FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI
FIAMO

L.M.H.I
LIGA MEDICORUM
HOMEOPATHICA
INTERNATIONALIS

XV congresso nazionale fiamo

Le malattie degenerative

Temi Liberi

24-25-26 MARZO 2017
REGGIO CALABRIA

AUDITORIUM NICOLA CALIPARI
SEDE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA

atti del congresso

XV congresso nazionale fiamo

RACCOLTA DEGLI ATTI CONGRESSUALI

PRESIDENTI
Vincenzo Falabella
Antonella Ronchi

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Manuela Sanguini
Gavina Costini
Vincenzo Falabella
Sara Mini
Antonella Ronchi
Chiara Scerna

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Giovanna Giorgetti
Giovanna Durante

SEDE CONGRESSUALE
Auditorium "Nicola Calipari", Sede del Consiglio Regionale della Calabria
Via Cardinale Portanova - Reggio Calabria

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 nella rivista Il Medico Omeopata
Giovanna Durante, cell. 347-6094735
e-mail: gdurantefiamo@virgilio.it

CON IL PATROCINIO DI

Regione Calabria

Consiglio Regionale della Calabria

Patrocinio Morale
Comune di Reggio Calabria

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Reggio Calabria

Federazione Nazionale Ordini dei Veterinari

Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Reggio Calabria

Ordine Provinciale dei Farmacisti Reggio Calabria

SPONSOR GOLD

Boiron | Cemon | Plose | Vanda

AZIENDE ESPOSITRICI SPONSOR DELLA MANIFESTAZIONE

Assifidi
OTI
Fabio Libri
Pi Pure
Laboratori Hering
Similia
Laboratori Legren
Laboratori Sodini

sommario

venerdì 24 marzo 2017

I SESSIONE

Utilizzo di Chelidonium nelle iperbilirubinemie delle epatopatie degenerative / *S. Di Salvo* 6
La strana tosse di Pucci / *F. Antonioni* 23
Omeopatia: calma a sangue freddo / *G.Vespia* 32
L'atleta come malato cronico / *M.R. Gualea* 39
Cancellare le impronte: l'ipotesi miasmatica nell'ottica epigenetica / *V. Falabella* 46

II SESSIONE

La atassia di Paco / *M. Dodesini* 65
Terapia omeopatica in una paziente anziana con malattia degenerativa: "Il caso di Maria" / *G. Dominici* 74
Dalla sintropia ai medicinali omeopatici unitari: la Sintropia come causa primaria della guarigione nell'Omeopatia unicista / *S. Leoncini* 88
"Influenza Spagnola". Il ruolo dell'Omeopatia nella gestione di una pandemia / *F. Marino – F.E. Negro* 105
Risultati del Proving della Scuola Similia Similibus / *M. Colla* 122
Herpes simplex virus 1HSV nosode - Proving 2015 Formazione EMC-AFMO / *E. Galli* 151
Sterilità, germinabilità dei semi di riso ed Omeopatia / *G. Costini – R. Pomposelli* 181

sabato 25 marzo 2017

III SESSIONE

Il volto per immagini 189
Omeopatia in Oncologia: 4 anni di collaborazione con una struttura ospedaliera / *M. Montorsi* 214
Il valore dei sintomi patognomonici nell'Omeopatia Hahnemanniana / *P. Clauser* 222
Il grande problema di Piccola / *F. Antonioni* 231
TAVOLA ROTONDA: La Medicina Integrata nel futuro della Sanità. Quale disponibilità dei Medicinali Omeopatici 238

IV SESSIONE

Caso clinico e note di materia medica clinica di Strophanthus hispidus / *G. Merialdo* 260
WORKSHOP: "Osservazioni cliniche sull'uso nell'uomo dell'Omeopatia nelle malattie degenerative" / *F. Master* 276

domenica 26 marzo 2017

V SESSIONE

Il cuore di Lola / *M. Dodesini* 391
WORKSHOP: "Osservazioni cliniche veterinarie sull'uso dell'Omeopatia nelle malattie degenerative" / *M. Brunson* 397

GLI AUTORI 411

Di Salvo S°, De Siena M§, Giancotti F°, Gravina T°, Falabella V&

Utilizzo del Chelidonium nelle iperbilirubinemie delle epatopatie degenerative

INTRODUZIONE

L'iperbilirubinemia è un importante elemento prognostico nelle epatopatie degenerative poco modificabile con il trattamento convenzionale. Si riportano tre casi clinici di epatopatie gravi in cui è stato utilizzato il chelidonium, rimedio omeopatico di origine vegetale con spiccato tropismo epatico in associazione alla terapia convenzionale.

MATERIALI E METODI

Dopo una analisi degli aspetti farmacologici del chelidonium in senso convenzionale ed in senso omeopatico si considerano i casi clinici trattati di tre pazienti con cirrosi epatica scompensata ed epatocarcinoma multifocale con iperbilirubinemia.

RISULTATI

Si riportano i valori di bilirubina e dei principali parametri di funzione epatica unitamente agli score prognostici (Child-Pugh, MELD) prima e durante il trattamento con Chelidonium a potenze comprese tra la 5 e la 7 CH e la evoluzione clinica dei casi clinici considerati.

DISCUSSIONE

Per quanto valutabile nell'ambito di semplici case reports, il trattamento con Chelidonium ha contribuito a migliorare i valori di bilirubinemia in due pazienti consentendo il loro accesso a trattamento locoregionale per epatocarcinoma, precedentemente controindicato dai valori di bilirubinemia. Il terzo paziente non ha avuto miglioramento dei valori di bilirubinemia, ma ha avuto una riduzione degli episodi di encefalopatia porto-sistemica.

^ Docente Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica EMC AFMO,

& Coordinatore Didattico Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica EMC AFMO

° Dirigente Medico UO di Epatologia Az.Osp.Univ. Mater Domini CZ

§ Responsabile UO di Epatologia Az.Osp.Univ. Mater Domini CZ

sebdis@alice.it, 3388456415

CONCLUSIONI

L'utilizzo di rimedi omeopatici in associazione al trattamento convenzionale può migliorare le condizioni cliniche e gli indici di laboratorio permettendo un miglioramento della qualità di vita, degli indici prognostici ed un ampliamento delle possibilità di trattamento di patologie gravemente degenerative.

Parole chiave

Chelidonium, iperbilirubinemia, cirrosi, epatocarcinoma.

INTRODUZIONE

L'iperbilirubinemia ha un importante valore prognostico nelle epatopatie degenerative. I due principali score prognostici, validati clinicamente, nei pazienti con epatopatia degenerativa sono il Child-Pugh (Child) e il MELD score (1). Entrambi hanno, tra i parametri valutabili, i valori della bilirubinemia totale. I valori delle transaminasi hanno scarso valore prognostico nelle epatopatie croniche. L'aumento dei valori della bilirubinemia indica un peggioramento significativo della funzione epatica nel paziente con epatopatia degenerativa e i trattamenti disponibili sono di tipo empirico e palliativo (corticosteroidi, epatoprotettori, acidi biliari ecc). E' necessario comunque escludere che il paziente non presenti una situazione ostruttiva delle vie biliari o una infezione; quest'ultima complica spesso le epatopatie degenerative e, se non è prontamente riconosciuta e trattata, porta rapidamente a morte il paziente. Appare auspicabile la ricerca di farmaci che possano migliorare la funzione epatica e quindi la bilirubinemia migliorando l'aspettativa di vita e permettendo l'accesso a trattamenti che sarebbero preclusi per la compromissione della funzione epatica. In medicina omeopatica si usano molti rimedi con prevalente tropismo epatico (2) e tra questi risalta il Chelidonium majus (chelidonium) di origine vegetale.

Tre pazienti con cirrosi epatica avanzata e complicata anche da epatocarcinoma sono stati trattati con Chelidonium insieme alla terapia convenzionale e il loro follow up è descritto in dettaglio.

MATERIALI E METODI

Chelidonium

Il Chelidonium majus o grande celidonia appartiene alla famiglia delle Papaveraceae (papavero) che comprende piante erbacee annuali o perenni ed alcuni arbusti (3). Il genere chelidonium comprende una sola specie e il nome deriva dal termine "rondine" (la piante fiorisce all'arrivo e alla partenza delle rondini) (3).

I costituenti principali sono gli alcaloidi isochinolinici del succo (celidonina, berberina, coptsina), gli alcaloidi isochinolinici della radice (celeritrina, sanguinari-

na), la protopina, la sparteina (effetti cardiovascolari e ossitocici), flavonoidi (3). Recenti studi evidenziano una estrema complessità del chelidonium con la identificazione di 334 proteine nel succo e 1155 nella pianta intera (4). Le pubblicazioni più recenti recensite su PubMed evidenziano: un effetto di arresto del ciclo cellulare con induzione dell'aptosi di linee cellulari tumorali (5), citotossicità su cellule tumorali leucemiche e polmonari (6), azione antinfiammatoria, analgesica, anti stress ossidativo (7,8), effetto proaritmico, da allungamento del QT (9), azione antimalarica a dosi omeopatiche (10), effetto ossitocico (11).
I dati tossicologici (effetti non presenti nella pianta essiccata) evidenziano: una dose di 60-120 ml di succo è letale per il cane; nelle mucche si registra: salivazione, sete, poliuria, convulsioni, confusione, perdita di coordinazione; nei maiali confusione, andatura traballante, fascicolazioni, tachicardia, iperventilazione; nelle capre andatura vacillante e diarrea; nell'uomo poliuria, confusione, aritmia, gastroenterite, crampi, bradicardia e ipotonia (3). Recentemente sono stati riportati dei casi di epatotossicità non letale (ittero, epatonecrosi) dopo assunzione di chelidonium in dose fitoterapica con evidenza di una possibile azione idiosincrasica, sottotipo metabolico (12).
La prima sperimentazione omeopatica è stata condotta nel 1824 da Hahnemann su nove soggetti; successive sperimentazioni sono state eseguite da Teste, da un gruppo austriaco nel 1844 (23 sperimentatori) e da Buchman (17 sperimentatori) nel 1861-62 (3,13).
Tra le pubblicazioni su PubMed dell'uso omeopatico del Chelidonium risultano: l'effetto antimalarico del chelidonium in cosomministrazione con la china sulla malaria murina, di pari efficacia rispetto alla terapia farmacologica con artesunate, sulphadoxine-primethamine (10), l'effetto positivo nel trattamento di una epatite virale da HCV non responsiva a IFN pegilato e ribavirina e di una cirrosi scompensata da HBV con sovrapposta infezione da HEV secondo i protocolli del Prasanta Banerji Homeopathic Research Foundation (14), l'effetto protettivo verso l'epatocarcinogenesi nei ratti (15) e nel gatto (16, 17).

Caso clinico 1
Paziente di sesso maschile, A.V. anno di nascita 1957.
In anamnesi:
Nel 1963 appendicectomia presso Casa di cura
Nel 1993 chirurgia per distacco di retina ODx presso Ospedale (Osp) di Cosenza (CS)
dagli anni '80 al 2012 abuso etilico fino a ¾ di litro di vino
Nel 1994 laringectomia per K presso Osp di CS

Nel 1997 timpanoplastica sinistra alle Molinette di Torino
Nel 2012 intervento per ematoma regione temporale sinistro post traumatico Osp di CS.
Nel 2014 intervento per cataratta OD
Dal 2006 al 2014 vari ricoveri presso Osp di CS per encefalopatia.
Nel maggio 2015 ricovero presso Osp di CS con diagnosi di encefalopatia portosistemica in cirrosi esotossica.
23/11-2/12/15 ricovero presso Osp di CS con diagnosi di cirrosi esotossica scompensata (Child Pugh 12), varici esofagee F2, gastropatia congestizia, diverticolosi del colon sinistro, colonpatia congestizia
11/12-15/12/15 ricovero presso Osp di CS per encefalopatia porto-sistemica; TAC addome : ispessimento del cieco.
Da febbraio 2016 inizia ad essere seguito presso la UO di Epatologia della Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini di Catanzaro con diagnosi iniziale di: *Cirrosi epatica post-etilica con attività degli indici di epatonecrosi e di colestasi (Classe Child Pugh C10. Score Meld 17) . Epatocarcinoma dell'VIII segmento epatico Ipertensione portale (varici esofagee F2, gastropatia ipertensiva portale). Ipersplenismo (leucopiastrinopenia). Encefalopatia portosistemica con iperammoniemia. Reflusso gastroesofageo. Gastropatia antrale iperemico-erosiva. Insufficienza mitralica di grado lieve. Lieve rigurgito aortico. Insufficienza tricuspidalica di grado lieve con valori di PAPs calcolata pari a 30 mmHg. Ernia inguinale a sinistra. Cisti renale destra. Interpositio coli (S. di Chilaiditi, varietà anteriore). Diverticoli del Sigma. Noduli emorroidari interni. Nodulo tiroideo in follow-up endocrinologico.*
Astensione alcolica dal 2014. Gruppo sanguigno A positivo.
I ricoveri ordinari presso la UO di Epatologia saranno i seguenti 16/2/16-7/3/16, 29/3/16-20/4/16, 23/5/16-20/6/16, 29/7/16-22/8/16.

Caso clinico 2
Paziente di sesso maschile, F.D., anno di nascita 1946.
In anamnesi:
Un fratello deceduto per cirrosi epatica criptogenetica e un fratello affetto da cirrosi epatica criptogenetica.
Dal 2000 diabete mellito in trattamento insulinico
Dal 2002 riscontro di piastrinopenia per la quale ha eseguito consulenze ematologiche.
Dal 23/09/2010 al 29/09/2010 ricoverato presso la UO di Epatologia della Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini di Catanzaro con diagnosi di *"Cirro-*

si epatica (Child Pugh A6) criptogenetica con lieve attività degli indici di epatonecrosi. Ipertensione portale (Varici esofagee F2-F3 con segni rossi. Varici gastriche GOV e IGV1. Gastropatia ipertensiva portale di grado lieve-moderato). Ipersplenismo (leucopiastrinopenia). Diabete mellito tipo II in trattamento farmacologico. Dislipidemia."
Gruppo sanguigno Zero positivo.
Alla dimissione veniva consigliata valutazione presso Centro Trapianti di Fegato. Il paziente iniziava ad essere seguito presso il Centro Trapianti di Fegato di Bergamo ed in data 08/04/2011 veniva sottoposto ad intervento per inserimento di shunt portosistemico intraepatico transgiugulare (TIPS) per la grave ipertensione portale. In data 17/10/2011 veniva sottoposto a revisione di TIPS per encefalopatia portosistemica. Ha continuato ad eseguire controlli periodici presso il Centro Trapianti di Bergamo e controlli discontinui presso la UO di Epatologia suddetta.

Caso clinico 3
Paziente di sesso maschile, B.U., anno di nascita 1942.
Seguito da alcuni anni presso l'Ospedale di Cosenza, Ospedale Niguarda di Milano e presso il Centro Trapianti di Fegato di Bergamo per cirrosi epatica criptogenetica:

- Luglio 2010 primo riscontro di trombosi portale parziale (fattore V di Leiden positivo)
- Gennaio 2011 legatura endoscopica varici esofagee
- Marzo 2011 sottoposto a TIPS per ipertensione portale su cirrosi epatica criptogenetica;
- Agosto 2011 estensione (RMN/Ecografia) della trombosi parziale della vena porta (ramo destro, tronco comune, fino alla confluenza porto-spleno-mesenterica)
- Ottobre 2011 revisione TIPS per encefalopatia portosistemica.
- Novembre 2011 polipectomia endoscopica del colon trasverso (es. istologico: adenoma tubulare con displasia di basso grado)
- Bilirubina totale 2011-2012-2013 tra 2 e 2.5; 2014 tra 3 e 4
- 20/7/13 epatocarcinoma (HCC) di 24 mm del 7° segmento con nodulo satellite, ascite moderata. Non viene indicato il trapianto di fegato per età e comorbidità
- 26/9/13 radiofrequenza sotto guida TC del nodulo di HCC (Ospedale Niguarda di Milano)
- 31/10/13 TAC: persistenza di malattia in sede di radiofrequenza
- 11/12/13 valutazione radiologica interventistica Ospedale di Niguarda: persistenza di HCC nel 7° segmento, nuovo HCC a livello della cupola epatica in sede paracavale; richiesta RMN e valutazione collegiale per eventuale radiofrequenza in laparoscopia
- 21/1/14 RMN fegato: residuo di malattia di 16 mm al 7° segmento; nodulo di HCC di 15 mm 8° segmento, sottoglissoniano
- 20/3/14 radiofrequenza del nodulo di HCC del 7°
- 24/4/14 TAC : buon esito del trattamento con scomparsa del contrast enhancement della lesione del 7°
- 29/1/15 RMN epatica: non ripresa di malattia a livello delle sede del precedente trattamento; sospetta piccola lesione ipervascolare a ridosso della vena cava inferiore (1 cm); minimo versamento ascitico
- Durante il 2015 peggioramento clinico con Classe Child-Pugh C10-C11, MELD 20
- Febbraio 2015 erniectomia inguinale sinistra
- Febbraio 2015 rivalutazione radiologica interventistica: non ripresa di malattia nelle sedi trattate, stabilità del nodulo della cupola epatica; non consigliato trattamento del nodulo della cupola epatica per il peggioramento delle condizioni cliniche
- Maggio 2015 intervento per frattura femore sinistro (Osp di Lamezia Terme.)
- Maggio 2015 ricovero presso Osp. di Catanzaro per urosepsi e reperto TAC di due noduli di epatocarcinoma (HCC): 4 cm all'8° segmento con nodulo satellite di 1.6 cm, valori di bilirubinemia di 9 mg/dl, INR 2; ad un successivo controllo ecografico il nodulo maggiore appare di 54 mm.
- 9/7/15 RMN epatica: comparsa di noduli satelliti di HCC a ridosso della lesione trattata con radiofrequenza, ascite.
- Dal 17 luglio 2015 ha iniziato a seguire controlli epatologici presso la UO di Epatologia della Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini di Catanzaro con diagnosi di *"Cirrosi epatica criptogenetica scompensata (Child-Pugh C11, MELD 14). HCC multifocale già sottoposto a trattamento loco-regionale con radiofrequenza. Ascite. Ipertensione portale con pregressa legatura di varici esofagee e impianto TIPS. Episodi di encefalopatia porto-sistemica. Trombosi portale. Ipersplenismo. Litiasi della colecisti. Cardiopatia ischemico-ipertensiva. Diabete mellito tipo II. Recente intervento chirurgico per frattura femore sinistro. Pregressa erniectomia inguinale sinistra". Il paziente è in terapia con Inderal 40 mg ½ cr x 2 die, Luvion 50 mg 1 cpr die, Normix 200 mg 2 cpr x 2 die sette giorni al mese. Riferisce intolleranza imprecisata alle eparine a basso peso molecolare per cui non assume anticoagulanti per la trombosi portale.*

RISULTATI

Caso clinico 1

Il paziente A.V. a seguito del riscontro di epatocarcinoma inizia iter per valutazione pretrapiantologica e per eventuale trattamento locoregionale. La presenza di un nodulo superiore ai 5 cm impedisce un trattamento chirurgico o trapiantologico per i criteri di Milano (trattabili noduli singoli < 5 cm o al massimo 3 noduli < 3cm) (18). E' indicato un tentativo di "down staging" che consiste nel ridurre la massa tumorale nell'ambito dei "criteri di Milano" o almeno nei criteri "Up to seven" (la somma del numero delle lesioni tumorali + la dimensione del nodulo più grande deve essere inferiore o uguale a 7) (19) per migliorare significativamente la prognosi e permettere un eventuale trapianto di fegato. La classe Child Pugh C10, il MELD score 17 (da 15 in su è indicato il trapianto di fegato, se non vi sono controindicazioni, per la mortalità: dal MELD 10 la mortalità a tre mesi è del 5% e cresce esponenzialmente (20)) e le dimensioni del nodulo non rendono utile un trattamento locoregionale con radiofrequenza e i valori di bilirubinemia superiori a 5 mg/dl (vedi tabella 1) non rendono indicato trattamento di chemioembolizzazione (21). Il paziente è già in trattamento con steroide a basse dosi (per ridurre il rischio di infezioni) e acido ursodesossicolico per os (vedi tabella 2) per cercare di ridurre l'iperbilirubinemia. Dal 5 maggio 2016 inizia trattamento con Chelidonium 5 CH granuli: 2 granuli mattina e sera per os (dal 16 luglio si passa alla dose 6 CH, sempre 2 granuli mattina e sera) e sul grafico 1 sono indicati i valori di bilirubinemia e i trattamenti usati. In data 14/6/16 è possibile eseguire chemioembolizzazione- TACE (adriblastina e DC – Beads) del nodulo epatico per miglioramento dei valori di bilirubinemia. Dal luglio 2016 diventa evidente una trombosi portale, verosimilmente di natura neoplastica. In data 3/8/16 nuova chemioembolizzazione (adriblastina e microsfere embolizzanti riassorbibili Embocepts). La trombosi portale, nonostante la terapia anticoagulante con fondaparinux, si estenderà progressivamente e dopo il II trattamento TACE si avrà un peggioramento della funzione epatica con comparsa di ascite e inizierà trattamento con albumina e furosemide per endovena. Nel mese di dicembre 2016 il paziente è deceduto durante ricovero presso l'Ospedale di Cosenza per insufficienza epatica.

Sintesi valutazione ECO/TAC/RMN

- Febbraio/marzo 2016 nodulo VII segmento epatico 5.3 cm compatibile con displasia di alto grado, non ascite (Immagine 1); portografia marzo 2016: non segni di trombosi portale;
- Aprile 2016 incremento delle dimensioni del nodulo: HCC di 6.4 cm, non ascite.
- Maggio 2016 dimensioni nodulo 7 cm, non ascite.
- Luglio 2016 la nota formazione tra V e VIII segmento epatico presenta alla TAC esiti necrotici post TACE e dopo mezzo di contrasto permangono residui arterializzati con coinvolgimento delle regione ilare epatica e trombosi del ramo dorsale della vena porta (Immagine 2).
- Agosto 2016 eco addome: invariato, non ascite.
- Settembre 2016 TAC: esiti di TACE nel contesto di lesione plurilobata tra VIII e V segmento epatico con residui ipervascolarizzati e trombosi portale che si estende sino alla confluenza tra vena lienale e mesenterica, ascite.
- Ottobre 2016 la formazione tra V e VIII segmento coinvolge anche il VI e il VII; trombosi del ramo principale della vena porta e della regione più prossimale della vena ombelicale; possibile lesione secondaria del surrene destro; ascite.

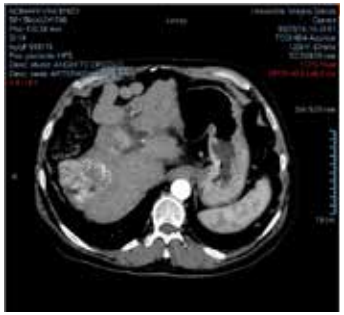


Immagine 1. A.V TAC marzo 2016.

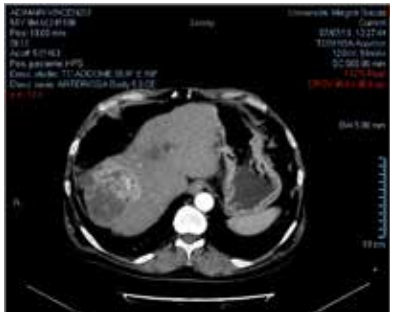


Immagine 2. A.V. TAC luglio 2016.

Tabella 1. A.V. Esami ematoclinici

		16/2/16	26/2/16	21/3/16	20/4/16	5/5/16	11/6/16	18/6/16	14/7/16	1/8/16	19/8/16	9/9/16	19/10/16	24/11/16
Bilirubina totale	↓ 1.1	3.14	3.32	5.78	5.08	6.15	3.68	5.63	7.08	4.85	6.67	10.67	10.74	12.58
Bilirubina.diretta	↓ 0.3	1.89	1.84	4.6	2.79	4.44	2.45	3.57	4.19	3.92	4.95	6.8	6.24	10.17
creatinina	0.7-1.2	0.47	0.61	0.51	0.46	0.57	0.44	0.62	0.54	0.56	0.49	0.49	0.44	0.71
Urea	10-50	16	19	20	28	19	19	27	22	21	19	15	16	30
Sodio	136-145	139	137	134	135	135	136	131	134	136	137	137	134	129
Albumina	3.4-4.8	2.7	2.4	2.5	3.6	3.3	3.6	3	3.1	2.7	3.4	3.9	3.9	3.3
Rapporto internazionale normalizzato (INR)		1.68	1.64	1.56	1.75	1.5	1.58	1.83	1.44	1.48	1.66	1.59	1.56	1.63
GOT	↓41	82		151	40	104	45	79	103	38	28	128	134	98
GPT	↓38	43		59	34	54	22	103	44	65	44	72	68	40
GammaGT (GGT)	8-61	94		83	35	49	23	23	38	45	34	37	73	32
Fosfatasi alcalina	40-129	215		206		142			135	145	90	117	134	
ammonio	↓ 60	75	63	93	91	58	41	47	141	76	36		28	27
Ca 19-9	↓34	65							762				2551	1442
Alfafeto proteina (AFP)	↓ 7	4.75							6.13	6.23		7.79	8.59	8.1
Piastrine (PLT)	130-400.	84.000	67.000	81.000	72.000	64.000	64.000	52.000	105.000	56.000	66.000	69.000	59.000	62.000

Tabella 2. Terapia A.V. 2016

- Aminoacidi A catena ramificata ev
- Inderal 40 mg cpr: ¼ cpr x 2;
- Deltacortene 5 mg cpr: 1 cpr die
- Ac.ursodeossisolico 300 mg 1 cpr x 2 volte al dì subito dopo i pasti principali
- Omeprazolo 20 mg 1 cpr
- Lattulosio sciroppo 2 cucchiai;
- Prefolic 15 mg 1 cpr al
- Konakion 1 fl i.m ogni 3 giorni
- Aldactone 100 mg 1 cpr al dì
- Furosemide 25 mg cpr: 1 cpr a giorni alterni
- Friliver 1 bust x 2 volte al dì ai pasti principali
- Normix 200 mg 2 cpr ogni 12 ore.

Grafico 1. Valori di bilirubinemia in rapporto all'inizio della terapia con chelidonium (5 o 6 CH) e ai trattamenti di chemioembolizzazione (TACE) di A.V.

Grafico 2. Valori di MELD e CHILD in rapporto al trattamento con chelidonium e alla TACE di A.V.

Caso clinico 2

Il paziente F.D, anno di nascita 1946 presenta l'evoluzione clinica di seguito descritta.

2011-2012-2013 valori di bilirubinemia totale compresi tra 2 e 3 mg/dl; nel 2014 bilirubina intorno a 4 mg/dl. A febbraio 2015 riscontro TAC di 2 noduli del 8° segmento epatico compatibili con HCC (18 x 20 mm, 32 x 25 mm) e il Centro Trapianti di Bergamo esclude trapianto di fegato (età, comorbidità) o altri trattamenti loco regionali per le dimensioni HCC (al di fuori dei criteri di Milano), il MELD 22 e il Child Pugh C11. Al controllo TAC del giugno 2015 incremento dimensionale: 8° segmento HCC 40 mm e HCC 16 mm; non ascite. Nel mese di marzo 2015 e nel mese di maggio 2015 ricoveri presso l'Ospedale di Catanzaro per sepsi da infezione urinaria. Il paziente riprende ad essere seguito con più continuità presso la UO di Epatologia e viene ricoverato dal 6/6 al 11/6/15 con diagnosi di *"Cirrosi epatica esotossica (Child Pugh 11) con lieve attività degli indici di epatonecrosi. Noduli epatici VIII segmento riferibili ad HCC (eco - TAC). Ipertensione portale (varice esofagea F1 e gastropatia ipertensiva portale di grado lieve in paziente sottoposto a TIPS per varici esofagee F2 e varice gastrica IGV1 nel 2011). Ipersplenismo (leucopiastrinopenia). Encefalopatia portosistemica con iperammoniemia. Reflusso duodeno-gastrico lieve. Diabete mellito tipo II in trattamento insulinico. Dislipidemia. Cisti pancreatica. Pregressa recente sepsi delle vie urinarie."* Nel mese di settembre 2015 esegue l'ultima rivalutazione presso il Centro Trapianti di Bergamo e nel mese di ottobre 2015 nuovo ricovero presso la UO di Epatologia per encefalopatia porto-sistemica. In data 17/12/2015 inizia terapia con Chelidonium 6 CH 2 granuli mattina e sera. Da aprile 2016 si passa a Chelidonium 7 CH 2 granuli mattina e sera.

Nel 2016 esegue controlli mensili in Day Hospital con progressivo aumento dei valori della bilirubinemia, senza episodi di encefalopatia che prima richiedevano frequenti ricoveri ospedalieri. Solo a Novembre 2016 necessiterà di ricovero ordinario presso la UO di Epatologia per riscontro di grave anemia (Hb 7.6 g/dl) con melena. Non si rilevano segni di sanguinamento attivo (esofagogastroduodenoscopia e colonscopia) e viene trattato con emotrasfusioni, antibiotico terapia con beneficio. A metà dicembre 2016 il paziente è deceduto presso il proprio domicilio per insufficienza epatica.

Sintesi valutazione eco/TAC

- 2/2/2015 8° segmento HCC 32 mm e HCC 20 mm; cisti della coda del pancreas di 23 mm;
- giugno 2015 8° segmento HCC 40 mm e HCC 16 mm; non ascite (TAC)
- 7/1/16 HCC 40 mm 8° segmento + HCC 19 mm; TIPS in sede con flusso conservato, non ascite
- 13/1/16 HCC di 40 mm tra 7 e 8° segmento con HCC satellite di 20 mm; non ascite (TAC)
- 28/4/16 reperto invariato
- 8/9/16 reperto invariato
- 18/11/16 reperto invariato.

Tabella 3. F.D. esami ematoclinici 2015

		20/1/15	26/3/15	16/4/15	21/5/16	6/6/15	2/7/15	13/8/16	21/9/15	16/10/15	26/11/15	17/12/15
Bil.tot	↓ 1.1	4.14	7.22	6.56	10.81	12.49	8.79	8.62	8.11	7.22	7.39	9.11
Bil.dir	↓ 0.3	2.58	4.17	3.92	6.74	8.25	6.54	5.26	5.31	5.83	4.54	5.37
creatinina	0.7-1.2	0.82	0.81	0.71	0.82	0.87	1.03	0.92	0.83	0.77	0.86	1.02
Urea	10-50	35	59	40	43	41	52	36	59	64	55	44
Sodio	136-145	138	140	139	136	131	134	134	134	133	136	140
Albumina	3.4-4.8	3.3	3.2	3.1	2.5	3.6	3.4	3.3	2.9	2.6	3.4	3.6
INR		1.77	1.78	1.82	2.4	2.88	2.03	2.06	1.99	1.87	2.26	2.26
GOT	↓41	42	57	55	59	48	54	45	42	43	46	38
GPT	↓38	14	16	17	15	16	18	14	15	12	12	12
GGT	8-61	15	15	15	9	12	14	16	18	13	10	13
Fosfatasi .alcalina	40-129	216	252	214		148	264	171	216	232	223	212

ammonio	↓ 60	83	181	137	23	47	106	101	131	90	100	92
Ca 19-9	↓34		58.6	59	47			64.8		72.9		
AFP	↓ 7		2.35	1.8	1	1.06		2		1.67		
PLT	130-400.	47.000	50.000	45.000	34.000	29.000	30.000	38.000	37.000	37.0000	38.000	36.000
Urinocoltura			Neg			Neg	Neg	Neg		Neg	neg	Neg
Tampone faringe			Neg			Neg	Neg	Neg		Neg	Neg	Neg

Tabella 4. F.D. esami ematoclinici 2016

		7/1/16	5/2/16	3/3/16	31/3/16	28/4/16	26/5/16	30/6/16	28/7/16	8/9/16	22/9/16	27/10/16	17/11/16	1/12/16
Bil.tot	↓ 1.1	8.05	7.59	9.03	11.71	10.88	10.03	12.01	13.6	13.73	15.52	12.6	17.16	22
Bil.dir	↓ 0.3	5.4	5.23	5.13	6.22	6.82	5.77	6.61	9.36	9.23	10	8.8	11.8	13
creatinina	0.7-1.2	1.01	0.95	0.74	1.01	1.01	1.03	1.28	1.2	1.15	1.08	1.16	1.28	1.25
Urea	10-50	54	55	44	47	58	47	68	62	52	52	55	96	97
Sodio	136-145	138	240	139	139	137	137	135	136	136	136	134	126	126
Albumina	3.4-4.8	3.3	3.7	3.5	3.9	3.6	3.3	3.4	3.2	3.1	2.9	3	3.2	2.7
INR		2.51	2.22	2.38	2.29		2.23	2.37	2.17	2.47	2.62	3.04	3.88	
GOT	↓41	40	54	45	80	61	58	62	77	64	111	67	87	27
GPT	↓38	14	18	15	27	21	17	19	21	17	40	22	28	105
GGT	8-61	13	15	15	16	16	17	16	16	13	13	15	12	6
Fosfatasi .alcalina	40-129	230	269	246	185	222	186	139	182	158	141	181	176	115
ammonio	↓ 60	112	222	114	68	135	114	224	70	88	25	81	89	
Ca 19-9	↓34	57.9											66,6	
AFP	↓ 7	1.7											0.79	
PLT	130-400.	30.000	34.000	38.000	40.000	37.000	38.000	29.000	34.000	40.000	37.000	30.000	29.000	28.000
Urinocoltura		Ent. fecalis		Ent. fecalis	Neg	Neg	Ent. fecalis	E.coli	Neg	Neg	Neg	E.coli	Neg	E.coli, Ent. fecalis
Tampone faringe		Neg	Neg	Neg	Neg	Neg		Neg.		Neg	Ent. fecalis	Pseu-dom. Aeru-gin.	neg	Ent. fecalis

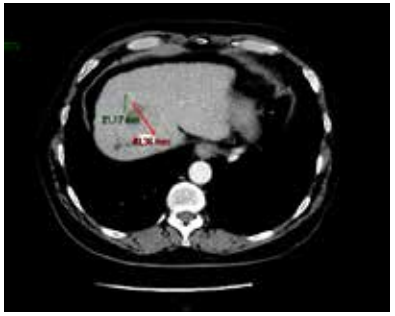


Immagine 3. F.D TAC gennaio 2016.

Tabella 5. Terapia F.D. 2015-2016

-GUTRON gocce: 10 gocce se pressione ↓ 95 mmHg per al massimo tre volte al dì
-ALBUMINA 20% 100 ml flacone 1 flacone ev + Lasix 20 mg 1 fiale ev x 2 volte a settimana
-AMINOACIDI A CATENA RAMIFICATA 500 ML (ISORAM o Siframin) 1 flacone in fleboclisi lenta x 2 volte a settimana
- LASIX 25 mg cpr: 1 cpr al mattino
- DEURSIL 300 mg 1 cps x 2 volte al dì subito dopo i pasti principali,
- INDERAL 40 mg cpr : 1/4 cpr x 2 al dì
- LANSOX 15 mg cpr: 1 cpr al mattino 30 min. prima di colazione
- KANRENOL 100 mg cpr : 1 cpr a giorni alterni al dì
- PORTOLAC EPS 1 mis x 3 volte al dì, per due mesi;
- FRILIVER bustine: 1 bustina x 3 volte al dì, subito prima dei pasti principali
- BIOARGININA flac: 1 flacone per os per un mese
- CLISTERE evacuativo composto da Portolac EPS 200 ml + acqua 200 ml 1 clistere/die
- NORMIX cpr: 2 cpr ogni 12 ore (sostituibile con KAMAN 250 mg 1 cpr x 3 volte al dì);
- ZIRCOMBI bustine: 1 bustina al dì.
- KONAKION fiale: 1 fiala al dì per os.
- BIOARGININA gl: 1 fl x 2 per os
- TRIMETON 1 cpr al bisogno.

Grafico 3. F.D. andamento bilirubinemia, terapia con chelidonium, numero ricoveri periodo 2015 [5] e 2016 [1].

Caso clinico 3

Il paziente B.U. alla prima valutazione presso la UO di Epatologia nel luglio 2015, con Classe Child Pugh C11 e MELD 14, modifica la terapia nel modo seguente:
-ALBUMINA 20% 100 ml + Lasix 20 mg 1 fiala da praticare DUE volte a settimana
-Bonasol 70 mg 1 flaconcino per os una volta a settimana.
-PORTOLAC sciroppo: 1 cucch. x 2 volte al giorno
-LASIX 25 mg cpr: 1 cpr al giorno alle ore 8
-LASIX 25 mg cpr: 1 cpr alle ore 13.00
-KANRENOL 200 mg cpr: 1 cpr al dì.
-INDERAL 40 mg cpr: 1/2 cpr x 2 volte al dì, regolare secondo frequenza cardiaca e pressione arteriosa
-URSOBIL 300 mg cps: 1 cps x 2 volte al dì, subito dopo i pasti principali, per tre mesi.
-AERIUS 5 mg cpr: 1 cpr la sera (dopo cena) per cicli di 10 giorni se prurito
-ARIXTRA 2.5 mg fiale: 1 fiala sottocute una volta al dì
-SYNCROLEVELS gocce: 10 gocce x 2 die per 6 settimane
-NORMIX 200 mg cpr: 2 cpr ogni 12 ore una settimana sì e una no
-FRILIVER bustine: 1 bustina prima di pranzo e cena per due mesi.

Nel follow up clinico successivo si rileva

- 2/9/15 TAC epatica: sovrapponibile alla precedente RMN; valutazione radiologica inteventistica: indicato trattamento di chemioembolizzazione dei noduli di HCC qualora le condizioni cliniche migliorassero (Child Pugh C11).
- **Settembre 2015 rivalutazione presso Centro Trapianti di Bergamo: Classe Child Pugh 11, MELD 22, HCC al di fuori dei criteri di Milano, non indicato trapianto di fegato**
- **Ottobre 2015 ricovero Ospedale di Catanzaro per encefalopatia porto-sistemica**
- **30/10/2015 Esofagogastroduodenoscopia: a livello del terzo distale esofageo varici F1 senza punti rossi, esiti di pregressa legatura elastica, iperemica e congesta la mucosa del fondo gastrico**
- 1/11/2015 frattura VII e VIII costa destra da caduta accidentale (Osp di Lamezia Terme), obliterazione del seno costo-frenico sinistro.
- 6/11/15 Eco addome superiore: ascite, formazione ipoecogena 24 mm del 7 segmento, colecisti poco distesa con materiale denso. Milza 14 cm
- 20/12/2015 Ecografia addome superiore: ascite, area isoiperecogena pseudonodulare 22 mm del 7° segmento, in prossimità area nodulare tenuemente ipoecogena 18 mm;

Tra luglio 2015 e gennaio 2016 si ha un miglioramento delle condizioni cliniche con riduzione dell'ascite e degli episodi di encefalopatia, la malattia tumorale appare in lenta progressione e i valori di bilirubinemia permangono di poco superiori a 3; gli indici prognostici a gennaio 2016 indicano una classe Child Pugh C10 e il MELD 16. In data 18/1/2016 si aggiunge in terapia Chelidonium 5 CH 2 granuli mattina e sera per os.

