dei sintomi mentali latenti della paziente, conformemente alla antica osservazione che ognuno produce solo ciò che ha già. Da questo punto di vista possiamo dire che anche i FANS loro malgrado si sono mostrati utili, portando all'osservazione sintomi della personalità altrimenti assenti ("La c'è la Provvidenza", scriveva Manzoni). Infatti in precedenza non erano presenti sintomi mentali significativi, degni di essere repertorizzati. Come si può vedere, non abbiamo incluso sintomi del mentale che fossero presenti fin dall'inizio. Inoltre sappiamo che Calcarea Phosphorica è un rimedio che ha forte affinità con l'età evolutiva, tanto più suggestivo trattandosi di una bambina che aveva un rallentamento della crescita, anche se lieve: quindi sembra proprio essere un rimedio costituzionale.
Questo potrebbe essere uno di quei casi che Hahnemann descrive come UNILATERALI o defettivi (par. dal 172 al 182), in cui manca una parte del quadro sintomatologico completo. L'uso di Nureflex, Naprosyn e Omeprazolo, invece di agire in modo soppressivo, ha portato alla luce segni e sintomi comportamentali che hanno completato il profilo sintomatologico della paziente.
In data 13/1/2009 ho prescritto Calcarea Phosphorica 200 K, 3 granulini di una monodose una sola volta, seguita da placebo.
Poiché nel frattempo continuano i controlli specialistici di Ilaria,il 22/2/2009 possiamo leggere il referto compilato dal medico della Divisione di Immunologia dell'Ospedale Infantile Regina Margherita. Esso riferisce laconicamente: "Esame obbiettivo articolare: NELLA NORMA". Il polso di Ilaria non ha segni patologici. La deformazione articolare radiocarpica è scomparsa, l'escursione articolare è completa e indolente. Non sono presenti altri segni reumatologici. Terapia proposta dallo specialista: "Nessuna".

Il 22/4/2009 rivedo la paziente, mi complimento per il risultato (la madre si è accorta che gli specialisti si sono fatti sfuggire l'eccezionalità del cambiamento) e faccio una nuova repertorizzazione.

-Mind, anxiety in children.
-Mind, frightened easily.
-Mind, anticipation.
-Carried, desire to be, carried.
-Sadness, weakness with.
-Face, discoloration bluish, eyes around, circles.
-Rectum, diarrhea, excitement agg.
-Generals, food and drinks, fish aversion.
-Generals, food and drinks, cold drinks, cold water desire.
-Generals, food and drinks, hot dog desire.
-Generals, food and drinks, salt desire.
-Generals, food and drinks, meat desire.
-Generals, children complaints in, delicate, puny, sickly.
-Generals, development, arrested.

Il 22/4/2009 prescrivo ancora Calcarea Phosphorica 200 K Dynamis, 5 gocce al giorno per tre giorni, dinamizzando ogni volta, seguito da placebo.

Una nuova repertorizzazione è effettuata durante visita di controllo il 21/10/2009.
-Mind, sadness, girls, in puberty, before.
-Mind, gestures, makes, fingers mouth, children put fingers into the.
-Extremities, cramps, leg, calves, walking agg.
-Extremities, coldness, in children.
-Extremities, coldness, knees.
-Extremities, eruptions, lower limbs, pimples.
-Generals, emaciation, children in.
-Generals, development, arrested.
-Generals, food and drinks, meat desire.
-Generals, food and drinks, fish aversion.
-Generals, food and drinks, cold drinks, cold water desire.
-Generals, food and drinks, hot dog desire.
-Generals, food and drinks, sausages desire.

In questa occasione prescrivo ancora Calcarea Phosphorica, questa volta alla Potenza MK, tre granulini della monodose, seguito da placebo.
Non è più presente la patologia articolare. Ilaria muove il polso con totale naturalezza. Peraltro Calcarea Phosphorica è presente in tutte le rubriche, e questo significa: voglio ancora questo rimedio. In tale caso la prescrizione ha una indicazione costituzionale, ha funzione preventiva della patologia, che non è più presente clinicamente ma potrebbe ancora essere latente. Probabilmente è la prescrizione che si sarebbe dovuta fare prima dell'inizio della malattia, la quale, forse, non si sarebbe presentata, evitando molte sofferenze.
Per un lungo periodo non ho più visto la paziente; ho effettuato alcuni controlli telefonici durante i quali la madre mi ha riferito che la bambina è sempre stata in completo benessere, sia dal punto di vista articolare che generale.
Ho effettuato un nuovo controllo clinico nel Gennaio 2014, quindi a circa quattro anni dalla guarigione (descritta nel referto specialistico del 2/2/2009). Non sono presenti sintomi articolari. La paziente è in piena salute, tutti gli esami di laboratorio sono normali compresa la PCR (l'unico esame che si era alterato) che ora è 7. L'esame oculistico con la lampada a fessura è a posto. Possiamo ormai parlare di una guarigione reale.

Considerazioni conclusive

Abbiamo curato con un trattamento omeopatico tradizionale una paziente affetta da una grave patologia articolare a carattere evolutivo; in questa paziente la terapia convenzionale, condotta dai migliori specialisti del settore (rete internazionale PRINTO), e protrattasi dal Dicembre 2006 al Giugno 2007, si era dimostrata inefficace. Pertanto la paziente era stata dichiarata cronica. In effetti il danno articolare si era aggravato e la perdita funzionale della articolazione era completa.
La cura omeopatica si è dimostrata invece risolutiva: contra factum non valet argumentum. L'individuazione terapeutica della paziente è stata condotta con la ricerca della totalità dei sintomi, conformemente alla raccomandazione di Hahnemann (par. 6-7-17-18). Mancavano significativi sintomi mentali, che sono comparsi dopo l'uso di farmaci chimici; si tratta quindi probabilmente di un caso descritto da Hahnemann come unilaterale o defettivo (par. dal 172 al 182), che è divenuto completo non dopo la prescrizione del primo rimedio omeopatico , ma dopo l'assunzione di farmaci allopatici. In definitiva, anche questi si sono mostrati utili.
Ho effettuato la prescrizione utilizzando la Scala di Kent (dosi uniche, ripetute al massimo due volte, per passare poi alla dinamizzazione successiva più alta in modo

scalare dopo un periodo minimo di 35 giorni, dopo avere accertato che non stesse proseguendo l'azione della dose precedente). Kent descrive questo metodo, risultato di anni di esperienza clinica, nei Minor Writings.
Il risultato è stata la guarigione effettiva di una lesione anatomica articolare; inoltre erano già presenti i sintomi iniziali di altre localizzazioni articolari (ginocchio, caviglia) che sono rapidamente cessati. In un arco di tempo di quattro anni non si sono più ripresentati sintomi e gli esami di laboratorio sono nella norma. L'evoluzione del caso è stata seguita da esperti specialisti, all'oscuro della terapia omeopatica in corso, che hanno constatato la guarigione clinica.

Bibliografia

M. Galeazzi, *Malattie Reumatiche*, Ed. Piccin, Padova 2013
S. Hahnemann, *Organon dell'Arte del Guarire*, Ed. SIMOH, Roma 1993.
D. Hawley, *Artrite e altre Malattie Reumatiche*, Ed. Piccin, Padova 2009.
J. T. Kent, *Lezioni di Materia Medica Omeopatica*, Ed. IPSA, Palermo 1995.
I. T. Kent, *Minor Writings, Haugh Publishers*, Heilderberg 1987.
D. Spinedi, *L'Omeopatia in Oncologia*, Ed. Tecniche Nuove, Milano 2011.
L. Zorzin, *Reumatologia dell' Età Evolutiva*, Ed. Piccin, Padova 2002.

B. Zucca, M. Delucchi, E.M. Corradini, A.P. Rosaspina, M. Italiano

Un caso di Artrite Reumatoide trattata con Agaricus muscarius a confronto con altri casi dello stesso rimedio

ABSTRACT

Introduzione: Presentazione di un caso clinico di Artrite Reumatoide sieronegativa (morbo di Still) sviluppata dopo un trauma, curata con il Rimedio Agaricus muscarius a confronto con altri tre Pazienti trattati con lo stesso Rimedio in modo da evidenziarne i nuclei tematici comuni.

Materiali e metodi: Repertorio informatico: Radar 10.5 e Complete Dynamics 13.13 e precedenti.
Follow-up dei Pazienti in un range da 2 a 9 anni con un incontro ogni 2 mesi in un caso e ogni 4 mesi negli altri.
Rimedio: dalla 200CH a salire (preparazioni magistrali di potenze progressive).

Risultati: Remissione completa della sintomatologia con normalizzazione dei parametri ematochimici e immunologici. Elaborazione di un quadro più dettagliato della dinamica del Rimedio e miglioramento dei criteri prescrittivi.

Discussione: Lo studio evidenzia la fragilità psicosomatica della tipologia Agaricus e la sua vulnerabilità ai traumi emotivi. Il denominatore comune è rappresentato da angosce di disgregazione e fatica di crescere con conseguente infantilismo tendenza alla sottomissione ed alla dipendenza, difficoltà allo sviluppo dell'autodeterminazione ed all'assunzione di responsabilità. La repressione della rabbia dovuta alle situazione traumatiche favorisce in questi casi lo sviluppo di spasmi neuromuscolari e paralisi della volontà e dei movimenti.

Conclusioni: Ampliamento delle potenzialità prescrittive di Agaricus ad una malattia sistemica grave non classicamente attribuita al Rimedio dalle patogenesie e dalla tossicologia.

PAROLE CHIAVE:
Agaricus muscarius, Artrite Reumatoide, Potenza, Crescita, Rabbia, Saturazione Progressiva dei Livelli Energetici.

Introduzione

In questo lavoro verrà presentato un caso di Artrite Reumatoide sieronegativa (Morbo di Still dell'Adulto) in una Paziente di 36 anni, esordita dopo un trauma, curata con il rimedio Agaricus muscarius. Verranno poi portati a confronto altri tre casi di Pazienti trattati con lo stesso Rimedio, affetti da patologie diverse tra loro e differenti in età, genere e presentazione di malattia, in modo da evidenziare i nuclei tematici comuni e tratteggiare una possibile descrizione dinamica trimiasmatica del Rimedio.

Agaricus muscarius o Amanita muscaria

L'Amanita Muscaria è un popolarissimo fungo che cresce nei terreni acidi vicino a betulle e conifere, tossico ma raramente mortale (altre specie di Amanita, contenendo

sostanze letali, sono assai più pericolose). I principali costituenti attivi della Amanita Muscaria sono l'atropina, la bufotenina, l'acido ibotenico, il muscimolo e in quantità molto minore il muscazone [1]. Il muscimolo è la forma decarbossilata dell'acido ibotenico, di cui è 5-10 volte più attivo; queste sostanze sono le principali responsabili delle proprietà psichedeliche ed allucinogene, essendo agonisti più o meno selettivi dei recettori GABA [2]. Per questo motivo sono in corso sperimentazioni sull'utilizzo del muscimolo come cura per il Morbo di Parkinson, con particolare riferimento ai tremori e alla bradicinesia, [3, 4], mentre l'acido ibotenico viene usato per indurre una demenza simile al Morbo di Alzheimer in animali di laboratorio [5].
Il metabolismo renale del muscimolo, inoltre, rende l'urina del consumatore di Amanita Muscaria assai più allucinogena del fungo stesso, ed è per questo motivo che in alcuni rituali sciamanici essa viene bevuta dagli adepti [6, 7].
Assunte per via orale in dosaggi attivi, queste sostanze provocano scoppi d'ira, di ilarità e allucinazioni seguite da stato di torpore e spossatezza. Gli effetti che seguono all'ingestione del fungo intero sono: nausea, perdita di equilibrio, ondeggiamento del campo visivo, percezione di animazione degli oggetti, allucinazioni acustiche, sensazione di avere una grande lucidità mentale, tranquillità ed infine sonnolenza [8, 9, 10]. Come per tutti gli allucinogeni l'esperienza può essere un inferno od un paradiso: gli psiconauti descrivono la narcosi come caratterizzata da immagini straordinarie accompagnate da intenso piacere, serenità e calma, sensazione di essere fisicamente forti e potenti [6].