17/1/16 Ecografia addome: non ascite, iniziale cavernoma portale, trombosi portale parziale.

16/1/16 visita cardiologica: buon compenso emodinamico.

3/2/16 ecocardiogramma: frazione di eiezione (FE) 55%, insufficienza mitralica moderata, Pressione arteria polmonare sistolica (PAPs) 35 mm.

2/2/16 ECG-Holter: ritmo sinusale tendenzialmente bradicardico a Fc 58 bpm alternato a fasi di ritmo atriale ectopico condotto con blocco atrio ventricolare di I grado ed episodi di arresto sinusale, rara extrasistolia ventricolare e sopraventricolare, non alterazioni del tratto ST-T.

18/3/16 TAC addome superiore: ascite, progressione della malattia; vena porta parzialmente trombizzata con cavernoma; 7° segmento esiti di RF (23x 20 mm), adiacenti 2 noduli: uno noto di 24 x 23 (precedentemente di 18 x 15 mm) e uno nuovo di 10 x 10 mm, nodulo sottodiaframmatico di 24 x 17 (precedentemente di 20 x 12 mm); milza megalica di 17 cm; a livello del tessuto adiposo in sede paraortica ed iliaca sinistra si apprezza tessuto denso di 35 x 27 x 50 mm; cuneizzazione del soma di D10, esiti di pregressa vertebroplastica del soma di D11.

24/5/16 eco addome: non ascite.

17/6/16 accesso al Pronto Soccorso dell'Osp di Catanzaro per astenia, episodio sincopale ed esegue Rx torace: emidiaframma destro sollevato, accentuazione diffusa della trama polmonare, seno costo frenico destro chiuso in esiti, TAC cerebrale senza contrasto: non lesioni focali.

8/7/16 esofagogastroduodenoscopia: a livello dell'esofago distale esiti di precedenti trattamenti di legatura, gastropatia congestizia.

12/9/2016 TAC addome : non ascite, esiti di radiofrequenza del 7° segmento epatico di circa 23 x 20 mm, le formazioni nodulari tra 7°e 8° segmento non appaiono dissociabili tra loro e hanno dimensioni complessive di 57 x 55 mm, vena porta trombizzata con presenza di cavernoma portale ed ectasia dell'asse vascolare gastro-splenico, in sede cefalica pancreatica due formazioni cistiche di 14 e 15 mm, ispessimento nodulare peritoneale di 13 mm al fianco destro, a livello del tessuto adiposo in sede paraortica ed iliaca sinistra si apprezza tessuto denso di 35 x 27 mm x 50 mm.

20/9/16 TAC addome eseguita a Milano: sovrapponibile al referto del 12/9/16.

Per il miglioramento delle condizioni cliniche (non ascite) e degli score prognostici (Child-Pugh B8, MELD 15) il paziente può eseguire trattamento loco-regionale dell'epatocarcinoma dell'8° segmento.

3/10/16 ricovero presso l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano ed in data 4/10/16 embolizzazione con microparticelle (TAE) del ramo arterioso dell'8° segmento epatico; alla dimissione del 7/10/16 TAC addome che documenta buon esito del trattamento e minima falda di versamento ascitico.

22/1/16 inizia insulina lantus sottocute

1/12/2016 TAC addome: devascolarizzazione della lesione trattata con embolizzazione con evidenti aree di enhancement circostanti il nodulo trattato, in parte da imputare alla trombosi portale dei territori di competenza ed in parte a minimo residuo di malattia; in loggia parietocolica destra è apprezzabile piccolo nodulo caratterizzato da enhancement contrastografico da continuare a monitorare; l'addensamento del tessuto adiposo precedentemente segnalato è stabile.

15/12/16 rivalutazione presso l'IEO di Milano e consigliato controllo TAC nel mese di marzo 2017 e successiva rivalutazione ambulatoriale.

Al controllo di dicembre 2016 presso la UO di Epatologia le condizioni appaiono buone, la bilirubina totale è di 1.49 mg/dl, i valori di alfafetoproteina (AFP) che erano arrivati ad un valore di 60, sono scese a 28, non vi è ascite, la classe Child Pugh è B7 (il valore di A6 corrisponde ad un valore di compenso epatico ottimale) e il MELD è 13.

Tabella 6. B.U. esami ematoclinici 2015-2016

		7/ 2015	12/1/16	4/2/16	1/3/16	23/3/16	20/4/16	5/5/16	24/5/16	17/6/16	26/7/16	14/9/16	11/10/16	24/10/16	28/11/16
Bil.tot	↓ 1.1	3.04	3.12	3.24	2.33	2.66	2.21		2.99	1.78	1.69	2.9	2.23	2.92	1.49
Bil.dir	↓ 0.3		1.37	1.32	0.91	1.18	1		1.34	0.7	0.85	1.3	0.91	1.49	0.81
creatinina	0.7-1.2	0.7	0.8	0.8	0.9	0.6	0.8	0.8	0.8	0.6	0.7	0.8		0.8	0.81
Urea	10-50							34							
Sodio	136-145	133	135	134	137	137	136	132		137	134	134		133	135
Albumina	3.4-4.8	3.5	4	3.7	3.4	3.4	4	3.9	4.5	4.1	4.1	4.4	3.9	4.1	3.7
INR		1.4	1.56	1.49	1.55	1.59	1.66	1.46	1.69	1.62	1.78	1.56		1.55	1.55
GOT	↓41	37						32		31			28		
GPT	↓38	22						21		25			59		
GGT	8-61	96						32		37			35		
Fosfatasi alcaliba	40-129							64					49		
ammonio	↓ 60	63	26	27	31	40	42		57	50	49	49		80	42
Ca 19-9	↓34														
AFP	↓ 7	6						34.2				~~203?~~	60	22.5	28
PLT	130-400	54.000	35.000	49.000	44.000	49.000	35.000	29.000	33.000	29.000	28.000	40.000	36.000	46.000	31.000
Urinocoltura			Neg	Neg	Neg	Neg	Neg			E.coli	Neg	E.coli		E.coli	Neg
t.faringe			Neg	Neg	Neg	Neg	Neg			Neg	Neg	Neg		Neg	Neg

Grafico 4. B.U. andamento valori di bilirubinemia, terapia con chelidonium, trattamento TAE.

Grafico 5. B.U. andamento degli score MELD e CHILD, ascite (2 presente, 0 assente), trattamento con Chelidonium e TAE.

DISCUSSIONE

Per quanto valutabile nell'ambito di semplici case reports, il trattamento con Chelidonium ha contribuito a migliorare i valori di bilirubinemia e le condizioni cliniche nel caso clinico 1 e nel caso clinico 3 consentendo l'accesso al trattamento locoregionale per epatocarcinoma, senza modifica della prognosi nel caso 1, ma con miglioramento significativo nel caso 3. Il caso clinico 2 non ha avuto miglioramento dei valori di bilirubinemia, ma ha avuto una riduzione degli episodi clinici di encefalopatia porto-sistemica e dei ricoveri ospedalieri con miglioramento della qualità della vita anche nella fase finale della vita.

CONCLUSIONI

Le epatopatie degenerative complesse sono gravate da una elevata morbilità e mortalità. Il trattamento convenzionale non sempre ottiene un miglioramento delle condizioni cliniche che permetta di accedere ad eventuali trattamenti delle complicanze più gravi come l'epatocarcinoma, quando il trapianto di fegato non

è attuabile per l'età, le comorbidità o l'estensione della malattia. Sono disponibili degli score prognostici che permettono di valutare le condizioni cliniche del paziente e, quindi, il possibile accesso a trattamenti più invasivi. I più importanti sono lo score Child-Pugh e lo score MELD, entrambi influenzati dai valori di bilirubinemia e dal tempo di protrombina-INR. Qualsiasi trattamento che migliori i valori di bilirubinemia, quando questi non siano influenzati da patologie ostruttive biliari o da infezioni non riconosciute, può migliorare la prognosi dei pazienti epatopatici e permettere trattamenti di II livello che possono migliorare la prognosi. La farmacologia omeopatica dispone di numerosi rimedi con dimostrata attività sul fegato e il chelidonium, rimedio di origine vegetale, ha un'azione epatoprotettiva come dimostrato da studi sperimentali su animali e da report di casi clinici su epatiti croniche virali (14, 15, 16, 17). Nei tre casi clinici considerati in questo lavoro, accanto alla terapia farmacologica convenzionale, è stato associato l'uso del chelidonium in basse potenze omeopatiche con un miglioramento delle condizioni cliniche e/o dei valori di bilirubinemia in pazienti con una prognosi pessima. Si tratta di un ulteriore passo nel processo di integrazione tra terapia omeopatica e terapia convenzionale e sono necessari studi prospettici su numeri maggiori di pazienti per una valutazione più completa dell'uso del chelidonium nelle epatopatie degenerative con ittero epatocellulare.

Bibliografia

1) Sherlock's Diseases of the Liver and the Biliary System, 12th edition 2011, Wiley-Blackwell, pag 180 e 706.

2) Schroyens F, The Essential Synthesis, Homeopatthic Book Publishers London, 2008, pag. 869 e 1741

3) Vermeulen F, Prisma, Salus Infirmorum, 2015, pag 454-461

4) Nawrot R, Barylski J, Lippmann R et al, Combination of transcriptomic and proteomic approaches helps to unravel the protein composition of Chelidonium majus L. milky sap, Planta. 2016 Nov;244(5):1055-1064.

5) Deljanin M, Nikolic M, Baskic D et al, Chelidonium majus crude extract inhibits migration and induces cell cycle arrest and apoptosis in tumor cell lines. J Ethnopharmacol. 2016 Aug 22;190:362-71.

6) Havelek R, Seifrtova M, Kralovec K et al, Comparative cytotoxicity of chelidonine and homochelidonine, the dimethoxy analogues isolated from Chelidonium majus L. (Papaveraceae), against human leukemic and lung carcinoma cells. Phytomedicine. 2016 Mar 15;23(3):253-66

7) Mikołajczak PŁ, Kędzia B, Ożarowski M et al, Evaluation of anti-inflammatory and analgesic activities of extracts from herb of Chelidonium majus L. Cent Eur J Immunol. 2015;40(4):400-10

8) Kim SH, Hong JH, Lee YC, Chelidonine, a principal isoquinoline alkaloid of Chelidonium majus, attenuates eosinophilic airway inflammation by suppressing IL-4 and eotaxin-2 expression in asthmatic mice., Pharmacol Rep. 2015 Dec;67(6):1168-77

9) Orvos P, Virág L, Tálosi L et al., Effects of Chelidonium majus extracts and major alkaloids on hERG potassium channels and on dog cardiac action potential - a safety approach., Fitoterapia. 2015 Jan;100:156-65

10) Rajan A, Bagai U., Antimalarial potential of China 30 and Chelidonium 30 in combination therapy against lethal rodent malaria parasite: Plasmodium berghei, J Complement Integr Med. 2013 May 7;10

11) Kuenzel J, Geisler K, Strahl O, Grundtner P et al, Chelidonium majus and its effects on uterine contractility in a perfusion model, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Jul;169(2):213-7.

12) Teschke R, Frenzel C, Glass X, Schulze J, Eickhoff A, Greater Celandine hepatotoxicity: a clinical review. Ann Hepatol. 2012 Nov-Dec;11(6):838-48. Review.

13) S. Hahnemann, Materia Medica Pura, Edi-Lombardo, 2000

14) Sarter B, Banerji P, Banerji P., Successful Treatment of Chronic Viral Hepatitis With High-dilution Medicine. Glob Adv Health Med. 2012 Mar;1(1):26-9.

15) Banerjee A, Pathak S, Biswas SJ et al, Chelidonium majus 30C and 200C in induced hepato-toxicity in rats. Homeopathy. 2010 Jul;99(3):167-76.

16) Biswas SJ, Khuda-Bukhsh AR. Evaluation of protective potentials of a potentized homeopathic drug, Chelidonium majus, during azo dye induced hepatocarcinogenesis in mice. Indian J Exp Biol. 2004 Jul;42(7):698-714.

17) Biswas SJ, Khuda-Bukhsh AR. Effect of a homeopathic drug, Chelidonium, in amelioration of p-DAB induced hepatocarcinogenesis in mice. BMC Complement Altern Med. 2002 Apr 10;2:4.

18) Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, et al., Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis., in N Engl J Med, vol. 334, 1996, pp. 693-699

19) Mazzaferro V, Llovet JM, Miceli R, et al., Predicting survival after liver transplantation in patients with hepatocellular carcinoma beyond the Milan criteria: a retrospective, exploratory analysis., in Lancet Oncol, vol. 10, 2009, pp. 35-43.

20) Kim W, Wiesner R, Kamath P. Prediction of liver transplant outcome using the MELD scale. Transplantation 2001; 71 (Suppl 1): 284.

21) Italian Association for the study of the liver (AISF). Position paper of the Italian Association for the Study of the Liver (AISF): The multidisciplinary clinical approach to hepatocellular carcinoma. Digestive and Liver Disease 45 (2013) 712– 723

Fabio Antonioni, Mauro Dodesini, Chiara Dissegna

La strana tosse di Pucci

RIASSUNTO

Nella pratica veterinaria abbiamo a che fare con situazioni impreviste, per esempio nella gestione di animali anziani portati in visita per un banale sintomo, poi emergono disturbi cronici che rendono il quadro generale più complesso.

Il problema da affrontare e da far comprendere al proprietario è che la nostra terapia non convenzionale prevede la somministrazione di un solo rimedio omeopatico contro la consolidata tendenza di prescrivere più farmaci destinati ad ogni singolo sintomo.

PAROLE CHIAVE

Dilatazione cardiaca- tosse cardiaca - collasso tracheale- ansia notturna

INTRODUZIONE

Quante volte durante le prime esperienze omeopatiche mi sono sentito criticare dai clienti che si lagnavano del fatto che con qualche goccia di rimedio omeopatico avrei avuto la pretesa di curare i problemi del loro beniamino e poi quello strano gesto di prendere il flacone e sbatterlo sul palmo dell'altra mano, bastava dire che andava agitato, tutto qui!

Dopo qualche giorno tornavano asserendo che quel flacone aveva sortito un effetto curativo inaspettato e forse sarebbe stato il caso di non sospenderlo troppo presto.

Con il tempo qualche cliente affezionato ha continuato a seguirmi nell'esperienza terapeutica nuova e mi ha sostenuto, altri hanno deciso diversamente.

In tale contesto la proprietaria, dopo esperienze con la medicina tradizionale, ha preferito affidarsi alle mie cure per gestire la tosse di Pucci.

MATERIALI E METODI

06.05.2003 prima visita: Pucci è un meticcio di taglia media di 8 aa, maschio che vive in campagna.
Conosco la proprietaria che lavora in una Cooperativa di pulizie e si occupa di Ambulatori Veterinari della città ma non si fida troppo dei colleghi.
Entra col marito e comincia a raccontarmi a raffica i mille problemi di Pucci, uno tsunami di parole che mi sovrasta tanto da non riuscire a capire quale sia il reale motivo della visita.
Cerco di convincerla a spiegarmi con calma:
" ….. è da 3-4 gg che PUCCI tossisce in continuazione, non so che cosa gli sia preso, sono molto preoccupata per lui dal momento che non l'ho mai visto stare così male ! ".
Chiedo quando abbia avuto inizio il problema e come si manifesti la tosse.
" Il tutto è incominciato una settimana fa quando è venuto tutto quel freddo intenso ed è anche piovuto e mio marito lo ha portato con lui in campagna e quando è rientrato a casa non l'ha asciugato come faccio io di solito e da quel momento ha incominciato a mangiare sempre meno e poi è comparsa la tosse..
…..sempre, in continuazione e quando attacca non si ferma più e dopo un po' si mette anche a vomitare.
" A dire il vero mi sono accorta che lo fa la sera o meglio di notte ed è già diverse notti che non ci fa dormire per questo!".
Invito a fornirmi dettagli sul sonno di Pucci: *" La sera quando andiamo a letto lo portiamo sempre con noi perché dorme in camera in fondo al letto dalla mia parte, anche se adesso mi tocca prenderlo anche in braccio perché non riesce a fare neanche le scale da solo e poi quando siamo in camera sdraiato lui incomincia ad agitarsi tutto, non sta fermo, è come se fosse spaventato da qualcosa e poi incomincia a respirare così (e lo mima) in maniera ansante e non riesce a dormire e poi incomincia dopo a tossire ed allora io me lo prendo in braccio, lo accarezzo sotto alla gola e un po' si calma, ma durante la notte ricomincia ad agitarsi e mi tocca stare lì tutta la notte a fare la stessa cosa fino a che non smette …..anche di giorno ma non sempre, solo quando si agita gli vengono questo attacchi, è come se fosse diventato asmatico, ma più che altro gli viene questo strano respiro, è come se ansimasse, io ho paura che mi muoia!*
Dopo una pausa riprende il suo frenetico eloquio:
" …. e poi non mangia più e poi si mette a vomitare e …. mi ha anche sporcato tutta casa e …. non riesco dormire e …. mi devo alzare presto alla mattina per andare al lavoro e … mio marito se la prende con me per via del cane e…. bla bla bla…"
Alla visita clinica rilevo quanto segue:

- temperatura rettale 39,8°T
- tachicardia (stato aritmico)
- intense palpitazioni cardiache
- agitazione, nervosismo
- espressione ansiosa
- difficoltà respiratoria

il cane appare molto agitato, cuore tachicardico ed aritmico, respira mantenendo la bocca spalancata come se volesse ingurgitare più aria possibile, il respiro è ansimante, l'espressione ansiosa con muscoli della faccia tesi, alla palpazione della gola accenna a tossire subito e la signora mi fa notare che la tosse assume quella caratteristica.
Consiglio accertamenti radiografici per escludere un' insufficienza cardiaca congestizia ed ecocardiografia presso la Clinica Veterinaria del collega con il quale collaboro che formula la diagnosi clinica lasciando a me la scelta della soluzione terapeutica.
La diagnosi clinica formulata dal collega contattandomi telefonicamente rivela un quadro di stenosi tracheale in sede prossimale che spiegherebbe la comparsa della tosse, esclude l'edema polmonare anche se le pareti bronchiali appaiono ispessite a seguito di probabili esiti di vecchie bronchiti croniche, stato enfisematoso.
Pucci ha in precedenza sofferto di forme bronchiali, trattato più volte da altri colleghi con le solite terapie tradizionali.
Esami ematocrito ed ematochimici:

- BUN 11,0 mg/dl (7-27)
- Creat 0,72 (0,5-1,8)
- Lipa 687 U/I (200-1800)
- TP 7,44 g/dl (5,20-8,20)
- Hct 48,1% (37-55)
- HGB 16,5 g/dl (12-18)
- MCHC 34,3 (30-36)
- WBC 21,3 (6-16,9) >
- Grans 17,2 (3,3-12) >
- PTL 293 (175-500)

Esame microfilaremia ematica: negativo
In attesa dell'ecocardiografia le cose peggiorano nelle 24 ore successive; la proprietaria mi contatta perché molto preoccupata dal momento che Pucci è come impaurito da qualcosa e particolarmente agitato. La invito a fornirmi

altri dettagli con parole sue:

“ … alla sera non so che cosa gli prenda, come ci mettiamo a letto incomincia ad agitarsi tutto, non sta fermo un attimo ed incomincia a tossire, è impaurito, è come se da un momento all’altro avesse ….. non so se sia possibile… (dopo una breve pausa si mette a ridere *) paura .. non so come dire, come di lasciarci la pelle, non saprei come spiegartelo ma questa è la mia impressione!.”*
Mai tanta spiegazione fu così galeotta.
Con questi pochi elementi repertorizzo con RADAR 8.1.

I rimedi che emergono sono i seguenti: acon, arn, ars, bell, cact, caust, graph, kali-c, lach, lyc
Le chiedo di passare in studio per ritirare le gocce omeopatiche.
Prescrizione omeopatica
Tenendo presente il tropismo cardiaco e la condizione psico-emotiva prevalente di Pucci durante l’attacco tussigeno la scelta ricade su:
Aconitum napellus 30 CH - 5 gocce BID per 5 gg

Follow-up 24 ore dopo:
Il gg dopo la signora mi chiede se avessi messo del sonnifero in quelle gocce perché Pucci come le ha assunte ha smesso di tossire e si è messo tranquillo, ora dorme rilassato, mangia come un lupo ed ha insolitamente ripreso a fare le scale.
Dopo una settimana l’ecografista mi conferma che le valvole cardiache risultano normali ma viene rilevata lieve cardiomegalia, nessuna alterazione a carico del tubo tracheale.
Pucci da quel momento smette di tossire e riprende la sua vita normale senza presentare sintomi a carattere respiratorio, a detta della signora appare come ringiovanito dalla cura omeopatica.
Successivamente avrò modo di verificare le sue condizioni generali in occasione delle profilassi vaccinali periodiche.
In verità, a conferma dell’enorme beneficio ottenuto ho verificato se il rimedio a livello repertoriale coprisse adeguatamente tutti i sintomi fisici rilevati in sede di visita clinica.

30.07.2007 3,5 aa dopo:
Pucci viene portato per un problema all’occhio dx dopo una scaramuccia con il nuovo gatto; presenta una ferita corneale con intenso edema, fotofobia ed

iperemia.
Aconitum 200 ch - 5 gocce BID al die per 3 gg.
La situazione rientra nel giro di 24 ore, “*Pucci è stato subito bene con quelle gocce*” mi dice al telefono la signora tempo dopo.
17.04.2011 8 aa dopo :
ormai ha raggiunto i 14 aa di età, questa volta la proprietaria lamenta:
“ non ha dormito tutta notte non so cosa gli sia successo, si è lamentato tutto il tempo, piangeva e non mi ha fatto dormire e poi non fa la pipì ecc..”:
Alla visita rilevo: rialzo febbrile, opacamento corneale, cataratta, epifora, infiammazione e dolore occhio dx.
L’esame delle urine non mette in evidenza alcuna anormalità.
Aconitum napellus 200 CH - 5 gocce BID per due gg risolve il panico e la solita agitazione di fondo che accompagna Pucci in situazioni di forte scompenso.
Anche in tali circostanze il rimedio ha dimostrato il suo potere terapeutico ripristinando uno stato di equilibrio ottimale.
08.09.2012 9 aa dopo
Rivedo la signora per un gatto e mi dice:
“sai Fabio che Pucci è ancora vivo ed ha quasi 18 aa, sta bene, mangia come un lupo anche se ha problemi di vista con la sua cataratta, per il resto se non fosse stato per le tue cure…non ci sarebbe più!”

RISULTATI

A seguito della prescrizione del rimedio omeopatico sulla base della valutazione dei sintomi oggettivi rilevati, del tropismo organotropico e dello stato emotivo del paziente si è avuta una remissione dei sintomi cardio-respiratori in tempi rapidi a dimostrazione di quanto Aconitum napellus sia un rimedio adatto anche nel cronico in ambito veterinario.
Inoltre la validità della prescrizione omeopatica trova conferma nel tempo nelle successive occasioni nelle quali Pucci presenta problemi acuti sempre accompagnati da analogo stato emotivo nei quali dominava: agitazione, inquietudine, insonnia ecc..
A ragion veduta Aconitum napellus può essere considerato il rimedio costituzionale di Pucci, lo ha dimostrato il lungo follow-up e lo stato di benessere che ha accompagnato il cane fino all’età di 18 aa.

DISCUSSIONE

Nel quotidiano non sempre le condizioni di lavoro risultano ideali, il momento più critico coincide con l’incontro con i proprietari preoccupati per la

salute del loro animale; spesso hanno bisogno di scaricare l' ansia accumulata prima di rispondere alle tradizionali domande che siamo abituati a formulare da provetti Omeopati.
In questo caso la concitazione della proprietaria mi ha fornito lo spunto per pensare al rimedio che alla fine si è dimostrato coerente nell'insieme.
Basti pensare all'intensità, all'impeto dimostrato dalla cliente che mi ha travolto di parole, tutto è sembrato coincidere come per un gioco del destino con l'essenza del rimedio che ho deciso di prescrivere.
In Omeopatia ogni piccolo segnale per quanto insignificante, rivisitato all'interno di una visione prospettica più ampia, finisce per acquisire un valore aggiunto per il Medico che osserva, in perfetta assonanza con gli insegnamenti di Samuel Hahnemann e del suo Organon.
Aconitum napellus nelle Materie Mediche viene descritto come rimedio dell'acuto, il policreste degli eventi improvvisi, del panico, della paura della morte imminente, dell'inevitabile, difficile immaginarlo in un paziente cronico.
Ricordo di averlo prescritto a molti animali quale rimedio situazionale dopo il terremoto dell'Emilia Romagna per il terrore di rientrare tra le mura domestiche.
La pianta di Aconito chiamata anche Aconito vulparia appartiene alla grande famiglia delle Ranuncolaceae è ricca di aconitina ($C_{34H47NO11}$) nella radice e nelle foglie, un alcaloide tossico che agisce a livello cardiaco, SNC e periferico. La sua azione è paragonabile a quelle delle neurotossine, capace di attivare i canali del sodio (Na), tossina efficace anche per via percutanea. La dose letale è pari a 2 mg, mentre per la pianta intera ne basta 1 gr per provocare la morte che sopraggiunge per blocco cardiocircolatorio.
Esperienza avuta da alcuni legionari di Marco Antonio che affamati si cibarono dei tuberi che assomigliavano alla rapa e delle foglie simili al radicchio e ne morirono come racconta Plutarco, biografo e filosofo greco.
La pianta ha un fusto che può crescere sino a 1,5 mt di altezza con fiori a racemo prediligendo zone rocciose ad altitudini da 500 a 2.000 mt nelle Prealpi ed Alpi, ama il freddo, l'umido, il vento. I fiori sono di colore blu a forma di elmo , ciò ha ispirato molti soprannomi nel mondo pagano:" elmo di Giove" in Italia, " elmo di Troil" in Danimarca, " elmo di Thor" in Germania; " elmo di Odino" in Norvegia con il potere di donare l'invisibilità o " "cappello di ferro" in Inghilterra.
Nella cultura cristiana divenne più semplicemente il cappello del monaco mentre nel linguaggio dei fiori simboleggia la vendetta e l'amore colpevole.
Ancora suggestiva erba infera utilizzata come ingrediente dalle streghe che si spalmavano sul corpo un unguento il giorno del sabba per volare sul manico

della scopa e fare malefici e che dire dei tempestarii, stregoni perseguitati del Medioevo perchè con frasi magiche erano capaci di scatenare le forze della natura contro gli uomini. Ancora Plinio racconta come fosse usata nell'antichità al fine di rendere velenose le spade, le lance o le punte delle frecce. Basti ricordare l'infame destino del centauro Chitone vittima di una freccia avvelenata scagliata per errore dal giovane Eracle. La mitologia attribuisce la nascita dell'Aconito a Cerbero il cane a tre teste di Ecate come riportato nelle "Metamorfosi" di Ovidio; Ercole lo rapì portandolo alla luce del sole e Cerbero cosparse i campi della sua bava che conteneva i semi della pianta.
Nell'uso popolare i contadini usavano i tuberi dell'Aconito mescolata alla carne che cospargevano attorno agli ovili per annientare i lupi, da qui il gergo popolare di " sventura dei lupi".
In Omeopatia il rimedio è stato sperimentato da Hahnemann e gli sperimentatori misero in risalto l'esordio brusco della sintomatologia oltre all'ansia, all'inquietudine, allo stato di angoscia che invade il paziente.
In campo veterinario trova utilizzo in tutti quei disturbi che coincidono con stati d'animo nei quali si è passivamente dominati dalla paura, dal terrore, dallo spavento a seguito di eventi traumatici, shock emotivi, eventi stressanti o percepiti come potenzialmente minacciosi, del tutto imprevisti ed imprevedibili (es: fenomeni atmosferici violenti o catastrofici).
Il rimedio è presente nel Repertorio RADAR 10.5 con 7349 sintomi, nel RADAR OPUS segnalato con 7714 sintomi, mentre nel Complete Repertory versione 2005 con 9288 sintomi.
I sintomi repertoriali più rappresentativi che coincidono con lo stato d'animo vissuto dal paziente Aconitum corrispondono a quelli rilevati nel caso di Pucci e sono sintetizzati da:
MIND: ailments from fear; MIND anguish; MIND: anguish restlessness with; MIND: anxiety evening; MIND: anxiety night, midnight, after; MIND: anxiety cough during; MIND: anxiety sleep going to on; MIND: anxiety trifles about; MIND: carried desire to be carried: MIND: childish behavior; MIND: death sensation of; MIND: emotions respiration, with complaints of; MIND: fear sudden; MIND: fear suffocation of; MIND: fear terror night: MIND: inconsolable; MIND: restlessness internal: GEN cold agg.

CONCLUSIONI

Nella nostra attività professionale occorre sforzarsi di ascoltare l'interlocutore che ci troviamo innanzi.
In questo contenitore fatto di frasi, motivazioni, spiegazioni, parole confuse

potremo trovare le risposte che cerchiamo. Con pazienza scopriremo che il rimedio omeopatico presenterà enormi similitudini con la situazione ed il clima che si viene a creare al momento della consultazione anche quando non sembra emergere nulla di peculiare ai fini omeopatici; in fondo è come se il rimedio omeopatico facesse sentire la sua presenza.
La tipologia del nostro cliente medio non sempre è pronto a comprendere il modello di approccio che adottiamo, talvolta le domande che siamo abituati a formulare possono metterlo a disagio o renderlo impacciato.
Occorre sfruttare a pieno ogni minimo segnale che si riesce a captare o percepire al momento, può essere anche un' intuizione, una sensazione, una frase che ci ronza nella mente che può aprire la strada alla soluzione del problema, nulla deve essere trascurato.
E' preferibile lasciar esprimere liberamente i proprietari senza interromperli per smaltire la tensione emotiva accumulata durante l'esperienza di malattia del loro piccolo compagno che può non essere piacevole, ci sono situazioni delicate nelle quali l'Omeopata rappresenta l'ultima possibile speranza.
Con pazienza si riesce a dipanare quell'aggrovigliata matassa di informazioni che riceviamo, bisogna saper pazientare sforzandosi, attraverso l'analisi di pochi elementi sostanziali, di poter cogliere l'essenziale!

Bigliografia

W. BOERICKE - Materia Medica Omeopatica – traduzione del Dott Roberto Petrucci,2004

J. H. CLARKE- Dizionario di farmacologia omeopatica clinica- IPSA Editore, Palermo, 1994.

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.

H. DUPRAT –Materia Medica Omeopatica, vol. tre- Palombi Editori- 2013

R. PETRUCCI- Pediatria. Temi e concetti in Medicina Omeopatica-Asterias, Milano, 2007.

J. SCHOLTEN - Omeopatia e gli elementi della tavola periodica- Salus Infirmorum Editori, Roncade (TV), 2007.

F. SCHRORYENS – Synthesis 9.1- In RADAR 10.1. Archibel; 2008

F. VERMEULEN – Materia Medica Omeopatica Sinottica – Salus Infirmorum Editori, Roncade (TV), 2007

G. Vespia*- P. Margaira°- V. Falabella^

Omeopatia: calma a sangue freddo

ABSTRACT

Il presente lavoro verte sull'impiego di rimedi unicisti in granuli, disciolti in acqua e somministrati per via intracloacale ad animali a sangue freddo per trattare patologie degenerative come la SCUD e le carenze vitaminiche e inoltre per gestire situazioni traumatiche o wound repair.

I rimedi vengono sciolti in acqua, aspirati con siringa e introdotti in cloaca cercando di mantenere un contatto tra soluzione e mucosa cloacale il più possibile. Ripetizione della somministrazione del rimedio ogni 2 giorni nella SCUD e nell'avitaminosi. Le rivalutazioni del soggetto hanno consentito un adeguamento della posologia. In alcuni esemplari poco trattabili si è disciolto il rimedio in acqua e si è consentita l'immersione controllata del soggetto per 30 minuti nella soluzione.

Outcome migliorato, maggiore reattività dei soggetti, scarso stress. Impossibile fare una valutazione selettiva sulla risoluzione delle avitaminosi poiché la vit. A è stata integrata; mentre per la SCUD l'aver valutato una restituito ad integrum delle lesioni senza copertura antibiotica o courettage chirurgico è da valutarsi positivamente; il trattamento del dolore nel soggetto traumatizzato è apparso ottimo con spontanea ripresa dell'alimentazione, la cicatrizzazione dell'ofide con lesioni traumatiche e/o ustioni è avvenuta con successo senza suppurazione alcuna.

Parole chiave

Rettili, Omeopatia, somministrazione intracloacale, SCUD, lesioni traumatiche.

* Direttore Sanitario Ambulatorio Veterinario Thuja, Diplomato in Omeopatia Formazione EMC-AFMO

° Medico veterinario, Ambulatorio veterinario Scilla Rossa, Diplomato in Omeopatia Formazione EMC-AFMO

^ già primario Psichiatra, Coord. didattico-scientifico Formazione in Medicina omeopatica EMC-AFMO, Coord. FIAMO Regione Calabria

INTRODUZIONE

Utilizzare la medicina omeopatica per trattare le patologie degli animali da compagnia è ormai da decenni una realtà consolidatasi nel tempo grazie ai crescenti successi terapeutici dettagliatamente documentati ed alla crescente permeabilità dell'opinione pubblica in merito a questa consolidata realtà.

L'approccio omeopatico per estensione viene applicato anche ad altri tipi di "pet", più precisamente ai conigli, cavie e criceti; animali, se vogliamo, abbastanza empatici e comunque sempre a sangue caldo con sovrastrutture mentali e pattern comportamentali codificati, codificabili e con una struttura sociale ben stratificata. Animali in cui i sintomi mentali possono essere ben rappresentati e compresi anche se con le evidenti difficoltà che presenta la repertorizzazione.

Cosa succede invece quando decidiamo di applicare l'approccio omeopatico ad animali filogeneticamente diversi? La difficoltà nel repertorizzare i sintomi mentali pone dei limiti all'utilizzo dell'omeopatia? Ha senso utilizzare i rimedi come "cook book" ? che risultati possiamo aspettarci? La somministrazione ha dei limiti? Cerchiamo di rispondere ad alcune di queste domande con l'esperienza maturata durante lo sviluppo del presente lavoro che verte sull'impiego di rimedi unicisti in granuli, disciolti in acqua e somministrati per via intracloacale ad animali a sangue freddo per trattare patologie degenerative come la SCUD e le carenze vitaminiche o per gestire situazioni traumatiche e wound repair.

MATERIALI E METODI

Hanno fatto parte dello studio i seguenti soggetti:

- Trachemys spp (3 esemplari) : adulti con SCUD (Septicemic Cutaneous Ulcerative Disease)
- Trachemys spp (6 esemplari): adulti con avitaminosi A
- Trachemys spp (1 esemplare) soggetto di 60 giorni con ascesso ranfoteca
- Iguana iguana (1 esemplare): 15 anni con lussazione vertebrale traumatica
- Heterodon nasicus nasicus (1 esemplare) : 18 mesi con ustioni da tappetino

I rimedi in forma di granuli della UNDA a diluizione centesimale vengono sciolti in acqua dentro un recipiente in plastica, aspirati con siringa e introdotti in cloaca con la siringa stessa lasciando in pressione lo stantuffo e cercando di mantenere un contatto tra soluzione e mucosa cloacale il più possibile. Ripetizione della somministrazione del rimedio a seconda della situazione diver-

sificata per patologia; ad esempio ogni 2 giorni nella SCUD e nell'avitaminosi A. Le rivalutazioni del soggetto hanno consentito poi un adeguamento della posologia. In alcuni esemplari poco trattabili si è disciolto il rimedio in acqua e si è consentita l'immersione controllata del soggetto per 30 minuti nella soluzione ripetendo l'operazione ogni giorno (Heterodon n.n)
I rimedi utilizzati nei soggetti trattati sono stati:
Nelle Trachemys affette da SCUD: Staphysagria 30CH granuli
Nelle Trachemys affette da carenza di VIT A: Apis mellifica 30CH granuli
Nella Trachemys affetta da ascesso nei pressi della ranfoteca: Hepar sulphur 30CH granuli
Nell'Iguana con lussazione vertebrale: Arnica montana 30CH
Nell'Heterodon n.n. affetto da ustioni: Kreosotum 6 CH – 12 CH
L'impossibilità/difficoltà nella somministrazione orale e la necessità di gestire lo stress della somministrazione ha fatto si che si optasse per la scelta meno "traumatica" possibile. Improbabile riuscire a "violare" la ranfoteca delle tartarughe senza essere comunque "decisi" per cui è stato necessario trovare un'alternativa.
E' ben documentata in letteratura la possibilità di somministrare farmaci per via cloacale ai rettili, la pratica consente e di applicare una reidratazione (in maniera blanda) dopo aver valutato il tipo di disidratazione occorso e di somministrare farmaci, soprattutto anestetici e tranquillanti. Si è quindi deciso di utilizzare in alcuni soggetti questa via.
La scelta dei rimedi è stata fatta secondo i seguenti criteri:
SCUD: Sono stati sostanzialmente presi in considerazione due rimedi, escludendo in questa occasione i costituzionali:
Natrum carbonicum: Eruzioni vescicolari sul corpo, a chiazze o a cerchi; la famiglia degli herpes è legata soprattutto a Natrum carbonicum: Herpes zoster, Herpes labialis, Herpes progenitalis;
placche delle dimensioni di un "dollaro d'argento" sulle anche, sulle cosce e sulla schiena… Policarie ad evoluzione rapida Staphysagria: denti estremamente cariati, lenta evoluzione, carie ossea. E' stata proposta come discrimine l'assimilazione della SCUD alla carie dentale umana essendo ambedue descrivibili come un'ulcera del tessuto duro ad opera di attività enzimatiche di ceppi batterici che, principalmente grazie ad una soluzione di continuo nella naturali strutture poste a protezione (scuti / smalto dentario), colonizzano e si approfondano nei tessuti sottostanti favorendo la reazione locale dell'ospite e generando la patologia. Essendo però la lesione nelle testuggini palustri causata da Vibrionacee come Benechea chitinivora in aggiunta ad agenti di irruzione secondaria come miceti (Mucor, Absidia, Fusarium ecc) e come Pseudomonas ed Aeromonas (Kaplan 1957); si è optato per Staphysagria considerando la natura batterica e la possibilità dell'estensione delle lesioni alla cute.
I granuli di Staphysagria 30 CH sono stadi disciolti in acqua in ragione di 2 granuli in 5 ml, aspirati con una siringa ed inoculati in cloaca mantenendo in pressione positiva lo stantuffo e cercando di mantenere l'applicazione per almeno 5 minuti. Ripetizione ogni 48 ore per 2 settimane dinamizzando ogni applicazione per 10 volte.
AVITAMINOSI A: Per il forte tropismo oculare di Apis mellifica e per l'imponente edema localizzato alle palpebre si opta per questo rimedio. L'edema palpebrale delle tartarughe acquatiche è causato da carenza di vitamina A; la sede primaria del problema risiede nella ghiandola di Harder, spesso bilaterale, le palpebre diventano edematose e aderiscono l'una all'altra causando cecità quindi anoressia, evolve poi in ipercheratosi preceduta da metaplasia del connettivo palpebrale; il sacco congiuntivale si riempie di liquido lacrimale, cheratina ed eosinofili, può evolvere in formazione di materiale caseoso che, comprimendo l'occhio, ne causa la perdita completa. In letteratura è descritta l'associazione di edema palpebrale da carenza vitaminica con polmonite. Si è proceduto all'integrazione dietetica della vitamina A secondo procollo standard
I granuli di Apis mellifica 30 CH sono stadi disciolti in acqua in ragione di 2 granuli in 5 ml, aspirati con una siringa ed inoculati in cloaca mantenendo in pressione positiva lo stantuffo e cercando di mantenere l'applicazione per almeno 5 minuti. Ripetizione ogni 48 ore per 2 settimane dinamizzando ogni applicazione per 10 volte
ASCESSO RANFOTECA: La situazione assolutamente "critica" dell'esemplare portato a visita date le dimensioni (pochi cm) imponeva l'azione rapida e minimamente invasiva, l'animale non si alimentava per l'impossibilità di aprire la ranfoteca; esclusa la possibilità chirurgica, si è scelto di utilizzare Hepar sulphur 30CH per far maturare celermente l'ascesso ed ottenere suppurazione; I granuli di Hepar sulphur 30 CH sono stadi disciolti in acqua in ragione di 2 granuli in 20 ml, la soluzione così ottenuta è servita per creare un bagno in cui immergere il soggetto per 30 minuti ogni giorno. La ripetizione della somministrazione è stata mantenuta per 3 giorni. Impossibile la somministrazione intracloacale date le dimensioni dell'animale.
LUSSAZIONE VERTEBRALE: L'esemplare di iguana portato a visita presentava lussazione traumatica con frattura parcellare di una delle ultime vertebre toraciche (ricordiamo che il numero di vertebre toracolombari nelle Iguana iguana è circa 90) con paraplegia. La necessità primaria era di stabilizzare il soggetto per le valutazioni preliminari quindi procedere poi all'eventuale chi-

rurgia; è stata utilizzata Arnica montana 30 CH in granuli per os con frequenti ripetizioni nell'arco della giornata (5 volte) dinamizzando ogni somministrazione; due granuli disciolti in 1,5 ml di acqua e somministrata per bocca con siringa. La necessità di agire sul trauma, in senso esteso, ha fatto propendere per l'utilizzo di questo rimedio assieme ad analgesici oppiodi per le prime 24 ore.
USTIONI: l'Heterodon nasicus portato a visita presentava estese ustioni sui gastrostegi, causate da tappetino termico malgestito. Viste le ridotte dimensioni e la considerazione, non ultima, del fatto che trattasi di opistoglifo, le manualità vengono ridotte al minimo indispensabile. Si decide di utilizzare Kreosotum 6CH due granuli disciolti in 20 ml di acqua, la soluzione così ottenuta è servita per creare un bagno in cui immergere il soggetto per 10 minuti ripetendo l'immersione 4 volte al giorno ogni giorno per 5 giorni circa; successivamente due volte al giorno per 10 giorni, dopo questo periodo si è optato per utilizzare il rimedio 12 CH una volta ogni 5 giorni. L'utilizzo di Kreosotum è avallato dalla sete intensa del soggetto con assunzione ripetuta di piccole quantità di acqua.

RISULTATI

Trachemys spp (3 esemplari) : SCUD outcome migliorato, maggiore reattività dei soggetti, scarso stress, non è stato necessario utilizzare antibiotico di copertura, la risoluzione completa delle lesioni è avvenuto in 90 giorni, sovrapponibile a quanto riportato in letteratura con le terapie canoniche sia mediche che chirurgiche. I soggetti però non sono stati ricoverati in ambiente "pulito"; sono stati mantenuti in paludario con evidente migliore compliance del proprietario dell'animale.
Trachemys spp (6 esemplari): avitaminosi A: impossibile fare una valutazione selettiva sulla risoluzione delle avitaminosi poiché la vit. A è stata integrata per via iniettiva; in 5 soggetti su 6 si è avuta restituito ad integrum con ripresa del visus, un soggetto è deceduto durante il trattamento. E'stato associato un antibiotico in 1 soggetto su 6 per complicanze respiratorie. La risoluzione dell'edema palpebrale si è avuto in circa 15 giorni in 3 soggetti, in altri due dopo solo 5 giorni di trattamento; l'alimentazione è ripresa spontaneamente in due settimane (circa) per tutti i soggetti che sono stati comunque mantenuti in paludari con parametri standard propri della specie. il soggetto deceduto non ha presentato alcuna risoluzione dell'edema palpebrale al 18° giorno di trattamento; non è stato possibile eseguire necroscopia.
Trachemys spp (1 esemplare) ascesso ranfoteca: L'ascesso è suppurato in 72 ore facendo riprendere la motilità della ranfoteca indi l'alimentazione spontanea. L'animale è stato stabulato in paludario con parametri standard propri della specie, purtroppo è deceduto dopo pochi mesi non presentando però alcuna area di retrazione cicatriziale o deformità della ranfoteca.

Iguana iguana (1esemplare) : lussazione vertebrale traumatica. L'animale non ha mostrato inizialmente alcun segno comunemente identificabile di algia; considerando che è stato condotto in struttura 4 ore dopo il trauma, la paraplegia del treno posteriore è apparsa subito evidente quindi si è inizialmente utilizzato un analgesico oppioide assieme ad Arnica montana 30 Ch. Considerate le lacune che ancora la neurofisiologia dei rettili presenta, le valutazioni sulle scarse possibilità di ripresa basate sull'ariflessia del treno posteriore risultano inconcludenti. Nelle 48 ore successive si manteneva l'animale con le ripetizioni di Arnica montana 5 volte al giorno, e la si alimentava forzatamente. L'alimentazione riprendeva spontaneamente a 50 ore dal trauma seppur non accompagnata da defecazione, apparentemente, non era presente alcun segno di algia e le manipolazioni erano tollerate. Ovviamente il riposo assoluto e la costruzione di un bustino in bende gessate è stato necessario vista l'assenza di diaframma. Dopo 48 ore il soggetto veniva ospedalizzato in altra struttura per la chirurgia spinale. Si è poi abbattuto l'animale 24 ore dopo la chirurgia.

Heterodon nasicus nasicus (1 esemplare) : ustioni da tappetino termico. L'animale non ha mai smesso di alimentarsi, dopo 4 giorni sono iniziati i prodromi della muta, la muta non è stata uniforme ed è stato necessario aiutare l'animale manualmente. Sono susseguite, altre 5 mute nell'arco di 40 giorni, dalla seconda non è stato più necessario aiutare manualmente l'animale tranne nelle parte ustionate con retrazione cicatriziale; la stabulazione avveniva presso struttura ambulatoriale, al termine del ricovero, che avveniva dopo 36 giorni, l'animale aveva escare estese ma asciutte e la necessità dell'assunzione di acqua era notevolmente ridotta. Purtroppo manca il follow up del soggetto che comunque era "pronto" alla quinta muta il giorno delle dimissioni.

DISCUSSIONE

La necessità del'inusuale modo di somministrazione del rimedio nasce dalla problematica nell'aprire la ranfoteca nei cheloni, quindi abbiamo implementato lo studio su altri soggetti muniti di cloaca vista la fisiologica possibilità d'assorbimento per questa via. L'aspetto mentale non è stato praticamente tenuto in considerazione mentre grande importanza è stata data alla sintomatologia e alla patogenesi delle problematiche. Tenendo presente che trattasi di animali ancestrali con un archetipo cerebrale ed un pattern comportamentale

semplificato è interessante notare che l'azione del rimedio è stata sostanzialmente rapida. Nonostante l'eccellente outcome, non sono stati raggiunti requisiti per poter definire questo protocollo superiore a quello standard. Bisogna però tener che l'estrema variabilità dei soggetti e delle problematiche rende non uniforme una definizione assoluta degli outcome presenti in letteratura per le patologie presenti in questa trattazione. Interessante notare che praticamente in nessun soggetto è stato necessario utilizzare copertura antibiotica, cosa notevole soprattutto nelle lesioni da SCUD.

E' auspicabile la creazione di una griglia di codifica per gli aspetti comportamentali da tradurre in sintomi per una repertorizzazione il più possibile aderente alla condizione clinica del paziente. riuscire a meglio coniugare il rimedio con la condizione clinica del paziente; si rende altresì necessario realizzare un "pain scoring" sui rettili che tenga conto delle loro peculiarità.

CONCLUSIONI

L'impiego della Medicina omeopatica anche negli animali a sangue freddo conferma il riequilibrio dell'omeostasi vitale, apportato dall'energia del rimedio, indipendentemente dalla complessità del sistema cui è applicata.
I successivi follow-up offrono risultati apprezzabili sì da far valutare positivamente la metodica di somministrazione utilizzata e la prescrizione omeopatica negli animali a sangue freddo. Si sente la mancanza della valutazione mentale del paziente che consentirebbe, molto probabilmente, di repertorizzare un simillimum quindi con efficacia maggiore.

Bibliografia

Samuel Hahnemann. *Scritti omeopatici. 1795-1833*, a cura di Andrea L. Carbone, :duepunti edizioni, Palermo 2009.

Le Medicine Complementari, Bellavite, Conforti, Lechi, Menestrina, Pomari. OMC Verona – UTET Periodici, Milano 2000

(**EN**) Becker-Witt C, Lüdtke R, Willich SN. *The course of chronic disease under homeopathic treatment – results of a multicenter observational study*. Gac Sanit 2003; 17(Suppl 2):174

(**EN**) Becker-Witt C, Lüdtke R, Weber K, Willich SN. *The effects of homoeopathic therapy on health-related quality of life*, Focus on Alternative and Complementary Therapies 2003; 8: 125.

(**EN**) Ben Goldacre. *Benefits and risks of homoeopathy*. *The Lancet* - Vol. 370, Issue 9600, 17 November 2007, Pages 1672-1673

Franco Del Francia. *Omeopatia veterinaria. L'altra medicina studio/13*. Red edizioni II edizione 1989

(**EN**) MADER et all. *Reptile medicine and surgery* second edition. Saunders, 2006

Maria Rita Gualea

L'atleta, malato cronico ... e i granuli di Atena

La ricerca scientifica ha identificato l'inattività fisica come causa di numerose patologie e come importante fattore di rischio per la mortalità, esprimendo implicitamente una sollecitazione all'attività fisica.
A conferma di ciò, dall'altro canto, gli effetti positivi di una regolare attività fisica sono noti:
la riduzione del rischio di sviluppare e controllare patologie metaboliche (come il diabete di tipo II[1,2,3]) e le dislipidemie[4,5]; così come la riduzione del rischio per le malattie cardiovascolari[5] e per il tumore al colon e alla mammella[6,7,15] e quindi, per l'allungamento della vita media.
I dati della ricerca sull'importanza dell'attività fisica, condivisi dall'OMS nel mandato di promozione dell'attività fisica per la prevenzione delle malattie non trasmissibili, evidenziano la necessità di sviluppare raccomandazioni globali che analizzino le connessioni tra la frequenza, la durata, l'intensità, il tipo e la quantità totale di attività fisica necessaria per la prevenzione delle malattie non trasmissibili e il sostegno della sanità pubblica.[8]
Le Linee Guida, sugli stili di vita comprendono infatti tra i suggerimenti una regolare attività fisica [9,10, 11].
Recente è la proposta della Regione Lombardia che lo sport venga prescritto nella ricetta medica,

http://milano.repubblica.it/cronaca/2016/12/10/news/malati_curati_con_lo_sport_la_lombardia_prepara_le_palestre_della_salute-153798991/

precedendo la proposta della Carta GIMBE[12]

"Lo sport è un 'farmaco' ma i medici non lo prescrivono". La Carta di Gimbe

SANITÀ

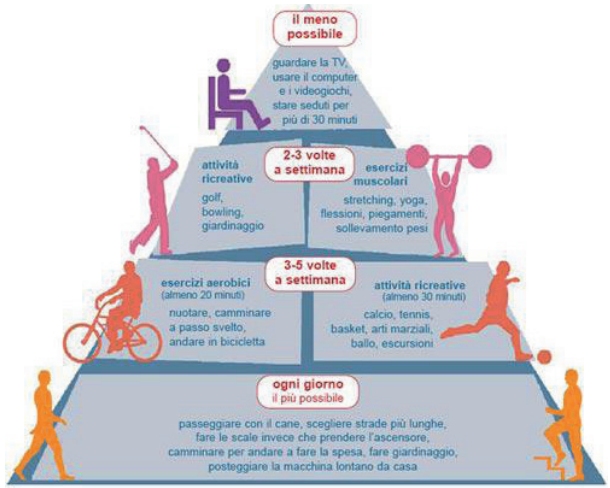
Mi piace Condividi 2,2 mila Tweet Condividi

Pubblicato il: 12/12/2016 12:17

Una buona cura, efficace ed economica, nelle malattie croniche. Ma i medici non la prescrivono, anche perché spesso **sono poco informati sulle evidenze scientifiche e poco sensibilizzati**. L'**esercizio fisico** è un intervento sanitario che

(Fotogramma)

A questo punto va fatta una considerazione: che cosa si intende per "attività fisica"?
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per attività fisica si intende "qualunque sforzo esercitato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un consumo di energia superiore a quello in condizioni di riposo". In questa definizione rientrano quindi non solo le attività sportive ma anche semplici movimenti quotidiani come camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio e lavori domestici.[13]



"Attività fisica", quindi non va confusa con "attività sportiva".

L'ingresso nel "mondo sportivo" (che comprende lo sport agonistico e quello non-agonistico) è (o quanto meno, dovrebbe) essere sancito alla visita di idoneità sportiva.
L'indagine presentata nel settembre del 2015, dalla FMSI (federazione medico sportiva italiana-Federazione medica del CONI), in occasione della visita di idoneità sportiva ha rilevato 23mila sportivi in Italia.
"La valutazione e certificazione di idoneità sportiva rappresentano il primo e unico screening, in chiave di prevenzione della salute, della nostra popolazione essendo venuta meno la visita scolastica e quella di leva" afferma Maurizio Casasco, Presidente FMSI.
"Oltre 3600 atleti, sui 23mila analizzati (cioè il 16 percento), hanno riscontrato un ECG anomalo durante la valutazione e certificazione di idoneità sportiva: da piccole alterazioni fino alla morte cardiaca improvvisa".[14]
E dopo?
Nell'esperienza di medico dello sport e medico sociale di squadre di calcio, ginnastica artistica e di triathlon, vengono sempre più valutati problemi legati ad un "eccesso" di attività: molti soggetti che praticano attività sportiva, soprattutto agonistica, la svolgono in modo sconsiderato, senza tenere conto degli adeguati periodi di riposo e recupero, dei carichi di lavoro che devono essere consoni all'età dell'atleta. Spesso vengono svolti allenamenti suggeriti da tabelle generiche che non tengono conto delle caratteristiche fisiche e psicologiche individuali e a volte senza un adeguato apporto alimentare.
Il fattore principale è l'elevato livello di endorfine prodotte durante l'attività sportiva, che determinano uno stato di benessere da cui spesso si diventa dipendenti; a seguire una mal informazione e l'auto gestione del proprio allenamento.
Possiamo quindi definire gli atleti dei "malati cronici"?
Le patologie "croniche" che più frequentemente si riscontrano negli atleti sono quelle a carico del sistema oste-articolare e muscolare, sia scheletrico che cardiaco.
Per quanto riguarda l'apparato osteo-articolare molto frequenti sono le fratture da stress (riscontrate maggiormente in *runners* e triathleti), qualche volta su base osteoporotica soprattutto nelle donne, che possono lasciare sequele (dolore) anche dopo la guarigione, le tendinopatie che tendono a cronicizzarsi, la fascite plantare, le lesioni muscolari che evolvono in cicatrici fibrotiche.
Per quanto riguarda il muscolo cardiaco una sconsiderata e non controllata attività sportiva può portare a miocardiopatie ipertrofiche e dilatative. Le mio-

cardiopatie ipertrofiche possono non essere più considerate il vero "cuore da atleta" ma diventare delle ipertrofie francamente patologiche, accompagnate da aritmie, in atleti di qualsiasi età.
Non infrequenti negli atleti sono i problemi respiratori cronici, soprattutto legati ad allergie.

Verranno presentati alcuni casi clinici (trattati con la Medicina Omeopatia classica unicista):

- *Caso clinico*

Triathleta donna, di 30 anni; a giugno 2013, lamenta dolore invalidante nella regione inguinale sinistra. Riferisce amenorrea da 1 anno, acne e ritenzione idrica. L'ecografia evidenzia "calcificazione lenticolare della giunzione mio-tendinea" che viene trattata con Hilterapia.
A fine ottobre 2013, per la persistenza del dolore inguinale, che le impedisce la corsa, esegue TAC, RMN. La diagnosi riportata è: "frattura da stress di 4 cm della diafisi femorale al terzo superiore". Inoltre, la MOC evidenzia una condizione di osteopenia (BMD -2,0 D.S. del T score a livello della colonna lombare, -1,3 D.S. del T score a livello del collo del femore). Viene prescritto: riposo, astensione dal carico, 20 sedute di magnetoterapia (approccio terapeutico d'elezione per questo tipo di patologia) e Calcium carbonicum MK 3 gocce per 3 volte al giorno.
Dopo 3 settimane ritorna il ciclo mestruale (che non era comparso nemmeno con la sospensione dell'attività sportiva in periodi precedenti) e dopo 8 settimane viene documentata la guarigione della frattura. La considerazione è che, in questo caso, la terapia omeopatica (assunta in una problematica cronica e metabolica, abbia abbreviato i tempi di guarigione, che sono di solito 12-20 settimane.

- *Progetto di 5 anni di trattamento omeopatico in un gruppo di giovani calciatori*

Per 5 anni (1999-2004) un gruppo di atleti, categoria Esordienti (12 anni al momento dell'inizio del trattamento), appartenenti alla stessa squadra di calcio di serie A giovanile, è stato seguito presso l'ambulatorio del Centro di Omeopatia (CDO) di Milano e quindi, trattato con l'omeopatia classica per tutti i loro problemi cronici (in tabella) e acuti (sindromi influenzali, infortuni sportivi).
Il rimedio costituzionale per ciascun atleta è stato individuato sottoponendo gli stessi a visita omeopatica, avvalendosi dell'utilizzo del repertorio[15].

La sintomatologia cronica è riportata nella tabella seguente:

	CEFALEE	ORZAIOLI RICORRENTI	CONGIUNTIVITE ALLERGICA	RINITE ALLERGICA	OSTRUZIONE NASALE	AFTE	HERPES	FARINGITI RICORRENTI	TONSILLITI RICORRENTI	TRACHEITI RICORRENTI	TOSSE	ASMA	DIFF. RESP. DURANTE LA CORSA	BRONCHITE CRONICA	DERMATITE	ACNE	MAL DI SCHIENA	ENURESI	STIPSI	SONNAMBULISMO
A.F. (sulph)																				
B.A. (sep)						>>											>>			
B.A. (lyc)																				
B.G. (calc)	>>			>>		>					>>						>>		>>	
B.A. (sil)	>																			
C.A. (puls)			>>				>>											>>		
C.M. (sulph)			>	>								>								
D.A. (merc)																				
G.S (sep)															>>					
L.M. (puls)	>>																			
M.A.(calc.p)																				
N.D. (sulph)		>>			>>		>	>>											>>	>>
P.D. (lyc)																				
P.A. (lyc)	>>			>>											>>					
P.D. (phos)									>>					>>		=				
P.L. (croc)						>		=												
S.A. (staph)													>>		>>	=				
S.Y.(calc p.)																=	>>			

Tab.: sintomatologia cronica – pazienti calciatori

Legenda: **>>** sintomi molto migliorati **>** sintomi migliorati parzialmente **=** sintomi invariati

Il rimedio costituzionale è stato utilizzato nel trattamento della sintomatologia cronica; per i problemi acuti sono stati utilizzati i rimedi costituzionali, o quando necessario, il rimedio indicato dalla sintomatologia specifica.
Le diluizioni prescritte sono state Korsakoviane dalla MK alla CMK. I rimedi sono sempre stati somministrati in gocce personalizzando la posologia durante il percorso terapeutico.
Alcuni esempi: distorsioni tibio-tarsiche e di ginocchio sono state supportate (veniva comunque eseguita immobilizzazione dell'articolazione e prescritto riposo) da Arnica e Ledum.
Arnica è stata prescritta per contusioni e distrazioni muscolari. In questi casi è stata utilizzata la MK 3 gocce ripetute 3-5 volte al giorno die.
Pulsatilla MK 3 gocce per 5 volte al giorno per 15 giorni (rimedio costituzionale del paziente) è stata utilizzata per una apofisite tibiale.

Calcium phosphoricum MK 3 gocce 3 volte al giorno per 1 mese (rimedio costituzionale) ha ridotto i tempi di recupero di una periostite.
Dopo una frattura scomposta di omero è stato prescritto Aconitum MK 3 gocce ogni ora (il paziente aveva avuto degli attacchi di panico nelle ore successive all'incidente), seguito da Sulphur, rimedio costituzionale dell'atleta MK 3 gocce 3 volte al giorno per 1 mese [16,17,18,19]. Sulphur, infatti, nel repertorio compare nella rubrica "Brittle bones" confermando la costituzione del paziente che ha avuto una frattura scomposta per una banale caduta durante una partita.

I farmaci (antistaminici e antibiotici) utilizzati in modo cronico possono manifestare effetti collaterali invalidanti la prestazione atletica o rientrano tra le sostanze considerate dopanti (es. cortisonici per os).
L'omeopatia indica un'alternativa terapeutica, evitando gli effetti collaterali indotti dai farmaci di sintesi sopra citati, e inoltre, accelerando i tempi di recupero nei problemi acuti nonché, agendo sul riequilibrio dello stato costituzionale (considerando che molti problemi cronici negli atleti possono avere un substrato costituzionale).

Tutto ciò, a cappello del progetto "I GRANULI DI ATENA": blog per rispondere e supportare, attraverso l'utilizzo della Medicina Omeopatia, gli atleti che decidono di utilizzare questa terapia, cercando di indirizzare in modo chiaro e professionale.

Parole chiave:
Omeopatia classica, attività fisica, sport, traumi sportivi, atleti, esercizio terapia

Ringraziamenti:
Vorrei ringraziare il Dott. Roberto Petrucci, direttore del Centro di Omeopatia di Milano, la Dott.ssa Antonella Ronchi e il Dott. Giuseppe Fagone che con me hanno lavorato per seguire i ragazzi della squadra degli Esordienti B dell' F.C. Internazionale Milano dal 1999 al 2005. Senza il loro supporto e la loro competenza non sarei riuscita a raccogliere questi dati.
Un particolare ringraziamento alla Dott.ssa Manuela Sanguini che ha stimolato l'idea di questo lavoro e per le sue preziose ed acute osservazioni.

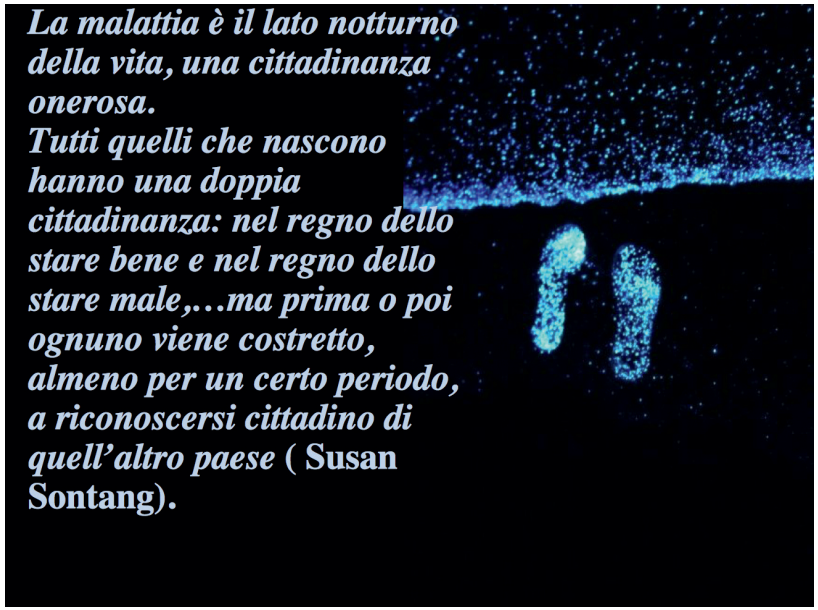
Riferimenti bibliografici

1 G. Corigliano. In attività contro il diabete. Prevenzione e trattamento del diabete mellito non insulino-dipendente mediante esercizio fisico aerobico. Sport e Medicina 1: 22-25, 2001.s
2 Physical Activity And Health A Report of the Surgeon General U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Centers for Disease Control and Prevention National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion The President's Council on Physical Fitness and Sports
3 Diabetes Prevention Program Research Group Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N.Engl J Med 346: 393-403, 2002.
4 C. McNeal, P:P: Toth, DP Wilson Hot topics in primary care: familial hypercholesterolemia in youth. J. Fam. Pract.64 (12 suppl): S22-30, 2015
5 F.Katsukawa. FITT principle of exercise in the menagment of lifestyle-related diseases. Clin Calcium 26(3): 447-51, 2016.
6 D. Lemanne, B. Cassileth, J. Gubili. The role of physical activity in cancer prevention, treatment, recovery, and survivorship. Oncology 27(6): 580-5, 2013
7 CM Dieli-Conwright, K Lee, JL Kiwata Reducing the risk of breast cancer recurrence: an evaluation of the effects and mechanism of diet and exercise. Curr Brast Cancer Rep 8(3): 139-150. 2016.
8 ACSM(American College of Sports Medicine) – Position Stand. Medicine and Science in Sports and Exercise 2011
9 AC Furmaniak, M Menig. MH Markers. Exercise for women receing adjuvant therapy for breast cancer. Cochrane Database Syst Rev 21; 9: CD005001, 2016
10 Linee Guida American Diabetes Association
11 Physical Exercise Guidelines in Oncology. Medicina dello Sport, vol. 66- suppl. 1 al n.2, 2013.
12 http://www.adnkronos.com/salute/sanita/2016/12/12/sport-farmaco-medici-non-prescrivono-carta-gimbe_H87pU1zYlYhmBCLlDCm9EK.html
13 OMS
14 Progetto Filtro Sanitario, presentato nella sede del CONI Lombardia al convegno "Sport e salute: l'eccellenza in medicina dello sport" – 18 sett 2015.
15 Radar 10.5 Schroyens F., Synthesis Treasure Edition.
16 Petrucci R., Pediatria temi e concetti in medicina omeopatica, Asterias 2007.
17 Morrison R., Manuale di terapia omeopatica. Bruno Galeazzi Editore 2003
18 Vermeulen F., Concordant Materia Medica Merlijn Publ., Haarlem, 1994

Cancellare le impronte: l'ipotesi miasmatica nell'ottica epigenetica

Cancellare le impronte: l'ipotesi miasmatica nell'ottica epigenetica

V. Falabella*- S. Di Salvo^ - P. Varano'- E. Galli° - G. Arcovito"- G. Cuzzucrea°°
*già primario Psichiatra, Coord. didattico-scientifico Formazione in Medicina omeopatica EMC-AFMO, Coord. FIAMO Regione Calabria
^ Dirig. Medico U.O. Epatologia A. O. Policlinico Mater Domini CZ, Docente Formazione in Medicina omeopatica EMC-AFMO, D.A.N Fiamo Regione Calabria
'già Medico M.G. Docente Formazione in Medicina omeopatica EMC-AFMO, componente Fiamo Regione Calabria
°Medico INPS, Docente Formazione in Medicina omeopatica EMC-AFMO, componente Fiamo Regione Calabria
" Dirig . Medico D.S.M. ASP 5 ME, Docente Formazione in Medicina omeopatica EMC-AFMO, componente Fiamo Regione Calabria
°°Medico M.G., Allieva Perfezionamento in Medicina omeopatica EMC-AFMO



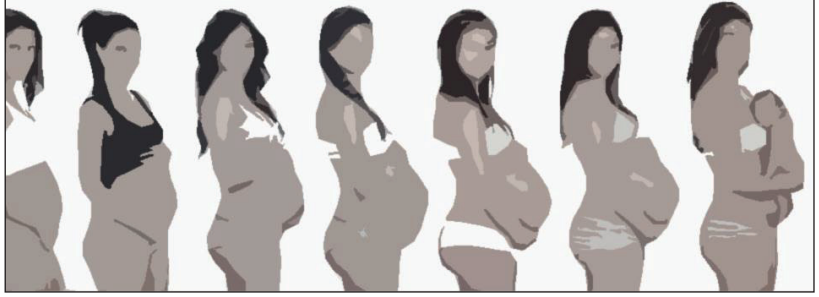
La malattia è il lato notturno della vita, una cittadinanza onerosa.
Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza: nel regno dello stare bene e nel regno dello stare male,…ma prima o poi ognuno viene costretto, almeno per un certo periodo, a riconoscersi cittadino di quell'altro paese **(Susan Sontang).**

MIASMIC THEORY

F. Hahnemann descrive nei suoi scritti (Organon, Malattie Croniche,..) i Miasmi come predisposizioni ereditarie o acquisite a certe malattie, modulati da fattori ambientali, alimentari, emozionali e attivati da malattie infettive pregresse.
Significato analogo assumono in biologia molecolare le epi-mutazioni del corredo genetico (Epigenoma) che possono essere acquisite nel corso della vita, trasmesse con modalità transgenerazionale, dipendenti egualmente dagli stili di vita.

Tali alterazioni ereditabili che modificano l'espressione genica, pur non alterando la sequenza del DNA, avvengono attraverso meccanismi reversibili che interessano:
la metilazione del DNA
le modifiche delle proteine istoniche
l'intervento degli RNA si (short interfering) che sopprimono l'attività espressiva genica.

La medicina omeopatica contempla fin dall'epoca di Hahnnemann il trattamento con finalità eugenetiche: l'utilizzo dei "rimedi", assunti dalla madre nell'epoca di gestazione, al fine di ridurre "l'impronta miasmatica", viene menzionato nelle "Malattie Croniche" (1828, traduzione di Belluomini) e ne viene consigliata la pratica quale efficace metodo di prevenzione, teso ad assicurare una migliore salute al nascituro.



L'ipotesi della "impregnazione miasmatica" viene sostenuta successivamente da altri omeopati: L. Vannier, A. Horvilleur , A. O. Julian, P.S. Ortega ("*il miasma come predisposizione verso caratteristiche e specifiche modalità di rappresentarsi della vita, tutto ciò che si oppone alla libera realizzazione dell'essere umano in quanto tale*"), T.P. Paschero ("*la psora quale disritmia dell'energia vitale, compensata in senso sicotico o sifilitico*), G.Vithoulkas ("*predisposizione acquisita o ereditata verso la malattia cronica, sottostante la manifestazione acuta, trasmissibile e trattabile con nosodi*"), R. Sankaran ("*evidenziazione clinica di temi comuni e sensazioni nei rimedi antimiasmatici, differenziazione tra l'acuto, i miasmi hahnemanniani e i sei miasmi interposti*") in Italia dal prof. A. Negro.

Se nell'attuale concezione di un patrimonio cromosomico trasmesso per via genetica la modulazione dell'espressività epigenetica predispone o preserva il fenotipo dal contrarre determinate malattie, può l'antica intuizione di un assetto "miasmatico" individuale modulato dall'espressività del "rimedio omeopatico" conservare un significato?

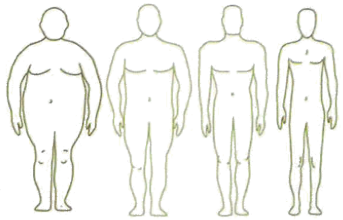
E, inoltre prevedere le modalità di apparizione, di decorso delle malattie, così come la tipologia prevalente di comparsa dei sintomi, sulla base di uno specifico aspetto costituzionale, potrebbe trovare sostegno nell'Epigenetica?

Il dott. **Scholten** scrive che "*il miasma è conosciuto ed usato in molti differenti aspetti*".

Il prof. **Bellavite,** sulla base di un'avanzata concezione sistemica, propone un modello di miasmi come "*attrattori dinamici della rete delle dinamiche biologiche",* identificando complessi di sintomi e sindromi comuni con specifici rimedi evidenziati clinicamente.

Il dott. **D'Arpa** ne propone una definizione come "*informazione epigenetica persistente nel sistema*", sinonimo del concetto hahnemanniano di processo sistemico individuale osservabile prima della comparsa di specifiche nosologie.
Il dott. **Micozzi** reinterpreta i miasmi secondo le moderne acquisizioni della immunopatologia.
La dott.ssa **Gasparini** li intende quali" *modelli predittivi probabilistici*" che permettono un'interpretazione dinamica e di tipo sistemico tra le varie componenti dell'essere umano.

Come riportato dalla nostra Scuola di Formazione in una delle relazioni presentate al Congresso FIAMO 2015 "***Allergia come moderno modello miasmatico***", riteniamo che l'ipotesi miasmatica presenti tre diversi aspetti:
- predisposizione ereditata o acquisita nel contrarre una malattia…
- predisposizione alla malattia cronica sostenuta da condizioni ambientali sfavorevoli, infezioni, uso di trattamenti allopatici,…
- le diverse patologie acute, come le innumerevoli manifestazioni funzionali, emozionali, se non trattate o trattate "male" progrediscono in malattie croniche con aumento di suscettibilità verso altri agenti e verso altri disturbi correlati…



Storicamente in Omeopatia già l'impostazione costituzionalista aveva indicato come l'individuo, a partire da un determinato assetto biotipologico e neuroendocrino si esprimesse in ambito fisiopatologico modificando il proprio "modello reattivo" spontaneamente (invecchiamento) o in seguito ad eventi stressanti passando dalla fase stenica a quella del magnesio, …..bario,…..(H. Bernard).

Così i modi di rappresentarsi delle patologie, le modalità di apparizione dei disturbi, le specifiche caratteristiche individuali, indagate e valorizzate in Omeopatia, come ad esempio la preferenza per alcuni nutrienti, che sappiano adesso correlata ad un particolare assetto cromosomico – il gene CD36 codifica i recettori per il grasso, associato all'obesità e alla sindrome metabolica (Keller et al, 2012) – o la preferenza per i sapori, associata nel caso della percezione del dolce al gene TAS 1R2 predisponente alla carie dentale e all'alcoolismo (Eny et al , 2012)- subiscono, nel corso della vita, un'espressività di tipo epigentico, indotta dalle nostre relazioni, comportamenti dai farmaci, da rimedi assunti e tali predisposizioni e modulazioni, anche trasmissibili per via transgenerazionale erano state, da noi omeopati, da sempre interpretate sul piano fenomenologico e anticipate sul piano clinico .

L'intreccio quindi tra fattori costituzionali (genetici), temperamentali, stili di vita, "predisposizioni ad ammalarsi"(stimoli epigenetici) determinano, in ciascun individuo, le possibili sfumature cromatiche di orteghiana memoria , con cui si rappresenta la patologia e le impronte trasmesse ai figli e ai discendenti, della patologia e della suscettibilità ad ammalare.

Il Meeting point si colloca tra l'informazione racchiusa nel DNA (hardware) e l'informazione proveniente dall'ambiente (software"miasmatico") su cui agiscono segnali di diversa provenienza ,entità e significato.

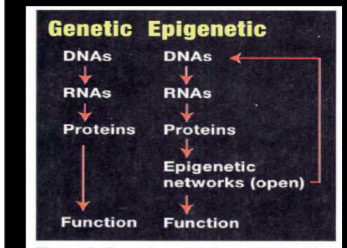
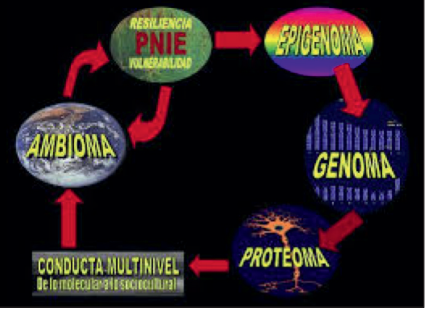


Figure 1. Genetic and epigenetic theories of information processing.



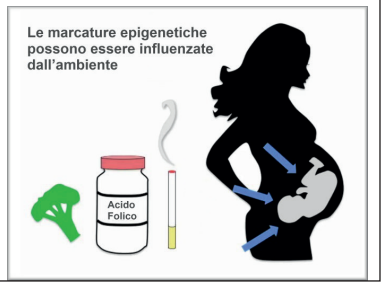
Come e quando si tracciano le impronte?

La prima impronta presente nel neonato è in correlazione con il Concepimento,
la seconda è correlata con il Decorso della gravidanza,
la terza al Parto e agli Eventi del primo anno.
Lo sviluppo dell'individuo a partire dal concepimento è la chiave per comprendere la programmazione dell'individuo alla vita.

FENOTIPO

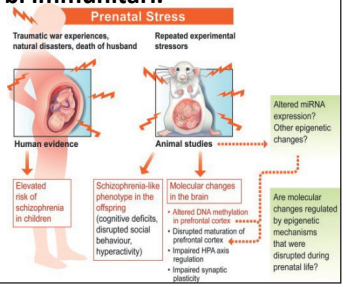
La coppia di genitori dona un set di potenzialità che a partire dal concepimento, determina un fenotipo che cambia sulla base delle condizioni esterne.
Noi omeopati conosciamo bene quanto lo stato di benessere del padre e della madre abbiano a che fare con l'ovulazione e la fecondazione e quanto importante sia il desiderio del concepimento.

La gravidanza rappresenta un periodo di particolare vulnerabilità per il nascituro. Durante il primo trimestre vari fattori ambientali di esposizione materna (infezioni, inquinamento, alimentazione, stress, farmaci, …) possono comportare un aumento del rischio di sviluppare malattie croniche da adulto (basti accennare alla correlazione tra ripetuti stressors sperimentali e deficit cognitivi, comportamenti antisociali, iperattività, diabete mellito, tumori, ….).



Esemplificativo è lo studio su nipoti di nonni obesi a rischio significativo di gravi malattie metaboliche se consumano una dieta grassa e dolce, anche se i genitori si nutrono correttamente e sono in buona salute (Drive Epigenetic Variation of Spermatozoa in Humans I. Donkin- Obesity and Bariatric Surgery,Univ. di Copenanghen, Cell metabolism 2015).

L'ambiente poi del periodo iniziale della vita può determinare cambiamenti molecolari che influenzano l'attività cerebrale predisponendo a disturbi multiorgano. Sul piano affettivo l'insicurezza sentita e vissuta in ambito familiare rende poi insicuro lo stile di attaccamento del futuro bambino (per dirla con Bowlby) costruendo una personalità insicura, epigeneticamente basata sul sistema dello stress fragile, predisponendo a malattie psichiatriche (High pregnancy anxiety during gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9 year old children, Buss G. Psychoneuroendocrinology, 2010), e a disturbi immunitari.



Questi concetti sono al cuore della rivoluzione epistemologica, culturale e scientifica che stiamo vivendo negli ultimi anni (Environment and fetal programming:the origins of some current pandemies E. Burgio, Journal of Pediatric and Neonatal individualized medicine,2015).