La simbologia dei funghi e di Amanita Muscaria nelle tradizioni e nei miti

I funghi appartengono ad un inter-regno a metà strada tra quello animale e quello vegetale. È importante riflettere sulla simbologia dei funghi per meglio comprendere quella di Agaricus muscarius.
Il ruolo dei funghi in natura è quello di riciclare la materia vivente rendendo nuovamente biodisponibili i prodotti del catabolismo di piante ed animali. Essi costituiscono una connessione tra mondo minerale inanimato e mondo vivente, tra morte e vita. I funghi, diversamente dalle piante, non compiono fotosintesi clorofilliana: traggono sostanze nutritive non dai minerali inorganici ma da sostanze organiche, i loro processi si compiono nell'oscurità "inconscia" del sottobosco in assenza della guida luminosa della "coscienza", dove forze primitive mosse dalla legge di sopravvivenza e di sopraffazione li governano. Il loro improvviso apparire, la brevità della loro vita, il loro rapido corrompersi, la loro velenosità, hanno fatto sì che nel mito essi siano diventati il simbolo dell'effimero, del transitorio e della morte. I funghi rappresentano però anche la rinascita, cioè la vita rigenerata che va oltre la decomposizione: vivono a stretto contatto con la morte quasi percependo la propria condizione fugace e transitoria.

A causa della loro caratteristica forma fallica essi sono anche simbolo di potenza e fertilità (fallo ctonio). Questo aspetto della simbologia dei funghi fa sì che, secondo la psicanalisi, essi siano rappresentativi nei sogni di un arricchimento psichico proveniente dal Bios in contrapposizione ad una coscienza troppo intellettualizzata [11].
Il sacro ed il profano, il divino ed il demoniaco vengono spesso associati ai funghi. Secondo leggende greche e romane essi nascono nel luogo in cui un fulmine colpisce il suolo ovvero dove "padre cielo feconda madre terra", metafora di un intervento del mondo divino sul mondo inferico. L'esperienza psichedelica che alcuni funghi producono è ricollegabile al trasferimento nell'uomo di una conoscenza istantanea non costruita attraverso le tappe di un faticoso e graduale percorso (fallo solare). Ed è all'onnipotenza nutriente, incondizionata e magica di Madre Terra che rimanda il fungo: la sua azione psicotropa consente la rimozione dei limiti e delle restrizioni che si frappongono alla realizzazione dei desideri. In questa rinnovata e potente identità si dissolvono la pigrizia, la noia e le frustrazioni; la malinconia, la solitudine, la sensazione di sfortuna, l'angoscia di morte e disgregazione vengono così momentaneamente sconfitte [12] .
Il nome "muscarius" deriva probabilmente dalle proprietà moschicide del fungo: in alcune tradizioni medioevali, del resto, la pazzia era considerata la conseguenza di una invasione del cervello da parte delle mosche.
Nella Siberia contemporanea l'Amanita Muscaria essiccata viene utilizzata nei riti sciamanici. Essa conferisce il potere di capire cosa affligge il malato attraverso predizioni e sogni rivelatori. Durante l'iniziazione lo sciamano siberiano sale al cielo e scende poi agli inferi lungo l'Asse del Mondo chiamato Betulla Cosmica. L'iniziato incontra nei cieli esseri semidivini che gli rivelano la natura e la terapia di tutte le malattie, negli inferi invece egli incontra i demoni che lo tagliano a pezzi, cuociono i suoi organi per ritemprarli e poi reimpiantarli. Lo sciamano acquisisce così i superpoteri che gli conferiscono l'abilità di salire e scendere lungo l'*axis mundi* per divinare o curare un malato recuperandone l'anima quando essa è fuggita dal corpo [13].
Nelle antiche tradizioni dell'India Vedica questo fungo è chiamato *soma*. Esso conferisce la forza, il coraggio, la gioia, l'esperienza della vita eterna e la garanzia dell'immortalità.
È probabile che anche durante i Misteri Eleusini dell'antica Grecia si ricorresse all'ingestione di questo allucinogeno: il significato dell'esperienza era quello di iniziazione al superamento della paura della morte [14].

La sperimentazione omeopatica di Agaricus Muscarius e le sue tematiche patogenetiche
Agaricus è stato oggetto di diverse sperimentazioni tra il 1828 ed il 1831 ad opera dello stesso Hahnemann [15], di Schreter, Stapf e Apelt [16]. Nei Repertori il rimedio è presente con più di 7000 sintomi. La sua polarità d'azione privilegia la psiche, dove

produce sintomi allucinatori e deliranti, ed il sistema nervoso, dove induce spasmi, tremori, convulsioni, parestesie, ritardo mentale, incoordinazione motoria. Ha inoltre uno spiccato tropismo sulla colonna vertebrale, i visceri addominali ed il sistema cardiocircolatorio. Tra le sue caratteristiche generali si possono sottolineare un aggravamento per il freddo, la pressione locale ed il tocco.

LE TEMATICHE DI AGARICUS

Il variegato e disordinato corredo sintomatologico proveniente dalla sperimentazione e dalla clinica merita uno studio approfondito che colleghi i sintomi fra di loro in un'immagine sintetica e coerente. Alcuni temi essenziali emergono però con nettezza, come illustrato in modo riassuntivo nella tabella 1.

POTENZA/IMPOTENZA e GRANDE/PICCOLO Questa rubrica contiene le parole chiave più rappresentative del rimedio che si dibatte tra l'esaltazione della forza e la sua perdita, tra l'essere piccolo e l'essere grande.	Tema della potenza fisica Tema dell'impotenza fisica e mentale Tema della potenza sessuale Tema dell'art. temporomandibolare([a]) Tema dello sforzo fisico Tema delle dimensioni piccole e grandi ([b])
CORAGGIO/CODARDIA, RABBIA/VIOLENZA Questa rubrica è rappresentativa della modalità con cui Agaricus esprime il suo atteggiamento difensivo sicotico e sifilitico in reazione alla percezione psorica di impotenza.	Tema del coraggio e della codardia Tema della rabbia e della violenza Tema della guerra
DIPENDENZA E TIMIDEZZA Questa rubrica contiene alcuni temi relativi alla ferita emotivo-affettiva di Agaricus. Le parole chiave "freddo", "prurito", "toccato", "guardato" ci conducono ad essa. Egli teme che le sue inadeguatezze siano un ostacolo sulla strada dell'amore e tenta per questo di superarle con atteggiamenti psorici o sifilitici e con le relative somatizzazioni.	Tema della dipendenza dagli altri Tema dell'autismo e della timidezza Tema del freddo Tema del prurito Tema del cuore
CORPO Agaricus abita male il proprio corpo. Egli ne è in balia e tende ad identificarsi totalmente con esso da un lato od a separarsene dall'altro.	Tema della salute Tema dell'incorporeità Tema del ferirsi
INCAPACITA' MENTALE In Agaricus l'intelletto è gravemente compromesso. Emerge chiaramente in questo tema la lesione della volontà che fa di lui un potenziale "Frankestein" privo di autogoverno.	Tema dell'incapacità mentale e dello sforzo intellettuale Tema dell'incapacità mentale aggravata dallo sforzo fisico
CRESCITA e RESPONSABILITÀ La problematica dell'assunzione della responsabilità di crescere e maturare è una delle tematiche chiave di Agaricus.	Tema della crescita e dell'apprendimento Tema del piccolo e del grande Tema della pigrizia, della determinazione ed attività Tema dell'autocontrollo, disobbedienza, responsabilità, dovere

DUALISMO In Agaricus il dualismo è rappresentato dalla contrapposizione tra intelletto e corpo, tra pensiero ed azione. La funzione riflessiva è infatti fortemente ostacolata dall'attività fisica. Abbiamo inoltre significative alternanze nell'umore e nella polarità (inferno/paradiso, grande/piccolo). La voce "grottesco" allude ad un atteggiamento dualisticamente comico e tragico.	Tema del dualismo e dell'alternanza Tema del grottesco Tema della falsità-verità
UBRIACATURA, FOLLIA, GOFFAGGINE, SPASMI, INCOORDINAZIONE, DISARMONIA. Agaricus ricorda il briccone divino protagonista di alcune leggende dei Nativi Americani ed ha anche una certa similitudine con il goffo Bertoldo di alcuni nostri racconti popolari. Per altri aspetti ritroviamo invece qui il matto dei tarocchi, che raffigura i "colpi di testa", la bestialità, l'incoscienza e l'irresponsabilità. Il trickster od il bagatto inoltre, a cui gli aspetti grotteschi di Agaricus rimandano, rappresentano la trasgressione della norma e l'inganno necessari per accedere ad una nuova consapevolezza ed a nuovi modi di essere. Lo scemo del villaggio è il portatore di una spontaneità indomita, espressione di una natura creativa spesso temuta per le sue caratteristiche selvagge ed irrazionali. Agaricus è quindi nel contempo la pecora nera che esprime un blocco infantile della crescita e colui che consente al gregge di superare il limite del già dato.	Tema del ridere, scherzare, fare bagordi e della lascivia Tema dell'ubriacatura Tema del grottesco Tema della follia ([c]) Tema degli spasmi e convulsioni Tema della goffaggine Tema dell'ammoniaca ([d])
RELIGIOSITA', PECCATO, MORTE, SOVRUMANO Questa rubrica raccoglie sintomi patogenetici ed intossicativi equivalenti a quelli di una trance sciamanica, caratterizzata da visioni di luce ed oscurità, del paradiso e dell' inferno e dell' aldilà. Agaricus affronta l'angoscia di morte che accompagna la condizione umana con l'uscita dalla dimensione corporea ed il contatto col divino. Egli precorre così le tappe dello sviluppo dell'anima umana per giungere anzitempo all'epilogo ultraterreno. Il principio di autorità, la sua funzione regolatrice e di guida è percepita da Agaricus come castrante. Esso viene proiettato nella dimensione soprannaturale sottoforma di "controllo sovrumano" che comanda e punisce. Assistiamo qui alla rappresentazione psicotica di un Sé grandioso ed alla contrapposta condanna persecutoria.	Tema della religiosità Tema del peccato Tema dell'aldilà e della morte Tema della luce e del buio Tema del controllo sovrumano
COLONNA VERTEBRALE La colonna vertebrale è in diretta corrispondenza simbolica con l'Axis Mundi degli sciamani siberiani.	Tema della colonna vertebrale

Tabella 1 - Le tematiche di Agaricus, come emergono dalla sperimentazione e dalla clinica.

([a]) Agaricus *"sogna che è impossibile aprire la bocca a causa di un dolore all'articolazione temporo-mandibolare"*. L'articolazione temporo-mandibolare, ed il muscolo massetere che consente il morso, sono simbolo di forza e potenza anche sessuale. ([b]) Nelle illusioni di piccolezza e di grandezza ritroviamo rappresentato analogicamente il tema

del processo di crescita e sviluppo che è uno dei principali di Agaricus. ([c]) J.Boeme scrive a proposito della follia: "la ragione è talmente cieca che non capisce nulla delle cose eterne". ([d]) Agaricus *"sogna che gli viene fatta annusare dell'ammoniaca"*, sintomo non presente nei repertori ma solo nelle materie mediche di Allen ed Hering. Il sogno dell'ammoniaca rinvia analogicamente al coma epatico che talvolta accompagna i gravi avvelenamenti da funghi. Possiamo anche intuire connessioni con l'urina allucinogena che lo sciamano siberiano porge ai suoi adepti. L'ammoniaca è inoltre simbolicamente rappresentativa delle tossine psichiche che avvelenano l'esistenza se non vengono "evacuate" od "elaborate" riflessivamente [6, 7, 13, 16, 17, 18].