I risultati di tali ricerche fanno ipotizzare una" informazione" (miasma) proveniente dall'ambiente interno, trasmissibile da generazione in generazione che modula i livelli di espressività dei geni (modificando gli schemi di metilazione del DNA o gli schemi post-traduzionali della cromatina).
Tale informazione, attualmente definita "lesione epigenetica" è però reversibile (quindi con possibile inversione della sua polarità di azione) e modulabile esattamente come l'impronta miasmatica ereditata.

Nella ricerca di base, in Omeopatia, alcuni lavori dimostrano un effetto di tipo epigenetico da parte di sostanze ultradiluite su substrati cellulari:

Rame e Apis Mellifica modificano l'espressione genica di cellule prostatiche umane (*Dei et al, 2010- 2015*), Gelsemium modifica l'espressione genica di cellule neuronali murine (*Bellavite, Marzotto et al, 2014*).

Ruta graveolens determina l'apoptosi con frammentazione del DNA e arresto del ciclo cellulare nelle cellule tumorali di colon umano (*Arora S, Tandon S. Homeopathy,2015*).

Rhus tox aumenta l'espressione della cicloossigenasi-2, la produzione di PGE2 in condrociti di topo in coltura primaria, con modulazione della risposta infiammatoria, confermando la specifica azione del "rimedio" sui processi infiammatori dell'apparato locomotore (*Huh YH, Kim MJ, Yeo MG Homeopathy, 2013*).

L'Omeopatia ha un effetto epigenetico,

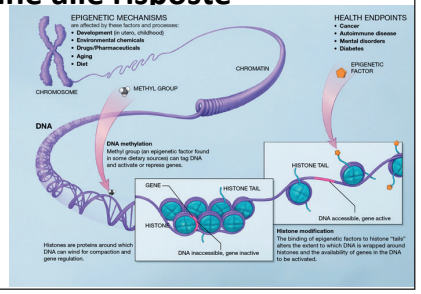
come dimostrano tra gli altri:

- lo studio condotto da Saha e coll, in cui i profili di espressione di alcuni geni di cellule HeLa, trattate con Hydrastis canadensis 30CH e Condurango 30CH, risultano significativamente differenti da quelli delle cellule trattate con placebo.

Pubblicato sul Journal of Integrative Medicine (Homeophatic drougs modify gene expression in cancer cells, 2015), esamina la linea cellulare HeLa del cancro del collo dell'utero per stabilire se le ultradiluizioni dei due estratti vegetali, (HC-30) e (Condu-30), rimedi generalmente utilizzati nel trattamento omeopatico di patologie neoplastiche, possano determinare sulle cellule esaminate modifiche nel profilo microarray globale (strumento per studiare su larga scala profili di espressione genica), per induzione attraverso alterazioni epigenetiche.

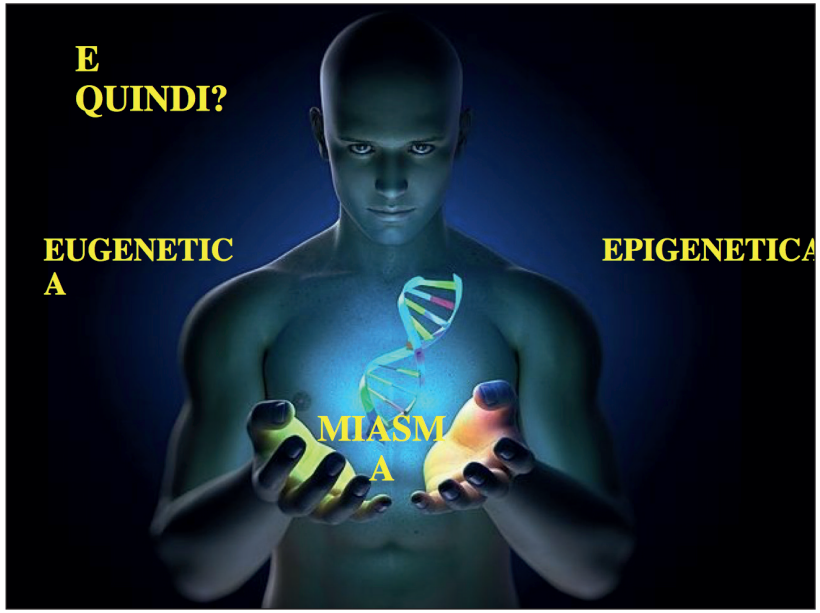
Nel suddetto studio, al fine di chiarire ulteriormente che i meccanismi di azione fossero riconducibili ad alterazione epigenetica, sono stati eseguiti anche test (sulla validazione funzionale del biomarker tumorale SMAD4 e sulla metilazione dell'enzima di registrazione RE), per valutare l'espressione dei due rimedi in ultradiluizione rispetto ad un placebo 30CH

I rimedi trasportano specifici "segnali" che possono essere identificati da specifici recettori e possono agire come dei trigger per accendere o spegnere l'espressione di alcuni geni rilevanti nel determinismo di malattie croniche, quindi il rimedio si farebbe portatore di un'informazione al sistema tale da dare ordine alle risposte omeodinamiche.



L'ipotesi della regolazione genica riportata da Khuda-Bukhsh (*Potentized homoeopathic drugs act through regulation of gene-expression: a hypothesis to explain their mechanism and pathways of action in vitro A Khuda-Bukhsh Complementary Therapies in Medicine, 1997***), in esperimenti con batteri e batteriofagi, in cui i batteri sottoposti all'influenza di rimedi omeopatici noti per gli effetti clinici antivirali, sono in grado di bloccare la replicazione virale, chiarisce come l'Omeopatia moduli l'espressione di specifici geni con un imprinting epi-genetico, anche se applicata ad organismi primitivi unicellulari o a modelli vegetali (**come dagli studi della professoressa Betti….**).**

Quanto estrapolato, in riferimento ai lavori di base e clinici conferma l'azione specifica del singolo "rimedio"(sulla base delle indicazioni fornite dalla materia medica e dalla clinica) e ne evidenzia il possibile effetto di regolazione, quale modulatore positivo, con azione di contrasto e correzione delle tendenze miasmatiche, non solo nella persona in trattamento, ma anche nelle generazioni successive, determinando, in senso eugenetico, la trasmissione di un migliore stato di salute. (Homeopathy and Epigenetics, A. Zimmerman –Miasms: a new look through epigenetics M.Bathia**)**



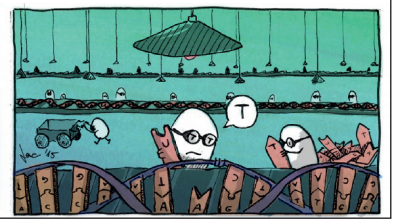
L. Vannier, A. Negro e tanti altri ancora hanno trattato le madri in gravidanza partendo dalla constatazione che, avendo la predisposizione ad ammalare caratteri familiari, trasmessi alla discendenza, l'uso dei "rimedi" appropriati propri di quella famiglia (madre e padre) e dei nosodi diatesici in successione agisca con modalità preventiva e senza effetti collaterali.

O ancora dice Luc De Schepper: " ***nella mia lunga esperienza professionale mi è capitato spesso di vedere che quando una gestante subisce un terribile dolore o shock, il nascituro necessita di un rimedio nell'ambito della rubrica Grief(cioè nell'ambito del dolore, sofferenza, abbandono, dispiacere) come Ignatia, Natrum Muriaticum,…*****".Portando così l'accento su come l'esperienza di vita sovrapponga altri strati di patologie al rimedio costituzionale (percorso epigenetico).**

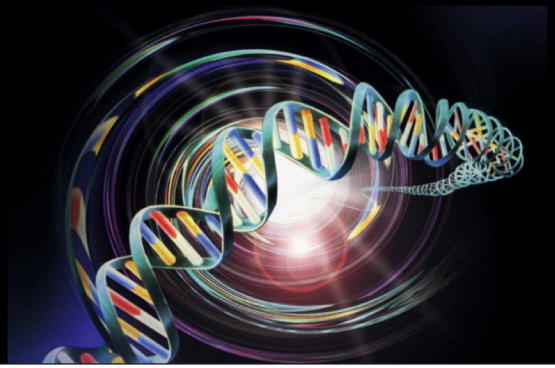
Nel V aforisma dell'Organon Hahnemann asserisce che la causa fondamentale di ogni malattia cronica dipende dal miasma cronico sottostante .
Una modernizzazione di tale asserzione potrebbe essere : tra le cause della malattia cronica vi sono gli effetti di una pregressa infezione (specialmente se trattata con modalità soppressive e sintomatologiche), nel nostro paziente e nei suoi progenitori.

Si consideri nel tempo il grado di sofferenza causato dalla lebbra, la tubercolosi, la sifilide, la peste e quanti, nel corso della storia dell'umanità, siano morti per malaria, influenza, vaiolo,…nei millenni, attraverso centinaia di generazioni e molti milioni di uomini, queste malattie si sono replicate e hanno devastato l'organismo umano.
Il miasma ereditato, la predisposizione epigenetica ereditata, sono l'effetto e l'espressione di questo profondo ed intimo coinvolgimento (Morrish).

Il Prof. R. Strohman, biologo molecolare ed epigenetista dell'Università della California, riporta: "*il punto fondamentale è che i networks dinamico-epigenetici hanno una propria organizzazione, non determinata dal DNA, che ancora non conosciamo*" (livello di regolazione epigenetica) ma inoltre ci dobbiamo chiedere: "chi e cosa controlla il controllo della regolazione genica?"



Forse la risposta, in quanto omeopati, è nella presenza di una "forza" che, agendo a livello energetico, potrebbe esercitare un controllo sul livello "materiale" dell'espressività delle molecole di DNA.



BIBLIOGRAFIA
Khuda-Bukhsh AR. Current trends in high dilution research with particular reference to gene regulatory hypothesis. Nucleus 2014;(IN press):DOI: DOI 10.1007/s13237-014-0105-0.
Khuda-Bukhsh AR, Bhattacharyya SS, Paul S, Dutta S, Boujedaini N, Belon P. Modulation of signal proteins: A plausible mechanism to explain how a potentized drug Secale cor 30C diluted beyond Avogadro's limit combats skin papilloma in mice. Evid Based Complement Alternat Med 2011;2011:286320. Bellavite P. Complexity science and homeopathy. A synthetic overview. Homeopathy 2003;92:203-12.
Khuda-Bukhsh, Potentized
homoeopathic drugs act through regulation of gene-expression: a hypothesis to explain their mechanism and pathways of action in vitro -Complementary Therapies in Medicine, 1997 – Elsevier)
Marzotto M, Olioso D, Brizzi M, Tononi P, Cristofoletti M, Bellavite P. Extreme sensitivity of gene expression in human SH-SY5Y neurocytes to ultra-low doses of Gelsemium sempervirens. BMC Complement Altern Med. 2014 Mar 19;14:104.
Bellavite P, Conforti A, Piasere V, Ortolani R. Immunology and homeopathy. 1. Historical background. eCAM 2005;2(4):441-52.
Bellavite P, Conforti A, Pontarollo F, Ortolani R. Immunology and Homeopathy. 2. Cells of the Immune System and Inflammation. eCAM 2006;3(1):13-24.
Bellavite P, Conforti A, Ortolani R. Immunology and homeopathy. 3. Experimental studies on animal models. Evid Based Complement Alternat Med 2006;3:171-86.
Bellavite P, Ortolani R, Pontarollo F, Piasere V, Benato G, Conforti A. Immunology and homeopathy. 4. Clinical studies-part 1. Evid Based Complement Alternat Med 2006 Sep;3(3):293-301.
Bellavite P, Ortolani R, Pontarollo F, Piasere V, Benato G, Conforti A. Immunology and homeopathy. 4. Clinical studies-part 2. Evid Based Complement Alternat Med 2006 Dec;3(4):397-409.
Bellavite P, Conforti A, Marzotto M, Magnani P, Cristofoletti M, Olioso D, et al. Testing homeopathy in mouse emotional response models: pooled data analysis of two series of studies. Evid Based Complement Alternat Med 2012;2012:954374.
Bellavite P, Marzotto M, Olioso D, Moratti E, Conforti A. High-dilution effects revisited. 2. Pharmacodynamic mechanisms. Homeopathy 2014 Jan;103(1):22-43.
Bellavite P, Olioso D, Marzotto M, Moratti E, Conforti A. A dynamic network model of the similia principle. Complement Ther Med 2013 Dec;21(6):750-61.
Saha SK, Das S, Khuda-Bukhsh AR. Phenotypic evidence of ultra-highly diluted homeopathic remedies acting at gene expression level: a novel probe on experimental phage infectivity in bacteria. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao 2012 Apr;10(4):462-70.
Das S, Saha SK, De A, Das D, Khuda-Bukhsh AR. Potential of the homeopathic remedy, Arnica Montana 30C, to reduce DNA damage in Escherichia coli exposed to ultraviolet irradiation through up-regulation of nucleotide excision repair genes. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao 2012 Mar;10(3):337-46.
SK Saha, S Roy, AR Khuda-Bukhsh Ultra-highly diluted plant extracts of Hydrastis canadensis and Marsdenia condurango
induce epigenetic modifications and alter gene expression profiles in HeLa ...- Journal of integrative medicine, 2015 - Elsevier
M. Brizzi, C. Biondi, L. Lazzarato, L. Betti Analisi esplorativa dell'effetto di soluzioni ultramolecolari di triossido di arsenico sullo sviluppo vegetativo in vitro di plantule di grano- statistica, anno LXII, n. 3, 2002

Osvaldo Sponzilli Tre Miasmi Omeopatici e l'Epigenetica- settembre 30, 2015
Le Scienze: Come le coccole cambiano il DNA - 29/09/2010

E. Galli, G. Arcovito, S. Cirelli, S. Di Salvo, V. A. Manzo P.Varano, V. Falabella- Allergia come moderno modello miasmatico- Atti Congresso FIAMO 2015

francescomacri.it/senza-categoria/omeopatia-tra-fenomenologia-ed-epigenetica/

M. Dodesini, F. Antonioni, C. Dissegna

L'atassia di Paco

RIASSUNTO

Spesso nell'esperienza ambulatoriale abbiamo a che fare con patologie croniche che mettono a dura prova la nostra esperienza professionale e richiedono un notevole impegno in termini di tempo, fatica ed energia. Pensiamo alle patologie neurologiche ed ortopediche che nei nostri pazienti risultano fortemente invalidanti e necessitano di interventi terapeutici efficaci e rapidi. I proprietari spesso ci chiedono di intervenire per evitare inutili sofferenze da parte del loro beniamino.

PAROLE CHIAVE

Polineuropatia - displasia delle anche- spondilosi vertebrale- rimedio omeopatico

INTRODUZIONE

Le patologie neurologiche si presentano con un quadro poliedrico progressivo talvolta ad esordio acuto. Esistono alcune razze di cani come il Golden Retriever nel quale è riconosciuta una causa genetica legata alla polineuropatia che può colpire il cane anche in giovane età.
Queste forme neurologiche richiedono un approccio clinico che prevedono protocolli diagnostici talvolta lunghi ed impegnativi che si concludono con la diagnosi istomorfologica del tessuto muscolare e del nervo periferico attraverso un esame bioptico.
Talvolta questi pazienti vengono portati nei nostri ambulatori dopo lunghi percorsi terapeutici intrapresi a base FANS o corticosteroidi, da qui l'esigenza da parte del proprietario di trovare percorsi terapeutici naturali meno aggressivi.

MATERIALI E METODI

Viene presentato il caso di Lapo un cane la cui anamnesi riporta un quadro di neuropatia assonale multifocale oltre a displasia delle anche di grado E e

spondiloartrosi.
L'esordio del deficit neurologico è caratterizzato da quadri progressivi di ipotrofia muscolare, paresi, zoppia o fenomeni parestetici a carico di differenti distretti del corpo in funzione della componente coinvolta che può interessare il quadrante di un unico nervo oppure più nervi attigui.
Il sintomo clinico della polineuropatia provoca debolezza generale sino a paresi o plegia che evolve nel giro di 24-48 ore.
Lapo è un Golden Retriever maschio che ha presentato all'età di 6 mesi un problema di paraplegia esordita prima al treno posteriore e poi progressivamente ha coinvolto il treno anteriore provocando una paralisi completa, il proprietario racconta che il cane muoveva solo gli occhi.
Sottoposto ad accertamenti siero-diagnostici che hanno escluso l'insorgenza di patologie quali: Toxoplasma gondii, Neospora caninum, Erlichia canis, Richettsia conorii, Leptospira, Leihmania infantum, si è proceduto, secondo protocollo diagnostico, ad una biopsia del muscolo bicipite femorale e del nervo peroneo che hanno permesso di formulare la diagnosi definitiva: neuropatia assonale attiva multifocale con marcata atrofia muscolare neurogena.
Sottoposto a terapia con Deltacortene ®(prednisolone) a scalare e Ranidil ® (ranitidina) Paco si riprende gradualmente dal suo deficit motorio in circa 6 mesi, successivamente trattato con cicli di FANS (antinfiammatori non steroidei) per il problema della displasia delle anche responsabili delle difficoltà deambulatorie e della debolezza manifestata a carico delle zampe posteriori.
Alla fine viene consigliato intervento chirurgico protesico, il proprietario preferisce affidarsi alla medicina omeopatica.
15 sett 2014: prima visita Paco età di 7 anni ed un mese.
In studio Lapo appare solare e piuttosto agitato, si lascia fare le radiografie di controllo che accertano la displasia delle anche e spondilosi lombare di 4° grado e toracica di 3° grado oltre che displasia della spalla dx.
Al momento presenta un problema alla zampa posteriore dx che tiene contratta e sotto di sé con zoppia a freddo che migliora camminando; quando si alza manifesta debolezza a carico delle zampe posteriori, guaisce all' estensione manuale della zampa post dx, il proprietario dichiara che ha difficoltà a scendere le scale.
Viene descritto come un cane affettuoso ma distaccato alla presenza di consimili, desidera coccole e contatto fisico, cerca la compagnia. Quando paralizzato la notte guaiva fino a quando qualche famigliare non stava accanto a lui.
Piuttosto geloso quando il proprietario è con la figlia, di fronte a discussioni tende ad isolarsi.

Ama stare sdraiato al sole, ed uscire anche con la pioggia.
Preferisce bere dalla ciotola dopo la passeggiata, ama la carne.
Si prendono in esame alcuni aspetti caratteriali e le modalità generali.
Repertorio RADAR OPUS
MIND - COMPANY - desire for - amel. in company
MIND - CONSOLATION - amel.
MIND - MAGNETIZED - desire to be
EXTREMITIES - WEAKNESS - Hips - right
EXTREMITIES - MOTION - beginning of - agg. - Lower limbs
GENERALS - PARALYSIS - accompanied by - congestion - Nerve centres; of
GENERALS - PARALYSIS - children; in
GENERALS - PARALYSIS - appearing gradually
GENERALS - PARALYSIS - extending to - Upward
GENERALS - PARALYSIS - flaccid paralysis

Prescrizione Omeopatica
Argentum phos 1 LM (Arg-p) SID per 14 gg

Follow-up 2 sett dopo:
sempre piuttosto indifferente nell'area cani con altri consimili, in studio sempre molto affettuoso, migliora l'andatura, ieri leggera zoppia post dx, altrimenti cammina benissimo.
Arg- phos 3 LM SID per 14 gg
Follow-up 4 settimane dopo:
sereno e gioviale, andatura più potente, addirittura salta spontaneamente il muretto di 60 cm di fronte allo studio, alla manipolazione dell'anca dx si lamenta ancora.
Arg-phos 3 LM BID per 14 gg
Follow-up 6 settimane dopo:
allegro ed affettuoso, non sta fermo un attimo, movimento più sciolto, scomparse le contrazioni alla zampa post dx, manto lucido e folto, articolazione anca in estensione ancora dolente.
Arg-phos 5 LM SID per 14 gg
Follow-up 8 settimane dopo:
Tremori dei muscoli arti posteriori solo dopo lunga passeggiata, muscolatura più potente, scompare la dolorabilità alla estensione zampa posteriore dx.
Follow-up 10 sett dopo:

il proprietario ci riferisce che Paco non ama che il proprietario gli tocchi le zampe posteriori, si infastidisce.
Arg-phos 7 LM SID per 14 gg
Follow-up 3 mesi dopo:
Tremolio zampa post dx anche quando sdraiato, andatura buona, non zoppica ormai più da tempo, buona estensione anche dei gomiti.
Follow-up 4 mesi dopo:
alto livello energetico, curioso, attivo, sale le scale senza affaticarsi.
Arg-phos 9 LM
La situazione tende a migliorare progressivamente tanto che continua ad assumere il rimedio a potenza crescente fino a quando Paco manifesta gradatamente un problema al post sx con difficoltà ad alzarsi e tremolio che coinvolge anche la zampa post dx. La situazione non sembra destinata a migliorare con ripetute somministrazioni del rimedio Argentum-phos a diluizioni crescenti e si decide di rivalutare il quadro generale che porta alla somministrazione dopo 12 mesi dalla prima visita di un altro sale: Zincum phosphoricum 1 LM (Zinc-p)
10 Maggio 2016: età 8 aa e 10 mesi
La sua andatura comincia a migliorare sin da subito, ricomincia la capacità di saltare i muretti, sparisce la difficoltà alla stazione quadrupedale, migliora la tonicità muscolare.
La prescrizione del rimedio Zinc-p a diluizione crescente consente un recupero funzionale rapido e corregge la difficoltà di Paco ad alzarsi con le zampe posteriori, la situazione tende a normalizzarsi.
Attualmente Paco sta assumendo Zinc-p 11 LM (Novembre 2016), riesce a salire a due a due gli scalini di casa anche se permane un leggero tremolio alle zampe posteriori quale esito di una patologia neurologica che ha lasciato tracce indelebili.

DISCUSSIONE

Nella pratica abbiamo visto come sia importante valutare attentamente ogni piccolo segnale o sintomo nuovo che emerge che ci può guidare ad una soluzione terapeutica diversa, magari non troppo lontana. Paco è da considerarsi un paziente fosforico da un punto di vista costituzionale pertanto nel corso del tempo si è deciso di modulare la prescrizione del rimedio passando ad un altro sale phosphorico.
Le condizioni cliniche e generali hanno permesso di riesaminare il caso a distanza di oltre un anno dalla precedente prescrizione a causa dell'evoluzione

del problema neurologico di Paco che faticava ad alzarsi con le zampe posteriori.
Entrambi i rimedi phosphorici hanno esercitato nel tempo un'azione benefica sia a livello osteoarticolare che sul piano neurologico oltre che generale ma la scelta finale è stata dettata dalla massima similitudine possibile.
Lapo risulta un cane piuttosto agitato nel complesso, frizzante, molto attivo e con una grande voglia di vivere; la nuova prescrizione ha consentito di ottenere un risultato rapido ed ha favorito un recupero funzionale del deficit motorio senza attendere oltre, i benefici sono stati pressochè immediati e tutt'ora duraturi.
Attualmente sta assumendo il rimedio a diluizione crescente con ottimi risultati a livello prognostico.

CONCLUSIONE

Affrontare una patologia cronico degenerativa come quella illustrata non è affatto semplice tenuto conto delle implicazioni cliniche che comporta a seguito dell'età anagrafica.
Queste neuropatie sono piuttosto subdole dal momento che impegnano la fibra nervosa e la guanina mielinica esterna e possono interessate singoli nervi (mononeuropatie) o fasci di nervi (polineuropatie) con effetti che si ripercuotono a carico di settori corporei più o meno ampi con deficit notevoli.
Le cause eziologiche vengono classificate in metaboliche, paraneoplastiche o idiopatiche mentre in alcune razze di cani, come sottolineato, la componente genetica sembra dimostrata, ma non si escludono cause autoimmunitarie.
Il rischio, oltre alla comparsa di eventuali recidive, è legato al deficit motorio di settori diversi che può rappresentare un' ulteriore complicanza per il Medico Veterinario con coinvolgimento diretto sulla funzionalità di veri e propri apparati come quello respiratorio.
Con la terapia omeopatica mirata al paziente possiamo augurarci di migliorare quelle che sono le condizioni cliniche generali tenendo controllata la progressione di una patologia che resta delicata a livello prognostico.
Abbiamo dimostrato come, attraverso la raccolta dei sintomi oggettivi e delle modalità, sia possibile puntare alla ricerca del rimedio costituzionale di fondo che ha offerto nel caso di Paco una sostanziale possibilità di recupero rapido e costruttivo garantendo un benessere psicofisico con follow-up di oltre 2 anni.

Bibliografia

W. BOERICKE - Materia Medica Omeopatica – traduzione del Dott Roberto Petrucci,2004

J. H. CLARKE- Dizionario di farmacologia omeopatica clinica- IPSA Editore, Palermo, 1994.

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.

H. DUPRAT –Materia Medica Omeopatica, vol. tre- Palombi Editori- 2013

R. PETRUCCI- Pediatria. Temi e concetti in Medicina Omeopatica-Asterias, Milano, 2007.

J. SCHOLTEN - Omeopatia e gli elementi della tavola periodica- Salus Infirmorum Editori, Roncade (TV), 2007.

F. SCHRORYENS – Synthesis 9.1- In RADAR 10.1. Archibel; 2008

F. VERMEULEN – Materia Medica Omeopatica Sinottica – Salus Infirmorum Editori, Roncade (TV), 2007

Figura 1. displasia anche

Figura 2. spondilosi lombo-sacrale

Figura 3. gomito sx

Figura 4. displasia spalla dx

Figura 5. Vertebre cervicali

Figura 6. Vertebre cervicali proiezione saggittale

Figura 7. Gomito dx

Figura 8. Paco oggi

Figura 9. Referto polineuropatia

Gustavo Dominici

Terapia omeopatica in una paziente anziana con malattia degenerativa. Il caso di Maria

ABSTRACT

INTRODUZIONE - Il lavoro è incentrato sul resoconto della terapia di una paziente anziana, attualmente 95enne e tuttora in cura. La paziente è stata curata omeopaticamente negli ultimi 13 anni della sua esistenza. In questo lasso di tempo si sono affrontate varie patologie degenerative, anche molto gravi.

MATERIALI E METODI - L'approccio al paziente è quello caratteristico dell'Omeopatia Classica o Hahnemaniana. Ad una visita medica con esame obiettivo e relative diagnosi segue una visita globale per comporre un quadro clinico paragonabile per similitudine ai sintomi patogenetici di un rimedio omeopatico. Si è fatto uso del repertorio omeopatico informatizzato per un veloce confronto fra i sintomi del paziente e quelli del rimedio. Le visite sono state effettuate quasi interamente a domicilio. Spesso i sintomi raccolti sono stati successivamente elaborati in studio per migliorare il risultato della ricerca e permettere diagnosi differenziali accurate. Si è ricorso sporadicamente all'uso del placebo per garantire alla paziente la fondamentale sensazione di "sentirsi curata". Sono stati estrapolati i momenti più significativi dei 13 anni di terapia corrispondenti alla malattia degenerativa in causa al momento o alla esacerbazione di una di esse.

RISULTATI - Si descrivono i 10 quadri clinici più importanti intercorsi nei 13 anni di terapia con relativa sintomatologia, terapia ed evoluzione. Si analizza in particolare il quadro clinico di anemia aplastica, completamente risolto con la terapia omeopatica.

DISCUSSIONE – I risultati ottenuti portano a considerazioni nei riguardi della reattività dei pazienti anziani e delle patologie degenerative di cui sono portatori. Si evidenziano i rimedi omeopatici e le potenze principalmente utilizzati, la modalità di presa del caso, la scelta dei sintomi e del rimedio simillimum; le scelte relative all'evoluzione della terapia con cambio di potenza o di rimedio. Si esaminano infine le circostanze favorevoli o meno all'esito positivo che hanno giocato un ruolo determinante nel caso in questione.

CONCLUSIONI – Il caso clinico scelto per il lungo follow up è sostanzialmente sovrapponibile a molti altri casi clinici in soggetti simili. In particolare si dimostra come, nonostante l'età elevata e la gravità delle patologie in questione, sia possibile contenere malattie degenerative e persino risolverle, migliorando sostanzialmente la prognosi iniziale.

PAROLE CHIAVE

Patologie degenerative – Pazienti anziani - Omeopatia Classica o Hahnemaniana – Quadri clinici – Anemia aplastica - Potenze omeopatiche – Simillimum del caso.

INTRODUZIONE

Per malattie degenerative intendiamo malattie croniche riguardanti ogni organo o apparato, non a carattere specificamente infiammatorio, che in maniera ingravescente portano ad alterazioni permanenti o atrofia cellulare e strutturale.

L'anziano è inevitabilmente portatore di malattie degenerative di varia gravità, che vanno dalla comune artrosi ad atrofia cerebrale.

Il seguente lavoro è incentrato sul resoconto della terapia di una paziente anziana, attualmente 95enne e tuttora in cura. La paziente è stata curata omeopaticamente negli ultimi 13 anni della sua esistenza. In questo lasso di tempo si sono affrontate varie patologie degenerative.

MATERIALI E METODI

L'approccio alla paziente è stato quello caratteristico dell'Omeopatia Classica o Hahnemaniana. La visita medica con esame obiettivo e relative diagnosi viene completata con la ricerca della
sintomatologia fisica e mentale caratteristica del paziente, anche se non patognomonica di malattie. Il quadro clinico globale ottenuto viene confrontato con i sintomi patogenetici dei rimedi omeopatici per individuare quello più simile. Tale rimedio, detto *simillimum*, costituisce la terapia e viene prescritto a potenza varia ed a diversa frequenza di somministrazione.

Per facilitare l'individuazione del rimedio si è fatto uso del repertorio omeopatico informatizzato[1] che permette un veloce confronto fra i sintomi.

Le visite sono state effettuate quasi interamente a domicilio, per le condizioni cliniche e l'età della paziente e per la favorevole situazione di vicinanza fra la sua abitazione e lo studio medico.

Spesso i sintomi raccolti al capezzale sono stati successivamente elaborati in studio per migliorare il
risultato della ricerca e permettere diagnosi differenziali accurate.

In base ai risultati terapeutici si è deciso di volta in volta se: mantenere il rimedio assunto, modificandone o meno la potenza; sostituire il rimedio con un altro più adeguato alla situazione. Si è ricorso sporadicamente all'uso del placebo quando c'era semplicemente da attendere, questo per garantire alla paziente la fondamentale sensazione di "sentirsi curata".

E' stato determinante l'apporto della figlia della paziente per l'attendibilità e la precisione nel riportare la sintomatologia.

Dei 13 anni di terapia sono stati estrapolati i momenti più significativi, elencati cronologicamente per mantenere il senso evolutivo del case report, corrispon-

denti alla malattia degenerativa in causa al momento o alla esacerbazione di una di esse.
Per ognuno di questi eventi si mostrano i sintomi soggettivi ed oggettivi più significativi, talvolta riportando le parole stesse della paziente. Vengono evidenziate le indicazione repertoriali ed infine
la prescrizione, i risultati e l'evoluzione.

Note: i sintomi scritti in corsivo corrispondono ad espressioni della paziente o dei suoi familiari; i sintomi scritti in maiuscolo sono particolarmente intensi e significativi, importanti per la prescrizione.

RISULTATI

>>> BRONCHITE ACUTA IN BPCO

17 Febbraio 2003 – Prima visita. Domicilio Paziente di anni 82
8 giorni or sono rinite, tosse e mal di testa *infernale*. *Tutto è iniziato con delle vertigini.*
Da ieri *respiro strano*.
Respiro corto e frequente, tosse grassa Non ha fame né sete
Dolore al fianco sinistro
Quando è malata diventa taciturna
ANSIOSA PER TUTTO: RITARDI DELLA FIGLIA, PER GLI ALTRI, PER LE COSE DA FARE.
In genere dormo bene, ma da un po' MI SVEGLIO TUTTE LE NOTTI ALLE 3.
MOLTO FREDDOLOSA, mancanza di calore vitale.

Esame obiettivo: Poco vigile e scarsamente partecipe alla visita. Lingua molto arrossata; tagli agli angoli delle labbra.
In terapia con Microser® e Inderal® (½ cp/die).
Diagnosi: riacutizzazione in quadro di BPCO; fibrillazione atriale.

L'ansia per sé e per gli altri, il risveglio notturno e la marcata freddolosità vengono considerati elementi sufficienti a prescrivere: ARSENICUM ALBUM 30CH
10 granuli in soluzione dinamizzata, un sorso ogni 4 ore. Esito: netto miglioramento della bronchite in pochi giorni. Continua ad assumere Arsenicum album 30CH x 2/die

>>> ASTENIA DA FIBRILLAZIONE ATRIALE

13 Marzo 2003
La bronchite acuta è velocemente migliorata, rimane del catarro cronico con tosse produttiva e
sporadica. La paziente è più vigile e più partecipe alla visita, riferisce lei stessa i sintomi.
Ho una GRAN FIACCA … FIATONE … sudorazione … debbo sdraiarmi. In Primavera è sempre così.
Ho una sensazione di tremore, dappertutto, anche in testa.
Ho mal di testa, ci sono cresciuta, si sta riaffacciando. (Assume Cibalgina®).
Ho anche mal di testa alla fine di una crisi di tosse.
Ripenso agli errori fatti, ai torti fatti … perché io ho sbagliato! (Molto autocritica)
Molto PESSIMISTA, pensa sia accaduto qualcosa di spiacevole.
Risveglio alle 2-2.30.
OB: Il polso è debole, evidente FIBRILLAZIONE ATRIALE A BASSA FREQUENZA, che le impedisce il minimo sforzo.

La paziente sta globalmente meglio, è più lucida e più presente, ma si presenta angosciata, pessimista e molto debole. Per lo stato di fibrillazione in un cuore debole e la condizione di pessimismo e tristezza si prescrive: DIGITALIS PURPUREA 5CH – tre granuli per due volte al giorno. Controllo fra 14 giorni.

FOLLOW UP
Dopo 14 giorni la paziente si mostra persino vivace e notevolmente più energica. Afferma con convinzione: *Faccio passi da gigante! Voglio scacciare il male!*
Si mantiene invariata la terapia con Digitalis 5CH. Si sospende definitivamente Inderal®.

La paziente mantiene una discreta condizione per mesi. Periodici resoconti telefonici.
In uno di questi viene prescritto Gelsemium 30CH per debolezza e tremori, senza rilevanti risultati.

>>> INSONNIA - ANSIA - DEPRESSIONE

18 Settembre 2003
La paziente ha trascorso sei mesi in discreta salute, con miglioramento dell'astenia e della
funzionalità cardiaca, senza riesacerbazioni bronchiali. Da qualche tempo il sonno è notevolmente peggiorato ed è comparsa una certa inquietudine.

Insonnia ed inquietudine dalle 2 in poi, di giorno è poi sonnolenta.
MOLTO APPRENSIVA PER RITARDI, PER DISGRAZIE, IMMAGINA SEMPRE "COSE NERE" PER I SUOI FAMILIARI.
SENSAZIONE DI TREMORE INTERNO MOLTO FORTE.
RIPENSA A COSE DEL PASSATO, LA NOTTE: *cosa ho sbagliato?! L'infanzia … Un figlio che mi ha urtato* (la figlia: *E' sempre stata molto suscettibile e molto facilmente offesa*).
Sogno sempre di essere inseguita, corro, mi nascondo …

1. MIND - ANXIETY - family; about his
2. GENERALS - TREMBLING - Internally
3. MIND - DWELLS - past disagreeable occurrences, on
4. MIND - DWELLS - past disagreeable occurrences, on - night
5. MIND - OFFENDED, easily PLATINUM METALLICUM 5CH x 2/die.

FOLLOW UP
Dopo 3 settimane, in base al riscontro telefonico positivo, si prescrive Platinum 15CH x 2.

Dopo 3 mesi (Dicembre 2003) alla visita si rileva un miglioramento globale, sia a livello fisico che di umore. Il tremore interno è praticamente scomparso.
I pensieri cattivi e tristi mi venivano di notte, ora solo quando non dormo (che succede raramente).
Il passato è passato! In effetti è molto più concentrata sul presente. Platinum metallicum 15CH x 2

Dopo ulteriori 5 mesi (Maggio 2004) la paziente racconta con entusiasmo di essere stata molto bene, di non aver avuto nemmeno un raffreddore.

Ora ha una riacutizzazione dei problemi toracici e all'auscultazione un rantolo alla base dell'emitorace destro. PLATINUM METALLICUM 30CH x 2/die
Dopo 7 giorni all'auscultazione il rantolo è scomparso.

>>> ASTENIA – STIPSI – BRONCHITE ACUTA

10 Maggio 2005
Buone condizioni fino a Marzo 2005, quindi per un anno e mezzo, un tempo molto lungo.
Ha assunto i granuli fino a Novembre. Poi è tornata la debolezza, il mal di testa, una rinite, inquietudine ed insonnia notturne. La situazione era comunque accettabile ed ha preferito non chiamare. Conferma che in Primavera ammala facilmente. Attualmente:
Fiacca, MI PESANO LE BRACCIA, MI CADONO GIU'!
Pensieri neri, disgrazie a familiari, morte se qualcuno ritarda, aggressioni … mi impressiono molto anche guardando la TV.
TOSSE, mi si chiude la gola, DIVENTO ROSSA INVISO, mi spavento, non trovo l'aria. Anche molto catarro.
INTESTINO STITICO, 3-4 giorni e anche più. FORMICOLIO ALLA COSCIA sinistra.

I sintomi evidenziati (stipsi, formicolio, pesantezza degli arti, bronchite con rossore del viso) portano alla prescrizione di OPIUM CRUDUM 200K + 35K x 2/die.

FOLLOW UP
La terapia con Opium si dimostra molto efficace. La paziente trascorre un'ottima estate, la stipsi si allevia e tutto migliora. Un altro tubo dose telefonicamente.
Visita domiciliare in Ottobre 2005. Vista l'ottima reazione ad entrambe le somministrazioni di 200K, si prescrive Opium crudum MK + 35K x 2/die.

>>> BRONCOPOLMONITE DESTRA

Dopo circa 30 giorni dall'assunzione di Opium crudum MK viene richiesta una visita domiciliare urgente per "colica biliare".

In realtà all'esame obiettivo la diagnosi è di sospetta bronco polmonite destra con risentimento di tutto l'emitorace. Prescrivo CHELIDONIUM 30CH x 4/die.

Dopo 3 giorni, al controllo, trovo tutto incredibilmente scomparso. Di certo la paziente non ha più alcun dolore all'emitorace destro, né è più presente alcun rantolo. Continua con Opium crudum 35K x 2.

>>> TROMBOFLEBITE PROFONDA GAMBA SINISTRA

15 Dicembre 2005
La figlia della paziente richiede una visita urgente per un disturbo acuto della madre, un dolore alla
gamba sinistra. Alla visita rilevo un chiaro quadro di tromboflebite profonda con rischio di trombo embolia. La situazione è troppo delicata, si decide per il ricovero, nonostante l'avversione della paziente per medici ed ospedali.
Nota: la paziente non mi perdonerà mai più di averla mandata in ospedale, da quella vicenda ogni volta mi guarderà in cagnesco ricordandomi la scelta fatta, subita come sorta di tradimento imperdonabile.

La paziente viene rivista al rientro a casa. E' peggiorata in generale, ogni suo sintomo è peggiorato, sia a livello fisico - la stipsi, l'astenia, il catarro bronchiale - sia a livello mentale: sta giù, vede tutto nero, si sente come *un peso morto.* Il quadro clinico si è "sporcato" e la prescrizione non è semplice. Prescrivo ARSENICUM ALBUM 30CH, medicina che è sempre stata efficace in condizioni di emergenza. Sospensione del Mepral®, mantenere Coumadin® e Lanoxin® (farmaci prescritti durante il ricovero).

FOLLOW UP
La paziente migliora; dopo due mesi viene prescritto Arsenicum album 200K. Ancora miglioramento, ciò nonostante la paziente non recupererà mai completamente lo stato antecedente l'evento tromboflebitico.

>>> ASTENIA – PERDITA DI MEMORIA – BPCO – FRATTURA FEMORALE

22 Maggio 2006
Una grande fiacca, stroncata, da mettermi a letto.
Rinite e tosse passate e tornate più volte. Attualmente tosse con molto catarro.
Perdita di memoria rilevante: il giorno, le cose da fare; a tratti smarrimento.
RIPENSO MOLTO ALLE COSE DEL PASSATO. HO SUBITO PREPOTENZE! Ce l'ho con me,
sono stata fessa … mi sento cattiva per cose fatte da altri …
La figlia: *NON VUOLE ESSERE AIUTATA.*
Chiedo se desidera cibi con sale: *Recentemente è una capra!*

La sintomatologia è suggestiva per Natrum muriaticum, da qui la domanda circa il desiderio di sale. La repertorizzazione, considerando l'intensità dei sintomi, conferma la scelta.
1. MIND - DWELLS - past disagreeable occurrences, on
2. MIND - CONSOLATION - agg.
3. GENERALS - FOOD and DRINKS - salt - desire NATRUM MURIATICUM 200K + 35K x 2

FOLLOW UP
Controllo in Novembre (a distanza di 6 mesi): *Ottima estate!* Consuma meno sale. Intestino peggiorato da 1 mese e mezzo. Natrum muriaticum MK + 35K x 2.

Ancora un ottimo inverno. Non più cefalea, oramai da molto tempo. Tornata l'astenia. Natrum muriaticum MK + 35K x 2.

La paziente si mantiene in buone condizioni esclusivamente con Natrum muriaticum per circa 20 mesi. Da rilevare che sta gradualmente perdendo la memoria, sintomo che appare irreversibile ed inarrestabile nel suo lento aggravamento.

Nel Febbraio 2008 cade e si frattura il femore. Viene ricoverata. Al ritorno a casa alla visita di controllo viene prescritto LEDUM PALUSTRE 30CH per due volte al giorno per gonfiore e pesantezza alle gambe. In meno di un mese recupera totalmente la funzione di entrambi gli arti inferiori. Di nuovo viene prescritto Natrum muriaticum MK, poi XMK e ancora per ulteriori due anni.

La paziente ora ha 89 anni. Farmaci convenzionali assunti: Coumadin®, Lanoxin®.

>>> ANEMIA APLASTICA

Nel 2011, all'età di 90 anni, la paziente soffre per catarro bronchiale, estrema astenia, inappetenza e perdita di memoria. Un esame del sangue rileva anemia aplastica con Hb inferiore a 7. Inizia terapia trasfusionale con cadenza iniziale di quattro mesi fino ad arrivare a due mesi. Non vengono effettuate indagini per cercare le eventuali cause; va comunque esclusa l'etiologia tossica, così come l'etiologia da radiazioni. Il diminuito tempo di latenza fra una trasfusione e l'altra rende la prognosi non favorevole. La esacerbazione della BPCO, associata alla condizione anemica, contribuisce ad aggravare il quadro clinico.

Novembre 20012
Non visito la paziente da molti mesi.
Telefonicamente per tosse catarrale sono stati prescritti Ammonium carbonicum ed Opium crudum. Pochi giorni or sono è stata effettuata una trasfusione
Inappetente: *Non mi va nulla!*
Note: polemica, si turba facilmente, non vuole interferenze, non vuole essere scocciata. Dorme tutto il pomeriggio, russando.
Dolori alle gambe, per cattivo tempo, prima sinistra e poi destra. Peggio prima di un temporale. Verso le 10.30-11 *si sente male*, subentra una intensa *fiacca*.
La figlia aggiunge:
Probabilmente non sente più i sapori, tutto è *cattivo*. ANEMIA APLASTICA. PERDITA QUASI TOTALE DELLA MEMORIA PER L'ATTUALITA', MANTIENE LA
MEMORIA PER LE COSE PASSATE. C'è stato un netto peggioramento dopo l'intervento per la frattura femorale.

Si riflette per qualche giorno prima di prescrivere. La condizione della paziente è in lento ma inesorabile declino, sia a livello intellettivo che come energia vitale; in più un'anemia aplastica ingravescente, che desta seria preoccupazione. Nonostante l'attenta raccolta dei sintomi non si riesce ad evidenziare con chiarezza un rimedio, diversamente dal passato.
Infine il deterioramento generale e l'anemia fanno propendere per PLUMBUM METALLICUM 30CH x 2 x 21 giorni. Poi un controllo.

FOLLOW UP
C'è una buona risposta terapeutica e dopo le tre settimane si continua con il rimedio.
Si passa alle potenze LM per evitare le incognite della ripetizione della 30CH, la 12LM, per tornare poi la 30CH che si rivela realmente efficace nel tempo e senza alcuna controindicazione.
Le trasfusioni rallentano fino a cessare definitivamente. Attualmente e da tempo (2016) la paziente è produce i globuli rossi di cui necessita, con un tasso di Hb superiore ai 12g/dl.
In questo lasso di tempo c'è stato un episodio lipotimico, recuperato con Arsenicum album 30CH, che si conferma un ottimo rimedio per i casi acuti.

>>> TRAUMA PSICHICO

18 Ottobre 2013
Due mesi fa è morto improvvisamente il marito. La paziente sembra non essersene accorta, non
chiede di lui, ma il suo livello di coscienza si è abbassato di molto e sono apparsi nuovi sintomi: sembra aver registrato la perdita a livello subconscio.

Alla visita stenta a riconoscermi; la memoria è molto peggiorata e la situazione si aggrava con i cambi di tempo.
Durante la visita TENDE AD ADDORMENTARSI, DEVE ESSERE SCOSSA PER
RISVEGLIARSI, e così via ripetutamente.
Afferma di avere un dolore al ginocchio destro, che poi però dimentica. Alzandosi da sdraiata o sdraiandosi accusa giramenti di testa.
Ad un certo punto MI SCACCIA, NON MI VUOLE, DICE CHE ME NE DEVO ANDARE, CHE LEI NON HA BISOGNO DI NULLA.
Teme di rimanere sola, di essere portata via; vuole che le si tenga la mano.
I sintomi evidenziati sono dei keynotes, si prescrive: ARNICA MONTANA 30CH x 2 FOLLOW UP
Notevole miglioramento, superiore alle attese. In base ai risultati viene mantenuta la terapia per tre mesi.
Nel Gennaio 2014, per una riacutizzazione bronchiale e per i sintomi di paura-terrore di essere rapita, viene prescritto Arsenicum album 30CH e poi 200K, con miglioramento bronchitico, ma non degli altri sintomi.

>>> DELIRIO SENILE

8 Luglio 2015
La paziente non ha più effettuato trasfusioni.
E' dimagrita, molto inquieta; ha lo SGUARDO notevolmente SPAVENTATO.
TIENE COSTANTEMENTE STRETTA LA MANO DEL FIGLIO/A CHE LE STA VICINO.
Si risveglia terrorizzata dal sonno gridando: *Dove sto? Mi portano via!*
La figlia afferma che in Gennaio c'è stata una CONDIZIONE COMATOSA per qualche ora, in cui la paziente era FREDDA GELIDA, SENZA COSCIENZA, COME MORTA.
Dolore alle ginocchia. Stipsi.
➢ MIND - CLINGING - - grasps at others: (8) agar. ant-t. ars. *Camph.* lac-cp. op. phos. puls. Il sintomo "aggrapparsi agli altri", che ben corrisponde alla realtà in quanto la paziente non si limita
a tenere la mano di chi le sta accanto, viene scelto come keynote; sommato alla condizione oggettiva del corpo, col freddo e lo stato semicomatoso, porta a prescrivere: CAMPHORA 5CH x 2/die. Successivamente 30CH x 2/die.

FOLLOW UP
La paziente continuò la terapia per 5 mesi. Il terrore scomparve definitivamente, rimasero inevitabili paure, in particolare che la portassero via, da qualche parte. La paziente è molto più gestibile. Camphora 30CH, prescritta con una frequenza maggiore, guarisce anche una bronchite acuta autunnale.

Nel dicembre 2015 si aggrava la situazione bronchiale: Antimonium tartaricum 30CH risolve la crisi respiratoria.
Nell'Aprile 2016 un aggravamento dell'astenia viene risolto da Acidum muriaticum 30CH. Ultima visita il **13 Luglio 2016**.
Non più trasfusioni; tosse rara; dolori diffusi alle gambe. Vuole che le si tenga la mano, ma solo per conforto.
Qualche lieve episodio di paura di essere portata via, di lieve entità. Parla nel sonno, anche frasi distinte.
Il problema attuale è che tende a dormire tutto il pomeriggio e la sera, riuscendo a stare sveglia solo al mattino. Questa condizione sembra aggravarsi.
Si prescrive OPIUM CRUDUM 200K + 35K x 2.

Dopo 2 settimane la figlia comunica che la paziente si è ripresa e riesce a stare più sveglia. Viste le condizioni decide di portarla alla casa al mare.
Accetta con entusiasmo che pubblichi il caso clinico della madre, attualmente quasi 94enne.
E comunque, nonostante il trascorrere degli anni ed il deteriorarsi della memoria, per la paziente il sottoscritto è sempre "quello che la mandò in ospedale", uno di cui non potersi fidare fino in fondo.

DISCUSSIONE

Il caso clinico presentato con il suo lungo follow up fornisce suggerimenti e possibilità, favorisce considerazioni e pone alcuni quesiti.

REATTIVITA' DEI PAZIENTI ANZIANI
I pazienti anziani hanno un livello di energia vitale più basso della media e quindi una minore reattività allo stimolo omeopatico. Ciò nonostante il caso clinico dimostra inequivocabilmente che il rimedio preciso porta sempre risultati terapeutici, fino a soluzione di malattie degenerative con riattivazione di tessuti che sembrano definitivamente atrofizzati (tessuto midollare).

RIMEDI OMEOPATICI UTILIZZATI, POTENZE, MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE
Arsenicum album, Digitalis purpurea, Platinum metallicum, Opium crudum, Natrum muriaticum, Plumbum metallicum, Arnica montana, Camphora sono stati i principali rimedi utilizzati. Sporadicamente e per breve lassi di tempo si sono utilizzati: Antimonium tartaricum, Drosera rotundifolia, Acidum muriaticum.

Si è mantenuto lo stesso rimedio fino a che si dimostrava efficace, cambiando potenza quando il miglioramento cessava ma rimaneva la stessa sintomatologia.
Si è cambiato rimedio dopo una evidente inefficacia o cessazione del miglioramento con modifica sostanziale della sintomatologia.

La terapia alcune volte è iniziata da potenze centesimali basse: 5CH, per passare poi alla 15CH e successivamente alla 30CH. Più spesso ed in seguito si è partiti direttamente dalla 30CH. Il rimedio è stato ripetuto per 1 o 2 volte al giorno anche per lungo tempo, fino a vari mesi. La situazione è stata monitorata con frequenza. Per evitare eventuali inconvenienti dovuti alla ripetizione

della dose è stato utilizzato il metodo della dinamizzazione in plus, niente affatto gradito dalla paziente e di fatto presto abbandonato. Comunque non è mai stata rilevata la comparsa di sintomi propri del rimedio stesso (patogenetici) o altri inconvenienti attribuibili anche ipoteticamente all'eccessiva somministrazione del rimedio. Al contrario, in questo caso clinico ci sono evidenze sufficienti per affermare che il buon risultato sia dovuto o favorito dalla ripetizione di basse potenze omeopatiche (da 5 a 30CH) per periodi di tempo di varia durata.

In due occasioni si sono utilizzate le potenze LM, che hanno dato risultati, ma non fornito vantaggi apparenti. Non erano gradite dalla paziente per l'assunzione in gocce piuttosto che in granuli, per cui sono state abbandonate.

Sono state utilizzate potenze 200K, sempre con buon risultato e senza inconvenienti, ed anche potenze MK ed XMK. Nel caso di Opium crudum, dopo aver somministrato con successo e per due volte la potenza 200K, si è passati alla MK. Dopo circa 30 giorni la paziente ha sofferto di un episodio broncopolmonare, forse un semplice episodio esonerativo, facilmente risolto. A distanza di mesi ha avuto una tromboflebite profonda agli arti inferiori. Pur non avendo alcuna prova che quest'ultimo episodio sia stato favorito dalla potenza utilizzata, nel prosieguo della terapia si è avuta una cautela ancora maggiore e le potenze elevate sono state utilizzate con circospezione.
Con Natrum muriaticum, utilizzato più volte anche alla potenza XMK, non si è rilevato nessun tipo di inconveniente.

SCELTA DEL RIMEDIO SIMILLIMUM

La presa del caso è stata sempre semplice, diretta ed essenziale, cercando di evidenziare i sintomi prevalenti, chiari, ben definiti e peculiari della paziente. In sostanza i sintomi caratteristici. La scelta dei sintomi per la prescrizione è stata anche questa sempre essenziale, cioè sintetica, onde evitare eccessive e troppo complesse diagnosi differenziali che avrebbero portato più confusione che possibilità terapeutiche.

Molto spesso si è preferito prendere tempo per studiare la sintomatologia alla prescrizione immediata al letto del paziente. 48 ore di riflessione aumentano notevolmente le possibilità di successo, consentendo una sedimentazione delle informazioni ottenute ed una conseguente migliore valutazione delle stesse.

CIRCOSTANZE CHE HANNO MODIFICATO LA PROGNOSI

La possibilità di visitare il paziente a domicilio, favorita dalla vicinanza della sua abitazione allo studio, è stato un fattore determinante. Ha anche permesso di rivalutare a breve situazioni difficili e potenzialmente pericolose, verificando di persona l'evoluzione del caso.
La collaborazione efficace di uno dei familiari è stata anche fattore determinante. La figlia in particolare, consapevole dell'importanza della scelta terapeutica, intelligente ed attendibile, è stata elemento prezioso.

CONCLUSIONI

Il caso illustrato con il prolungato follow up permette una visione d'insieme di una terapia omeopatica in un paziente molto anziano. Le conclusioni che si possono trarre sono certamente estensibili ad altri pazienti in simili condizioni e con gli stessi fattori esterni favorevoli (possibilità di andare a domicilio, collaborazione dei familiari).
Questo caso clinico dimostra che è possibile con la terapia omeopatica contenere e persino risolvere malattie degenerative di rilevante gravità. Questo non ci dà la possibilità di pronunciare prognosi favorevoli in situazioni apparentemente simili, ma ci fornisce la consapevolezza che applicando al meglio i principi basilari della Medicina Omeopatica si possono ottenere risultato che vanno oltre le più ottimistiche attese.

BIBLIOGRAFIA

1. Schrojens, F: RADAR SYNTHESIS – Versione 8.1 e seguenti – ARCHIBEL, Assesse (Belgio), 2002-20016.
2. Hahnemann, CFS: Organon dell'Arte del guarire – VI ed. – trad. G. Riccamboni, a cura della L.U.I.M.O. – Napoli, 1987.
3. Kent, JT: Lectures on homeopathic Materia Medica – B. Jain Pub., New Delhi, 1990
4. Papadakis, MA; McPhee, SJ: CURRENT Medical Diagnosis & Treatment (Ed. Italiana) – PICCIN - Padova, 2015

Ringraziamenti

Alla figlia della paziente per la sua disponibilità alla pubblicazione e diffusione del caso clinico, perché possa essere utile a riportare in salute altre persone con sofferenze simili.

Sara Leoncini

Dalla malattia ai medicinali omeopatici unitari: la Sintropia come causa primaria della guarigione nell'omeopatia unicista

ABSTRACT

INTRODUZIONE: l'acqua come sostanza vitale che permette la vita e permette anche la guarigione attraverso un'azione sinergica e sintropica tra il rimedio omeopatico che funge da attratore e che pertanto concentra l'energia in maniera favorevole al malato, interagendo con la sua forza vitale e le sue emozioni.

Dal concetto di malattia, arriveremo alle proprietà dell'acqua in quarta fase, secondo la più moderna teoria dei domini di coerenza, che ci permette di spiegare poi, il funzionamento dei medicinali omeopatici allo stato attuale dell'arte.

Verrà illustrato, inoltre, come la sintropia possa rappresentare la causa della guarigione operata dall'omeopatia unicista nel complesso ambito della relazione medico-paziente-''rimedio''.

MATERIALI E METODI: Revisione della letteratura dal 1950, quando uscì la teoria della sintropia del matematico L. Fantappiè ai giorni nostri, considerando le ultimissime scoperte sulle proprietà dell'acqua ionizzata (teoria dei domini di coerenza) che, integrando conoscenze di biosifica classica e di fisica quantistica, ha permesso di elaborare una teoria, provata e riproducibile, sull'acqua in quarta fase e sul passaggio, accertato, di informazione delle sostante diluite e dinamizzate, quali i rimedi omeopatici. Queste informazioni sono state integrate con gli studi dei coniugi Di Corpo sulla sintropia e con gli studi sul mondo della complessità in omeopatia del dr M. Mangialavori attraverso un puntuale e preciso confronto tra medicine allopatiche e medicine omeopatiche, nel senso hannemaniano. Tali considerazioni permetteranno di capire come la teoria della sintropia è alla base della guarigione nell'unicismo e come possa rivoluzionare la relazione medico-paziente, costituendo essi stessi un sistema coerente, proprio come l'acqua in quarta fase, grazie al fatto che sia il medico, sia il paziente sono sistemi dinamici.

RISULTATI: L'opera di revisione e la ricerca svolte per questo lavoro ci hanno permesso di intuire maggiori spiegazioni circa il funzionamento delle medicine omeopatiche, le quali non sono un placebo, bensì un verum, esattamente come le allopatiche, ma a differenza di queste ultime, per le loro proprietà intrinseche, ai dosaggi terapeutici, prive di effetti collaterali e soppressivi.

Grazie agli studi sulla sintropia di Di Corpo e Vannini si può dimostrare come esiste una quarta dimensione, la retrocausalità, che agisce prevalentemente sul sistema nervoso parasimpatico e sulle emozioni, citando, Vithoulskas e che si verifica anche nell'acqua in quarta fase con il rimedio. In tale liquido, infatti, ad una determinata temperatura ed a una data frequenza, si crea una energia negativa (inferiore a zero), formata da una corrente di soli elettroni, all'interno del dominio di coerenza dell'acqua stessa, che attraverso la gap energy si trasforma in informazione e permette l'azione del rimedio. Questa scoperta è epocale, perché permette azioni terapeutiche impensabili anche solo fino a pochi decenni fa e soprattutto permette di selezionare l'azione terapeutica da compiere, scegliendo il rimedio opportuno.

Pertanto considerando la malattia del paziente come l'effetto e non come la causa dei suoi problemi di salute e considerando invece la guarigione come la causa dell'azione terapeutica da compiere è possibile creare un sistema coerente tra medico e paziente che agisca a livello sintropico, in entrambi.

Conclusione: L'esistenza di una quarta dimensione temporale, la retrocausalità è ormai accertata da diversi studi in diverse parti del mondo. Tale dimensione è attiva sul sistema delle emozioni e sul sistema autonomo e, opportunamente utilizzata e interpretata, permette di raggiungere, se non la guarigione, uno stato di salute integrato e maggiormente consapevole da parte del malato, nel complesso ambito della relazione medico-paziente-rimedio. Questo equilibrio tra sintropia ed entropia è alla base del funzionamento delle medicine omeopatiche nell'unicismo, grazie alla recente teoria dei domini di coerenza, dell'acqua in quarta fase e delle sue proprietà.

PAROLE CHIAVE: Rimedi unitari, acqua sintropia, guarigione

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità descriveva nel 1948 la condizione di salute come "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità." (1) Nel 1986 tale definizione è stata cambiata come segue: "la promozione della salute è il processo che consente alla gente di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo deve poter individuare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e modificare l'ambiente o adattarvisi". (1) Per malattia, invece, si intende una condizione anormale di un organismo, causata da alterazioni organiche o funzionali che compromettono la salute del soggetto, che per Hahnemann è una deviazione dallo stato di salute (2).

La parola farmaco deriva dal greco pharmakon, che vuol dire veleno (3). In farmacologia un farmaco è una sostanza esogena, organica o inorganica, naturale o sintetica, capace di indurre modificazioni funzionali in un organismo vivente, positivamente o negativamente, attraverso un'azione fisica, chimica o fisico-chimica (4).

I rimedi hanno azioni differenti, inducono nella sperimentazione sintomi differenti (7) e curano malattie diverse tra loro. Tanto più che rimedi diversi tra loro, per regno o per famiglia di appartenenza, possono curare la stessa

malattia in soggetti differenti, cosa ad esempio, che non può verificarsi con la medicina tradizionale occidentale, dove uno stesso farmaco o classe di farmaci cura la stessa malattia-sintomo in tutti i pazienti. Il paradosso è che tale affermazione viene presa come concetto chiave per la riproducibilità e l'efficacia della sostanza, mentre è noto come questi inducano alterazioni molto gravi nel tempo, agendo in prevalenza per meccanismi soppressivi, o comunque parziali e locali.
L'acqua è l'eccipiente di preparazione del medicinale omeopatico, cioè quella sostanza che ne permette il meccanismo d'azione e ne preserva l'efficacia. Come dimostrato dagli studi di L. Montagnier (8), e una decina d'anni prima di lui, dagli italiani E. Del Giudice, G. Preparata e V. Elia, l'acqua non ha solo 3 stadi, solido, liquido e gassoso, ma molti di più (ne sono stati scoperti fino a 15) (9). Egli ha dimostrato che esistono dei domini di coerenza dell'acqua, ovvero strutture intermolecolari dell'idrogeno e dell'ossigeno che portano informazione diversa a seconda delle sostanze in essa contenuta, e che trasmettono energia elettro-magnetica secondo la teoria dei quanti (10). Quindi, per primo, osserviamo che i rimedi omeopatici unitari sopra la 12^ diluizione centesimale, sciolti in acqua, hanno la capacità di riaggregare le molecole della stessa, come se ci fosse realmente quella sostanza in essa disciolta, e che ogni rimedio induce informazioni diverse nella struttura dell'acqua stessa. Secondo, si può comprendere come il meccanismo di azione dei rimedi unitari sia sempre di tipo recettoriale, come per qualsiasi altro farmaco, dato che, modificando la struttura molecolare dell'acqua grazie ai domini di coerenza, essa porta comunque l'informazione desiderata, agendo sulle cellule viventi sia in vitro che in vivo (10). Personalmente, abbraccio l'idea che ogni essere vivente emette onde elettromagnetiche per il solo fatto che è vivo (11) e altrettanto è possibile per liquidi e sostanze biologiche (23). Questi campi elettromagnetici hanno una intensità molto bassa che può venir percepita da altri organismi e sostanze, funzionando da attrattore (12).
A questo punto è necessario introdurre il concetto di Sintropia e vedere quale legame offre con la guarigione nel metodo clinico unicista.
La Sintropia (dal greco syn = insieme, convergente, e tropos = direzione) è la capacità di concentrare energia verso strutture sempre più ordinate e complesse, attraverso leggi matematiche e fisiche ben specifiche e note dagli anni quaranta (12). Il concetto introdotto da Erwin Schrödinger nel suo libro "What is life" pubblicato nel 1943, equivaleva a quello coniato dal fisico italiano Luigi Fantappié nella "Teoria unitaria del mondo fisico e biologico" del 1942. Ciò permette di entrare in contatto con il futuro, cioè con ciò che ancora deve

accadere, e in qualche modo di interagire con parti di noi già predisposte ai cambiamenti che porterà il futuro stesso nelle nostre vite. Applicando la legge della Sintropia (12) al campo dell'omeopatia si può facilmente delineare come sia possibile che i rimedi unitari, l'acqua, la guarigione siano indissolubilmente legati in una sequenza logica di implicazione. Se lo stato di malattia rappresenta l'entropia, cioè un aumento del caos e del disordine (13) e il malato con essa sarà alterato nel suo stato di salute, attraverso la prescrizione corretta dei rimedi unitari, è possibile ripristinare lo stato di salute e quindi la guarigione definitiva del malato, grazie appunto alla legge della Sintropia, che andremo a illustrare in questo lavoro, a spiegazione di come sia possibile che avvenga la guarigione e di come sia possibile mantenerla.
Seppur non vi sia una teoria universalmente accertata, la letteratura allo stato attuale dell'arte consente di affermare che è verosimile che una medicina diluita sopra il numero di Avogadro induca diversi Domini di Coerenza a seconda dell'informazione portata in essa ed induca così nell'acqua intracellulare modificazioni simili agli effetti della sostanza di partenza da cui è stata originata la medicina in questione. Rimane da scoprire il legame tra il passaggio dell'informazione e la Zona di Esclusione dell'acqua, poi da quest'ultima ai costituenti corpuscolati della cellula, effettori dell'azione farmacologica. È dimostrato che il passaggio dell'informazione avviene (8, 14).
La semplice interazione fra persone induce dei cambiamenti fisico-chimici tra di esse, per il passaggio di moltissime informazioni che avviene tra loro. A questo proposito, cito ad esempio la teoria dei neuroni a specchio, secondo la quale osservare una determinata azione senza compierla può indurre modificazioni cerebrali identiche a chi invece compie quell'azione. Pertanto, se somministriamo un rimedio sciolto in acqua, è possibile indurre cambiamenti mirati e non casuali, o, comunque, selezionare il tipo di cambiamento. Poi, sicuramente, rimangono aperte molte controversie sia sulle molteplici fasi dell'acqua, non ancora patrimonio del grande pubblico, sia sul passaggio di informazione di sostanze diluite e dinamizzate a potenze superiori al numero di Avogadro alle singole cellule umane con conseguente reazione in base al rimedio somministrato. Vero è che il substrato comune a tali cambiamenti è sicuramente l'acqua da un lato e i rimedi diluiti e dinamizzati dall'altro. E le potenzialità di questa associazione sono davvero infinite. Possiamo, ad esempio, pensare agli studi del prof. P. Bellavite che ha dimostrato come rimedi omeopatici possono indurre un cambiamento del DNA, intervenendo nella regolazione genica (6). Va detto, riguardo l'interazione tra acqua e rimedio, che un ruolo determinante gioca la diluizione con dinamizzazione, poiché

permette di ridurre drasticamente le reazioni avverse ai farmaci e, inoltre, consente di imprimere energia cinetica al rimedio che verrà poi trasformata in informazione dai CD dell'acqua, sia se già in soluzione acquosa, sia se in granuli presi a secco.
Il concetto di energia nasce, nella meccanica classica, dall'osservazione sperimentale che i sistemi fisici possiedono una grandezza che può essere consumata per generare una forza. L'energia può presentarsi in varie forme, che possono trasformarsi l'una nell'altra: calore, energia potenziale, cinetica, nucleare, la massa e l'elettromagnetismo. Tuttavia, pur osservandone e descrivendone gli effetti, la scienza non ha ancora spiegato cosa sia l'energia.
Nel 1941, il matematico L. Fantappiè (Fig. 1) scoprì che la soluzione positiva è governata dalla legge dell'entropia (dal greco en = dentro, e tropos = direzione, tendenza) mentre la soluzione negativa è governata da una legge simmetrica che Fantappiè denominò sintropia (15). La materia inorganica è regolata dalla legge dell'entropia mentre la vita da quella della sintropia (12).
Questa teoria è stata esposta per provare come nel corpo umano vi siano differenti piani di valutazione del malato-paziente che bisogna tenere in considerazione. L'uno materiale e fisico, dove agiscono determinate leggi, e un altro immateriale-emozionale dove ne agiscono altre. Questa distinzione è molto importante per ottenere la guarigione, che è pertanto un equilibrio tra entropia e sintropia in modo simbiotico, dove l'emotività, che sottostà alla retrocausalità, coopera con il mondo razionale che sottostà alla legge di causalità. Quindi una parte malata, entropica, è insita nell'uomo per il solo fatto di esistere, parte che è da conoscere profondamente per raggiungere e mantenere uno stato di salute che, come dice la definizione dell'Oms, non sia solo un'assenza di sintomi, ma uno stato generalizzato di benessere sul piano psichico, fisico e sociale. Personalmente, ritengo che non ci si possa considerare sani, se prima non si è stati malati. Questo perché è inevitabile che nel processo cognitivo di sviluppo del bambino all'età adulta e poi alla senescenza, vi sia una oscillazione continua tra entropia e sintropia fino al raggiungimento di un equilibrio, che non dovrebbe essere di compensazione, ma che troppo spesso lo diventa. Basti pensare alle malattie croniche o alle malattie genetiche o, ancora, alle malattie congenite. Infine, la teoria della sintropia ipotizza che i sistemi viventi utilizzino, quale mezzo per estrarre la sintropia dal livello quantistico della materia sub-atomica, l'acqua. E qui si chiude il cerchio!

MATERIALI E METODI

Revisione della letteratura dal 1950, quando uscì la teoria della sintropia del matematico L. Fantappiè ai giorni nostri, considerando le ultimissime scoperte sulle proprietà dell'acqua ionizzata (teoria dei domini di coerenza) che, integrando conoscenze di biosifica classica e di fisica quantistica, ha permesso di elaborare una teoria, provata e riproducibile, sull'acqua in quarta fase e sul passaggio, accertato, di informazione delle sostante diluite e dinamizzate, quali i rimedi omeopatici. Queste informazioni sono state integrate con gli studi dei coniugi Di Corpo sulla sintropia e con gli studi sul mondo della complessità in omeopatia del dr M. Mangialavori attraverso un puntuale e preciso confronto tra medicine allopatiche e medicine omeopatiche, nel senso hannemaniano. Tali considerazioni permetteranno di capire come la teoria della sintropia è alla base della guarigione nell'unicismo e come possa rivoluzionare la relazione medico-paziente, costituendo essi stessi un sistema coerente, proprio come l'acqua in quarta fase, grazie al fatto che sia il medico, sia il paziente sono sistemi dinamici.
La letteratura sull'interazione acqua e medicinali omeopatici è davvero scarsa e si tratta per lo più di lavori dopo l'anno 2000, cioè ancora molto recenti e che necessitano di divulgazione, di applicazioni a vari campi dello scibile umano, come ogni volta che avviene una scoperta di un certo spessore.
Si è cercato, senza disperdersi nel mare delle ipotesi, di unire gli elementi validi e provati, cioè riproducibili da chiunque, unendo le tessere di un mosaico in una visione d'insieme che unisse il meccanismo d'azione dei rimedi a ciò che ne causa l'effetto e a cosa tutto ciò provoca nel corpo umano e nella mente: la guarigione.
Mi rendo conto che sono molteplici le correnti di pensiero anche su tale aspetto.
A favore della mia tesi cito anche un lavoro del dottor A. Tournier.

RISULTATI

L'acqua liquida, infatti, comprende Domini di Coerenza (CD) dove tutte le molecole oscillano all'unisono in sintonia con un campo elettromagnetico auto-intrappolato ad una frequenza ben definita. Le oscillazioni coerenti producono un insieme di elettroni liberi, in grado di raccogliere l'energia del rumore dall'ambiente e trasformarla in alto grado di energia coerente sotto forma di vortici di elettroni. Questa energia di alta qualità può attivare le biomolecole in risonanza con il CD d'acqua e trasmettere l'informazione del soluto sciolto in essa (10). Questo, applicato alla fisiopatologia dell'omeopatia, significa

che un rimedio sciolto in acqua contiene un'informazione che porterà alla costituzione dei Domini di Coerenza che sarà trasmessa all'organismo desiderato, pur non contenendo più alcuna molecola della sostanza di partenza. Quando l'acqua si interfaccia con superfici idrofile, subisce un cambiamento strutturale, denominato quarta fase o Zona di Esclusione (11). Tale zona si caratterizza per non assorbire eventuali soluti presenti in essa. È, cioè, una zona che serve da barriera, al passaggio di informazione contenuto nei domini di coerenza, che variano la loro conformazione a seconda dell'informazione che portano (rimedio). Se consideriamo che le cellule hanno superfici idrofiliche sia all'esterno che all'interno, si può comprendere il meccanismo di azione dei rimedi omeopatici, che interagiscono con la cellula proprio grazie alla quarta fase o Zona di Esclusione, attraverso la quale viene trasmesso all'interno della cellula il segnale contenuto nei Domini di Coerenza, poiché, formando una barriera contro la membrana cellulare, permette il passaggio attraverso i suoi recettori, a seconda dell'informazione trasmessa, all'interno della cellula, con il meccanismo della cascata recettore-enzima ben nota dagli anni settanta. Da sottolineare, però, che non è tanto importante l'insieme delle molecole in sé, bensì le loro correlazioni quantistiche e fisico-chimiche, in base a quanto già esposto sulle proprietà dell'acqua ionizzata. Infatti, nell'organismo umano - e in tutti gli organismi viventi in senso lato - non sono indipendenti i singoli costituenti molecolari, pur muovendosi in una determinata direzione, come sostiene la medicina tradizionale, ma è presente una visione olistica, secondo la cui dinamica si è in grado di preservare l'unità dell'organismo, nonostante l'immensa varietà degli stimoli esterni presenti e indotti (10). A dire che l'interazione tra le varie molecole d'acqua crea una dinamica tale per cui viene potenziata l'azione delle singole molecole per funzionare in unità, con una determinata funzione, di certo a seconda del soluto e delle caratteristiche della soluzione stessa, come già abbiamo visto. In questo senso rimedi unitari e acqua agiscono in sinergia. Lo schema concettuale della Teoria Quantistica dei Campi ammette infiniti stati fondamentali dell'acqua, ognuno corrispondente ad una particolare funzione che descrive il valore di aspettazione del campo coinvolto (11).

Nella Teoria Quantistica dei Campi l'interazione è considerata un oggetto così come le componenti basilari. In più, lo stretto legame tra le molecole ed il campo di correlazione produce nuovi oggetti fondamentali, chiamati quasi-particelle, e la separazione convenzionale tra materia e interazione è fatta cadere (11). La fase descrive il ritmo di oscillazione del campo e quindi gli aspetti ondulatori del sistema. La dualità tra descrizioni particellari e ondulatorie del sistema fisico è riassunta dal principio d'indeterminazione tra il numero N dei quanti (che sono i fotoni per un campo elettromagnetico, gli atomi o le molecole per il campo di materia, le quasi-particelle per il campo di interazione). In altre parole, l'acqua è un grande insieme di molecole (campo di materia) interagente, attraverso un campo a lungo raggio di azione (il campo elettromagnetico), con molte soluzioni corrispondenti alla pluralità delle fasi (nel senso termodinamico) richieste da un organismo vivente capace di auto-organizzarsi e quindi contenente un serbatoio di informazioni (11). (La parola fase vuol dire due cose: o lo stato di aggregazione nella materia, cioè la fase termodinamica, dove specificato, oppure il ritmo di oscillazione). Diversi studi scientifici sostengono che l'acqua biologica dei sistemi viventi sia in toto o in massima parte acqua in quarta fase (8, 11, 14). Qual è allora il legame tra la Teoria Quantistica dei Campi e l'azione dei rimedi unitari omeopatici? Consideriamo, innanzitutto, che un campo elettromagnetico altro non è che la somma del campo elettrico e di quello magnetico i cui vettori coincidono; in parole semplici, si intende l'energia generata da una corrente elettrica che si muove nel tempo. E nel corpo umano sappiamo esserci molte correnti elettriche, basti pensare che tutti i movimenti volontari e involontari sono generati da correnti elettriche del sistema nervoso rispettivamente centrale e autonomo. Quindi la Teoria Quantistica dei Campi è applicabile soprattutto all'uomo.

Seppur non vi sia una teoria universalmente accertata, la letteratura allo stato attuale dell'arte consente di affermare che è verosimile che una medicina diluita sopra il numero di Avogadro induca diversi Domini di Coerenza a seconda dell'informazione portata in essa ed induca così nell'acqua intracellulare modificazioni simili agli effetti della sostanza di partenza da cui è stata originata la medicina in questione. Rimane da scoprire il legame tra il passaggio dell'informazione e la Zona di Esclusione dell'acqua, poi da quest'ultima ai costituenti corpuscolati della cellula, effettori dell'azione farmacologica. È Dimostrato che il passaggio dell'informazione avviene (8, 14). A questo proposito è d'uopo citare il cross talking effect dell'acqua a proposito dei rimedi omeopatici (8, 9). Si tratta di un effetto tra placebo e verum, sperimentato sulle piante e sulle soluzioni acquose, dove avviene uno scambio di informazione tra piante/soluzioni vicine, ma che non si toccano, se in una c'è il placebo e nell'altra il verum, si è verificato che il placebo nel tempo acquisisce le stesse caratteristiche del verum. E che quindi vi è un passaggio di informazione anche tra sistemi viventi differenti. A dire che la Teoria Quantistica dei Campi è applicabile non solo all'uomo singolarmente, ma anche a più individui posti in vicinanza

tra loro per dati periodi di tempo. Se invece le due piante sono separate da una lastra di piombo sufficientemente grande, lo scambio non avviene. Questo perché il piombo assorbe l'energia elettromagnetica dei singoli sistemi viventi. Le scoperte descritte circa le proprietà dell'acqua, e dell'acqua come liquido biologico nel sistema vivente, nell'uomo in particolare, permettono di avanzare molte considerazioni corollarie. La semplice interazione fra persone induce dei cambiamenti fisico-chimici tra di esse, per il passaggio di moltissime informazioni che avviene tra loro. A questo proposito, cito ad esempio la teoria dei neuroni a specchio, secondo la quale osservare una determinata azione senza compierla può indurre modificazioni cerebrali identiche a chi invece compie quell'azione. Pertanto, se somministriamo un rimedio sciolto in acqua, è possibile indurre cambiamenti mirati e non casuali, o, comunque, selezionare il tipo di cambiamento. Poi, sicuramente, rimangono aperte molte controversie sia sulle molteplici fasi dell'acqua, non ancora patrimonio del grande pubblico, sia sul passaggio di informazione di sostanze diluite e dinamizzate a potenze superiori al numero di Avogadro alle singole cellule umane con conseguente reazione in base al rimedio somministrato. Vero è che il substrato comune a tali cambiamenti è sicuramente l'acqua da un lato e i rimedi diluiti e dinamizzati dall'altro. E le potenzialità di questa associazione sono davvero infinite. Possiamo, ad esempio, pensare agli studi del prof. P. Bellavite che ha dimostrato come rimedi omeopatici possono indurre un cambiamento del DNA, intervenendo nella regolazione genica (6).