Materiali e metodi

IL CASO DI MARA

La presa in carico della Paziente è avvenuta nell'anno 2004.
Quando incontro Mara per la prima volta ha 36 anni. È una donna alta, robusta con una carnagione chiara, capelli biondi ed occhi azzurri. Si muove con un certo impaccio motorio ed è rigida e formale nell'esposizione dei propri disturbi. A tratti assume un atteggiamento manifestamente ossequioso. Nonostante l'età restituisce l'impressione di una bambina caratterizzata da una emotività infantile e da un atteggiamento idealista.
Mara è felicemente coniugata ed è madre di un figlio concepito a 30 anni. E' impiegata e svolge un lavoro part-time in un ufficio.
La paziente si rivolge a me in seguito alla diagnosi di Malattia di Still (o AOSD - Adult Onset Still's Disease), una variante sieronegativa di Artrite Reumatoide caratterizzata dalla triade classica artralgie-febbre-rash cutaneo maculo-papuloso; altri segni caratteristici di questa patologia sono tumefazioni linfonodali superficiali simmetriche, splenomegalia, diminuzione della sideremia ed aumento a volte molto elevato della ferritinemia, leucocitosi neutrofila (solitamente superiore a 10-15.000 cellule/mmc) con associata piastrinosi reattiva, anemia normocromico-normocitica secondaria ad infiammazione ed aumento degli indici di flogosi (VES, PCR e fibrinogeno): tutti questi elementi erano presenti nella paziente già nel 1995, quando la malattia aveva avuto un primo esordio misconosciuto ed interpretato semplicemente come "febbre reumatica" (v. tabella 3)
Anche in quell'occasione, come al momento della prima visita, la sintomatologia articolare era stata preceduta da un intenso fenomeno vasculitico cutaneo associato a consumo dei fattori del complemento, in particolare del C4, interpretato all'epoca come "eritema nodoso".
La terapia allopatica dell'Artrite Reumatoide consiste nella somministrazione di corticosteroidi, farmaci immunosoppressori e recentemente di farmaci biologici.
La Paziente arriva quindi nel mio studio nel febbraio 2004, dopo un ricovero ospedaliero da era stata dimessa con una terapia cortisonica a base di metilprednisolone 20 mg/die,

da scalare progressivamente fino a raggiungere la dose di mantenimento di 4 mg/die.
La paziente sta assumendo il farmaco da alcune settimane, rifiutandosi però di proseguire la terapia con l'immunosoppressore metotrexate che le era stato prescritto in associazione allo steroide. Gli esami ematici documentano il forte stato infiammatorio, come si evince dalla tabella 3.
Lamenta dolore e gonfiore alle articolazioni delle dita delle mani, del polso e del ginocchio con impaccio al movimento delle mani e delle gambe . Dice ripetutamente :"mi sento goffa". I sintomi sono gravi ed invalidanti, soprattutto al risveglio. Nel corso del colloquio la paziente ripetutamente descrive la sua inabilità con frasi come: "non ho forza", "mi sento impotente". Mi riferisce di un recente brutto periodo durante il quale ha subito un ingiusto licenziamento. In seguito ha dovuto accettare un nuovo lavoro più lontano da casa. Rifletto con lei sul fatto che la malattia ha avuto il suo esordio in un contesto lavorativo conflittuale. La risoluzione del rapporto di lavoro è stata traumatica:

- "Mi sono sentita buttata fuori da un giorno all'altro e maltrattata, il capo dell'ufficio del quale soffrivo il costante fiato sul collo ha chiesto il mio licenziamento: dentro di me ho provato rabbia perché mi sono sentita punita ingiustamente come se non fossi idonea a quel lavoro; non sono una scansafatiche e non mi sono meritata questo trattamento. In seguito a questa ingiustizia ho aperto una vertenza legale che mi ha dato ragione. Non vado però fiera della mia ribellione, vivo con colpa la mia reazione, forse la mia malattia è una punizione autoinflitta perché ho pensato di aver sbagliato a reagire per le vie sindacali. Il nuovo contesto lavorativo forse è migliore del precedente. Rimane però in me viva la sofferenza per l'accaduto".

Dal racconto della paziente emergono significativi dati anamnestici:

- sublussazione congenita dell'anca (ha portato un divaricatore fino a due anni)
- ricorrenti episodi infiammatori alle prime vie respiratorie: sinusiti caratterizzate da muco giallo soffocante e tonsilliti purulente, accompagnate da convulsioni febbrili fino all'età di cinque anni, quando viene sottoposta ad intervento chirurgico di adenoidectomia e tonsillectomia
- deviazione scoliotica della colonna vertebrale (terapie ginniche correttive)
- a 17 anni ha contratto una polmonite dopo essere stata a lungo esposta al freddo; successiva amenorrea con diagnosi di sindrome dell'ovaio policistico; da allora ha effettuato diverse terapie ormonali
- a 27 anni ricovero per febbre con splenomegalia e l'anno successivo sinovite del ginocchio sinistro.
- a 31 anni parto cesareo per presentazione podalica; durante la gravidanza viene riferita anemia, presente anche in altri momenti della sua vita

Inoltre vengono riferiti:

- candidosi vaginali recidivanti trattate con antimicotici

- stipsi cronica e stanchezza ("mi sento senza forze")
- frequenti dolori articolari aggravati dal clima umido
- ricorrenti episodi di cefalea occipito-frontale che possono insorgere, svegliandola, anche alle ore 5 a.m.
- episodi di tremori e brividi con alternanza di freddo e caldo.

L'impressione che conferisce questa paziente è quella di un gigante gentile con i piedi di argilla. La sua fragilità emotiva è assai spiccata.
All'esame obiettivo, oltre alle infiammazioni articolari, si evidenzia una caratteristica semeiologica della lingua molto significativa:tenendo la bocca aperta la lingua trema e la paziente non riesce a controllare con la volontà questo movimento fascicolatorio involontario.
Dall'anamnesi familiare emerge un profondo conflitto con la madre, affetta da sindrome maniaco-depressiva e che recentemente ha sviluppato un Parkinsonismo iatrogeno.
La paziente così descrive questa problematica relazionale:

- "non ho mai avuto un bel rapporto con mia madre. Attualmente mi scontro con lei perché non collabora col medico e non esegue correttamente le terapie, non è umile e non accetta la malattia. Ricordo che quando è stata ricoverata in psichiatria non le ho perdonato di essersi ammalata e mi sono sentita nello stesso tempo impotente ed in colpa per la difficoltà a gestire la situazione. Quando ho attraversato un periodo difficile nella relazione con mio marito a causa di una mia mancanza di desiderio sessuale, mia madre mi ha insultata. Proprio nel momento in cui io avevo scelto di condividere con lei la mia sofferenza lei mi ha ferita esclamando: "che donna sei!". Non le perdono il suo atteggiamento. Mi sono sentita derisa e sminuita".

Chiedo alla Paziente di descrivere la sua emotività ed il suo carattere.
Dice di essere timida, arrossisce facilmente; è testarda, vuole avere sempre ragione e si arrabbia facilmente se la contraddicono o se si sente messa da parte e non rispettata; aggiunge inoltre:

- "ho sempre avuto paura di non essere all'altezza e di non riuscire a dimostrare ciò che valgo. Non ho molta stima di me né come madre né come impiegata, ho la memoria debole per le cose da fare, sin da studente, ho sempre fatto fatica a concentrarmi; sono molto sensibile e mi commuovo facilmente, posso piangere per un film od anche per le fiabe di Disney quando si verificano lutti o succede qualcosa di grave ad una madre protagonista, sono facilmente impressionabile per le scene di violenza anche solo televisive. Mi esalto facilmente quando desidero fare una cosa ma poi, di fronte alle difficoltà, mi abbatto subito. Non dimentico facilmente né torti né gentilezze".

Chiedo poi a Mara di parlarmi della sua infanzia e di eventuali paure risalenti a quel periodo:

- "da piccola avevo paura del buio e dei luoghi chiusi. Ho cominciato ad avere paura della morte a 4 anni dopo che è deceduto mio zio. I genitori mi riferiscono che, piangendo, esprimevo la paura di essere rinchiusa in un'urna cimiteriale. In quel luogo buio e stretto non avrei più potuto correre e saltare".
- "Alla morte dello zio paterno avevo 4 anni. In quell'occasione furono distribuite ai parenti le sue fotografie. Poco tempo dopo mia madre mi accompagnò dal fotografo perché voleva avere un ricordo di me con i capelli lunghi, prima del loro taglio. Io collegai le foto dello zio alle mie ed ebbi paura della morte. In tutte le foto piangevo e per un lungo periodo, prima di addormentarmi, dicevo in lacrime di non voler morire e di voler continuare a vedere il sole, a giocare ed a mangiare gelati. Nonostante le rassicurazioni di mio padre questa paura era costantemente presente".
- "Non frequentavo volentieri la scuola elementare a causa della mia statura molto alta: mi sentivo sempre al centro dell'attenzione e mi sentivo a disagio quando mi guardavano. Di quel periodo ricordo un sogno ricorrente che mi è capitato di fare anche da adulta: precipito da una grande altezza e mi sveglio di soprassalto".

La Paziente riferisce di essere impegnata ormai da anni nell'insegnamento del catechismo presso l'oratorio del quartiere in cui risiede.

LA DIAGNOSI PSICOSOMATICA

In una malattia autoimmune l'azione del sistema immunitario è rivolta contro il proprio corpo testimoniando una rabbia inespressa di tipo autodistruttivo.

Quello che affligge la Paziente è un conflitto di svalutazione relativo alla propria abilità lavorativa ben rappresentato dalla infiammazione delle articolazioni delle mani e dei polsi e nella somatizzazione agli arti inferiori con la percezione di non sapersi muovere e di non poter contare su sé stessa. È evidente in Mara anche la sensazione di aver fatto qualcosa di sbagliato e di irrimediabile da cui non si può tornare indietro, in riferimento alla colpa per il gesto di ribellione sindacale. La malattia può pertanto essere l'espressione di un'autopunizione.

Aiutata dalle mie sollecitazioni la paziente associa la problematica delle mani al suo sentirsi non idonea lavorativamente. Dietro al gonfiore ed al calore c'è però anche la rabbia repressa vissuta con colpa. L'infiammazione delle ginocchia viene dalla paziente associata al movimento ed al non desiderio di raggiungere il nuovo luogo di lavoro.

Accanto alle problematiche evidenziatesi dopo il licenziamento, occorre però considerare la struttura costituzionale della Paziente, ovvero la sua predisposizione congenita alla malattia. Le problematiche ormonali, sessuali e di fertilità di Mara raccontano di un conflitto con il suo principio femminile che viene temuto in quanto pericoloso, folle e selvaggio. Non si ravvisano in lei però i tratti di una virago (che farebbero pensare a rimedi quali Platina e altri rimedi della serie dell'oro, Cannabis ed Animali Marini), bensì quelli di una donna non cresciuta che non ha voluto assumersi le responsabilità di una identità matura. La paziente teme di essere adulta e dover quindi combattere con le difficoltà della vita, si pente di essersi comportata da "grande" e ritorna a fare la "piccola". La lingua che trema rappresenta simbolicamente questa incertezza.

La tematica psorica, ovvero il nucleo più profondo di sofferenza della paziente è contenuto nei sintomi che evidenziano le sensazioni di mancanza più caratteristiche: la mancanza di movimento, vitalità, forza. Il trauma dell'immobilità forzata in epoca preverbale, conseguente all'uso del divaricatore, deve essere riconosciuto come momento iniziale di strutturazione del Super-Io persecutorio all'origine della malattia autoimmune odierna. Oggi la paziente non può muovere gli arti a causa dell'artrite. La stessa problematica che angosciava la bambina la ritroviamo nell'adulta: siamo in presenza di una inibizione complessiva all'espressione della potenza creativa motoria,intellettuale, lavorativa, sessuale e procreativa. La situazione attuale ha come antecedente le sensazioni primitive di impotenza, inadeguatezza e colpa sperimentate dalla piccola Mara incarcerata dai tutori meccanici. La paziente ha inoltre conosciuto assai precocemente l'angoscia di morte, quando, in occasione del decesso dello zio, ha sviluppato la paura di morire. Il vissuto infantile riferito alla tomba ed alla morte è quello di "non poter correre e saltare in quel luogo buio e stretto".

LA DIAGNOSI OMEOPATICA

Dall'anamnesi si evincono quindi i temi della Paziente:

- dolore/gonfiore articolare/impaccio motorio/goffaggine
- forza/impotenza
- inidoneità/maltrattamento
- rabbia repressa
- colpa, non perdono (verso sé stessa e verso gli altri), punizione
- anemia/amenorrea/frigidità (espressione del blocco di Eros)
- altezza/inadeguatezza: emotività infantile, statura molto alta, timidezza
- buio/chiuso/morte
- concentrazione difficile studiando
- alternanza
- umidità
- correre e saltare
- convulsioni febbrili
- lingua tremante

LA REPERTORIZZAZIONE DEI SINTOMI

Sia nel caso di Mara che negli altri casi citati il Repertorio informatico utilizzato è stato dapprima Radar 10.5 e versioni precedenti; successivamente, per conferme repertoriali e nelle verifiche di controllo durante il follow-up mi sono avvalso anche del Repertorio Complete Dynamics 13.13 e versioni precedenti.
La selezione dei sintomi di Mara orienta verso due diverse sindromi repertoriali (v. Figura 1 e Figura 2).
L'indagine repertoriale conferma l'ipotesi di Agaricus Muscarius, il rimedio omeopatico ricavato dall'Amanita Muscaria, la cui tipologia è caratterizzata da un conflitto tra controllo ed espressione della forza vitale creatrice.
Nella tabella 2 e nella figura 3 viene riportata una sintesi dei dati clinici dei tre Pazienti Agaricus messi a confronto con il caso clinico esposto e delle rispettive repertorizzazioni.