Tramite esperimenti con generatori di eventi casuali, è stato possibile manipolare cause future nel passato. (13). Nella letteratura scientifica possono essere rinvenuti vari esperimenti che mostrano l'esistenza di reazioni anticipate pre-stimoli della frequenza cardiaca e della conduttanza cutanea. Il primo studio risale al 1997 (Radin) (13) in cui si sono rilevati frequenza cardiaca, conduttanza cutanea e pressione sanguigna in soggetti ai quali venivano mostrate per 5 secondi schermate bianche, seguite da immagini che, in base a un algoritmo casuale imprevedibile, potevano essere a contenuto calmo o emozionale. L'autore evidenziò una differenza significativa tra questi parametri neurovegetativi prima della presentazione di immagini a contenuto emozionale, rispetto ad immagini a contenuto calmo. Dal 1998 al 2005 altri autori hanno ripetuto questo esperimento ottenendo lo stesso risultato (12, 13, 15). Ancora, altri autori come Damasio e Tressoldi hanno provato che la retrocausalità esiste, almeno sul piano emozionale (15).

D. Bem, psicologo e docente presso la Cornell University, descrive nel suo articolo del 2011 "Feeling the future: experimental evidence of anomalous retroactive influece on cognition and affect", nove esperimenti classici della letteratura psicologica, condotti in modalità time reverse, in modo da ottenere l'effetto prima, piuttosto che dopo, dello stimolo. Ad esempio, si chiede al soggetto di esaminare se l'immagine mostrata è positiva (piacevole) o negativa (spiacevole), premendo un bottone il più velocemente possibile. Il tempo di reazione viene registrato. Appena prima dell'immagine una parola, positiva o negativa, viene presentata sottosoglia (cioè non udibile dal soggetto). Questa parola è chiamata prime e si è visto che i soggetti tendono a rispondere prima quando vi è congruenza tra il prime e l'immagine presentata, mentre il tempo di reazione diventa più lungo quando non sono congruenti. Lo stesso autore ha poi condotto su 1000 soggetti esperimenti di retropriming, in modo che lo stimolo avvenisse prima del prime evidenziando così una connessione tra emotività e aspetti cognitivi con la retrocausalità. Pertanto, in secondo luogo, è consequenziale affermare che il sistema nervoso autonomo alimenta l'organismo di sintropia, che viene percepita come sensazioni somatiche positive nella forma di sensazioni di calore, dovute alla concentrazione di energia o negative, nella forma di sensazioni di vuoto e di freddo, dovute alla dispersione dell'energia, per aumento dell'entropia. Queste sensazioni aiutano a orientare le scelte verso obiettivi vantaggiosi che sono posti nel futuro. In base a questo modello, le sensazioni del sistema nervoso autonomo informerebbero sui nostri stati emozionali futuri e possono essere quindi di grande aiuto per evitare scelte i cui esiti siano negativi (15). Un'altra considerazione che è possibile trarre da quanto esposto è che la guarigione è un equilibrio tra l'entropia e la sintropia in modo simbiotico, dove l'emotività, che sottostà alla retrocausalità, coopera con il mondo razionale che sottostà alla legge di causalità. Quindi una parte malata, entropica, è insita nell'uomo per il solo fatto di esistere, parte che è da conoscere profondamente per raggiungere e mantenere uno stato di salute che, come dice la definizione dell'Oms, non sia solo un'assenza di sintomi, ma uno stato generalizzato di benessere sul piano psichico, fisico e sociale.

DISCUSSIONE

Dalle scoperte degli studi presentati sull'acqua e da quelle dei coniugi Di Corpo, si può dedurre che la Sintropia è una forma di energia vera e propria, caratteristica di tutti gli essere viventi con valore numerico sempre negativo, cioè inferiore a zero, poiché viene utilizzata nella quarta dimensione temporale, la retrocausalità. Quest'ultima può essere identificata all'interno delle cellule viventi la dove vi è un sistema di domini di coerenza con un flusso di elettroni, i quali, come tutti sappiamo, hanno carica negativa.

In base agli esperimenti americani, agli studi di Vitoulskas e di Mangialavori si può inoltre dedurre che la retrocausalità, per l'uomo, altro non è che il sistema nervoso vegetativo e parasimpatico sul piano fisico; canali, questi ultimi, che sono il braccio effettore di ogni tipo di emozione conscia, inconscia, diretta, indiretta, consapevole, inconsapevole, seppur la vita interiore interagisca di pari passo con la razionalità, che sul piano fisico è regolata dal sistema nervoso centrale.
E' noto dagli anni cinquanta (25) che il sistema nervoso centrale e quello neurovegetativo comunicano tra loro attraverso i centri talamici (ipotalamo, epitalamo, talamo, ipofisi).
Pertanto si può affermare, proseguendo nelle deduzioni corollarie alla tesi esposta, che le emozioni sono un tipo di energia, la Sintropia e come entropia e sintropia, entità assai diverse tra loro, costituiscano però un insieme necessario e sufficiente alla vita di veglia e onirica, si può spigare lo stato di salute come una oscillazione continua e permanente di queste due forme di energia. E come tali, si possono trasformare l'una nell'altra, grazie all'azione del rimedio e della relazione medico-paziente.
Un organismo vivente non può più essere concepito come un mero insieme di molecole indipendenti reciprocamente collegate da reazioni chimiche soltanto, bensì si deve vederlo come un Sistema Coerente, un campo di materia, le cui evoluzioni sottostanno ai campi elettromagnetici, le cui caratteristiche dipendono da ultimo da reazioni chimiche (16). Infatti, le molecole d'acqua che comprendono la maggior parte dei componenti molecolari dell'organismo (99%) (16), si organizzano esse stesse in Domini di Coerenza dove campi elettromagnetici, aventi una ben specifica frequenza, sono intrappolati dentro (16). La coerenza di un sistema vivente è possibile a una determinata temperatura, oltre che a una data frequenza. Il passaggio da fase liquida, dove le molecole sono indipendenti con un'alta entropia, a un sistema coerente, con una bassa entropia, avviene solamente, quindi, in determinate condizioni biologiche e fisico-chimiche. E' stato dimostrato (10, 16, 17) come le soluzioni diluite e dinamizzate portino al raggiungimento e alla stabilizzazione dei Domini di Coerenza. Inoltre va detto, a onor del vero, che qualora un sistema coerente venga stimolato dall'esterno (sia esso un atomo, una cellula, un organismo vivente) in maniera sufficientemente forte, si viene a perdere lo stato di coerenza e torna ad aumentare l'entropia del sistema, poiché si sommano i campi elettromagnetici di ogni singolo componente, non essendo più allineati all'unisono, come nel sistema coerente. Però, uno stimolo idoneo può riportare il sistema in un'altra fase di coerenza, raggiungendo un dominio diverso, ma sempre coerente (16). L'energia che intercorre tra questi due differenti stati, l'uno dove abbiamo della semplice acqua, l'altro dove abbiamo un dominio di coerenza, è chiamata gap energy (8, 10, 16). Ci sono formule matematiche che descrivono queste osservazioni e quanto esposto nei capitoli precedenti, che non ho riportato per ovvi motivi di sintesi e per non offrire al lettore un trattato di biofisica moderna, ma una dissertazione sulle ipotesi di funzionamento dei farmaci omeopatici nell'omeopatia unicista! La gap energy, se da un lato interrompe lo stato di ordine della materia vivente, dall'altro permette il passaggio dell'informazione da un sistema coerente ad un altro, poiché, come è stato osservato, la Zona di Esclusione o quarta fase dell'acqua non consente lo scambio di energia e quindi di informazione; scambio consentito dalla gap energy, opportunamente somministrata, sottoforma di dissipazione dell'energia. Pertanto si può vedere come entropia e sintropia, disordine e ordine siano combinati in una macchina efficientissima quale il corpo umano, dove i rimedi unitari giocano un ruolo cruciale: possono indurre la coerenza in un sistema, con notevole risparmio energetico e maggior efficienza per il sistema stesso, e sono forieri di informazioni specifiche, grazie alle intrinseche capacità dell'acqua di portare l'informazione. Capacità comunemente nota come memoria dell'acqua. Nei CD si può osservare una conformazione spaziale delle molecole più ampia rispetto al corrispondente liquido in fase liquida semplicemente, e tali molecole, grazie a legami idrogeno (i), consentono una struttura ordinata della soluzione, dove frequenza e campo elettromagnetico coincidono. Ciò permette di ridurre il consumo energetico del sistema medesimo, cioè di risparmiare energia e di ridurre l'entropia, cioè lo stato di disordine. Questa struttura macromolecolare che si viene a creare è capace di generare un flusso di elettroni intrappolato nel dominio di coerenza e quindi con energia negativa, sintropica. Energia che viene utilizzata solo al momento di uno stimolo tipo gap energy.
La proprietà di creare un flusso di elettroni con energia negativa è esclusiva dell'acqua (17) e altrettanto esclusivo è il suo potersi comportare come corpo dissipativo e cedere l'energia, superando il limite imposto dalla Zona di Esclusione. Così facendo si creano reazioni di ossido-riduzione, poiché la quarta fase si comporta come un liquido ionizzato e la gap energy da agente riducente (che cede elettroni). Il terzo principio cardine della meccanica quantistica, quello dell'entanglement, è molto interessante. Se due particelle si fanno interagire per un certo periodo e quindi vengono separate, quando si sollecita una delle due in modo da modificarne lo stato, istantaneamente si manifesta sulla seconda una analoga sollecitazione a qualunque distanza si

trovi rispetto alla prima (19). In senso più ampio, possiamo dire che l'entaglement segue la legge della sintropia e al tempo stesso ne è un'inconfutabile prova. Chiarito, almeno in linea di massima, come fanno i rimedi omeopatici ad agire all'interno del corpo umano e quale sia il loro substrato biologico, sia di somministrazione che di azione (l'acqua e l'acqua biologica rispettivamente), resta da chiarire come si può ottenere la guarigione con la legge del simile e i suoi medicamenti, e perché la sintropia ne è alla base. La legge della sintropia è una legge matematica che si applica agli organismi viventi e ci permette di spiegare come operano i farmaci omeopatici all'interno degli stessi. Per ottenere la guarigione di una malattia bisogna curarla e, secondo la legge del simile, curarla inducendo un'altra malattia sovrapponibile alla prima. L'effetto del rimedio omeopatico, che può dare effetti collaterali solo se assunto ad alti dosaggi (non ammessi nella pratica clinica, ma solo nei proving), consta di un'azione primaria, la risposta immediata al farmaco, e di una risposta secondaria, la risposta dell'organismo così alterato dal rimedio (2). Questo concetto, scoperto da Hahnemann più di due secoli fa è oggi alla base delle più moderne teorie recettoriali di funzionamento farmacologico, dove si parla non di semplice interazione farmaco-recettore, ma di modulazione recettoriale. Per modulazione s'intende la capacità d'interazione di un effettore su un recettore, che può essere regolato in senso positivo o negativo, dove la presenza di un numero variabile di recettori rende la risposta diversa e talora apparentemente opposta. Questo meccanismo è legato alla capacità della membrana cellulare di interagire con l'area citoplasmatica e gli organuli in essa contenuti, permettendo la conservazione, la superficializzazione o la distruzione dei recettori, potendo così variamente esprimere la risposta allo stimolo, come sostiene Signorini (20). Sappiamo bene, Hahnemann è molto chiaro a questo riguardo nell'Organon, che ci sono stadi della Forza Vitale irreversibili, dove l'organismo non ha più energia sufficiente per reagire alla debilitazione e alla malattia (2). E questi stati possono essere anche solo funzionali. H.C. Carrara, nel suo libro di metodologia (21) illustra anch'egli molto bene tali meccanismi. Un omeopata deve sempre capire se l'energia vitale può essere risvegliata o se vi è un tale stato progressivo della malattia per cui nessuna medicina può giovare. Tale affermazione hahnemanniana ci pone nuovamente di fronte l'individuo nella sua complessità e totalità, come linea guida nella cura e nella scelta del rimedio, a differenza della medicina tradizionale occidentale, nella quale spesso il vissuto del paziente è del tutto ininfluente. Credo, inoltre, che questo aspetto differenzi moltissimo l'omeopatia dall'allopatia. Se nel primo caso medico e paziente interagiscono all'unisono,

creando cioè un sistema coerente, con tutte le conseguenze a cascata che derivano da ciò, nel secondo caso abbiamo un medico che si pone come deus ex machina nei confronti del paziente e che difficilmente si porrà il problema di una interazione sintropica con il malato, ma preferirà una interazione entropica. Se il medico funge da attrattore verso il paziente, tende cioè a concentrare l'energia verso una struttura più ordinata e complessa, riducendo il consumo di energia stessa, allora si supera l'effetto placebo, l'effetto camice bianco e si entra in sintonia con il paziente, chiunque egli sia. Si può iniziare ad ascoltarlo, a parlargli per comprendere le sue strategie adattative alla vita e soprattutto alla malattia, e queste possono essere curate se si è in grado di farlo. Solo così si può arrivare ad una corretta presa del caso e alla conseguente prescrizione del rimedio il più simile possibile. Le considerazioni emerse dallo studio della teoria quantistica dei campi permettono di affermare che la relazione medico-paziente è una variabile che ha la stessa importanza del rimedio e del paziente, poiché è vero che non sono importanti le singole reazioni chimiche delle molecole in un sistema vivente, ma l'interazione all'interno dei CD in un più ampio sistema coerente, dove tutte le componenti si muovono all'unisono. Pertanto, queste tre variabili, di per sé indipendenti, poste in relazione tra loro, costituiscono esse stesse un sistema coerente, passibile alle stesse identiche leggi spiegate per la teoria quantistica dei campi. Quindi il medico non riveste un ruolo di superiorità nei confronti del paziente, ma di parità, offrendo le sue competenze e la sua professionalità esattamente come il paziente fa con l'atto di fiducia verso il medico. Se questo si verifica, la relazione medico-paziente parte avvantaggiata perché è già essa stessa un sistema sintropico in salute che non tarderà a mostrare i suoi effetti, nel paziente, ma anche nel medico. Questi discorsi richiamano molto all'attenzione le teorie sulla complessità del dottor M. Mangialavori (22). Un' analogia similare può essere fatta per il fenomeno dell'entaglement quantistico, dove se vi è un sentire condiviso ed empatico, come sostiene Mangialavori è possibile un'interazione corretta medico-paziente, una valida presa del caso, e una prescrizione secondo la legge del simile. Non solo, ma i cambiamenti del paziente devono per forza indurre cambiamenti nel medico e viceversa. Come gestire una tale complessità? Come mantenere la relazione neutrale e al tempo stesso significativa? Credo che la risposta a queste domande possa essere molto personale e soggettiva ed anche che non vi sia una risposta univoca, essendo molteplice l'universo del paziente, ma pure quello del medico. Di certo la sintropia ci offre una visione d'insieme che spero sia spunto per più ampie ricerche in un non lontano futuro. La scoperta avvenuta negli ultimi due decenni che la legge della sintropia

regola il funzionamento del sistema nervoso autonomo - e su questo punto vi è una evidence based medicine non opinabile (12,13,15) - è solo un primo passo delle sue applicazioni ai sistemi viventi, nonché all'uomo. Il concetto di retrocausalità spiegato nelle pagine precedenti, cioè una logica dove gli effetti si manifestano prima delle cause, introduce un'altra dimensione temporale che ci permette, se non di prevedere il futuro, quantomeno di averne sentore, attraverso gli attrattori e le nostre sensazioni.
In particolare la Sintropia ci permette di viaggiare nel tempo dal futuro al passato, grazie agli attrattori, come accennato nell'abstract. Nel nostro caso specifico, l'attrattore è e deve essere il rimedio che si somministra accuratamente. Poi, in un secondo tempo solamente, l'interazione tra il rimedio-attrattore e l'energia vitale del paziente avranno il loro corso ad esito positivo se e solo se ci sarà una relazione efficace tra il medico ed il paziente, non per effetto placebo, come si è portati a credere, ma perché il medico crea un sistema di coerenza con il paziente stesso e lo 'costringe' in qualche modo a reagire; ovviamente dove possibile. Hanhemann stesso ci dice che esistono casi incurabili.
Io credo che la speranza di guarigione debba sempre esistere, sempre e comunque, ma non per successo personale quanto per la realizzazione del paziente, motivo per cui ci consulta: per stare meglio.
Spero che questo lavoro diventi un granello di sabbia nel deserto delle ricerche sul funzionamento delle medicine omeopatiche e della sintropia stessa e spero vivamente che sia possibile in un futuro non lontano dimostrare che l'unicismo è una branca della medicina e non una stregoneria, come ancora molti pazienti mi dicono!

CONCLUSIONI

Col presente lavoro ho voluto approfondire le ipotesi secondo cui la guarigione e il miglioramento sono resi possibili dai medicinali omeopatici unitari, grazie alle molteplici azioni dell'acqua in cui vengono disciolti, operando una cascata di cambiamenti significativi, come illustra Hahnemann nell'Organon. L'acqua è il vettore in cui tutto ciò è possibile grazie alle sue proprietà di agire come dominio di coerenza in una soluzione ionizzata ad una determinata temperatura e in un dato ambiente, mentre la sintropia ci spiega come sia possibile che esista una logica diversa dalla consequenzialità nel funzionamento dei medicinali omeopatici: rende evidente una legge di natura, la retrocausalità, che permette di concentrare l'energia partendo da sistemi divergenti. Si è considerato il meccanismo d'azione dei medicinali omeopatici come sintropico e basato sulle proprietà dell'acqua in quarta fase, alla luce della teoria

dei domini di coerenza. Infine, come accennato, la sintropia supporta tale meccanismo d'azione dei medicinali omeopatici, poiché nella cellula stessa si è dimostrato (23) che il citoplasma, essendo assimilabile ad acqua in quarta fase, tramite la formazione di domini di coerenza crea delle correnti di energia negative, dovute alla trasmissione di elettroni. E questi eventi non sono spiegabili dalla fisica classica secondo il concetto di causalità, per il fatto che esso presuppone solo una energia positiva, ma non spiega affatto quella di segno negativo.
La letteratura allo stato attuale dell'arte permette di affermare che il medicinale omeopatico interagisce con la membrana cellulare e che tale interazione modifica la risposta effettrice della cellula stessa, a seconda della medicina utilizzata, ma non si è ancora scoperto, de facto, che sia possibile, anche per questi ultra-diluiti l'utilizzo della cascata ligando-recettore, come invece è stato dimostrato per i farmaci tradizionali.
Sulla base di tutte queste conoscenze, mi è sembrata più chiara e meno empirica la spiegazione per la quale i medicinali omeopatici agiscono in modo indiscutibile, o comunque mi sembra si riesca a intravedere lo spiraglio di una ricerca, complessa e articolata (che riguarda la Fisica quantistica, l'Epigenetica, la Sistemica e la Clinica stessa) che meriterebbe approfondimento e studi adeguati.

Bibliografia

1. http://www.intelligenzaemotiva.it/Centro_pilota/Intervento%20Barbara.pdf
2. S. Hahnemann, Organon Dell'arte di guarire Edi Lombardo
3. Devoto-Oli, dizionario della lingua italiana
4. http://www.treccani.it/vocabolario/farmaco/
5. http://www.ilfattoquotidiano.it/2016/02/21/omeopatia-e-come-un-placebonessun-effetto-reale-dei-farmaci-sulle-malattie/2483692/
6. Appunti dalle lezioni del professore P- Bellavite, anno 2014-2015 Scuola di Omeopatia di Verona.
7. L. De Schepper Metodologia di Hahnemann capitolo 3, pagine 48-53
8. Atti congresso FIAMO 2015
9. Appunti relazione del dottore A. Tournier, congresso FIAMO 2015
10. E. Del Giudice, G. Preparata et al, QED coherence and electrolyte solutions, Journal of Electroanalytical Chmistry, Volume 482, Issue 2, 20 March 2000, pag 110-116. 11. E. Del Giudice, P.R Spinetti, A. Tedeschi, La dinamica dell'acqua all'origine dei processi di metamorfosi degli organismi viventi, Water, 3 settembre 2010
12. U. Di Corpo, A. Vannini, La legge della sintropia, ed. Kindle 2010
13. U. Di Corpo, A. Vannini, Supercausalità e Complessità, ed. Kindle 2012

14.A. Tournier, Investigating quantum coherence domains a possible physical explanation of high diluition effects, Complementary therapies in medicine (2010), vol 18, issue 6, 269-270
15. U. Di Corpo, A. Vannini, Teilhard e Fantappiè, L'evoluzione convergente, ed. Kindle 2008
16. V. Elia et al, Experimental evidence of stable water nanostructures in high dilute solutions, at standard temperature and pressure, Homeopathy (2014), 103, 44-50
17. E. Del Giudice, G. Preparata et al, On the "unreasonable" effect of ELF magnetic field upon a system of ions, Bioelectromagnetics 2002 (23), 23: 522530
18. G. Vithoulkas, Un nuovo modello di salute e malattia, edizioni libreria Cortina Verona
19. S. Serio, Ruolo del placebo nella gestione del dolore; possibile spiegazione quantistica del dolore grazie ad acquisizione di studi di provings, atti FIAMO 2016.
20. A. Signorini, Homeopathy was conceived as therapeutic rebound effect, LHMI 2015 Rio De Janeiro Ø
21. M.E Candegabe, H.C Carrara, Approssimazione al metodo pratico e precido della omeopatia pura, centro internazionale della grafica di Venezia (1997).
21. M.E Candegabe, H.C Carrara, Approssimazione al metodo pratico e precido della omeopatia pura, centro internazionale della grafica di Venezia (1997).
22. Appunti di metodologia dalle lezioni dei docenti C. Andreotti e M. Fontana 2014-2015. Ø 23. E. Del Giudice et al, Communication and the Emergence of collective behaviour in living organisms: a quantum approach, Molecular Biology International, 2013
24. L-J Boyd, Il "simile" in medicina, medicina ippocratica, omeopatia e scienza, Ed. Libreria Cortina Verona
25. A. Delmas ,Vie e centri nervosi, Masson editore 1994

F.E. Negro – F.V. Marino

"Influenza Spagnola". Il ruolo dell'Omeopatia nella gestione di una pandemia

PREMESSA

Le sindromi influenzali sono accidenti stagionali, prodotte dai virus parainfluenzali (se ne contano almeno 200), che scandiscono, oramai da decenni, i nostri ritmi invernali. Pur essendo altamente contagiose, in genere, non danno luogo a manifestazioni particolarmente pericolose se non nei soggetti a rischio. Queste sindromi vanno tuttavia nettamente differenziate dall'influenza propriamente detta, dovuta principalmente a Orthomixovirus A e B. Estremamente contagiosa, per via della sua facilità di ricombinazione genetica, l'influenza ha dato vita a ripetute ondate di tipo epidemico, a carico della specie umana come pure di quella aviaria e suina, soprattutto nel corso dell'ultimo secolo.

Un esempio su tutti: la pandemia del 1918-19, universalmente ritenuta "la madre di tutte le pandemie".

Grazie alle moderne tecniche di mappaggio genetico è stato possibile dimostrare come (ad eccezione dei ceppi H5N1 e H7N7, responsabili della forma "aviaria") quasi tutte le pandemie influenzali tipo A (H2N2, H3N2), che da allora si sono manifestate, fossero dirette "discendenti" del virus H1N1[1] che imperversò nel corso della Grande Guerra: questo ceppo, infatti, può andare incontro ad una serie di mutazioni genetiche responsabili del cosiddetto "salto di specie" che ne amplifica di gran lunga la pericolosità.

Attualmente si annoverano 2 tipi di ceppi influenzali (H1N1, H3N2), presenti sia nell'uomo che nei suini: i ceppi responsabili dell'influenza suina difficil-

1 La Grippe Espagnole de 1918 (Powerpoint presentation in French) Archived 4 June 2011 at the Wayback Machine., Institut Pasteur

mente infettano l'uomo mentre quelli "umani" presentano indici di mortalità decisamente inferiori a quelli del 1918. A tutt'oggi, però, non si è ancora riusciti a comprendere l'eccezionale gravità di quella pandemia, soprattutto se confrontata con quelle precedenti del 1847-1889 e con quelle successive del XX secolo: infatti gli indici di mortalità delle epidemie influenzali si aggirano mediamente attorno allo 0,1% mentre quelli del 1918 superarono il 2,5% [2]!

Secondo recenti studi siero-epidemiologici, il ceppo H1N1, dopo il 1918, continuò a circolare in forma ricombinata sia tra i suini che tra gli umani ("genetic drifts"), almeno fino al 1950, dando luogo alle annuali epidemie. Nel 1957 però sarebbe stato "soppiantato" dal ceppo H2N2 ("asiatica") per poi "riemergere" nel 1976, non si sa come, da un congelatore di laboratorio [3] …
Nel 1995 un team scientifico, che riuscì a ricostruire l'intero genoma del ceppo "maledetto" [4], confermò che i suddetti ceppi derivavano direttamente dal ceppo del 1918 ma non trovarono alcuna correlazione, in termini di mutazione, tra le epidemie umane/animali ed il genoma del 1918 [5].
Perché, dunque, quella pandemia fu così letale? Perché colpì in particolare i giovani maschi sani e le donne in gravidanza, ovvero i soggetti apparentemente in migliori condizioni di salute e reattività? Come mai si verificarono quelle 3 ondate, in rapida successione, in un arco di tempo così breve (9-12 mesi) e per giunta simultaneamente in tutto il mondo? Infine, perché scomparve con la stessa rapidità con cui si affacciò?
A queste domande gli studiosi non hanno ancora trovato risposte esaurienti…

2 Marks G, Beatty WK. Epidemics. New York: Scribners, 1976.
3 Kendal AP, Noble GR, Skehel JJ, Dowdle WR. Antigenic similarity of influenza A (H1N1) viruses from epidemics in 1977–1978 to "Scandinavian" strains isolated in epidemics of 1950–1951. Virology. 1978;89:632–6.
4 Taubenberger JK, Reid AH, Krafft AE, Bijwaard KE, Fanning TG. Initial genetic characterization of the 1918 "Spanish" influenza virus. Science. 1997;275:1793–6.
5 Reid AH, Taubenberger JK, Fanning TG. Evidence of an absence: the genetic origins of the 1918 pandemic influenza virus. Nat Rev Microbiol. 2004;2:909–14.

INQUADRAMENTO STORICO-EPIDEMIOLOGICO

La pandemia del 1918 ("spagnola") colpì, secondo le stime più recenti, circa mezzo miliardo di persone in tutto il mondo[6], dall'Alaska alle Isole Samoa, uccidendone da 50 fino a 100 milioni[7 8 9 10]: solo in Italia perirono da 300.000 fino a 675.000 persone [11] .
Questa pandemia determinò una drastica riduzione della "life expectancy" agli inizi del XX secolo: da 51 a 39 anni … [12]. Non a caso fu denominata "la grande peste bianca", per analogia con la "peste nera" del 1348, che provocò la morte di almeno un terzo dell'intera popolazione europea.
Fu un evento che colse tutti di sorpresa: medici, militari, governi non sapevano di cosa si trattasse e come gestirla anche perché presentava caratteristiche alquanto diverse rispetto alle "comuni" forme influenzali. A differenza di queste ultime, come già ribadito, la pandemia non colpiva l'età infanto-giovanile, soggetti anziani e/o immunodeficienti, ma sembrava privilegiare giovani maschi adulti sani tra i 20 ed i 40 anni e donne incinte. Inoltre la forma più letale non si manifestò nei freddi mesi invernali bensì nel caldo-umido della tarda estate-inizio autunno 1918. Non se ne conosceva né la natura né l'etiopatogenesi: si dovette attendere il 1933, allorquando un team britannico formato dagli scienziati Wilson Smith, Christopher H. Andrewes e P.P Laidlow riuscì ad isolare il virus[13].
All'epoca i virus rappresentavano ancora un grande mistero mentre i microbi non avevano più segreti: con la scoperta degli agenti patogeni esogeni la biomedicina aveva incorniciato il suo trionfo, relegando nel dimenticatoio le intuizioni dell'ultimo Pasteur ("il batterio esiste, ma il terreno è tutto") che invece aveva rimesso in gioco la risposta individuale alla malattia. Un concetto, questo, che sarebbe stato confermato dalla c.d "discontinuità biologica", ovvero la labilità dell'agente esterno di modificare le sue priorità e quindi il

6 *Taubenberger, Jeffery K.; Morens, David M. (2006): op.cit.*
7 Johnson NPAS, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918–1920 "Spanish" influenza pandemic. Bull Hist Med 2002;76:105–15
8 *Billings, Molly (1997).* "The 1918 Influenza Pandemic". *Virology at Stanford University.* Archived *from the original on 4 May 2009.* Retrieved 1 May 2009
9 *Patterson, K. D.; Pyle, G. F. (1991). "The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic". Bull Hist Med.* **65** *(1): 4–21.*
10 *"Historical Estimates of World Population". Retrieved 29 March 2013*
11 *Riccardo Chiaberge, 1918 La grande epidemia., UTET, 2016*
12 "The Influenza Epidemic of 1918". *Archives.gov.* National Archives and Records Administration. Retrieved March 31, 2016
13 G.Kolata, Epidemia, Mondadori, 2000

suo potere patogeno[14]. Ipotesi, peraltro, confermata da uno studio del 2006 [15]: i virus mutanti, cioè, si comporterebbero diversamente in presenza di una popolazione altamente suscettibile, a conferma di quanto il mondo omeopatico sostiene da sempre, ovvero l'importanza del "terreno".
Date le carenze di strutture sanitarie dell'epoca, si era abituati, in periodo bellico, ad epidemie di tifo petecchiale, febbre tifoide,colera, peste che complicavano il già difficile coordinamento sanitario, aumentando la difficoltà di diagnosi e terapie. Di certo, però, non era prevedibile un tale disastro come fu la pandemia del 1918. Milioni furono gli uomini mobilitati dalla guerra ed altrettanto grande fu il numero dei profughi, che cercavano di sfuggirla, e dei tanti medici inviati al fronte, a detrimento dei pochi che restavano per prestare aiuto ai civili.
Allo scopo di non terrorizzare la popolazione i Paesi belligeranti imposero una severa censura militare, che impediva a chiunque (medici in primis, compresi gli omeopati) di diffondere dati ed informazioni sulla pandemia. Faceva eccezione la Spagna, che all'epoca era l'unico Paese neutrale: questa è la ragione per cui quella pandemia fu chiamata "spagnola" e per tutti ne divenne la culla. Non a caso, di tutti gli omeopati europei, solo gli spagnoli poterono pubblicare le loro esperienze, come vedremo più avanti.

IPOTESI SU SITI E MODALITÀ DI INSORGENZA

In base ai dati oggi disponibili, la spagnola si diffuse in 3 ondate:

- una prima (marzo 1918), di tipo lieve, come una comune forma influenzale ("febbre dei 3 giorni")
- una seconda (agosto-novembre 1918), assolutamente letale, soprattutto tra i militari coinvolti nel conflitto (mutazione letale)
- una terza (gennaio-aprile 1919), relativamente meno grave, portata dai soldati di ritorno a casa, con conseguente diffusione presso i civili (mutazione meno letale? Esaurimento della carica patogena?)

Difficile, tuttavia, stabilire l'epicentro e le modalità di diffusione. Queste le ipotesi più accreditate:

14 *E. Tognotti, La spagnola in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo., Milano, Franco Angeli, 2002*
15 J.K. Taubenberger* and David M. Morens† (op.cit.)

- pista cinese: secondo Hannoun (Ist. Pasteur), nel novembre 1917 in Cina si sarebbe sviluppato un primo focolaio che sarebbe stato veicolato da un contingente di 96.000 lavoratori cinesi, portati dagli eserciti britannico e francese nelle retrovie del fronte, passando per gli USA, con diffusione iniziale a Boston e quindi in Francia (Brest), ove avrebbero contagiato i soldati [16] [17]. Questa ipotesi, tuttavia, sarebbe stata smentita da un recente studio pubblicato nel 2016 sul Journal of the Chinese Medical Association [18]
- pista americana (la più accreditata): secondo lo storico Alfred W. Crosby [19], dopo l'ingresso degli USA in guerra (aprile 1917), si ebbero le prime segnalazioni in Kansas (gennaio-marzo 1918), nei campi di addestramento di Camp Funston (oggi Fort Riley) e Haskell County, a carico di reclute giovani e sane, in procinto di partire per l'Europa. In questi campi venivano allevati polli e maiali per alimentare le reclute: è probabile che il virus, annidato in queste specie, avesse subito una mutazione ("genetic drift and shift") e compiuto il "salto di specie". Questi stessi soldati furono inoltre preventivamente sottoposti ad un pesante programma vaccinale, divenuto obbligatorio nell'esercito americano, dopo la guerra di Cuba (1911). Nel giro di una settimana 522 soldati si ammalarono[20]. Tuttavia la prima ondata passò quasi inosservata ma la seconda (Agosto-settembre 1918) si rivelò drammatica e dilagò rapidamente e contemporaneamente non solo in tutto il Paese ma anche in Francia (Etaplès, Brest: dove le truppe venivano sbarcate), in Sierra Leone (Freetown) ed in Irlanda, portata dai soldati di ritorno a casa, con conseguente diffusione presso i civili
- pista austriaca: secondo Andrew Price-Smith la spagnola sarebbe sorta nella primavera del 1917, in base ai dati forniti dagli archivi militari [21].

A prescindere dall'origine, nel novembre 1918 la pandemia arrivò dalla Francia sulla costa settentrionale spagnola (San Sebastian), dove furono segnalati casi estremamente contagiosi che rapidamente si diffusero in tutto il paese.

16 1918 killer flu secrets revealed. *BBC News.* 5 February 2004
17 Hannoun, Claude, "La Grippe", Ed Techniques EMC (Encyclopédie Médico-Chirurgicale), Maladies infectieuses, 8-069-A-10, 1993. Documents de la Conférence de l'Institut Pasteur : La Grippe Espagnole de 1918.
18 http://www.jcma-online.com/article/S1726-4901%2815%2900261-0/pd
19 *Crosby, Alfred W. (2003). America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918 (2nd ed.). Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-54175-6*
20 https://web.archive.org/web/20080521071645/http:/www.avian-bird-flu.info/spanishfluepidemic1918.html
21 *Price-Smith, Andrew T. (2008). Contagion and Chaos. Cambridge, MA: MIT Press. ISBN 978-0-262-66203-1.*

A Madrid venne colpito un terzo della popolazione, tra cui Re Alfonso XIII, in forma grave. Fu allora che la stampa spagnola cominciò ad interessarsi del fenomeno e a darne notizia … [22]. Come spesso avviene, quella strana pandemia fu classificata in modo diverso da ogni Paese, indicando la nazione con la quale non vi erano buoni rapporti. Ad es., fu chiamata ,"febbre di Parma" in Francia," febbre
delle Fiandre" in Inghilterra,"malattia bolscevica" in Polonia,"febbre di Bombay" a Ceylon,"febbre di Singapore" a Penang".
In Spagna fu denominata "febbre del soldato napoletano". Alla fine, però, tutti si accordarono sul termine "spagnola", come già accennato, con buona pace dei poveri spagnoli.

SINTOMATOLOGIA. INDICI DI MORBILITÀ E MORTALITÀ

Come su riportato, la sintomatologia iniziale della prima ondata era abbastanza comune (febbre, mialgie, vomito, tosse etc.) e relativamente contenuta: anche per questo fu probabilmente sottovalutata dalle autorità sanitarie e militari. Quando sopraggiunse la seconda ondata, iniziarono le complicanze quali astenia e dispnea ingravescente, violenta cefalea, artralgie,brividi squassanti, delirio con allucinazioni, precordialgia, tachiaritmia, sepsi polmonare, emoftoe, emorragie cutaneo-mucose, otorragia, cianosi fino ad arrivare alla sincope ed alla morte immediata. Spesso l'evoluzione era talmente rapida da notare come una persona, perfettamente sana al mattino, finisse col decedere entro le 24 h [23].
Secondo recenti stime, la spagnola avrebbe ucciso più persone in 2 settimane che l'AIDS in 24 anni [24]: in effetti fu "il più grande olocausto medico della storia", anche peggiore della "peste nera" [25] che pure imperversò per un secolo. Nessun angolo del globo fu risparmiato, come si può evincere dalla tabella sottostante [26]:

22 http://web.archive.org/web/20100127100727/http://www.channel4.com/news/articles/world/spanish%20flu%20facts/111285

23 Julian Winston. The New England Journal of Homeopathy. Spring/Summer 1998, Vol.7 No.1
24 Barry, John M. *(2004). The Great Influenza: The Epic Story of the Greatest Plague in History. Viking Penguin.* ISBN 978-0-670-89473-4
25 *Potter, C. W. (October 2006).* "A History of Influenza". *J Appl Microbiol. 91 (4): 572–579.* doi:10.1046/j.1365-2672.2001.01492.x. PMID 11576290
26 https://en.wikipedia.org/wiki/1918_flu_pandemic

Paesi	Mortalità	% popolazione totale
India	17 milioni	5%
Indie Orientali	1,5 milioni	
Giappone	390.000	
Nuova Zelanda	8.573	0,74%
Tahiti		13%
Samoa		22%
USA	675.000	28%
Canada	50.000	
Brasile	300.000	
UK	250.000	
Francia	↑400.000	
Ghana	100.000	
Italia	375.000-650.000	

Il target preferito dalla pandemia era costituito dai giovani maschi adulti e dalle donne in gravidanza, un dato che gli studiosi avrebbero attribuito alla c.d. "tempesta citochinica"[27], ovvero ad un deragliamento iperacuto del sistema immunitario: un dato molto strano, se si considera che la "comune" influenza provoca la morte nello 0,1% dei casi contro il 20% dei soggetti colpiti dalla spagnola [28]. Tra le donne incinte la mortalità si aggirava tra il 23% ed il 71% [29]. Al contrario, la popolazione anziana oltre i 65 anni (che aveva contratto l'influenza russa del 1889-90) e coloro che si erano ammalati durante la prima ondata furono relativamente risparmiati in quanto "Immunizzati".

27 *Patterson, K. D.; Pyle, G. F. (1991). "The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic". Bull Hist Med.* **65** *(1): 4–21.* PMID 2021692
28 *Knobler, S.; Mack, A.; Mahmoud, A.; et al. (eds.).* "1: The Story of Influenza". *The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready? Workshop Summary (2005). Washington, D.C.: The National Academies Press. pp. 60–61.*
29 *Payne, Matthew S.; Bayatibojakhi, Sara (2014). "Exploring Preterm Birth as a Polymicrobial Disease: An Overview of the Uterine Microbiome". Frontiers in Immunology.* **5**. doi:10.3389/fimmu.2014.00595

FATTORI FAVORENTI E PREDISPONENTI

Non è possibile comprendere l'importanza della pandemia se non la si inserisce nel suo contesto storico ed ambientale. Se infatti il virus H1N1 fu il fattore scatenante, non va assolutamente sottovalutato il ruolo dei fattori predisponenti, quali il clima di guerra (malnutrizione, sovraffollamento, condizioni igienico-sanitarie scadenti, caldo-umido estivo), i trasporti civili, commerciali e militari di massa in tutto il globo, il rientro in patria dei militari affetti che esaltarono il ruolo giocato dalla probabile mutazione genetica.
La durata della pandemia va inoltre rapportata anche alla durata della guerra che, almeno inizialmente, si pensava sarebbe durata un anno al massimo mentre si protrasse per quasi 5 anni.
Anche se le potenza vincitrici non lo hanno mai ammesso, un ruolo non secondario potrebbe essere stato svolto anche dalle vaccinazioni di massa, imposte dai comandi militari.
Dopo la guerra di Cuba (1911), infatti, il governo americano le aveva rese obbligatorie. Pertanto le truppe in partenza per l'Europa ricevettero "preventivamente" da 14 a 25 dosi per tifo/paratifo, febbre gialla, etc. [30].
A seguito di queste vaccinazioni, sia il Ministro della Guerra (Henry L. Stimson), che il Capo della
Sanità Militare (Charles V. Chapin) riconobbero, obtorto collo, che nell'esercito americano si era verificata, come mai prima di allora, una "strana" impennata di casi di sindromi tifoidee, oltre a decine di morti, almeno 20.000 ricoveri negli ospedali militari USA e quasi 30.000 casi di epatite in soli 6 mesi di guerra [31]. A tutti questi dati, benchè ufficialmente pubblicati, non venne dato particolare risalto, neppure dalla stampa, stranamente … Tuttavia la cosa preoccupò non poco i vertici governativi e militari, al punto che vollero tentare, a guerra finita, un esperimento che aveva dell'incredibile: nel 1918 l'esercito USA impose il vaccino
antivaiolo a 3.285.376 nativi nelle Filippine, in assenza di epidemia, fedeli al motto "meglio un vaccino senza epidemia che un'epidemia senza vaccini". 47.369 filippini svilupparono il vaiolo e di questi ben 16.477 ne morirono. L'anno successive decisero di ripetere l'operazione su quasi 8 milioni di persone: oltre 65.000 si ammalarono e 45.000 morirono [32].