Monica Delucchi (36158)
Mara A
Questa analisi contiene 304 rimedi e 10 sintomi.
Intensità considerata

			agar.	calc.	cupr.	hell.	nux-v.	puls.	acon.	ars.	chin.	dulc.	nat-m.	plb.	stram.	ant-t.	bell.	carc.	ign.	iod.
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Somma dei sintomi			6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4
01. ESTREMITÀ - GOFFAGGINE - Dita delle mani; delle	1	21	1	2	-	2	2	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-
02. ESTREMITÀ - GOFFAGGINE - Inferiori; arti	1	22	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-
03. MENTE - DISTURBI DA - collera - soppressa	1	50	1	-	1	1	-	1	1	1	-	-	2	-	-	-	-	1	2	-
04. MENTE - DISTURBI DA - punizione	1	10	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2	1	-
05. MENTE - PAURA - stretti; in luoghi	1	110	-	2	-	-	1	2	3	1	-	1	1	1	3	1	-	1	2	1
06. MENTE - GUARDATO; essere - non sopporta di essere guardato	1	47	-	1	1	1	1	1	-	3	2	-	2	-	1	2	-	-	-	2
07. MENTE - CORRE qua e là	1	40	1	2	2	1	1	2	1	1	2	-	-	1	3	-	2	1	-	1
08. SOGNI - CADERE, di	1	147	-	1	1	1	1	2	1	-	1	1	-	1	-	1	3	-	1	1
09. MENTE - SALTARE	1	67	1	1	2	1	1	2	2	2	3	1	-	1	1	1	1	-	-	-
10. MENTE - ILLUSIONI - tomba, lui è nella sua	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-

Figura 1 - La Sindrome Minima raccoglie i sintomi ben modalizzati e più rappresentativi della peculiarità psicosomatica della paziente (Radar 10.5).

Monica Delucchi (36158)
Mara A
Questa analisi contiene 552 rimedi e 14 sintomi.
Intensità considerata

			bell.	calc.	caust.	nat-m.	ign.	lach.	lyc.	nux-v.	phos.	sulph.	acon.	chin.	iod.	kali-c.	merc.	sep.	agar.	ars.
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Somma dei sintomi			12	11	11	11	10	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	8	8
01. ESTREMITÀ - DOLORE - Articolazioni - reumatico	1	166	2	2	3	2	1	2	3	2	2	2	2	1	3	1	2	1	1	1
02. SINTOMI GENERALI - DOLORE - reumatico - Articolazioni	1	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
03. SINTOMI GENERALI - INFIAMMAZIONE - articolare	1	142	3	2	2	2	1	1	2	1	1	2	3	1	2	2	2	2	-	1
04. ESTREMITÀ - INFIAMMAZIONE - Articolazioni	1	132	3	2	2	2	1	1	2	-	1	2	3	1	2	2	2	2	-	1
05. ESTREMITÀ - INFIAMMAZIONE - Ginocchio	1	48	1	2	-	-	-	-	1	2	2	2	2	2	2	1	1	-	-	-
06. SINTOMI GENERALI - CONVULSIONI - calore, febbre; durante	1	35	2	1	2	2	1	1	-	3	-	1	1	1	-	-	-	1	1	1
07. FEBBRE - INTENSO; calore - convulsioni; con	1	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08. FEMMINILI, GENITALI - MESTRUAZIONI - assenti	1	205	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	1	2
09. MENTE - TIMIDEZZA	1	223	1	3	2	2	2	1	3	2	3	3	2	2	1	3	2	3	1	2
10. MENTE - CONCENTRAZIONE - difficile - studiando	1	108	1	1	1	1	-	1	1	4	1	1	1	-	1	1	1	-	1	-
11. MENTE - ALLEGRO - alterna con - tristezza	1	76	1	1	2	2	1	1	1	2	2	-	1	2	1	-	-	1	1	-
12. FEMMINILI, GENITALI - SESSUALE, desiderio - mancante	1	104	1	-	3	2	2	1	2	-	1	2	-	-	1	1	-	1	1	-
13. MENTE - ANSIA - coscienza; ansia di (sentimento di colpa)	1	124	2	1	2	2	2	2	-	2	1	3	-	1	-	-	2	-	-	3
14. MENTE - DOVERE - eccessivo senso del dovere	1	38	-	3	1	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	3	-	2	1	2

Figura 2 - La Sindrome Massima contiene i sintomi più generali e generici del quadro clinico anamnestico ed è invece una tecnica repertoriale utile per allargare l'indagine ad una più ampia gamma di rimedi che frequentemente vengono esclusi da una repertorizzazione ristretta (Radar 10.5).

Paziente	B.C.	M.Z.	C.M.
Anagrafica	35 anni nel 2004	58 anni nel 2008	27 anni nel 1995
Inizio terapia – fine terapia	2004 - 2013	2008 -2013	1995 - 1999
Patologia prevalente	Meningioma cerebrale	Asma, depressione con confusione mentale, indifferenza e disfunzione erettile	Emiparesi faciale; primo episodio post-partum (verosimilmente post-virale)
Sintomi di esordio	Emianopsia sinistra, cefalea sinistra nel 2002	Crisi asmatiche nel 2001 (dopo asportazione chirurgica dei polipi nasali)	Emiparesi faciale sinistra o destra, con parestesie, crampi, tremori, senso di retrazione dei tendini, disturbi dell'equilibrio, cefalea a cerchio stretto irradiata ai denti, sciatalgia; aggravata dalla collera

Terapie convenzionali	Chirurgia, Radioterapia (complicata da cistiti e stomatiti), terapie sostitutive con ormoni ipofisari	Corticosteroidi locali e sistemici, beta2-agonisti locali, antidepressivi e stabilizzanti dell'umore	Corticosteroidi sistemici
Altre patologie	Coliche renali Iperplasia dei turbinati Scoliosi (busto) Eclampsia (cesareo) Stereotipie in età infantile	Poliposi nasale (operata) Trombosi retinica sinistra Etilismo	Invaginazione intestinale a 5 anni; Orticaria a 17 anni Durante la gravidanza: sciatalgia invalidante (18° sett.), colica renale (28° sett.), grave lutto (32° sett.)
Grado patologico	Incurabile	Lesionale grave	Lesionale grave
Carattere	Insicura Deficit mnesici Paura della morte dei familiari Generosa con bambini (volontariato)	Timido ma collerico, episodi di furia cieca, spiccata avversione alla società civile (preferisce animali a uomo), senso di superiorità nei confronti del prossimo, memoria debole	Irascibile Angosciata ("fuoco dentro" se trattiene la collera
Posologia del Rimedio	30 CH, 200 CH, 1000 K, 10000 K in gocce (scala numerica ascendente con potenze intermedie) una dose ogni 7 giorni, 4 somministrazioni ogni potenza	30 CH, 200 CH, 1000 K, 10000 K in gocce (scala numerica ascendente con potenze intermedie) una dose ogni 15 giorni, 4 somministrazioni ogni potenza	10000 K, 50000 K, 100000 K in gocce, una dose ogni 15 giorni, 6 somministrazioni ogni potenza
Follow-up	Ogni 4 mesi	Ogni 6 mesi	Ogni 6 mesi
Aggravamenti	Non rilevati	Sindrome influenzale	Nevralgie dentarie, cefalea Crampi simili a doglie, orticaria, collere
Miglioramenti	Rapida risoluzione di cistiti e stomatiti post-RT Maggiore serenità, si sente più forte Crisi di collera e pianto meno frequenti, meno preoccupata	Risoluzione dell'asma e netto miglioramento dell'umore con sospensione della terapia antidepressiva	Più tranquilla e meno turbata, scomparsa degli episodi di emiparesi fino all'ultima visita

Habitus difensivo prevalente	Sicotica mascherata	Sicotico franco	Sicotica mascherata
Stato attuale	Permane miglioramento dello stato mentale e generale, permane emianopsia	Permane miglioramento dello stato mentale e generale, permane emianopsia	Persa al follow-up; permaneva miglioramento dello stato mentale e generale

Tabella 2 - Casi clinici di Agaricus muscarius analizzati nel confronto con il caso di Mara

Monica Delucchi (36158)
Mara A
Questa analisi contiene 552 rimedi e 14 sintomi.
Intensità considerata

		bell.	calc.	caust.	nat-m.	ign.	lach.	lyc.	nux-v.	phos.	sulph.	acon.	chin.	iod.	kali-c.	merc.	sep.	agar.	ars.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Somma dei sintomi		12	11	11	11	10	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	8	8
01. ESTREMITÀ - DOLORE - Articolazioni - reumatico	1 166	2	2	3	2	1	2	3	2	2	2	2	1	3	1	2	1	1	1
02. SINTOMI GENERALI - DOLORE - reumatico - Articolazioni	1 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
03. SINTOMI GENERALI - INFIAMMAZIONE - articolare	1 142	3	2	2	2	1	1	2	1	1	2	3	1	2	2	2	2	-	1
04. ESTREMITÀ - INFIAMMAZIONE - Articolazioni	1 132	3	2	2	2	1	1	2	-	1	2	3	1	2	2	2	2	-	1
05. ESTREMITÀ - INFIAMMAZIONE - Ginocchio	1 48	1	2	-	-	-	-	1	2	2	2	2	2	2	1	1	-	-	-
06. SINTOMI GENERALI - CONVULSIONI - calore, febbre; durante	1 35	2	1	2	2	1	1	-	3	-	1	1	1	-	-	-	1	1	1
07. FEBBRE - INTENSO; calore - convulsioni; con	1 6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08. FEMMINILI, GENITALI - MESTRUAZIONI - assenti	1 205	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	1	2
09. MENTE - TIMIDEZZA	1 223	1	3	2	2	2	1	3	2	3	3	2	2	1	3	2	3	1	2
10. MENTE - CONCENTRAZIONE - difficile - studiando	1 108	1	1	1	1	-	1	1	4	1	1	1	-	1	1	1	-	1	-
11. MENTE - ALLEGRO - alterna con - tristezza	1 76	1	1	2	2	1	1	1	2	2	-	1	2	1	-	-	1	1	-
12. FEMMINILI, GENITALI - SESSUALE, desiderio - mancante	1 104	1	-	3	2	2	1	2	-	1	2	-	-	1	1	-	1	1	-
13. MENTE - ANSIA - coscienza; ansia di (sentimento di colpa)	1 124	2	1	2	2	2	2	-	2	1	3	-	1	-	-	2	-	-	3
14. MENTE - DOVERE - eccessivo senso del dovere	1 38	-	3	1	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	3	–	2	1	2

Figura 3 – Repertorizzazione dei principali sintomi considerati nei pazienti Agaricus citati nella tabella 2 (Radar 10.5).

Le tematiche reattive della forza, della potenza, della rabbia e quella dell'angoscia di morte sono comuni ad alcuni rimedi, tra cui Belladonna. Il dubbio diagnostico può essere sciolto con la repertorizzazione e riflettendo sulla diversità dei due nuclei psorici. Il nucleo tematico fondamentale di belladonna è quello del timore che l'avvicendarsi drammatico di fasi creative e distruttive nel corso dell'esistenza metta a repentaglio l'individuo e l'umanità: Belladonna sarà sicoticamente iperprotettiva e sifiliticamente distruttiva.
Per i pazienti Agaricus è invece fondamentale il controllo e la gestione della forza. In alcuni casi essi temono che, regolamentandone l'espressione spontanea, se ne perda la potenzialità creatrice e che la mediazione riflessiva o l'adesione alle regole della convi-

venza civile penalizzi la naturalezza (come si verifica per il Paziente M.Z.), e per questo non vogliono assumersene la responsabilità. In altri casi di Agaricus prevale invece l'adesione all'autorità del fallo solare negativo e la censura della spontaneità creativa, come nel caso di Mara: assistiamo infatti ad una repressione sifiliticamente autodistrutiva dell'istintività emotiva e l'adesione a rigide regole morali e sociali superegoiche. Ella paga con la malattia autopunitivamente la sua trasgressione. Ciò che osserveremo svilupparsi nell'itinerario onirico-trasformativo di Mara è il recupero della "donna selvaggia" (fallo ctonio), cioè di quella funzione biopsichica contrapposta al fallo solare che, non essendo più temuta e repressa, può ora vivificarla consentendole la guarigione. La prescrizione di Agaricus vuole essere di Terzo Livello ed è finalizzata alla cura della ferita congenita sottostante a quella psicosomatica post-traumatica reattiva. La paziente è lesionale grave data l'importante compromissione organica: l'Artrite Reumatoide infatti è determinata da un disordine immunitario sistemico che coinvolge gli organi vitali. L'habitus biopsicosomatico indossato dalla paziente è quello auto sifilitico, grazie al quale Mara è riuscita a mettere a tacere la "donna selvaggia" interiore. La repressione dell'energia sessuale prima ed ora di quella aggressiva in senso autopunitivo sono pertanto di tipo autodistruttivo: la paziente è ligia ai dettami del Super-Io, in lei prevale la negazione moralista delle pulsioni. Mara ha vissuto con colpa la ribellione sindacale all'ordine costituito e questo ha contribuito a determinare il fenomeno autoimmune.
Prescrivo quindi a Mara Agaricus Muscarius. Riduco la posologia del cortisonico nella prospettiva di sospenderlo completamente quando lo stato generale della paziente inizierà a migliorare. La Paziente condivide l'approccio terapeutico psicosomatico da me proposto ed inizia così il percorso di cura.

FOLLOW-UP

Data la gravità della situazione e la potenziale evoluzione sfavorevole anche in tempi brevi se non attentamente monitorata, propongo a Mara incontri bimestrali. Negli altri casi clinici citati il follow-up ha seguito invece ritmi di 2-3 incontri all'anno.

SCELTA DELLA POSOLOGIA DEL RIMEDIO ED UTILIZZO DELLE POTENZE PROGRESSIVE

Ho prescritto a Mara il Rimedio usando potenze magistrali progressivamente ascendenti dinamizzate a mano dal Farmacista di fiducia, mediante la formulazione di potenze CH o K intermedie, effettuate a partire da quelle disponibili in commercio; ho scelto la posologia di 5 gocce ogni settimana seguendo la progressione numerica ascendente sotto riportata che contempla un cambio di potenza ogni 4 somministrazioni, cioè 4 somministrazioni per ogni flacone, in successione:

200 CH - 203 CH - 205 CH - 207 CH
1000 CH - 1003 CH - 1005 CH - 1007 CH
10000 K - 10003 K - 10005 K - 10007 K
50000 K - 50003 K - 50005 K - 50007 K
100000 K - 100003 K - 100005 K - 100007 K

Negli altri casi, ho utilizzato per B.C. e M.Z. le stesse modalità posologiche, mentre per C.M. ho utilizzato le potenze disponibili in commercio senza avvalermi delle preparazioni magistrali secondo scale numeriche ascendenti, metodica che ho adottato solo successivamente.

Risultati

FOLLOW-UP

Negli incontri successivi assisto ad un lento e progressivo miglioramento della sintomatologia clinica e della condizione psicoemotiva della paziente.
Già dalla seconda visita viene riferito un miglioramento dello stato generale e una riduzione della stanchezza.
Dopo quattro mesi il ciclo mestruale (che dall'età di 17 anni era sempre stato quasi sporadico se non in corso di terapia ormonale, poi sospesa dopo la gravidanza) riprende regolarmente.
Si osservano in questa fase anche gli aggravamenti attesi: Mara riferisce un aumento dell'aggressività (sintomo eterosifilitico) soprattutto nelle fasi pre-mestruali, quando è presente anche la cefalea; compare inoltre una sinusite associata a febbre a 39°, ritorno di un vecchio sintomo da tempo scomparso.
In corrispondenza con le riduzioni del dosaggio dello steroide i dolori articolari si accentuano, ed assumono un andamento alternante nei mesi successivi, in cui le condizioni generali della paziente si mantengono a lungo stazionarie.
Dopo due anni e mezzo, in seguito ad una forte manifestazione pruriginosa Mara è ricorsa ad una pomata antistaminica naturale a base di Cardiospermum consigliatale dal farmacista: il prurito è subito migliorato, ma sono comparsi di nuovo febbre, brividi e dolori articolari; dopo una conversazione telefonica segue il mio consiglio di sospendere l'impiego della pomata, con momentanea ricomparsa del prurito, ma netto miglioramento articolare. Nei mesi successivi il prurito compare occasionalmente in forma lieve e la sintomatologia articolare è scomparsa.
Dopo più di tre anni la paziente è guarita dall'artrite ed anche i parametri infiammatori ematochimici sono lentamente rientrati nella norma Mara sostiene di riuscire a

guardare la madre con occhi diversi, con comprensione e perdono.
Sono occorsi circa 12 mesi per sospendere definitivamente il cortisonico ed altri 24 mesi per dichiarare la paziente clinicamente guarita. Dal 2007 ad oggi (2013) Mara è sempre stata bene.

	1995	2004	2007
VES (mm/h)	90	90	5
PCR (mg/L)	//	108	1
Fibrinogeno (mg/dl)	600	760	280
Ferritina (mg/L)	315	780	90
Emoglobina (g/dl)	9,6	9,3	11,2
ANA, ENA, ANCA	neg	neg	neg
C3 (mg/dl)	55	52	67
C4 (mg/dl)	12	4	37

Tabella 3 – Andamento dei principali esami ematici di Mara nelle varie fasi di malattia: al primo esordio nel 1997, alla prima visita omeopatica nel 2004 e alla risoluzione del quadro clinico nel 2007.

Discussione

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

La grave lesionalità di Mara ha portato come abbiamo visto al verificarsi di successive crisi aggravative fino alla risoluzione del quadro clinico. La graduale normalizzazione dei parametri laboratoristici associata alla scomparsa del corteo sintomatico dopo tre anni di cura non lascia spazio a dubbi. Ciò si è accompagnato inoltre ad un netto miglioramento dello stato generale e mentale della Paziente, segno di un'azione profonda del Rimedio, che possiamo quindi considerare Simillimum (prescrizione di Terzo livello). Analogo percorso è stato osservato negli altri tre casi citati, tutti caratterizzati dallo stesso grado di lesionalità.

I SOGNI COME TESTIMONIANZA DEL PERCORSO DI GUARIGIONE

Durante il percorso di cura, Mara ha ricevuto dei sogni che presentano temi importanti rappresentativi della sua evoluzione personale, che sono stati via via rielaborati consentendole la guarigione.
Il tema dell'immobilità e della prigione come punizione ingiusta compare da subito; con il mio aiuto Mara riflette sul sogno ed afferma: "la situazione attuale mi va

stretta, è come se mi mancasse l'aria. La malattia mi impedisce di muovermi liberamente. Non voglio sentirmi prigioniera dei sensi di colpa legati alla ribellione per l'ingiustizia subita".
Compaiono sogni confusi ambientati in ospedali pieni di cadaveri dove si effettuano operazioni chirurgiche al cervello. In questi sogni si rappresenta l'angoscia di morte ma anche l'intento di entrare in profondità nella psiche per indagare "cosa c'è dentro al cervello". Altri sogni sono invece caratterizzati dalla presenza di neonati che la paziente non riesce a sorreggere, accudire e proteggere. I neonati sono rappresentativi di un nuovo sentire di cui la paziente fa fatica ad occuparsi ed anche di una positiva ripresa della sua fertilità creatrice.
Il suo demone interiore, nato dalla rabbia repressa, le succhia sangue e viene rappresentato come Dracula in persona (anemia associata alla malattia), una componente psichica arcaica, sadica e persecutoria che blocca il Sé della paziente, ragazza vampirizzata.
Alla dinamica conflittuale che caratterizza il sogno del vampiro, segue un sogno in cui il conflitto si risolve: compare un cadavere sgozzato collocato in una posizione buffa, che la fa ridere, la paziente si è liberata dal suo nemico interiore sopprimendolo.
Dopo quasi due anni e dopo otto mesi dalla sospensione del farmaco, la paziente sogna di essere immersa nella profondità di una piscina abbracciata al marito. L'unione profonda con "l'altro da sé" (il maschile positivo, che già compariva in altri sogni precedenti) abita ormai stabilmente nell'inconscio della paziente. La forza di cui Mara si sentiva priva è stata finalmente integrata.
In un sogno successivo in cui è cieca e suo marito le dice che deve morire, Mara vive, accettandola, la tanto temuta esperienza di oscurità e morte che la angosciava sin dall'infanzia. La cecità è rappresentativa dell'incoscienza infantile che accompagna l'evento traumatico. Il sogno è significativo dell' incontro prima e del superamento poi dell'angoscia psorica, resa anche possibile dalla presenza affettuosa del partner che ha accompagnato e sostenuto amorevolmente la paziente nei lunghi mesi della malattia.
La tematica della morte, dei defunti e dell'Aldilà è fortemente presente anche negli altri casi esaminati. In particolare, C.M. ha uno stretto rapporto con il fratello deceduto per un incidente stradale durante la sua gravidanza: la Paziente riferisce non solo un sogno premonitore in cui si vedeva incinta sulla tomba del fratello, ma anche contatti quasi quotidiani con il defunto (lo vede, sente la sua voce alla radio, ne sente il profumo) durante i quali non riesce a muoversi, si sente come "congelata" e accusa parestesie come formicolii diffusi.
Dopo due anni e mezzo di terapia, Mara sogna una "pazza" anziana alta e con i capelli bianchi che punta un paio di forbici verso il collo del marito. In questo sogno incon-

triamo l'imago materna e la difesa patologica organizzata dalla paziente. L'odio sperimentato nel rapporto con la madre è diventato odio verso se stessa e le ha impedito di vivere l'amore nella sua relazione coniugale. La furia omicida direzionata contro il partner incarna una pulsione incontrollata e distruttiva pericolosa per la propria vita affettiva. Mara però con questo sogno inizia a recuperare la passione erotica ed a liberare la rabbia dalla prigione somatica. La difficoltà ad accettare la follia della madre era probabilmente fondata su di un pregiudizio difensivo verso tutto ciò che è istintuale ed irrazionale. Le forbici, inoltre, sono l'arma del delitto compiuto contro di lei nell'infanzia allorché le vennero tagliati i capelli. Quella che nel suo immaginario apparve come una "sentenza di morte fotografica"contribuì a castrare la sua libido. Dopo tre anni dall'inizio della terapia, Mara sogna di essere nella stanza da letto e sente la presenza di una persona con cattive intenzioni; da dietro un cappotto vede un uomo minaccioso, che riconosce essere il marito, con un coltello che vuole ficcarle in pancia. "Io sogghigno e rubandogli l'arma di mano urlo: "te lo ficco io nella pancia !". Mi sveglio gridando aiuto, spaventata da ciò che sto facendo". In questo sogno è evidente la metafora erotica. La paziente, che per molti anni ha sofferto di frigidità ed amenorrea, sta sperimentando dentro di sé un risveglio ormonale. Non è casuale che sia la stanza da letto il luogo della temuta violenza. Nel sogno Mara sembra contrapporsi competitivamente con il maschile. In una donna Agaricus il recupero della funzione ctonia del fallo deve passare probabilmente attraverso la fase della cosiddetta invidia del pene. Soltanto in un secondo tempo sarà possibile l'integrazione del "femminile selvaggio" e dell'intelligenza intuitiva. I problemi ormonali e sessuali di Mara verranno a quel punto superati definitivamente.
Il tema dell'aggressività, della rabbia e del coltello si ritrova anche nel caso di M.Z.: il Paziente racconta di aver affrontato a Istanbul un gruppo di uomini che pensava guardassero con insistenza la sua compagna, armato di coltello ma da solo, senza curarsi delle possibili conseguenze del suo gesto.
Il rimedio omeopatico ha aiutato Mara a guarire intervenendo sui suoi vissuti traumatici e stimolando la trasformazione dei sintomi fisici in sogni. Conseguentemente all'affiorare delle immagini oniriche connesse con la propria problematica la paziente ha così potuto accedere ad un risveglio coscienziale. Grazie all'effetto specchio promosso dal Rimedio, Mara ha incontrato i propri conflitti nei sogni e si è riappropriata delle parti femminili rimosse. Il farmaco omeopatico dell'inconscio mobilizza le risorse di guarigione innate e consente all'energia bloccata nella malattia di dischiudersi. Questo è uno dei principi cardine dell'omeopatia: trasformare il male in bene, la malattia in opportunità di crescita evolutiva e, come si evincerà dal percorso onirico della paziente, la follia omicida in un sano istinto femminile.