30 Ryle Dwyer. Irish Examiner Archives. May, 08, 2003
31 http://ajph.aphapublications.org/doi/pdfplus/10.2105/AJPH.8.3.242
32 William Koch's book, The Survival Factor in Neoplastic and Viral Diseases. Vanderkloot Press, Inc. Michigan, 1961

Dopo il 1918-19 il ceppo della spagnola H1N1 sembrò scomparire, con la stessa rapidità con cui era apparso. Tutti si chiesero che fine avesse fatto e se si sarebbe mai riaffacciato. Da allora ricomparve solo un'altra volta nel 1976, su segnalazione dei CDC di Atlanta, ancora una volta presso un campo militare: Fort Dix (New Jersey) [33]. In quella circostanza, le autorità sanitarie americane convinsero l'allora Presidente Gerald Ford a lanciare una campagna di vaccinazione di massa. Tuttavia l'operazione si rivelò un terribile flop, a causa delle diverse e migliori condizioni igienico-sanitarie; gli enormi costi sostenuti e la pessima pubblicità costarono a Ford la rielezione nel 1977 …

CONSEGUENZE

La spagnola debellò, oltre alla generazione di età compresa tra i 20 ed i 40 anni, intere comunità. Basti pensare ai nativi americani (3.293 morti [34]) e ad alcune isole del Pacifico, come Tonga (8% della popolazione), Nauru (16%) e Fiji (5%) [35].
L'economia globale ne uscì complessivamente sconvolta, in particolare l'industria civile e dello spettacolo. Le città si svuotarono mentre le agenzie di pompe funebri lavoravano a pieno ritmo. Le uniche a trarre i maggiori profitti furono soprattutto le industrie farmaceutiche. Proprio in quegli anni scadeva il brevetto della Bayer per l'aspirina. Pertanto, diverse aziende si dettero da fare per produrne quantità in larga scala, alla luce delle raccomandazioni fornite dal Ministro della Sanità Militare USA e della rivista JAMA, che consigliavano megadosi di aspirina: da 8 fino a 31 gr/die [36]! All'epoca non si conoscevano né il meccanismo d'azione né i rischi legati all'uso (inappropriato) dell'aspirina per cui a posteriori si parlò di "aspirin poisoning" [37]. La sua azione soppressiva, infatti, avrebbe determinato gravi emorragie e pneumopatie in soggetti già defedati. Tutto ciò si verificò soprattutto in occasione della seconda ondata, quella più letale, creando dunque i presupposti per la c.d. "tempesta perfetta".

33 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2373398/
34 *"Flu Epidemic Hit Utah Hard in 1918, 1919". 28 March 1995. Retrieved 7 July 2012*
35 *Denoon, Donald (2004). "New Economic Orders: Land, Labour and Dependency". In Denoon, Donald. The Cambridge History of the Pacific Islanders. CUP. p. 247. ISBN 978-0-521-00354-4.*
36 *Starko, Karen M. (2009). "Salicylates and Pandemic Influenza Mortality, 1918–1919, Pharmacology, Pathology, and Historic Evidence". Clinical Infectious Diseases.* ***49 (9): 1405–1410.*** *doi:10.1086/606060. PMID 19788357*
37 *Starko, Karen M. (2010). "Reply to Noymer et al.". Clinical Infectious Diseases.* ***50 (8): 1203–1204.*** *doi:10.1086/651473*

La spagnola influì massicciamente anche sul corso stesso della guerra. In Europa tutti i paesi dell'Intesa e degli Imperi centrali furono coinvolti. Questi ultimi subirono i danni peggiori perché persero almeno 2 milioni di uomini (il triplo rispetto alle FF.AA. italiane [38]), proprio quando il conflitto sembrava volgere a loro favore. Fino al 1917, infatti, vigeva un equilibrio instabile tra i contendenti, tale da richiedere l'intervento americano. Llo scoppio della rivoluzione in Russia provocò lo spostamento delle truppe austro-germaniche sul fronte occidentale (Fiandre) e meridionale (Caporetto). Tuttavia, l'embargo navale prodotto dagli Alleati impedì agli Imperi Centrali i rifornimenti necessari per alimentare e curare le proprie truppe che, oltre ai danni della spagnola, si ritrovarono gravemente malnutrite e prive di medicinali. Erich Von Ludendorff, comandante supremo dell'esercito imperiale tedesco, non potè quindi lanciare l'offensiva nelle Fiandre. Secondo vari
studiosi di storia militare, la mancanza di soldati in piena efficienza contribuì in modo determinante alla sconfitta finale [39] mentre la storiografia italiana non ha mai approfondito questo aspetto.

PROFILASSI E TERAPIA: IL TRATTAMENTO ALLOPATICO CONVENZIONALE

In mancanza di dati chiari sulla natura della pandemia, le misure adottate dalle autorità sanitarie e militari furono semplicemente sintomatiche ed empiriche. Si consigliava genericamente di far arieggiare gli ambienti, evitare luoghi affollati (teatri, cinema e scuole vennero chiusi), restare a letto, idratare con liquidi caldi, porre impacchi freddi sul capo [40], portare mascherine protettive di garza, etc.
I farmaci usati erano: l'aspirina, l'adrenalina (per la polmonite secondaria), l'ossigeno per via sottocutanea [41], i Sali di chinino, la digitale, soluzioni isotoniche di glucosio e bicarbonato di sodio per via endovenosa e persino la cannella[42].
I medici consigliavano ai soldati di spruzzarsi in gola antisettici e alcool e di masticare tabacco per abbassare la temperatura. Tentarono anche di inoculare

38 https://it.wikipedia.org/wiki/Influenza_spagnola
39 Bauer F, Vögele J. The "Spanish flu" in the German Army 1918--the perspectives of physicians and generals. Medizinhist J. 2013;48(2):117-52
40 BMJ, 7/13/1918
41 JAMA, 10/3/1918
42 BMJ, 10/19/1918

"vaccini" a base di secrezioni corporee (sangue e muco) o di batteri ritenuti responsabili, filtrati per eliminare le cellule più grandi ed i detriti" [43], come riportato da Alfred W. Crosby (op. cit.).
Tutte queste misure si rivelarono del tutto inutili se non dannose: i vaccinati finirono inevitabilmente per ammalarsi e morire come mosche, a differenza dei non vaccinati …
La mortalità era altissima, almeno il 40% [44].

IL RUOLO E L'ESPERIENZA DEGLI OMEOPATI

Al contrario dei loro colleghi allopatici, i medici omeopati ottennero un grande successo nel trattamento della pandemia influenzale, anche se i loro meriti furono ignorati o sottovalutati, proprio come accadde in occasione delle epidemie di colera che imperversarono per tutto il XIX secolo.
Il dato interessante che emerse dalle loro esperienze fu la straordinaria concordanza sia nell'impiego dei medicinali che nelle statistiche riferite e pubblicate nelle riviste dell'epoca: la mortalità, infatti, era solo del 2,1-5%.
Purtroppo la pesante censura militare, come si è già detto, non permise ai medici omeopati dei Paesi europei coinvolti nel conflitto, di diffondere e pubblicare dati sulla spagnola. Questa è la ragione principale per cui non abbiamo notizie significative riguardanti l'Italia e gli altri Paesi belligeranti. In quegli anni le principali riviste italiane cessarono la pubblicazione e il numero dei medici omeopatici si andò riducendo progressivamente fino agli anni '30.
Ad eccezione di A. Nebel [45](che tra l'altro nel 1938 mise a punto il nosode "Influenzinum" [46]), solo agli omeopati spagnoli (in Europa) ed americani fu concesso di lasciarci testimonianza del lavoro svolto.
Pertanto ci atterremo principalmente ai loro dati, in quanto sia le statistiche che le terapie omeopatiche non differiscono sostanzialmente da quelle di altre nazioni.

43 JAMA, 3/1/1919
44 *Knobler, S.; Mack, A.; Mahmoud, A.; et al. (eds.). "1: The Story of Influenza". The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready? Workshop Summary (2005). Washington, D.C.: The National Academies Press. pp. 60–61.*
45 Nebel A. La gripe española. Editorial Mínima; 2006. p. 36-7.
46 Julian O. Materia Medica of Nosodes with Repertory. B. Jain Publishers Ltd, 1980

L'ESPERIENZA SPAGNOLA

La Revista de Homeopatia Practica nel numero del novembre 1918 è il punto di riferimento [47]. Il lavoro è del dott. A. Olivè, condirettore insieme ad A. Vinyales.
I casi iniziano a marzo, prima in forma lieve, quindi in forma sempre più epidemica e grave. A parte una generica profilassi, come evitare gli assembramenti (un'ordinanza cittadina chiede che i mezzi di trasporto pubblici viaggino con le porte aperte per facilitare l'areazione) e le normali forme igieniche, viene consigliata una profilassi delle vie respiratorie e orali (perborato di sodio,acqua ossigenata diluita), cercando di evitare repentini cambi di temperatura che potrebbero interessare le mucose delle vie respiratorie.
Si nota subito come il medico omeopata si interessi all'uomo inserito nel suo ambiente, seguendo i principi che Hahnemann aveva indicato ne "L'amico della salute". Fondamentale è lo studio delle variabili individuali .
I rimedi più frequentemente prescritti sono:
- Aconitum, Veratrum Vir.,Belladonna, Eupatorium, Bryonia, Ipeca, Antimonium Tart., Phosphorus.

spesso associati, nel periodo della convalescenza, a:
- China, Nux Vomica, Arsenicum album.

Nelle emottisi e nelle ematemesi vengono prescritti:
- Mill., Trillium pend, Ham.

Nella Revista, un lavoro del dott. J.Girò Savall [48] illustra l'efficacia dell'omeopatia nei vari quadri sintomatologici dell'epidemia e nelle sue complicanze (polmonite, emorragie, interessamento dell'apparato digerente).
SINTOMATOLOGIA GENERALE: insonnia, inappetenza, astenia generalizzata, la comparsa improvvisa della sintomatologia, la lunga persistenza, le recidive, l'imprevedibilità delle manifestazioni.
L'astenia,nei casi benigni, si accompagna al desiderio di immobilità, ad una sensazione di affaticamento senza causa apparente, rifiuto del movimento.
Nei casi gravi a questi sintomi si associano precordialgie ,tachicardia, algor e morte rapida.
Localizzazioni più rare: endocarditi, metriti, nefriti, meningiti, otiti perforanti, appendiciti.

47 A. Olivè. Epidemia gripal.Rev .Hom.Prac.V, 11 nov. 1918
48 Giró Savall J: La epidemia reinante, la superioridad del tratamiento homeopático, en Revista de Homeopatía Práctica, año V, número 11, Noviembre 1918.

Gli attacchi sono improvvisi: da uno stato di benessere si può passare ad un quadro caratterizzato da violenta cefalea con artralgie, brividi squassanti, allucinazioni fino alla sincope.
La complicanza più grave è certamente quella dell' apparato respiratorio (polmonite, broncopolmonite, pleurite). Seguono l'apparato neurologico (meningite, apoplessia, afasia, epilessia jacksoniana) e le forme reumatiche. Molto frequente è la febbre, di tipo continuo-intermittente. L'apparato digerente è interessato con gastroenteriti, dissenteria,colera, dissenteria mucosa, forme tifoidee"(Revista de Hom .ag 3 op. cit).
Molte sintomatologie sono sovrapponibili e comuni ma altre variano per decorso associandosi diversamente tra loro.
Si possono classificare tre forme epidemiche: benigna, media , grave.

BENIGNA: ricorda i sintomi della bronchite, accompagnata da astenia, artromialgie, cefalea, brividi. Si associa mucosità nasale,faringea e oculare. Spesso il muco laringo-bronchiale si associa ad afasia e accessi di tosse dolorosi con l'espettorato che si fa progressivamente più denso. All'auscultazione: rumori bronchiali. L'ipertermia tende a diminuire durante il giorno. Spesso si presenta con la sola sintomatologia di mialgie diffuse. Le forme gastrointestinali si manifestano con nausea e vomito gastrico o biliare e diarrea. Questa forma ha una durata di 1 o 2 settimane fino alla comparsa di sudorazione, diarrea, epistassi ed herpes labialis che indicano la risoluzione.

GRAVE: i sintomi sono più intensi, spesso accompagnati da delirio e sincope. I sintomi sono in genere neurologici,respiratori e digestivi.
PROGNOSI: i casi trattati nell' Hospital Homeopathico Nino Dias si possono classificare come benigni. Venivano trattati in genere oltre 150 casi al giorno, tra cui 46 broncopolmoniti con 1 solo decesso.

E' probabile che l'uso sconsiderato di ogni tipo di terapia sintomatologica abbia facilitato la morbilità, riducendo il potere di difesa individuale.
Questa la terapia principalmente impiegata:
- Bryonia,Aconitum,Eupatorium,Nux Vomica,Phosphorus,Rhus Tox,Veratrum viride,Baptisia,Gelsemium,Chininum sulfuricum.Ipecacuanha,Tartarus emeticus,Arsenicum,Carbo Vegetabilis,Ranunculus,Cantharis,Iodum,Opium,Ignatia,Apium virus,Hyosciamus,Cina,Colocynthis,Mercurius corrosivus,Veratrum album,Colchicum.,Chelidonium.Ferrum phosphoricum,Allium cepa,Phosphoricum acidum,Hydrastis,Secale cornutum,Millefolium,Lachesis, Crotalus.

Tutte le dosi venivano somministrate in bassa diluizione.

In CONVALESCENZA:
- Avena sativa, Arsenicum,China,Gelsemium.

PROFILASSI:
- Rhus Toxicodendron,Bryonia, Eupatorium con l'aggiunta di principi dietetici.

L'ESPERIENZA AMERICANA

Ancora più ricca e significativa fu l'esperienza degli omeopati americani, ampiamente documentata dalle casistiche pubblicate sul "Journal of the American Institute of Homeopathy" [49]. Illuminante, in tal senso, resta l'articolo pubblicato dal Dr. A. Dewey [50], che riportò i risultati di almeno 50 omeopati, da diverse parti del Paese, da cui emerge una straordinaria concordanza sia nelle percentuali di guarigione (pari al 90-97%) che nei rimedi utilizzati (praticamente gli stessi impiegati in Spagna ma su quantità di pazienti molto più consistenti).
Un altro dato comune, ribadito chiaramente da tutti gli omeopati americani, fu l'osservazione della letalità dell'aspirina, che era il farmaco consigliato dalle autorità sanitarie: le megadosi prescritte, il potente effetto anticoagulante (che all'epoca ancora non si conosceva) ma soprattutto la sua azione "soppressiva" avrebbero avuto una grossa responsabilità nell'exitus fatale, costituito principalmente da gravi pneumopatie in soggetti già defedati dalla malattia. Secondo il Dr. D.A. Williams di Rhode Island l'aspirina provocò la morte nel 60% dei pazienti che svilupparono polmonite [51]. Anche il Dr. Loizeaux, (Des Moines, Iowa), prima di approdare all'Omeopatia, vide morire 2 sue figlie di polmonite, proprio a causa dell'aspirina. Ma durante la pandemia del 1918 usò solo rimedi omeopatici senza alcun caso di polmonite per cui ebbe a dire: "La Germania ha ucciso più persone con l'aspirina che con le pallottole".
A tal proposito riportiamo i commenti di alcuni colleghi, presenti nell'articolo di Dewey (op.cit.):

49 Journal of the American Institute of Homeopathy", voll. XI-XII, 1919- 1920
50 A. Dewey. Homeopathy In Influenza- A Chorus Of Fifty In Harmony. Journal of the American Institute of Homeopathy, 1920
51 *Journal of the American Institute of Homeopathy, May 1921, pp 1038*

"*Aspirina e Sali di chinino erano le uniche armi della Vecchia Scuola, che tuttavia perdeva almeno il 60% delle polmoniti! Il mio indice di mortalità è stato invece del 2,1%: senza aspirina non ho perso neppure un caso di influenza*" (Dudley A. Williams, MD, Providence, Rhode Island)
"*C'è un farmaco che ha causato più morti della malattia stessa. Tutti lo conoscono: è l'acido acetilsalicilico. La sua storia è stata pubblicata ma a tutt'oggi non se ne conosce l'effetto sedativo (?!). Tuttavia veniva usata fino alla totale prostrazione del paziente, che alla fine sviluppava una grave polmonite*" (Frank L. Newton, MD, Somerville, Massachusetts).
"*L'aspirina e gli altri prodotti a base di catrame vanno condannati per aver provocato un sacco di morti inutili … in particolare l'azione apparentemente sedativa dell'aspirina è ingannatrice: provoca un indebolimento del cuore, deprime la vitalità, aumenta la mortalità nei casi lievi e prolunga il periodo di convalescenza. Maschera i sintomi e complica enormemente la scelta del rimedio curativo. Dovrebbe essere proibita!*" (Guy Beckly Stearns, MD, New York).
Il Dr. W. F. Edmundson, di Pittsburgh, Pensilvania riferisce un aneddoto: un medico del locale ospedale chiese ad un'infermiera se conosceva rimedi più efficaci di quelli in voga perché stava perdendo troppi pazienti. L'infermiera rispose che avrebbe dovuto sospendere l'aspirina e rivolgersi alla farmacia omeopatica. "*Ma quella è Omeopatia!*", ribadì il medico. "*Sì, dottore*", rispose l'infermiera " *ma i medici omeopati con cui ho lavorato così facendo non hanno perso neppure un paziente!*".
A Filadelfia il Dr. Dean W.Pearson raccolse 26.795 casi trattati da vari omeopati con una mortalità di 1,05% contro il 30% degli allopati. Sempre a Filadelfia, il Dr. E. F. Sappington riferì che 1.500 pazienti furono trattati presso la Società di Medicina Omeopatica del Distretto di Columbia con soli 15 morti, mentre presso l'Ospedale Nazionale Omeopatico si ottenne il 100% di guarigioni.
A New York, anche l'International Homeopathic Association riportò statistiche rilevanti: 17.000 pazienti (con molti casi di polmonite) con una mortalità dello 0,25%.
Un altro famoso omeopata, Herbert A. Roberts, inviò un questionario a 30 omeopati nel Connecticut: 6.602 pazienti con soli 55 morti (1%). Egli stesso, imbarcato in quel periodo su una flotta mercantile,trattò 81 pazienti: tutti guariti omeopaticamente e regolarmente sbarcati.
Il Dr. Frank Wieland, di Chicago trattò con successo, grazie a Gelsemium, 8.000 operai di una fabbrica con 1 caso di morte, senza aspirina né vaccini.

Il Dr. Mary Senseman (Illinois) trattò 49 soggetti allettati (immobili, congestionati, che non si lamentavano, non volevano né chiedevano nulla) con Bryonia 10M ed altri 23 (con mucosità vischiose da naso e bocca) con Senega 1M-10M.
Il Dr. T. McCann (Ohio) trattò oltre 1.000 casi senza alcun decesso con soli 4 rimedi: Gelsemium, Bryonia, Eupatorium, Arsenicum.
L'elenco delle casistiche potrebbe continuare a lungo ma per ragioni di brevità ci fermiamo a questo punto, rimandando gli interessati all'articolo citato di Dewey.

CONCLUSIONI

La storia della pandemia influenzale del 1918 ha sollevato più dubbi di quanti ne abbia risolti ed ha creato un vero e proprio spartiacque nella storia della sanità pubblica, accademica e militare. A distanza di un secolo la comunità scientifica continua ad interrogarsi e ad indagare sui motivi di tanta letalità e diffusione, sia nel tempo che nello spazio. L'impreparazione della classe medica e politica dell'epoca, che non disponeva di dati etiopatogenetici certi e di misure terapeutiche valide, mise in luce la mancanza di una strategia adeguata ad affrontare situazioni del genere. Il mondo omeopatico, invece, non solo disponeva di una metodologia diagnostico-terapeutica adatta alla circostanza ma in particolare vantava una grande esperienza storica, avendo già affrontato con successo epidemie di colera, tifo, etc. nel XIX secolo.
I grandi omeopati del passato, da Hahnemann[52] [53] [54] a Boericke [55], da Clarke [56] a Grimmer[57], ci hanno lasciato pagine indimenticabili sulla gestione di simili emergenze, in particolare nella ricerca del "genio epidemico". Non è un caso se, grazie alle loro indicazioni, gli omeopati europei ed americani, pur differenziando a seconda dei casi, si trovarono concordi nella scelta degli stessi rimedi. Rimedi che, in gran parte, ricorrono tuttora in occasione delle epidemie annuali.
Grazie alla metodologia hahnemanniana, anche la virulenza di quella pandemia può trovare una spiegazione logica, alla luce del concetto di "terreno" e dell'analisi miasmatica. Situazioni di forte disagio, come un clima di guerra, rendono una popolazione maggiormente suscettibile all'azione dei microrganismi (Taubenberger et al., op. cit.) che, in tal caso, trovano le condizioni ideali per proliferare ed andare incontro ad eventuali mutazioni genetiche. Mutazioni, peraltro, favorite dall'azione sicotizzante delle terapie (aspirina in primis e vaccinazioni di massa, imposte soprattutto ai militari impegnati nel conflitto) e dalle condizioni di vita in trincea (freddo, malnutrizione, etc.), responsabili dell'effetto tubercolinizzante. È proprio da questa miscela esplosiva che sarebbero scaturite le patologie distruttive (effetto luesinizzante) responsabili della morte di milioni di persone.
Anche se dal 1918 la scienza biomedica ha compiuto enormi progressi in ogni settore, è impossibile ignorare i risultati conseguiti allora dall'Omeopatia, che superò brillantemente la sfida sul campo con la pandemia influenzale. Benché i suoi detrattori tendano, come sempre, ad ignorare o minimizzare quei successi, esiste un'ampia letteratura a comprovare e validare quella esperienza.
Un'esperienza che, ci auguriamo, dovrebbe essere conosciuta ed approfondita da ogni omeopata affinchè possa essere divulgata e trasmessa alle generazioni future.

52 "Organon", par. 101-101, 147
53 "Malattie Croniche. Semiologia della Psora"
54 Scritti Minori (Su alcuni tipi di febbre continua e remittente. La medicina dell'esperienza. L'osservatore in Medicina. Il trattamento del colera asiatico)
55 Boericke W and OE: *Boericke's Pocket Manual Homoeopathic Materia Medica*
56 Clarke JH: *Dictionary of Practical Materia Medica. The Prescriber*
57 Grimmer AH: *The Collected Work*

Risultati del Proving della Scuola Similia Similibus

Direttore della sperimentazione: Gustavo Dominici
Coordinatore: Marco Colla
Supervisori: Maria Fazio, Massimo Rittatore, Caterina Trovato, Elisabetta Bo
Provers: Cristina Cingi, Daniela Viotto, Andrea Delfino, Paola Fiorio, Diego Tomassone, Maria Marzano, Vilma Revelli, Claudio Viano.

ABSTRACT

OBIETTIVI: Lo studio patogenetico è stato intrapreso per l'elevato valore didattico di un proving e al fine di evidenziare e definire con precisione la malattia artificiale generata nell'uomo sano da una sostanza dinamizzata.

INTRODUZIONE: Nella sperimentazione si raggiunge la conoscenza diretta della natura profonda del rimedio. Rappresenta il livello più profondo attraverso cui conoscere la Materia Medica.

Consapevoli dell'importanza dello studio patogenetico delle sostanze per un corretto uso in Medicina omeopatica e del valore didattico di una simile esperienza, ad ottobre abbiamo iniziato il primo proving realizzato dalla nostra scuola "Similia Similibus" di Torino, grazie alla collaborazione del dott. Gustavo Dominici.

MATERIALI E METODI: La sperimentazione è stata condotta in triplo cieco su dieci provers (8 verum e 2 placebo) e riguarda il rimedio Herpes simplex 1.

Sono state utilizzare le diluizione 30CH 200K MK in soluzione idroalcolica.

La sperimentazione prevedeva l'assunzione di 5 gocce della sostanza 4 volte al giorno, per massimo 7 giorni, ed andava interrotta alla comparsa del primo sintomo sufficientemente rilevante o inusuale.

RISULTATI: La patogenesi sperimentale condotta dalla nostra scuola ha evidenziato molti sintomi coerenti. Diversi sperimentatori, per effetto della malattia artificiale provocata dalla sostanza, hanno manifestato sintomi molto simili mai comparsi prima.

CONCLUSIONI: Il proving si è dimostrato elemento eccezionale di autoanalisi, di auto-osservazione, di formazione e di ricerca per gli sperimentatori.

Il proving di Herpes Simplex 1 ha raggiunto gli obiettivi sia per quanto riguarda lo studio patogenetico che il il valore didattico.

I sintomi patogenetici coerenti che sono emersi confermano il lavoro di altri gruppi, il quale potrebbe risultare integrato da nuovi sintomi.

A livello didattico siamo pienamente soddisfatti in quanto la conoscenza della Materia medica è indispensabile, ma vivere in prima persona la forza del rimedio è un'opportunità insostituibile.

PAROLE CHIAVE: Proving, Herpes virus 1, malattia artificiale, sperimentazione omeopatica, sintomi coerenti.

INTRODUZIONE

Un proving *"è come la brezza notturna, che passa e va, e si deve coltivare la capacità di percepirla. Quando cominci ad accorgertene, senti la brezza, cominci a sentire e imparare qualcosa di te come persona, e così comincerai a sentire i tuoi pazienti a un livello più sottile, e contemporaneamente diventerai anche più preciso nelle prescrizioni."* Queste sono le parole di Jeremy Sherr ed è con questo spirito che abbiamo deciso di realizzare il primo proving della nostra Scuola "Similia Similibus".

Consapevoli dell'importanza dello studio patogenetico delle sostanze per un corretto uso in Medicina omeopatica e del valore didattico di una simile esperienza, ad ottobre abbiamo iniziato la sperimentazione. L'esperienza è nata dalla richiesta degli studenti della scuola di poter partecipare di persona ad un proving. Ci siamo quindi attivati, cercando le linee guida dell'ECH e LIGA e le pubblicazioni di altre Scuole e di Jeremy Sherr, ma la realizzazione è stata resa possibile soprattutto grazie alla collaborazione del dott. Gustavo Dominici, in veste di direttore del proving.

Come ci insegna Hahnemann nei § dal 106 al 145, non vi è nessun'altra strada possibile per provare infallibilmente gli effetti peculiari delle medicine, se non somministrarle a soggetti sani per "*venire a sapere quali alterazioni, sintomi e segni della loro influenza*" emergano.

Prima di iniziare questa bellissima avventura non eravamo a conoscenza del valore didattico di una simile esperienza.

Hahnemann ribadisce questo concetto nella nota del paragrafo 141: "*Quando un Omeopata fa un proving su di sé impara a conoscere questo sé, questa è la voce di questo sé, questa è la porta d'ingresso della saggezza*". Quindi si tratta di imparare ad ascoltare i sibili, non le urla.

La sperimentazione omeopatica è conoscenza profonda di sé e della Natura attraverso il rimedio e le risposte di meccanismi di difesa del corpo. In questa nostra prima positiva esperienza di proving abbiamo scoperto una prospettiva prima sconosciuta, abbiamo migliorato la nostra comprensione di come il 'simillimum' riporti alla stato di salute, offrendo a tutta la comunità omeopatica

informazioni preziose da usare in futuro perché non esiste altro modo di predire gli effetti di una determinata sostanza.
Nella sperimentazione si raggiunge la conoscenza diretta della natura profonda del rimedio; l'esperienza di vivere il rimedio differisce dal leggere soltanto la Materia Medica.
Durante la sperimentazione si diventa il rimedio; lo spirito del rimedio invade il centro vero e proprio del nostro essere. Questo rappresenta il livello più profondo attraverso cui possiamo ottenere l'intima conoscenza della Materia Medica.
Aggiunge a questo proposito Sherr: "*Quello che ho scoperto è che il proving è essenziale per una vera educazione omeopatica. Se partecipi anche a un solo proving, ti si apre qualcosa dentro. Questo crea una differenza nella conoscenza dell'omeopatia….Per questo considero il proving essenziale nell'educazione omœopatica……Ciò che innanzi tutto succede a qualunque Omeopata durante un proving è di scoprire delle sostanze nei regni della natura, vedere e capire come pensa una roccia o un animale, cosa li mantiene insieme a livello fisico, mentale ed emotivo; vedere come i diversi frammenti costituiti dai singoli provers si amalgamano nell'immagine del "come se si fosse una sola persona" e si può arrivare a capire quanto potente sia il significato dei sintomi, visti in un contesto più ampio.*"

MATERIALI E METODI

La sostanza, scelta dal direttore della sperimentazione, era Herpes simplex 1.
La sperimentazione è stata condotta in triplo cieco.
Il direttore era l'unico a conoscenza della sostanza, la quale è stata comunicata agli altri membri della sperimentazione in occasione del Seminario conclusivo tenutosi a novembre, al termine del periodo di osservazione.

Il gruppo del proving è stato reclutato tra gli allievi e i docenti della scuola così suddivisi: 10 provers (7 femmine e 3 maschi - di cui 9 studenti e un docente)
5 supervisori e un coordinatore (docenti della scuola)
il direttore della sperimentazione (dott. Gustavo Dominici)

Sono stati sperimentati gli effetti di tre diverse diluizioni della sostanza : 30CH - 4 provers
200CH - 3 provers MK - un prover
due sperimentatori hanno avuto il placebo. Ecco lo schema: (Fig.1)

Elenco provers	flacone	diluizione
CG	4	30CH
DV	9	200CH
DA	1	placebo
PF	2	placebo
DT	8	200CH
MM	7	30CH
VR	10	200CH
CV	6	30CH
BTC	5	30CH
EF	3	MK

Fig. 1. Elenco dei provers e rispettive diluizione assunte

La sperimentazione è stata preceduta da un seminario introduttivo nel mese di giugno alla presenza dei candidati provers, dei supervisori e del coordinatore durante il quale il direttore ha presentato la metodica e illustrato il protocollo e ci ha fornito la documentazione necessaria per la realizzazione. A settembre, sulla base delle informazioni ricevute, sono stati selezionati 10 provers tra i candidati e consegnati i flaconi contenenti la sostanza.

Il farmaco -preparato dal Laboratorio Sodini- è stato somministrato in soluzione idroalcolica, che consente un più semplice e controllabile metodo di succussione.
La distribuzione dei flaconi placebo e verum è stata random, ovvero ogni prover ha scelto il proprio flacone.

In accordo con linee guida della Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis ed European Committee for Homeopathy, la sperimentazione è stata preceduta da un periodo di osservazione, durante il quale il prover era tenuto a compilare un diario pre-proving informando quotidianamente il proprio supervisore. Tale procedura ha permesso di consolidare il rapporto tra prover e supervisore ed assicurare che il prover avesse correttamente compreso la procedura.

Diario pre-proving
Questa fase di preparazione del prover è molto importante per il risultato finale. Il prover trascrive tutti i suoi sintomi fisici, emozionali ed intellettivi in questo diario per una settimana prima del proving.
Ciò è servito a definire i sintomi pregressi dello sperimentatore, che non possono essere inclusi tra i sintomi del proving, e a prendere confidenza con la tecnica dell'auto-osservazione e della trascrizione delle proprie sensazioni in termini adeguati.
Ogni sperimentatore era tenuto ad appuntare il sintomo non appena lo percepiva in modo da non incorrere in inevitabili dimenticanze, lacune, semplificazioni, con perdita di materiale prezioso. Ogni sera trascriveva le annotazioni in un file apposito, precisando e completando il sintomo con la collaborazione del supervisore.

Inizio della sperimentazione
La sperimentazione è iniziata la sera di lunedì 4 ottobre, previa compilazione da parte di ciascun supervisore della scheda personale dei provers con una accurata anamnesi.
I provers hanno assunto 5 gocce 4 volte al giorno per un massimo di 7 giorni.
La prima somministrazione è avvenuta la sera, prima di coricarsi, facendo cadere 5 gocce della sostanza direttamente sulla lingua o in cucchiaio di plastica con poca acqua, mantenendo la soluzione in bocca per circa un minuto.
Le somministrazioni successive sono avvenute ogni sei ore circa, nella medesima modalità, previa dinamizzazione.
L'assunzione della sostanza doveva essere sospesa alla comparsa del primo sintomo.
I provers durante l'esperimento non hanno scambiato fra loro alcuna considerazione sul proving.

I SOGGETTI DEL PROVING

Il gruppo del proving è composto da:
il direttore
il coordinatore i supervisori
i provers

Il direttore
Il direttore è colui che organizza il proving ed è l'unico a conoscere la sostanza dinamizzata oggetto dell'esperimento, la/e potenza/e utilizzata/e, l'inserimento o meno di gruppi di controllo (placebo o blank).
Conserva i codici di ciascun prover e del flacone che ognuno di loro ha ricevuto e rilascia una copia ad una persona estranea al proving.
Il direttore partecipa con il coordinatore ad ogni decisione che si possa richiedere nello svolgimento del proving; esamina la sintomatologia finale e decide di approfondire aspetti non sufficientemente chiari.
Organizza un incontro finale con il coordinatore, i supervisori e i provers per definire e completare la sintomatologia.
Insieme al coordinatore e ai supervisori valuta i risultati raggiunti, apporta eventuali modifiche al protocollo utilizzato, decide riguardo la pubblicazione dei risultati.

Il coordinatore
Il ruolo del coordinatore è far svolgere il proving come stabilito.
E' una figura fondamentale per la buona riuscita della sperimentazione. In genere è un omeopata di provata esperienza.
Insieme al direttore si assume la responsabilità finale del proving. Detta i tempi, verifica, dà disposizioni, decide.
Non è a conoscenza del rimedio che viene sperimentato.
Riceve almeno una volta alla settimana i sintomi raccolti da ogni supervisore.
Verifica la qualità del lavoro dei supervisori e chiede chiarimenti circa ogni aspetto o sintomo non ben definito.
Decide insieme ai supervisori e consultando il direttore, l'interruzione dell'esperimento da parte di un prover, la somministrazione di un antidoto, il prolungamento dell'assunzione della sostanza, qualunque altro intervento si ritenga necessario.
Invia i sintomi al direttore e comunica periodicamente con lui circa lo svolgimento del proving.

I supervisori
Sono omeopati di esperienza o soggetti esperti.
Ogni supervisore segue da due a tre prover, di più solo in casi eccezionali.
I supervisori non possono scambiare fra loro alcuna considerazione prima del termine del proving. Del loro ruolo sono parte fondamentale la scheda del prover, i contatti con il prover e con il coordinatore e la conclusione del proving.

Il supervisore redige una scheda per ciascun prover prima dell'inizio della sperimentazione, che include il diario pre-proving dello sperimentatore, l'anamnesi personale ed un parere finale nei riguardi del prover.
Invia una copia di ogni singola scheda al coordinatore, prima dell'inizio del proving. Contatta ogni prover una o due volte al giorno nei primi 7 giorni.
Incontra poi ogni prover una volta a settimana, di persona o tramite video.
Durante questi incontri esamina con il prover i sintomi registrati per renderli più chiari e corrispondenti alla sensazione provata; li completa quando necessario, elimina le parti chiaramente superflue.
Evidenzia i sintomi oggettivi del prover: atteggiamento, espressione del viso, colorito, tono della voce. Tali sintomi costituiscono parte integrante e preziosa della sintomatologia.
Invia al coordinatore ogni 7 giorni copia del diario di sperimentazione di ogni prover.
Segnala ogni anomalia o modifica rilevante dello stato di salute dei provers e valuta insieme la sospensione della sperimentazione o la somministrazione di un antidoto.
Alla fine del proving il supervisore dispone per ogni prover di:
una scheda del prover (diario pre-proving + scheda pre-proving), un diario della sperimentazione, le sue annotazioni - che includono i sintomi oggettivi da lui stesso rilevato - ed una valutazione finale del singolo esperimento.

Gli sperimentatori
Sono soggetti in buone condizioni di salute e con assenza di patologie acute o croniche attive, che non fanno uso abituale di farmaci né droghe, che non abbiano assunto rimedi omeopatici ad alta dinamizzazione nei 60 giorni precedenti l'inizio del proving, a bassa dinamizzazione 15 giorni prima.
Le donne non assumono la pillola anticoncezionale oppure debbono averla sospesa da almeno 3 mesi.
I provers durante l'esperimento non possono scambiare fra loro alcuna considerazione sul proving.

RISULTATI: I SINTOMI PATOGENETICI LEGENDA

TO16 = Torino 2016 è la sigla del proving.
La sigla dopo ogni sintomo individua il prover.
Il numero successivo indica il giorno dell'osservazione, da 1 a 30, intendendo per 1 quello in cui si inizia ad assumere la sostanza.

Il numero successivo, se presente, indica l'orario di comparsa del sintomo.
Alla fine dell'elenco dei sintomi ci sono le "NOTE": annotazioni di rilievo del supervisore o del prover.