RIFLESSIONI SULLE TEMATICHE DI AGARICUS

Il filo conduttore che attraversa l'intera patogenesia del rimedio è rappresentato dal tema del rapporto col proprio corpo, che l'individuo Agaricus abita male. Il conflitto che Agaricus ha con il proprio corpo si ritrova anche nella contrapposizione tra l'attività mentale e la fisicità, che viene vissuta a discapito dell'intelletto. La lesione che questo medicamento può curare è quella della mancata integrazione tra questi due piani.
I pazienti Agaricus sono descritti dai vari autori, ed in particolare da G. Vithoulkas, come individui dipendenti, poco determinati, alla ricerca di una guida. Bisognosi di un protettore su cui riversare grande devozione, essi affidano ad una persona più forte la responsabilità delle decisione difficili della loro vita. Sono individui infantili, deboli che chiedono consigli a tutti; per questo reprimono la rabbia verso gli altri sviluppando spasmi neuro-muscolari. Cercano di eludere le loro responsabilità e rifiutano di prendere iniziative. Soffrono di paralisi della volontà e non hanno l'energia necessaria per pensare. Hanno inoltre paura-attrazione per la morte[19].
In queste keynotes viene proposto esclusivamente l'habitus psorico come se fosse l'unico. Non viene inoltre individuato il movente esistenziale di Agaricus e ci si limita ad una descrizione comportamentale in cui non compare il "perché profondo" del rimedio. Dall'esperienza clinica, così come dalla patogenesia sperimentale, emergono invece chiaramente le modalità sifilitiche e sicotiche, che costituiscono le due opposte modalità miasmatiche attraverso le quali l'individuo Agaricus vive difensivamente la scissione mente-corpo; riflettendo su di esse possiamo giungere ad una comprensione più chiara del medicamento.
Il problema principale di Agaricus è inerente alla responsabilità soggettiva che egli rifiuta di assumersi relativamente al processo maturativo e di crescita. In mancanza di una volontà attiva e cosciente che promuova e contenga lo slancio vitale non è possibile una vera autodeterminazione.
Le tappe progressive del processo di sviluppo umano (biologico, psicologico, mentale e spirituale) necessitano di un'assunzione di responsabilità che Agaricus desidera intensamente prendersi ma altrettanto follemente teme, oscillando tra una regressione infantile ed una spirituale fuga in avanti nell'aldilà. I pazienti Agaricus sono intensamente in contatto con il processo di sviluppo vitale. Da un lato lo temono e, sentendosi deboli ed inadeguati, vorrebbero restare fissati alle sue tappe infantili, o regredire distruttivamente ad esse; dall'altro ne precorrono i tempi e desiderano diventare precocemente adulti, sentendosi forti ed audaci, sfidando la morte con i poteri medianici e sconfinando nell'aldilà. Nel primo caso abbiamo il quadro sifilitico, ottuso ed infantile, dell'Agaricus paralizzato dall'idea delle responsabilità e della morte. Nel secondo caso abbiamo il quadro ipertrofico e sicotico dell'Agaricus temerario, sciamanico ed onnipotente che si sente forte, invincibile ed immortale.

Ciò che accomuna queste diverse tipologie del medicamento è però un unico leit-motiv: il desiderio e nel contempo la paura di crescere, di relazionarsi armoniosamente agli altri ed al proprio corpo e di riuscire ad esprimere la propria potenzialità creativa. Ho descritto in modo ampio ed esaustivo la visione trimiasmatica del Rimedio e le sue possibili modalità di presentazione nel bambino e nell'adulto nel mio libro di prossima pubblicazione. In questa sede, quindi, per brevità mi limiterò a riportare una sintesi schematica di tale dinamica miasmatica riassunta nella tabella 4.

Ferita psorica primaria	Desiderio/paura di non avere la forza di crescere e svilupparsi fisicamente e spiritualmente attraverso le tappe della vita terrena ed ultraterrena
Habitus difensivo psorico stadio funzionale iporeattivo	Si sente debole ed inadeguato di fronte al percorso di crescita; alterna momenti di timidezza infantile e goffaggine a momenti di socialità ed iperattività motoria
Habitus difensivo sicotico stadio lesionale iper-reattivo	Si sente forte ed audace; desidera diventare rapidamente adulto; sfida la morte con la medianità e sconfina nell'aldilà. Forma manifesta: dirige in modo intransigente ed efficientista un gruppo per migliorarne le prestazioni (per es. commissario tecnico di una squadra sportiva) Forma mascherata: si prende cura con benevolenza degli altri o li educa con integralismo moralista (per es. operatore sanitario, educatore) Forma ipersicotica: si ritiene un saggio immortale in contatto con Dio, si atteggia da sciamano.
Habitus difensivo sifilitico stadio lesionale distruttivo	Forma autosifilitica: regredisce alla tappa infantile strutturando un quadro di ottusità, paralizzato dalla paura di crescere e morire; si sottrae alle responsabilità isolandosi distruttivamente (per es. alcolista, clochard) Forma eterosifilitica: crudele e vendicativo contro i responsabili della disgregazione sociale (per es. razzista fanatico o guerrigliero temerario)

Tabella 4 – Ipotesi di dinamica miasmatica per Agaricus muscarius

LA SATURAZIONE PROGRESSIVA DEI LIVELLI ENERGETICI E L'UTILIZZO DELLA POTENTIZZAZIONE MAGISTRALE

La tradizionale pratica unicista si avvale nei pazienti più gravi, che necessitano di una terapia protratta col Simillimum, di potenze progressivamente crescenti. Nella mia esperienza clinica ho potuto meglio osservare che la frequenza di assunzione del medicamento, guidata dall'andamento dello stato generale e dei sintomi clinici più significativi, è strettamente legata al grado patologico del malato; non ho potuto invece confermare né l'ipotesi dell'esistenza di una "Potenza Simillimum" unica per il malato, né quella di uno schema classificativo di riferimento per le potenze con cui iniziare il trattamento in base al livello di lesionalità del paziente.
Reduce dall'insufficienza e dalla labilità dei risultati conseguiti con le dosi uniche somministrate una tantum a distanza di settimane o mesi l'una dall'altra, ho ritenuto necessario utilizzare algoritmi personalizzati che variano, a seconda della compromissione energetica, dai 20 giorni di intervallo all'assunzione quotidiana. Spronato inoltre dalle necessità curative di pazienti cronici frequentemente recidivanti, ho abbandonato la ricerca della Potenza Simillimum in unica somministrazione (e del suo magico effetto risolutore) ed ho ritenuto opportuno prescrivere potenze in ascesa numerica più graduale della classica scala Kentiana.
Leggendo e approfondendo questi argomenti e dopo l'incontro con Colleghi operanti nel settore della ricerca, mi sono imbattuto in diverse teorie che supponevano l'esistenza a livello molecolare ed atomico di "gradini" di energia stimolabili solo da determinate lunghezze d'onda con cui ciascuno sarebbe in grado di interagire. Ho quindi formulato l'ipotesi che anche nel percorso terapeutico omeopatico esistano progressivi livelli di guarigione e di consapevolezza da conseguire attraverso tappe successive.
Ho ipotizzato che l'utilizzo di una sequenza di potenze progressivamente ascendenti consentisse la completa saturazione di un livello energetico in modo che il salto al livello successivo avesse una solida base di appoggio e, grazie a questo intervento preparatorio, fosse possibile un passaggio più dolce.
Per ottenere poi dalle preparazioni omeopatiche tradizionali la massima qualità energetica, ho scelto la strada delle potenze magistrali dinamizzate a mano dal Farmacista di fiducia, mediante la formulazione di potenze CH o K intermedie, effettuate a partire da quelle disponibili in commercio. All'interno di questa ricerca, ho selezionato con l'esperienza clinica le CH dispari 3-5-7, che si sono dimostrati costantemente efficaci.

La serie completa delle scale numeriche potenziate è quindi:
30CH 33 CH 35 CH 37 CH
200 CH 203 CH 205 CH 207 CH
1000 CH 1003 CH 1005 CH 1007 CH
10000 K 10003 K 10005 K 10007 K
50000 K 50003 K 50005 K 50007 K
100000 K 100003 K 100005 K 100007 K

In ogni Paziente sarebbe quindi opportuno saturare completamente un livello energetico prima di passare a quello successivo: dopo tale operazione, l'assunzione delle potenze già utilizzate non sarà più efficace, mentre la serie successiva svolgerà positivamente e pienamente la sua azione.
Ho verificato inoltre che il numero di assunzioni possibili per ogni potenza è limitato a 4/6 volte: oltre si rischia un effetto insufficiente o nullo. L'acquisizione di una refrattarietà a quella frequenza d'onda come da saturazione è la spiegazione più verosimile di questo fenomeno: salire al livello energetico successivo è, a questo punto, indispensabile per continuare ad avere un effetto terapeutico.
Ho osservato poi che la persistenza di questa non-risposta può prolungarsi fino a circa dodici mesi: per fare un esempio, ad un primo ciclo 30-200-1000-10000 potrà quindi seguirne a distanza di tempo un altro identico.
Con questa modalità prescrittiva i risultati terapeutici conseguiti con il Simillimum sono migliorati in qualità e costanza di effetti, soprattutto nei pazienti portatori di patologie croniche recidivanti.
Riassumendo, i vantaggi che questo metodo offre sono quelli di:
 Interagire in maniera ottimale con l'energia vitale grazie ad una stabile sintonia con la sua lunghezza d'onda.
 Prendere per mano l'energia, e grazie alla gradualità progressiva dei dosaggi, accompagnarla dolcemente verso la guarigione, riducendo l'intensità dei fenomeni aggravativi senza timore di una iperstimolazione (come ci insegna la diffusa pratica di utilizzo delle LM)
 Ottenere dalle preparazioni omeopatiche industriali la massima resa energetica grazie al loro potenziamento manuale, ed ovviare al rischio di un rapido esaurimento delle preparazioni disponibili in commercio nei gravi casi cronici che richiedono frequenti ripetizioni del medicamento: con questo potenziamento il paziente cronico grave ha a disposizione un numero congruo di flaconi per poter sostenere un trattamento a medio/lungo termine.
 Fornire un'ottima copertura sintomatologica al paziente cronico grazie all'individuazione del suo algoritmo ed alla stesura preventiva di un piano di cura: questo consente un'efficace profilassi delle recidive a breve e medio termine con la definizione di una terapia di mantenimento; nello stesso tempo consente di intervenire in maniera rapida ed efficace nelle evenienze acute intercorrenti, durante le quali il Simillimum può essere anche notevolmente intensificato con risultati assai soddisfacenti.

- Elevare il livello energetico del paziente al fine di una effettiva guarigione miasmatica: con questo approccio possiamo infatti assistere al miglioramento del grado patologico e di conseguenza all'allungamento dell'intervallo tra le somministrazioni. La stessa attivazione della legge di Hering, grazie a questo schema terapeutico, può essere più profonda e consentire una rivisitazione curativa di eventi dolorosi del lontano passato.
- Ottenere con i piani di cura il coinvolgimento dei pazienti in un progetto trasformativo che vada oltre l'approccio sintomatologico che la maggioranza di essi ha nei confronti dell'omeopatia.

In conclusione, sottolineo che la formulazione di piani di cura di questo tipo deve essere riservata ai casi in cui l'omeopata è arrivato alla convinzione che il medicamento individuato è effettivamente il Simillimum. L'utilizzo di tale metodica nei casi in cui il rimedio è parziale può infatti comportare gravi soppressioni e deve essere evitata.

CONSIDERAZIONI SULL'EVOLUZIONE DEL CASO

Il principale ostacolo alla guarigione dei pazienti affetti da Artrite Reumatoide è la recidiva della sensazione di svalutazione ad ogni azione quotidiana. La percezione di "invalidità", di "impotenza" o di "goffaggine" nei movimenti rischia infatti di tenere acceso il conflitto ben oltre il trauma emotivo scatenante. Ciò potrebbe seriamente ostacolare la sua risoluzione e rendere probabile la cronicizzazione della malattia. Mara è riuscita a sottrarsi a questo circuito vizioso dimostrando di avere fiducia e pazienza nei tempi lunghi di una guarigione vera, lontano dalle illusorie scorciatoie farmacologiche. Del resto, in questi casi, i farmaci, oltre ai pesanti effetti collaterali, garantiscono soltanto un parziale e momentaneo controllo delle recidive acute e diventano anche complici dell'ineluttabile approfondimento centripeto della malattia verso gli organi interni conseguente alla soppressione del fenomeno articolare. Il modello terapeutico omeopatico è invece caratterizzato dal rispetto e dalla considerazione per l'intelligenza dei sintomi somatici e psichici. Nei loro confronti si assume infatti un atteggiamento di ricerca del significato nascosto e di cura della causa profonda, che viene ricondotta oltre che ad una predisposizione congenita anche ad eventuali situazioni traumatiche scatenanti.
Il percorso di guarigione di Mara ha un andamento rispettoso dei dettami omeopatici classicamente delineati dalla legge di Hering:

- decorso centrifugo: in una paziente che indossa l'habitus autosifilitico, assistiamo

infatti inizialmente ad un'esonerazione liberatoria di tipo eterosifilitico (sindrome aggressiva mestruale, sogno di un alterco con il capo ufficio) e poi ad una crisi psorica associata a sinusite. Dopo l'aggravamento articolare e l'avvio del processo di guarigione compare inoltre una sintomatologia pruriginosa (di cui la paziente non ha mai sofferto) tipica di Agaricus ed espressione di un'evoluzione centrifuga della malattia. L'evento soppressivo associato all'uso improprio dell'antistaminico erboristico e la successiva metastasi morbosa costituiscono una significativa evidenza clinica dei movimenti della *vis vitalis*.

- ritorno di vecchie sintomatologie: l'infezione respiratoria è l'evidente ritorno di un sintomo che aveva afflitto la Paziente nella prima parte della sua vita.

Il caso di Mara è emblematico di una "psicosi d'organo", cioè di una localizzazione lesionale somatica sostitutiva di una potenziale dissociazione psichica. In queste situazioni cliniche la manifestazione organica è l'equivalente di uno stato d'angoscia che non può trovare altra modalità espressiva. Quando un contenuto emotivo doloroso non riesce ad avere adeguata risonanza nel vissuto consapevole del paziente, né una rappresentazione immaginativa nel suo mondo onirico, esso viene scisso ed incistato in un organo. La sede somatica è simbolicamente rappresentativa di un ben preciso "sentito biologico" ancor prima che psicologico ed è finalizzata alla sopravvivenza psichica del soggetto. Lo spostamento somatico differisce nel tempo l'appuntamento con un dolore esistenziale percepito in quel momento come insopportabile. Questa modalità è inevitabile nei pazienti con una fragile struttura biopsicoemotiva. È probabile altresì che Mara abbia ricevuto epigeneticamente in eredità dalla madre un nucleo psicotico non elaborato. L'artrite reumatoide potrebbe essere la tappa corporea di un tentativo di coscientizzazione di un vissuto appartenuto al genitore.

Il sogno della donna anziana e pazza con le forbici in mano è rappresentativo di una imago femminile introiettata nell'infanzia. L'itinerario di guarigione della paziente si avvale di una lunga serie di sogni grazie ai quali il nucleo omicida scisso, incistato e somatizzato viene riassorbito, rappresentato e consapevolizzato. Il contenuto eterosifilitico dei sogni della paziente ci consente anche di affermare che lo sblocco dell'oscillazione vitale Eros-Pathos passa necessariamente attraverso la liberazione compensatoria dell'energia repressa. La struttura difensiva biopsicopatologica che caratterizzava la paziente all'inizio del suo percorso, di tipo auto sifilitico, si scioglie inizialmente nello stadio eterosifilitico attraverso le forti crisi aggressive associate alla ripresa mestruale. Questo evolverà successivamente nell'angoscia psorica e nella sua medicazione. La comparsa nel mondo onirico di una importante eterosifilis tanatica si è resa necessaria per l'attivazione di Eros.

Il ripristino del ritmo vitale può restituire alla paziente la piena espressione delle potenzialità emotive bloccate nelle due componenti psichiche in conflitto tra di loro: l'"ombra" selvaggia e folle da un lato e la "persona" ligia ai dettami superegoici dall'altro. Partendo da presupposti appartenenti alla Psicoanalisi Junghiana, possiamo affermare che l'ombra psichica della paziente, ovvero il suo lato oscuro, rifiutato e rimosso nel corpo è stato finalmente integrato. La modalità infantile e goffa con cui l'aspetto femminile di Mara si è mostrato a me nel primo incontro celava un rigido controllo delle emozioni. Successivamente la paziente ha contattato nei sogni il suo lato più libero e primitivo incarnandolo con l'espressione della rabbia prima e con la passione erotica poi. In seguito al recupero della donna selvaggia (*fallo ctonio*) Mara ha potuto ritrovare una connessione con il proprio Sé più autentico. La paziente, consapevole della metamorfosi psicosomatica conseguita, si è congedata dal percorso di guarigione con la convinzione che grazie alla malattia ed alla cura omeopatica si è avviata in lei una crescita maturativa. La sua riflessione conclusiva è sintetizzata dalle seguenti parole:"*Guardarmi dentro mi ha cambiata profondamente, ora sono una persona più serena e migliore. Mi sono resa conto che la mente non provoca soltanto i sintomi ma può anche guarirli*".

Conclusioni

L'Artrite Reumatoide e le sue varianti costituiscono un gruppo di gravi malattie sistemiche non classicamente attribuite alla patogenesia o alla tossicologia del Rimedio Agaricus muscarius.

Non esistono a tutt'oggi dati in letteratura che ne indichino il suo uso omeopatico in tal senso, nè esistono tantomeno linee guida o protocolli che contemplino l'uso di Agaricus come sintomatico, come invece accade per il trattamento di neoplasie o di malattie neurologiche degenerative quali il morbo di Parkinson [20, 21, 22].

L'utilizzo di Agaricus in patologie articolari è noto solo per le affezioni scheletriche della colonna vertebrale [23].

Esistono infine l'ipotesi di utilizzo del rimedio sfruttandone l'effetto analgesico tramite una generica attività antinfiammatoria o immunostimolante [24].

grazie però ad un approccio omeopatico di terzo livello finalizzato all'individuazione del Simillimum del paziente è stato possibile utilizzare i nuclei tematici profondi di Agaricus per prescriverlo al di là dei suoi sintomi periferici.

L'analisi del variegato corteo sintomatologico emergente dalle sperimentazioni patogenetiche, il loro raggruppamento in temi e la loro coordinazione attorno ad un nucleo psorico di sofferenza principale, ci ha consentito di descrivere questo medicamento nei suoi habitus sicotici e sifilitici fuori dagli stereotipi monomiasmatici. La sua prescrizione è stata a questo punto più agevole anche nelle biotipologie umane non contemplate dalle keynotes tradizionali.

Le crisi omeopatiche di guarigione attraversate dai Pazienti sono inoltre state valutate avvalendosi di una concezione dinamica dei miasmi che ne ha consentito la corretta lettura con parametri non esclusivamente medici, ma anche psicologici e psicoanalitici. Questo ci ha permesso di riconoscere i movimenti della *vis* secondo Hering anche nelle esonerazioni emotive liberatorie necessarie al superamento delle somatizzazioni più gravi.

Referenze

1. Michelot D, Melendez-Howell LM. Amanita muscaria: chemistry, biology, toxicology, and ethnomycology. Mycol Res. 2003 Feb;107(Pt 2):131-46.
2. Tsujikawa K, Mohri H, Kuwayama K et al. Analysis of hallucinogenic constituents in Amanita mushrooms circulated in Japan. Forensic Sci Int. 2006 Dec 20;164(2-3):172-8.
3. Baron, MS.; T. Wichmann; D. Ma; MR. DeLong. Effects of transient focal inactivation of the basal ganglia in parkinsonian primates.. J Neurosci (Jan 2002)22(2): 592-9.
4. Levy, R.; AE. Lang; JO. Dostrovsky et al. Lidocaine and muscimol microinjections in subthalamic nucleus reverse Parkinsonian symptoms. Brain (Oct 2001) 124(Pt 10): 2105-18.
5. Zhang J, Li P, Wang Y et al. Ameliorative Effects of a Combination of Baicalin, Jasminoidin and Cholic Acid on Ibotenic Acid-Induced Dementia Model in Rats. PLoS One. 2013 Nov 6;8(11).
6. Wasson RG. Traditional use in North America of Amanita muscaria for divinatory purposes. J Psychedelic Drugs. 1979 Jan-Jun;11(1-2):25-8.
7. Stříbrný J, Sokol M, Merová B, Ondra P. GC/MS determination of ibotenic acid and muscimol in the urine of patients intoxicated with Amanita pantherina. Int J Legal Med. 2012 Jul;126(4):519-24.
8. Satora L, Pach D, Ciszowski K, Winnik L. Panther cap Amanita pantherina poisoning case report and review. Toxicon. 2006 Apr;47(5):605-7.
9. Davis DP, Williams SR. Amanita muscaria. J Emerg Med. 1999 Jul-Aug;17(4):739.
10. Feeney K. Revisiting Wasson's Soma: exploring the effects of preparation on the chemistry of Amanita muscaria. J Psychoactive Drugs. 2010 Dec;42(4):499-506.
11. Saar M. Fungi in Khanty folk medicine. J Ethnopharmacol. 1991 Feb;31(2):175-9.
12. Wohlberg J. Haoma-Soma in the world of ancient Greece. J Psychoactive Drugs. 1990 Jul-Sep;22(3):333-42.
13. Saar M. Ethnomyocological data from Siberia and North-East Asia on the effect of Amanita muscaria. J Ethnopharmacol. 1991 Feb;31(2):157-73.
14. Hajicek-Dobberstein S. Soma siddhas and alchemical enlightenment: psychedelic mushrooms in Buddhist tradition. J Ethnopharmacol. 1995 Oct;48(2):99-118.
15. Hahnemann S. Le malattie croniche: la loro natura specifica e il trattamento omeopatico, 1828-1839
16. Allen T.F. Enciclopedia di Materia Medica Pura, 1874-1879
17. Hering C. Guiding Symptoms Of Our Materia Medica, 1879
18. Willmann A, Weiss M, Nehls U. Ectomycorrhiza-mediated repression of the high-affinity ammonium importer gene AmAMT2 in Amanita muscaria. Curr Genet. 2007 Feb;51(2):71-8.

19. Vithoulkas G. Materia Medica Viva, vol. I, 2000
20. Kiho T, Katsuragawa M, Nagai K, Ukai S, Haga M. Structure and antitumor activity of a branched (1-3)-beta-D-glucan from the alkaline extract of Amanita muscaria. Carbohydr Res. 1992 Feb 7;224:237-43.
21. Riveros N. Agaricus muscarius and extrapyramidal syndromes. J Am Inst Homeopath. 1962 Jul-Aug;55:98-100.
22. Sukul NC, Bala SK, Bhattacharyya B. Prolonged cataleptogenic effects of potentized homoeopathic drugs. Psychopharmacology (Berl). 1986;89(3):338-9.
23. Ruthes AC, Carbonero ER, Córdova MM et al. Fucomannogalactan and glucan from mushroom Amanita muscaria: structure and inflammatory pain inhibition. Carbohydr Polym. 2013 Oct 15;98(1):761-9
24. Biziulevicius GA, Vaitkuviene A. Taking advantage of the experience in ethnomedicinal use of mushrooms: anti-inflammatory and related pharmacological activities of fly agaric (Amanita muscaria) ethanolic extract deserve a modern evaluation. Med Hypotheses. 2007;69(4):946-7.

G. Vespia, P. Margaira, L. Malara, L. Racinaro, S. Di Salvo, V. Falabella

Approccio omeopatico multidisciplinare nelle good practices di un'azienda zootecnica

Galline (riquadro 1):

Introduzione: trattamento di acariasi in galline di razza Chabo. 7 soggetti 4 m e 3 f di età compresa tra i 9 mesi e id i 2,5 anni. Gli animali venivano stabulati presso la fattoria didattica "Casa Gullì" a Reggio Calabria in voliera in rete metallica e legno di circa 3x2x h 1,60m , non sollevata da terra, con area ricovero e punti di abbeverata/mangiatoia, alimentati con mangime "ovaiola" (spezzato di mais con aggiunta di IMV), crusca e scarti verdi dell'orto coltivato dagli ospiti della casa; cibo somministrato una volta al giorno, vaccinati contro la pseudopeste aviare, dal III mese di vita e saltuariamente liberati in giardino.
Alla visita clinica Tutti i soggetti presentavano:
Focolai nerastri, granulosi, diffusi, bilaterali, su bargigli e cresta, compatibili con lesioni di origine virale o acariasi; Ipercheratosi di vario grado sulle zampe, compatibile con acariasi; Stato scadente del piumaggio;
Materiali e metodi: Interrogatorio con il veterinario aziendale e con il care giver, valutazione dei soggetti stabulati e repertorizzazione del gruppo da trattare; follow up fotografico di ogni soggetto ogni 7 giorni circa; l'impossibilità di ridurre la carica infettante ambientale risultava un fattore prognostico negativo. Rimedio utilizzato Sulphur 200K granuli somministrato prima ad ogni soggetto quindi in acqua di bevanda per un totale di 10 giorni.
Risultati: in 30 giorni pur senza intervenire sul substrato si assisteva ad una remissione importante dell'ipercheratosi su tutti i soggetti. Il progressivo miglioramento era evidenziabile ad ogni visita. Nei soggetti con lesioni minime, al decorrere dei 30 giorni, le zampe non presentavano più alcuna lesione; nei soggetti con lesioni di maggior rilievo clinico al termine dei 30 giorni si assisteva ad una importante rivascolarizzazione epiteliale ed a riduzione apprezzabile dell'ipercheratosi. Il giorno 18 del follow up si riscontratava rinite con secrezione escoriante in 5 soggetti; lesione giudicata compatibile con la patogenesi di Sulphur, la lesione autolimitante spariva

al giorno 25 del follow up. Alla fine del trattamento l'intera gabbia veniva ricollocata in luogo pulito eliminando totalmente il vecchio substrato (pollina)

Oca (riquadro 2)
Introduzione: Trattamento di oca politraumatizzata. Oca libera nel giardino di "Casa Gullì", soggetto adulto femmina poco trattabile anche se abituato alla presenza umana. Per un trauma acuto subito il giorno stesso della visita l'animale presentava abbattimento, inappetenza, stazione non mantenuta per assenza di appoggio, letargia apatia. Si sospettava frattura cinto pelvico, impossibile ulteriori accertamenti diagnostici. Alla visita clinica si riscontrava la presenza di remiganti fuori posto nell'ala dx compatibile con lesione di vecchia data.

Materiali e metodi: Interrogatorio con il veterinario aziendale e con il care giver, follow up dell'animale ogni 2 giorni con reportage fotografico. Si consigliava il rest in cage e si prescriveva Arnica montana 200 K granuli per 3 giorni, si aggiungeva alla prescrizione integratore glucidico per os per contrastare l'ipoglicemia derivata dall'inappetenza. Successivamente durante il follow up terminata la somministrazione del primo rimedio si procedeva a nuova repertorizzazione quindi si prescriveva Symphytum 200 k granuli sciolti in acqua con dinamizzazioni crescenti per 6 giorni e si completava poi la prescrizione a seguito di repertorizzazione terminata l'assunzione di Symphytum con la somministrazione di Calcarea phosphorica 200 k granuli per 14 giorni si richiedeva la dinamizzazione del rimedio sciolto in acqua ma l'alternanza di care giver impediva che la procedura si effettuasse regolarmente e precisamente.
Risultati: Dopo i tre giorni di Arnica montana l'oca si alimentava da sola e se sostenuta poggiava entrambe le zampe a terra, non caricava l'arto destro. Dopo tre giorni di Symphytum (6 giorni da inizio trattamento) l'oca manteneva la stazione da sola, sbatteva le ali era vigorosa e riusciva a fare qualche passo, non caricava ancora completamente l'arto destro ma lo poggiava. Dopo 8 giorni di Calcarea phosphorica (14 giorni da inizio trattamento) l'oca diventava intollerante al "rest in cage" si sospendeva quindi la somministrazione del rimedio e si faceva riunire al gruppo; camminava con una lieve zoppia ma era vigorosa e si alimentava senza problemi, lieve ipotonia muscolare data dalla carenza di esercizio , i consimili erano diffidenti ma dopo 2 giorni l'animale era ben accettato, dopo 5 giorni dalla riunione al gruppo diventava per posizione sociale la femmina prediletta del maschio dominante.

Suinetti (riquadro 3)
Introduzione: Castrazione di 2 suinetti vietnamiti di 3 mesi di età applicando il medesimo protocollo e impiegando lo stesso tempo di intervento cambiando solo la

variabile di somministrare ad uno dei soggetti Arnica montana. I soggetti venivano stabulati presso la fattoria didattica "Casa Gullì" di Reggio Calabria.
Materiali e metodi: Premedicazione con Azaperone intratesticolare, detersione parte – lidocaina intratesticolare – esteriorizzazione incisione vaginale comune e propria – avulsione per torsione;Contenimento manuale dei soggetti. A termine intervento, copertura antibiotica per 8 giorni.

- **Soggetto Arnica** : durata intervento 7'
- **Soggetto B** : durata intervento 6'

Al soggetto Arnica veniva somministrata Arnica montana 200 k dose unica 45 minuti dopo l'intervento.
Veniva eseguito follow up fotografico delle lesioni ogni 4 giorni e misurazione con cutimetro per la valutazione dell'edema attorno alla breccia chirurgica.
Risultati: Due giorni dopo l'intervento il soggetto Arnica aveva le seguenti misurazioni al cutimetro: 1,4 cm SN e 1,3 cm DX; quattro giorni dopo l'intervento 1,3 cm SN e 1,3 cm DX e la breccia operatoria aveva un aspetto migliore con margini giustapposti e scarsa reazione infiammatoria. Il soggetto B al cutimetro presentava 2,5 cm a SN e 1,8 cm a DX due giorni dopo l'intervento e 1,8 cm a SN e 1,5 cm a DX quattro giorni dopo l'intervento. A 15 giorni dall'intervento entrambe le brecce operatorie risultavano perfettamente guarite e non vi era significante differenza tra le cicatrici. Di fatto l'animale trattato aveva un decorso post chirurgico (per ciò che concerne la reazione tissutale scrotale) giudicato migliore rispetto all'altro soggetto.

Discussione e conclusioni: (riquadro 4) L'integrazione medico'veterinaria, nella diversa specificità di intervento, permette di confrontare i dati anamnestici e clinico/osservazionali, con quelli emersi dai colloqui medici con l'allevatore e il care-giver, favorendo l'individuazione di rimedi specifici. La zootecnia rende necessaria l'impostazione statistica degli studi omeopatici e la somministrazione di massa di un unico rimedio, per questioni di tempo e denaro. Si evidenzia l'efficacia della terapia omeopatica, ove spesso è impossibile un trattamento "convenzionale", o come possibilità di integrazione al trattamento allopatico nella gestione di patologie zootecniche comuni.
Questo è il nostro punto di partenza per l'approccio della Materia Omeopatica nella clinica quotidiana. Alla luce dei promettenti risultati e dell'aumento della richiesta di approcci medici meno invasivi, più "olistici" e "naturali", il prossimo passo è quello di utilizzare la medicina omeopatica nella routine ambulatoriale quotidiana dei piccoli animali.

Gli Autori

Dott. Fabio Antonioni
Medico Veterinario Omeopata
Libero professionista
Via Vandelli, 302
Pozza di Maranello (Modena)
www.fabioantonioni.it

Dr.ssa Maria Cristina Andreotti
Medico Chirurgo Omeopata
Via F. Guicciardini, 2
Modena
email: cristinaandreotti@libero.it

Dr.ssa Marialisa Angeli
Medico Chirurgo Omeopata
Via Federico Chabod, 26
11100 Aosta
Tel. 0165610491
email: angelimarialisa@hotmail.it

Dott. Alessandro Avolio
Dir. Centro di Omeopatia Catania
Via Re Martino 169 – 90125 Catania
Tel. Studio 095.7137121 – Tel. Cellulare 392.7817962
email:a.avolio@centrodiomeopatia.it

Dr. Marc Baer
Docente Omeopatia Veterinaria
Svizzera, Europa, Russia e Stati Uniti (Università e corsi di formazione continua)
email: mbaer@cybermail.ch

Dr.ssa Maria Teresa Baffa
Farmacista preparatore – Allieva Scuola EMC AFMO di Catanzaro
Via F.Massara, 49 – Catanzaro
email: mtbaffa@tiscali.it

Dott.ssa Vera Caltabiano
Specialista in Endocrinologia e Malattie del ricambio, Omeopata
Centro di Omeopatia di Catania
Tel. 333.7252278
email: veracaltabiano@virgilio.it

Dott.ssa Monica Delucchi
Medico Omeopata, Specialista in Medicina Interna
Docente presso Scuola di Omeopatia Classica Centro Studi La Ruota – Milano
email: m.delucchi@centrostudilaruota.org

Dott. Sebastiano Di Salvo
Specialista in Medicina Interna
Dirigente Medico UO di Epatologia Policlinico Mater Domini Catanzaro
D.A.N. FIAMO Calabria
Docente Scuola EMC AFMO di Reggio Calabria e Catanzaro
Docente Master biennale di II livello di Medicina Integrata Università Magna Graecia Policlinico Catanzaro.
email: sebdis@alice.it

Dr.ssa Chiara Dissegna
Docente della Scuola Superiore di Medicina Omeopatica Rita Zanchi di Cortona (AR)
Via Pregnana, 11 – Rho (MI)
email: chiara.dissegna@gmail.com

Dr. Giuseppe Fagone
Medico Chirurgo Omeopata
Via Guerrazzi, 13 - 20145 - Milano
tel 0233107718
Coordinatore regionale per la FIAMO Lombardia
email: giuseppe.fagone@medicina-omeopatica.it
Website: www.medicina-omeopatica.it

Dr. Egidio Galli
Medico Chirurgo Omeopata
Docente Scuola EMC AFMO di Reggio Calabria e Catanzaro
email: egigalli@msn.com

Dott.ssa Gobbi Frattini Benedetta
Scuola Medicina Omeopatica di Verona
Via Gazzo, 102 – 46030 Bigarello (MN)
Tel. 347.8433636
email: benedetta.gobbifrattini@aopoma.it

Dr.ssa Maria Rita Gualea
Centro Interdipartimentale di Ricerca in Biologia e Medicina dello Sport
Università di Pavia, c/o Fondazione S. Maugeri
CDO Centro di Omeopatia - Milano
email: m.gualea@libero.it

Dott.ssa Emanuela Longa
Centro Interdipartimentale di Ricerca in Biologia e Medicina dello Sport
Università di Pavia, c/o Fondazione S. Maugeri

Dott. Giandomenico Lusi
Medico Chirurgo Omeopata.
Coordinatore Sezione Regionale FIAMO Lazio
Roma Largo Colli Albani 14
Tel. 06.71587404 cell. 330572484
sito: w.w.w.omeopatia-unicista.it.
email: info@giandomenicolusi.it

Dott.ssa Livia Malara
Medico Veterinario
Allievo Scuola di Alta Formazione in Medicina Omeopatica – A.F.M.O. – E.M.C.
email: livia.malara@virgilio.it

Dr. Massimo Mangialavori
Medico Omeopata e docente di Medicina Omeopatica
Via Rolda, 91
41014 Castelvetro (MO)
www.mangialavori.com

Dott.ssa Nicoletta Messina
Specialista in Malattie dei Piccoli Animali
Docente presso il Centro di Omeopatia di Milano e di Catania
Via Lenin 132
San Giuliano Terme (PI)
Tel.: 050/865007-340/6910215
email: n.messina@omeopatiaveterinaria.org

Dott. Mario Ravaglia
Medico Chirurgo Medico d'Urgenza, Internista e Omeopata
Professore a contratto Università Bologna e Roma la Sapienza Integrazione sistemi medici di cura non convenzionali
Coordinatore didattico Master professionalizzante Medicine non Convenzionali indirizzo Medicina Omeopatica
email: ravaglia.mail@libero.it

Dr. Roberto Orsi
Veterinario libero professionista in Pescia (PT)
Specialista in Malattie dei Piccoli Animali
Socio fondatore S.I.O.V. (Società Italiana di Omeopatia Veterinaria)
Tel. 0572 476975
email: orsir@tin.it

Dr. Thomas Peinbauer
ECH President
email: thomas@peinbauer.at
www.praxisnetz-homoeopathie.at

Dott.ssa Raffaella Pomposelli
Medico Chirurgo Omeopata
Presidente Associazione Belladonna
email raffaella.pomposelli@omeopatiabelladonna.it

Dott. Massimo Rittatore
Scuola di omeopatia "Similia Similibus" – Torino
email: massimo.rittatore@tiscalinet.it

Dott. Sergio Segantini
Medico Omeopata
Coordinatore regionale FIAMO Toscana.
Operatore omeopata Azienda Sanitaria di Firenze.
email: s.segantini@libero.it

Dott.ssa Francesca Talarico
Specialista in Medicina Interna,
Dirigente Medico U.O. di Medicina d'Urgenza, A.O. "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro,
Scuola di Alta formazione in Medicina Omeopatica – A.F.M.O. – E.M.C.
email: talarico.francesca@tiscali.it

Dr. Giovanni Vespia
Allievo Scuola EMC AFMO di Reggio Calabria e Catanzaro
email: giovannivespia@libero.it

Dott. Bruno Zucca
Medico Omeopata, Agopuntore,
Docente presso Scuola di Omeopatia Classica Centro Studi La Ruota - Milano
email: omeohermes@gmail.com

XII CONGRESSO NAZIONALE FIAMO

La FIAMO ed il grafico che ha curato l'impaginazione, Francesco Bellucci,
pur assicurando la massima diligenza nella compilazione degli Atti,
declinano ogni responsabilità per eventuali errori e omissioni.
Le informazioni contenute negli Atti sono state fornite dai relatori
ed erano da considerarsi corrette al momento della stampa.