MENTE

1. Una certa intolleranza, non ho voglia di dedicare tempo alle cose che ritengo inutili, non ho voglia di fare discussioni. TO16 CG 5
2. Dimentico di fare delle cose, non è da me. TO16 CG 5,6
3. Il dolore mi fa urlare. TO16 CG 1,9
4. Una sensazione di distrazione, di non essere in quel punto in quel momento. TO16 DV 1
5. Nella mattinata fatica a guidare, come se non fossi stata io alla guida. TO16 DV 5
6. Ero in negozio, sono andata nel retro a prendere qualcosa in borsa, mi sono chinata, ma mi sono chiesta come mai fossi lì, per quale motivo; mi sono ripresa dopo una trentina di secondi. TO16 DV 5
7. Ho avuto l'impressione come se ci fosse qualcosa cui prestare attenzione che in realtà non c'era.
Sensazione come se fossi appena in tempo per fermarmi, con batticuore per paura di non aver visto l'ostacolo. TO16 DV 6 h9
8. Mi capita sovente di dimenticarmi le parole durante un discorso. TO16 DV 6
9. Sensazione di essere sul punto di scoppiare a ridere in circostanze serie, di una risata fragorosa.
TO16 DV 4
10. Durante il proving mi è capitato di essere dispiaciuta di facciata, ma quasi provare piacere interiormente. TO16 DV 3-7
11. Nella mattinata ho provato un senso di agitazione come se dovessi fare un sacco di cose e non
avessi il tempo per farle tutte, accompagnato da leggero tremolio di tutto il corpo. TO16 DV 7,8
12. Irritabile, scatti di tensione per ogni minima cosa anche insignificante. TO16 DV 7
13. Mi dimentico delle azioni che ho svolto poco prima, a volte sono talmente automatiche che ho la sensazione di aver fatto una determinata cosa, di aver messo un oggetto in un posto, ma non ricordo se è successo veramente oppure no. TO16 DV 15

14. Per distrazione al casello la sbarra non si è alzata e ci ho sbattuto contro. TO16 DT 7
15. Distrazione, ma solo per le attività quotidiane, tipo non fai attenzione e sbagli strada, oppure dimentichi il codice della carta di credito. TO16 DT 7-30
16. Episodi di "premonizione" cioè ho pensato ad una cosa o ad una persona e in giornata la cosa si
è avverata o la persona si è presentata inaspettata. TO16 VR 4,5

TESTA
17. Mal di testa leggero ma martellante, continuo, fastidioso, non si modifica. Non mi impedisce di svolgere le attività quotidiane ma svolgo i "compiti" con fatica, rallentati e mal volentieri, mi pesano. TO16 DV 1,2,3,5,6,7
18. Fortissimo mal di testa alle tempie, continuo per tutto il giorno, senza nessuna variazione con il
riposo. E' stato insopportabile non tanto per l'intensità quanto per la durata la stanchezza che mi ha provocato TO16 DV 4 h19
19. Al risveglio cerchio alla testa, come una morsa alle tempie, che passa mangiando. TO16 EF 2,7
20. Sensazione di tensione alla fronte con sensazione di confusione e testa ovattata, migliora mangiando. TO16 LTC 2,3

FACCIA
21. Una piccola bolla bianca all'interno del labbro inferiore. La punta è bianca con un po' di liquido trasparente, la zona è leggermente gonfia e rossa; ho dato un leggero morso ed è scoppiata. TO16 CG 5,7-15
22. Sento tirare forte in mezzo alle sopracciglia, si aggrotta la fronte. TO16 DV 4,8
23. Senso di calore al volto TO16 EF 1

OCCHI
24. Fastidio all'occhio sinistro, appesantito, affaticato, anche chiudendo le palpebre, lo sento offuscato con difficoltà alla visione. TO16 DV 1-11
25. Occhi piccoli gonfi e pesanti come se si volessero chiudere con difficoltà nella visione sia da
lontano che da vicino. TO16 DV 1-9
26. Sensazione di avere le borse sotto gli occhi, visivamente si nota una colorazione bluastra un po' più scura del normale. TO16 DV 5

27. Maggior consapevolezza degli occhi", un "sentire" di più gli occhi, soprattutto la parte circolare
dell'orbita. TO16 DT 1

BOCCA
28. Emorragia gengivale durante il lavaggio dei denti nella sede di una ustione della settimana precedente. TO16 LTC 3,4
29. Emorragia gengivale spontanea su tutta la bocca, non nella sede dell'ustione. TO16 LTC 5

STOMACO
30. Sensazione di oppressione come se una mano stesse schiacciando a livello dello stomaco, durata mezz'ora. TO16 LTC 2,5

ADDOME
31. Dolore compressivo fianco e fossa iliaca destro dopo una breve camminata. TO16 LTC 3
32. Una sensazione come un senso di peso, come "sentire i muscoli", poi diffuso ai muscoli dell'addome di contrattura lieve, alla fine localizzato a livello della vita come una cintura. TO16 VR 1 1ora

RETTO FECI
33. Mi sono scaricata con estrema difficoltà, ho forte stimolo ma devo spingere con forza e ho dovuto esercitare parecchie spinte. Sintomo completamente nuovo. TO16 CG 5-15,22,24 (3)
34. Mi si è aperto un piccolo taglio, assomiglia ad una ragade, vicino all'ano, nella parte di sinistra,
sensazione di bruciore. TO16 CG 25,26
35. Episodi diarroici semiliquidi, senza dolore addominale TO16 CV 3

TORACE
36. Un episodio improvviso di accelerazione del battito del cuore, mi ha svegliato bruscamente, ho avuto una sensazione di vuoto che coinvolgeva braccia, mani, testa, e la parte dello stomaco, ho avuto bisogno di riportare la mia posizione da sdraiata a quasi seduta, da sdraiata peggiorava la sensazione appena descritta. Durato pochi secondi, poi pochi minuti ancora di battiti discontinui. TO16 CG 1,9,10,19

GENITALI

37. Il mio solito bruciore alla zona dei genitali, pur bevendo meno, è migliorato. TO16 CG 3

38. Lieve bruciore vaginale sia interno che esterno, diverso dal solito perché non è presente la sensazione di peso. Arrivata a casa ho fatto pipì con un bruciore, alla fine non ho sentito lo spasmo che mi provoca pelle d'oca e lacrime agli occhi. TO16 CG 6 h16

DORSO

39. In tarda mattinata forte tensione al collo, i muscoli sono tesi e duri, dolore mordente, simile a quello sentito al polpaccio. TO16 CG 4

40. Dolore cervicale tipo fitte, fastidioso perché continuo. TO16 DV 1

41. Dolore pulsante come se il muscolo si muovesse per conto suo, continuo e fastidioso al terzo inferiore del tratto dorsale. TO16 MM 1 h17

42. Piccola contrattura dorsale in sede paravertebrale dx al terzo superiore, durata qualche ora.
TO16 MM 7

43. Contrattura dolorosa dei muscoli a livello dorsale tipo sotto la scapola sinistra comparso improvvisamente e durata una ventina di minuti, con impossibilità di movimento. TO16 LTC

44. Il dolore alla zona lombare è migliorato, meno intenso e pungente. TO16 CG 3

45. Un dolore lancinante sul fianco destro, cerco di sedermi, ma non riesco neppure ad appoggiare la parte di destra. Il forte dolore mi fa urlare, non riesco a capire cosa sia successo. Non riesco a stare seduta, non riesco ad alzarmi, sento sollievo solo se mi sdraio. TO16 CG 9

46. Dolore muscolare ai fianchi bilaterale. TO16 MM 9

47. Il mio dolore sacrale del mattino è quasi scomparso a dx e ridotto a sx e la schiena è meno rigida TO16 MM 3,4,6

48. E' comparso un dolore puntorio a livello della scapola sinistra. TO16 VR 1-7

ESTREMITÀ

49. Sensazione di rigidità alle dita soprattutto nello scrivere o suonare la chitarra; a volte le dita si bloccavano quasi, a volte mi scappavano gli oggetti dalla mano come se non li sentissi. A volte formicolio, come perdita di sensibilità. TO16 DT 8-30

50. Pulsazione, come se il muscolo si muovesse per conto suo, al pollice sx che non si risolveva
muovendo il braccio né massaggiando. TO16 MM 1

51. Ricomparsa dopo anni di un dolore alla spalla dx. Si tratta di dolore concentrato in un unico punto della testa omerale, come da trauma acuto, peggiorato dalla pressione anche leggera e dal movimento di retropulsione dell'arto superiore. TO16 CV 4-6

52. Migliorato il mio dolore al braccio e alla spalla destra, che avverto specialmente quando alzo il
braccio ed alla retropulsione del braccio. TO16 VR 1-7

53. Forte crampo al polpaccio sinistro, il dolore acuto mi ha fatto svegliare e urlare. Durato pochi secondi ma il polpaccio è rimasto dolente, contratto e duro per molte ore. Il dolore di questa notte è stato improvviso, ho provato una forte morsa su tutta la lunghezza del muscolo, dolore tirante, come se il muscolo fosse preso da una morsa. TO16 CG 2,3,17

54. Le gambe sono pesanti, dolore tirante nella parte posteriore, anche il polpaccio sinistro è
contratto. TO16 CG 3

55. Dolore leggero ma continuo ai polpacci; la sensazione era di tante, piccole ma continue contratture del muscolo, desiderio di allungare la parte del polpaccio. TO16 CG 26

56. Lieve indolenzimento dei quadricipiti. TO16 DT 1

57. Crampo improvviso doloroso alla gamba destra, ho dovuto farmelo passare stirando la gamba.
TO16 MM 2

58. Contrattura muscolare al terzo superiore della gamba sinistra. Ho dovuto massaggiare a lungo per farlo passare. TO16 MM 2

59. Pulsazione lievemente dolorosa al polpaccio sinistra per una decina di secondi, poi è scomparsa.
TO16 MM 2

60. Stamattina, appena alzata, comparsa di dolore muscolare tipo accumulo da acido lattico al terzo superiore del muscolo quadricipite sinistro. Ho dovuto massaggiare per alleviarlo. TO16 MM 9

61. Senso di calore ai muscoli della coscia, anteriormente, e una sensazione come un senso di peso,
come "sentire i muscoli", poi diffuso ai muscoli dell'addome di contrattura lieve, alla fine localizzato a livello della vita come una cintura. TO16 VR 1 1 ora

SONNO

62. Sonno agitato, molto leggero e non riposante, percepisco quello che succede intorno a me.
TO16 DV 1-10
63. Risvegli come di soprassalto come dopo un incubo alle ore 4 per tutta la settimana. TO16 DT 1-7
64. Sonnolenza aumentata. TO16 LTC 2-7
65. Di notte numerosissimi risvegli con difficoltà di addormentamento fino alle 5 del mattino. TO16 VR 1

SOGNI

66. Vedo nei dettagli una casa bellissima, nel sogno è la mia nuova casa, molto grande con una grande sala piena di regali e tavoli apparecchiati. Alcuni particolari non mi piacciono e sono a disagio perché so di dover discutere per correggere un evidente errore! TO16 CG 2
67. Trovo una pietra verde su un qualche pianeta, la raccolgo e tutto contento la ammiro,
esclamando: "Interessante". Una donna presso di me mi sorride e mi dice: "Proprio interessante". Mi stupisco che in quel pianeta qualcuno parli italiano. TO16 CV 1
68. Sogno di un burrone: siamo in un prato e la terra si ritira ma non ho paura. TO16 DV 1
69. Sogni di persone morte seppellite con il volto senza occhi, sagome che sembravano delle statue di cera mal fatte piuttosto che vere persone. TO16 DT 14
70. Sogni molto vividi, di cui al mattino non ricordavo esattamente i particolari ma solo la trama,
comunque erano sogni belli con situazioni serene, in cui tutto andava bene e mi svegliavo serena. TO16 VR 1-7 (nota 2 VR)

CUTE

71. Prurito in varie parti del corpo. TO16 DV 15

NOTE

Prover CG

La vescicola comparsa al 5°giorno presenta "la punta è bianca con un po' di liquido trasparente, la zona è leggermente gonfia e rossa; ho dato un leggero morso ed è scoppiata."

Al 7° giorno: Ore 13,00 ricomparsa all'interno del labbro destro rigonfiamento con punta bianca, lo sento con la punta della lingua, a differenza dell'altro giorno non sento bruciore.
8° giorno: Ore 10,00 la piccola bolla bianca all'interno del labbro destro è ancora presente, oggi è più fastidiosa, la sento più grossa, è arrossata e calda, guardandola ho notato che non è più bianca ma è trasparente, come se ci fosse del liquido. Ore 13,00 a pranzo masticando mi sono morsa l'interno del labbro ed è scoppiata. Ho sentito il liquido uscire, con notevole sollievo. Questa sera la bolla è di nuovo bianca, non è rossa e non è calda.
10° giorno: la bolla bianca all'interno del labbro destro è ancora presente, oggi assomiglia a un semino di sesamo. Non ho fastidio, si sente passando la lingua.
11° giorno: la bolla bianca all'interno del labbro destro è ancora presente, oggi è diventata trasparente, meno in rilievo.
15° giorno: la bolla bianca all'interno del labbro destro è ancora presente, tra sabato e domenica si è gonfiata soprattutto la parte intorno al semino bianco, sensazione di calore, molto rossa. Fastidio al passaggio della lingua. Oggi 17 ottobre il semino bianco si è trasformato in una bollicina con liquido trasparente al suo interno. Grande sensazione di gonfiore intorno alla bolla. Ore 13,30 mentre stavo mangiando è scoppiata, uscito il liquido interno, è rimasto un forellino, forte sensazione di bruciore e gonfiore.
Ore 17,30 la zona si è sgonfiata, non è più rossa, non sento bruciore. Il sintomo è ricomparso al 37°, 38° e 39° giorno.

Prover DV
Avevo la mente "impegnata" altrove: mi riferisco non a una difficoltà fisica, ma mentale. Non so se avrei avuto i riflessi pronti, pensavo ad altro, come se non fossi stata io alla guida; dopo un breve tratto di strada me ne sono resa conto.

Prover DT
La distrazione permane fino al 40° giorno.

Prover EF
Il calore al volto è un sintomo presente anche in un placebo.

Prover MM
Il dolore pulsante come se il muscolo si muovesse per conto suo, al terzo inferiore del tratto dorsale, è comparso dopo 4 ore dalla 1a assunzione; ero seduta sulla sedia ed è ricomparso attenuato alla sesta ora per un minuto in ortostatismo, stessa sede.
Si tratta della stessa pulsazione - come se il muscolo si muovesse per conto suo - avvertita al pollice sinistro; questa durata circa 30 minuti dopo l'assunzione del rimedio.

Prover VR
In genere io faccio sogni in cui devo risolvere delle cose che sono in sospeso nella vita, sogni in cui devo comunque fare delle cose e non riesco a farle, situazioni in genere complesse che mi fanno svegliare con sensazione di ansia, di non riuscire a fare; ho iniziato la somministrazione del rimedio il lunedì sera e da martedì notte ho fatto sogni molto vividi, in cui contrariamente al solito c'erano situazioni serene, in cui tutto andava bene e mi svegliavo serena.

NOTE E COMMENTI EMERSI DURANTE IL SEMINARIO CONCLUSIVO CG
A livello fisico mi ha molto colpito la violenza del dolore, ad esempio per quanto riguarda i crampi al polpaccio, il dolore lancinante al fianco destro, al collo; in molte occasioni ho urlato per il dolore. Inoltre ho provato un sintomo per me nuovo, "la stitichezza che non mi è mai appartenuta e che adesso non c'è più", che è durata molti giorni." Questa stitichezza per me è un sintomo completamente nuovo emerso da quando ho iniziato ad assumere il rimedio per il proving. (Direi che adesso comprendo meglio chi racconta di questo problema!!!)"

A livello mentale sono stata molto serena.

DV
Pensavo di aver assunto il placebo perché "non sentivo alcun sintomo"; in realtà mi sono poi accorta di averne sviluppati moltissimi, specialmente mentali. (da notare che anche CG ha preso la 200CH, ma lei ha avuto soprattutto sintomi fisici).
Durante la settimana del proving c'è stato un episodio sul lavoro: arriva un cliente, abituale e molto particolare, che chiede e richiede le informazioni diverse volte, noncurante della coda che intanto si forma dietro di lui. Io penso al mio marocchino d'orzo con latte di soia che speravo di gustare caldo... Lui parla, parla, e mi arriva una sensazione di estraniamento.
Ho la sensazione di essere sul punto di scoppiargli a ridere in faccia, di una risata fragorosa, dentro di me ho questa forte sensazione, ma riesco a controllare; non mi era mia successo prima.

DT
Io non sono uno distratto, ma durante la settimana di proving e anche dopo, fino al 40° giorno circa, ho avuto numerosi episodi di distrazione: ad esempio, al casello non ho visto la sbarra e ci sono andato contro; poi è rimasta distrazione ma solo "per le attività quotidiane...tipo non fai attenzione e sbagli strada....oppure dimentichi il codice della carta di credito..". Nello studio invece tutto bene… sto preparando gli esami a Fisica e non ho problemi...
Inoltre ho avuto una "sensazione di rigidità soprattutto nello scrivere o suonare la chitarra...a volte le dita si bloccavano quasi...poi a volte mi scappavano gli oggetti dalla mano come se non li sentissi.....a volte formicolio come perdita di sensibilità e poi appunto ti cadono le cose dalle mani."

MM
È stato il mio primo proving. Quando me l'hanno proposto, ero incuriosita, ma titubante....su ignoti sintomi da sperimentare! In teoria tutto sembra semplice, ma in pratica c'è il rischio di farsi suggestionare dall'entusiasmo o l'incapacità di riuscire ad osservarsi, non è affatto scontato. La mia partecipazione era genuinamente motivata: un'aspirante omeopata non può esimersi dallo sperimentare sulla propria pelle ciò che il genio di Hahnemann ha scoperto, esplorato, praticato e tramandato. È stata un'esperienza fantastica! Nell'era della medicina moderna ho avuto modo di sentire la forza della natura alla diluizione omeopatica nel mio corpo. Ho potuto leggere ciò che l'ignoto ri-

medio scriveva. Ogni giorno. Ho imparato ad osservare le mie sensazioni.... cutanee, muscolari, articolari, organiche e mentali. Tutto questo nella normale quotidianità, senza cambiare alcuna consolidata abitudine. I sintomi nuovi rilevati e a suo tempo descritti, sono stati immediatamente riconosciuti ed esaminati nella mia modalità di presentazione. Nulla di insopportabile o di pericoloso. Durante l'assunzione del rimedio ho provato un benessere psicofisico significativo. Umore sempre buono, nonostante la presenza di antipatiche incombenze lavorative. Ho riscontrato di possedere una maggiore energia: affrontavo con maggiore entusiasmo la giornata, sentendo meno la necessità di riposarmi. Ma soprattutto è scomparso un dolore lombosacrale che compariva puntuale ogni mattina alzandomi dal letto! Questa vacanza terapeutica è durata settimane. Purtroppo è finita... e il dolore è ricomparso! Concludo con questo convincimento: nella Natura è insita la medicina per ogni malattia. Basta scoprirla per curare, ma bisogna provarla per poterla capire.

VR
Io sono sempre stata molto nervosa, non accetto i contrattempi, se vengo contrariata o sono sotto stress per il lavoro, accumulo rabbia; e siccome non riesco ad esternarla per condizionamenti educativi, riverso tutto il nervosismo su di me e mi viene mal di stomaco ed inoltre alla sera sbotto con i famigliari; invece nella settimana di proving e nelle due successive sono stata più serena, più accomodante, non mi sono mai arrabbiata, sono riuscita ad affrontare i vari problemi e contrattempi della vita quotidiana senza provare rabbia, angoscia od ansia, mi sono sentita serena, come staccata, distante dalla realtà che mi circondava.

"*L'insieme degli elementi di malattia che un farmaco è in grado di produrre può essere reso completo solo grazie a numerose osservazioni sulle persone adatte di entrambi i sessi e di varie costituzioni" (Hahnemann)*.
In questo modo un proving - "un'immagine di una malattia medicinale composita" - è data dalla somma di sintomi di molti sperimentatori della stessa sostanza, ciascuno contribuendo con i propri componenti caratteristici all'intera immagine di malattia.

Alcuni sintomi sono ricorrenti nei provers e certi distretti sono particolarmente colpiti, come da analisi sottostante.

Studio comparato dei sintomi
La patogenesi sperimentale di Torino ha evidenziato sintomi coerenti anche rispetto ai sintomi emersi nel proving della Scuola di Verona, realizzato nell'anno 2015.

Cominciando a livello delle estremità e dorso sono emersi sintomi coerenti legati a pulsazioni, a crampi e contratture. (Vedi Tab.1)

Sintomi legati alle pulsazioni:
a livello delle estremità
- sintomo 49 Pulsazione, come se il muscolo si muovesse per conto suo, al pollice sx che non si risolveva muovendo il braccio né massaggiando. TO16 MM 1
- sintomo 59 Pulsazione lievemente dolorosa al polpaccio sinistro per una decina di secondi, poi è scomparsa. TO16 MM 2

a livello del dorso
- sintomo 41 Dolore pulsante come se il muscolo si muovesse per conto suo, continuo e fastidioso al terzo inferiore del tratto dorsale. TO16 MM 1 h17

Sintomi legati a contratture e crampi a livello delle estremità:
- sintomo 53 Forte crampo al polpaccio sinistro, il dolore acuto mi ha fatto svegliare e urlare. Durato pochi secondi ma il polpaccio è rimasto dolente, contratto e duro per molte ore. Il dolore di questa notte è stato improvviso, ho provato una forte morsa su tutta la lunghezza del muscolo, dolore tirante, come se il muscolo fosse preso da una morsa. TO16 CG 2,3,17
- sintomo 57 Crampo improvviso doloroso alla gamba destra, ho dovuto farmelo passare stirando la gamba. TO16 MM 2
- sintomo 58 Contrattura muscolare al terzo superiore della gamba sinistra. Ho dovuto massaggiare a lungo per farlo passare. TO16 MM 2
- sintomo 55 Dolore leggero ma continuo ai polpacci; la sensazione era di tante, piccole ma continue contratture del muscolo, desiderio di allungare la parte del polpaccio. TO16 CG 26
- sintomo 54 Le gambe sono pesanti, dolore tirante nella parte posteriore, anche il polpaccio sinistro è contratto. TO16 CG 3

Sintomi legati a contratture a livello del dorso: (Tab.2)

- sintomo 39 In tarda mattinata forte tensione al collo, i muscoli sono tesi e duri, dolore mordente, simile a quello sentito al polpaccio. TO16 CG 4
- sintomo 42 Piccola contrattura dorsale in sede paravertebrale dx al terzo superiore, durata qualche ora. TO16 MM 7
- sintomo 43 Contrattura dolorosa dei muscoli a livello dorsale tipo sotto la scapola sinistra comparso improvvisamente e durata una ventina di minuti, con impossibilità di movimento. TO16 LTC
- sintomo 44 Il dolore alla zona lombare è migliorato, meno intenso e pungente. TO16 CG 3
- sintomo 45 Un dolore lancinante sul fianco destro, cerco di sedermi, ma non riesco neppure ad appoggiare la parte di destra. Il forte dolore mi fa urlare, non riesco a capire cosa sia successo. Non riesco a stare seduta, non riesco ad alzarmi, sento sollievo solo se mi sdraio. TO16 CG 9
- sintomo 47 Il mio dolore sacrale del mattino è quasi scomparso a dx e ridotto a sx e la schiena è meno rigida TO16 MM 3,4,6

Tab.1. Confronto tra esperienze distinte a livello delle estremità

Torino 2016	Verona 2015
Pulsazioni - Pulsazione, come se il muscolo si muovesse per conto suo, al pollice sx che non si risolveva muovendo il braccio né massaggiando. TO16 MM 1 - Pulsazione lievemente dolorosa al polpaccio sinistra per una decina di secondi, poi è scomparsa. TO16 MM 2	- A letto, sveglia, è iniziata una pulsazione molto forte alla parte interna del ginocchio sx...era come avere un cuore lì, come se il cuore fosse lì. Non era doloroso, durato un paio di minuti. MCA 21 - Ho sentito dolore pulsante alla seconda falange dell'alluce dx. E' durato 20-30 secondi. MCA 5,9 - Brevissimo pulsare alla base dell'alluce sinistro. MCA 7
Crampi - Forte crampo al polpaccio sinistro, il dolore acuto mi ha fatto svegliare e urlare (4). Durato pochi secondi ma il polpaccio è rimasto dolente, contratto e duro per molte ore. Il dolore di questa notte è stato improvviso, ho provato una forte morsa su tutta la lunghezza del muscolo, dolore tirante, come se il muscolo fosse preso da una morsa. TO16 CG 2,3,17 - Crampo improvviso doloroso alla gamba destro, ho dovuto farmelo passare stirando la gamba. TO16 MM 2	- Crampi ai polpacci stirandomi. PLT 6,15 , - Crampo al sartorio dx. PLT 18 , - Crampi sotto la pianta del piede. PLT 15

Contratture - Le gambe sono pesanti, dolore tirante nella parte posteriore, anche il polpaccio sinistro è contratto. TO16 CG 3 - Dolore leggero ma continuo ai polpacci; la sensazione era di tante, piccole ma continue contratture del muscolo, desiderio di allungare la parte del polpaccio. TO16 CG 26 - Contrattura muscolare al terzo superiore della gamba sinistra. Ho dovuto massaggiare a lungo per farlo passare. TO16 MM 2	

Tab.2. Confronto tra esperienze distinte a livello delle contratture al dorso

Torino 2016	Verona 2015
Contrattura - In tarda mattinata forte tensione al collo, i muscoli sono tesi e duri, dolore mordente, simile a quello sentito al polpaccio. TO16 CG 4 - Piccola contrattura dorsale in sede paravertebrale dx al terzo superiore, durata qualche ora. TO16 MM 7 - Contrattura dolorosa dei muscoli a livello dorsale tipo sotto la scapola sinistra comparso improvvisamente e durata una ventina di minuti, con impossibilità di movimento. TO16 LTC - Il dolore alla zona lombare è migliorato, meno intenso e pungente. TO16 CG 3 - Un dolore lancinante sul fianco destro, cerco di sedermi, ma non riesco neppure ad appoggiare la parte di destra. Il forte dolore mi fa urlare, non riesco a capire cosa sia successo, Non riesco a stare seduta, non riesco ad alzarmi, sento sollievo solo se mi sdraio. TO16 CG 9 - Il mio dolore sacrale del mattino è quasi scomparso a	- E' cominciato un dolore dal lato dx del collo a livello della seconda/terza cervicale, che scende lungo il collo ed alla spalla dx, quindi sotto la scapola dx, ed al lato della colonna, sempre a destra, tra questa e la scapola. Dolore acuto: spasmo-contrattura. MCA 14,15,17 - Alzando mia figlia mi sono bloccata con la schiena ed ho sentito un forte dolore lombare che si è irradiato alla gamba dx e sono quasi caduta in terra perché la gamba non mi sosteneva più. SC 32 - Tensione alla nuca fino all'occipite, come una rigidità. Dolore tirante. GF 3,4

A livello cutaneo e mucoso uno sperimentatore, che non aveva mai avuto manifestato l'herpes né aveva contratto la varicella, ha sviluppato ripetutamente e per lungo periodo la classica vescicola erpetica al labbro.
La descrizione dettagliata della lesione nella sua evoluzione e la documentazione fotografica è reperibile nella NOTA Prover CG

- sintomo 21 Una piccola bolla bianca all'interno del labbro inferiore. La punta è bianca con un po' di liquido trasparente, la zona è leggermente gonfia e rossa; ho dato un leggero morso ed è scoppiata (2). TO16 CG 5,7-15

Tab.3. Confronto tra esperienze distinte a livello cutaneo e mucoso

Torino 2016	Verona 2015
- Una piccola bolla bianca all'interno del labbro inferiore. La punta è bianca con un po' di liquido trasparente, la zona è leggermente gonfia e rossa; ho dato un leggero morso ed è scoppiata (2). TO16 CG 5,7-15 NOTE CG La vescicola comparsa al 5°giorno presenta "la punta è bianca con un po' di liquido trasparente, la zona è leggermente gonfia e rossa; ho dato un leggero morso ed è scoppiata." Al 7° giorno: Ore 13,00 ricomparsa all'interno del labbro destro rigonfiamento con punta bianca, lo sento con la punta della lingua, a differenza dell'altro giorno non sento bruciore e neanche Giorno 8° giorno: Ore 10,00 La piccola bolla bianca all'interno del labbro destro è ancora presente, oggi è più fastidiosa, la sento più grossa, è arrossata e calda, guardandola ho notato che non è più bianca ma è trasparente, come se ci fosse del liquido. Ore 13,00 A pranzo masticando mi sono morsa l'interno del labbro ed è scoppiata. Ho sentito il liquido uscire, con notevole sollievo. Questa sera la bolla è di nuovo bianca, non è rossa e non è calda. 10° giorno: La bolla bianca all'interno del labbro destro è ancora presente, oggi assomiglia a un semino di sesamo. Non ho fastidio, si sente passando la lingua. 11° giorno: La bolla bianca all'interno del labbro destro è ancora presente, oggi è diventata trasparente, meno in rilievo. 15° giorno: La bolla bianca all'interno del labbro destro è ancora presente, tra sabato e domenica si è gonfiata soprattutto la parte intorno al semino bianco, sensazione di calore, molto rossa. Fastidio al passaggio della lingua. Oggi 17 ottobre il semino bianco si è trasformato in una bollicina con liquido trasparente al suo interno. Grande sensazione di gonfiore intorno alla bolla. Ore 13,30 mentre stavo mangiando è scoppiata, uscito il liquido interno, è rimasto un forellino, forte sensazione di bruciore e gonfiore. Ore 17,30 la zona si è sgonfiata, non è più rossa, non sento bruciore. Il sintomo è ricomparso al 37°, 38° e 39° giorno	- Gonfiore al centro del labbro inferiore che mi punge un poco, come se mi stesse per venire un herpes. GF 3,4 - Ho una bollicina sul labbro inferiore. GV 2 - Il labbro inferiore ha 2 crosticine dell'herpes, che si spellano. GF 5-8 - Mi è uscita una vescicolina sul labbro inferiore a destra. SC 11 - Sento un dolore pungente al labbro superiore e mi accorgo che ho una vescicolina erpetica. GF 11 - La vescicoletta erpetica asciugandomi dopo aver lavato il viso sanguina. E' veramente strano in 10 giorni è la terza eruzione erpetica che mi viene attorno alla bocca. GF 12,13 - Prurito sul mento sotto l'emilabbro inferiore sx. Temo un herpes. Avverto grande sensazione di secchezza in sede. VT 9 - L'herpes si evidenzia sotto il labbro sulla sinistra, ma senza né prurito, né bruciore, né con l'eruzione solita (grosse vescicole ed espansione), ma si riduce in fretta a zona molto rossa con piccole crosticine. VT 10 - Eruzione erpetica sul labbro superiore a sinistra, vicino alla commessura. Insolita posizione per me. Decorso insolitamente veloce, già con crosta la sera. VT 23 - All'angolo sx del labbro ho una piccola chiazza rossa tondeggiante con un taglietto al centro e con una piccola bollicina bianca, come un piccolissimo foruncolo, di consistenza dura, come un granello di miglio. L'ho spremuta, è venuta via, dopo qualche ora è ritornata. GC 18,19 - Specie di formicolio al viso ed alle mani che mi prende dopo aver assunto le gocce. E' come la sensazione di essere stato a contatto con l'ortica; una specie di lanetta che coinvolge anche gli occhi. LG 1-8

Sintomi riferentesi a retto e feci (Tab.4)

- sintomo 35 Episodi diarroici semiliquidi, senza dolore addominale TO16 CV 3
- sintomo 33 Mi sono scaricata con estrema difficoltà, ho forte stimolo ma devo spingere con forza e ho dovuto esercitare parecchie spinte. Sintomo completamente nuovo. TO16 CG 5-15,22,24 (3)
- sintomo 34 Mi si è aperto un piccolo taglio, assomiglia ad una ragade, vicino all'ano, nella parte di sinistra, sensazione di bruciore. TO16 CG 25,26

Tab.4. Confronto tra esperienze distinte riferentesi a retto e feci

Torino 2016	Verona 2015
Diarrea Episodi diarroici semiliquidi, senza dolore addominale TO16 CV 3	- Erano passati solo 15 minuti da quando mi ero scaricato e mi sembrava di non farcela ad arrivare in tempo ad evacuare. Quattro scariche improvvise, violente con estrema urgenza. IP 5 - Scarica di diarrea verde e molto liquida. BP 4,5,6,10 - Il prover è abitualmente stitico, ma questa settimana tra giovedì e domenica ha avuto feci morbide precedute da molta aria intestinale. PLT 6-9,16 - Feci molte, tenerissime, sfatte. (Sintomo raro per il prover). PLT 6,9,12,15 - Ho 2 forti scariche intense. Ed un'altra dopo colazione. VT 1,3,9,15 - Vado di corpo 3 volte durante la giornata. Feci molli. VT 10
- Mi sono scaricata con estrema difficoltà, ho forte stimolo ma devo spingere con forza e ho dovuto esercitare parecchie spinte. Sintomo completamente nuovo. TO16 CG 5-15,22,24 (3)	
- Mi si è aperto un piccolo taglio, assomiglia ad una ragade, vicino all'ano, nella parte di sinistra, sensazione di bruciore. TO16 CG 25,26	

A livello genitale: (Tab.5)

- sintomo 37 Il mio solito bruciore alla zona dei genitali, pur bevendo meno, è migliorato. TO16 CG 3
- sintomo 38 Lieve bruciore vaginale sia interno che esterno, diverso dal solito perché non è presente la sensazione di peso. Arrivata a casa ho fatto pipì con un bruciore, alla fine non ho sentito lo spasmo che mi provoca pelle d'oca e lacrime agli occhi. TO16 CG 6 h16

Tab.5. Confronto tra esperienze distinte a livello genitale

Torino 2016	Verona 2015
- Il mio solito bruciore alla zona dei genitali, pur bevendo meno, è migliorato. TO16 CG 3 - Lieve bruciore vaginale sia interno che esterno, diverso dal solito perché non è presente la sensazione di peso. Arrivata a casa ho fatto pipì con un bruciore, alla fine non ho sentito lo spasmo che mi provoca pelle d'oca e lacrime agli occhi. TO16 CG 6 h16	- Bruciore a grandi labbra e perineo. VT 4 - Bruciore vaginale improvviso e forte dopo rapporto sessuale. Insolito. VT 5,6

Manifestazioni cefalalgiche hanno colpito con insistenza diversi provers (Tab.6).

- sintomo 17 Mal di testa leggero ma martellante, continuo, fastidioso, non si modifica. Non mi impedisce di svolgere le attività quotidiane ma svolgo i "compiti" con fatica, rallentati e mal volentieri, mi pesano. TO16 DV 1,2,3,5,6,7
- sintomo 18 Fortissimo mal di testa alle tempie, continuo per tutto il giorno, senza nessuna variazione con il riposo. E' stato insopportabile non tanto per l'intensità quanto per la durata la stanchezza che mi ha provocato TO16 DV 4 h19
- sintomo 19 Al risveglio cerchio alla testa, come una morsa alle tempie, che passa mangiando. TO16 EF 2,7
- sintomo 20 Sensazione di tensione alla fronte con sensazione di confusione e testa ovattata, migliora mangiando. TO16 LTC 2,3

Tab.6. Confronto tra esperienze distinte riferentesi alla cefalea

Torino 2016	Verona 2015
- Mal di testa leggero ma martellante, continuo, fastidioso, non si modifica. Non mi impedisce di svolgere le attività quotidiane ma svolgo i "compiti" con fatica, rallentati e mal volentieri, mi pesano. TO16 DV 1,2,3,5,6,7 - Fortissimo mal di testa alle tempie, continuo per tutto il giorno, senza nessuna variazione con il riposo. E' stato insopportabile non tanto per l'intensità quanto per la durata la stanchezza che mi ha provocato TO16 DV 4 h19 - Al risveglio cerchio alla testa, come una morsa alle tempie, che passa mangiando. TO16 EF 2,7 - Sensazione di tensione alla fronte con sensazione di confusione e testa ovattata, migliora mangiando. TO16 LTC 2,3	- Leggero mal di testa tipo cefalea. LG 2. - Mi sono svegliata con mal di testa a livello frontale. Il mal di testa è durato tutto il pomeriggio. SC 3 - Ho avuto costante la sensazione di pienezza alla testa nella regione frontale ed alle tempie. PLT 1,3 - Mal di testa, pesantezza frontale e sulle tempie, difficoltà di muovere la testa, voglia di stare ferma e appoggiata. SM 1-9 - Ho preso le gocce, inizia un forte mal di testa, dura tutto il giorno. Non migliora con niente. GV 1,2,3,4,5,6,7,8,9,14 - Tensione alla nuca fino all'occipite, come una rigidità. Dolore tirante. GF 3,4

A livello oculare troviamo sintomi coerenti (Tab.7)

- sintomo 24 Fastidio all'occhio sinistro, appesantito, affaticato, anche chiudendo le palpebre, lo sento offuscato con difficoltà alla visione. TO16 DV 1-11
- sintomo 25 Occhi piccoli gonfi e pesanti come se si volessero chiudere con difficoltà nella visione sia da lontano che da vicino. TO16 DV 1-9
- sintomo 26 Sensazione di avere le borse sotto gli occhi, visivamente si nota una colorazione bluastra un po' più scura del normale. TO16 DV 5
- sintomo 27 Maggior consapevolezza degli occhi", un "sentire" di più gli occhi, soprattutto la parte circolare dell'orbita. TO16 DT 1

Tab.7. Confronto tra esperienze distinte a livello oculare

Torino 2016	Verona 2015
- Fastidio all'occhio sinistro, appesantito, affaticato, anche chiudendo le palpebre, lo sento offuscato con difficoltà alla visione. TO16 DV 1-11 - Occhi piccoli gonfi e pesanti come se si volessero chiudere con difficoltà nella visione sia da lontano che da vicino. TO16 DV 1-9 - Sensazione di avere le borse sotto gli occhi, visivamente si nota una colorazione bluastra un po' più scura del normale. TO16 DV 5 - Maggior consapevolezza degli occhi", un "sentire" di più gli occhi, soprattutto la parte circolare dell'orbita. TO16 DT 1	- Sento gli occhi stanchi, irritati e appannati, il sx più del dx, fastidio alla palpebra inferiore sx. GF 2,3 - L'occhio sx inizia improvvisamente a lacrimare per la luce, con dolore trafittivo. Dura pochi minuti, insolito. VT 6 - Sento come la congiuntivite, occhi arrossati, prurito e fastidio. Migliora con garze fredde e acqua. SM 10 - Sento come due dita che premono l'occhio dx, il dolore va verso lo zigomo, l'occhio si inumidisce, ma non lacrima. GF 17 - Dolore fugace all'occhio dx con occhio inumidito. GF 23 - Gli occhi sono secchi. GV 6 - Non ho gli occhi stanchi come di solito alla sera, tanto che abitualmente la sera non riesco a lavorare al computer. PLT 2 - Ore 23.00 ancora le gocce, sento un prurito all'occhio sx esattamente nella zona tra l'occhio e la tempia. GV 1, h 23.00. - Sento prurito all'occhio sx. GV 4 - Ho un piccolo orzaiolo all'occhio sx con congiuntiva arrossata: palpebra inferiore dove oggi sentivo fastidio. GF 2,3,4,5 - Sensazione che la vista sia peggiorata e che gli occhiali non siano più adeguati. VT 10

Il **sonno** è apparso modificato durante la somministrazione di Herpes virus 1, essendosi evidenziati sintomi a 3 su 8 verum

- sintomo 62 Sonno agitato, molto leggero e non riposante, percepisco quello che succede intorno a me. TO16 DV 1-10

- sintomo 63 Risvegli come di soprassalto come dopo un incubo alle ore 4 per tutta la settimana. TO16 DT 1-7
- sintomo 65 Di notte numerosissimi risvegli con difficoltà di addormentamento fino alle 5 del mattino. TO16 VR 1

Un prover ha registrato un aumento di sonnolenza durante il giorno
- sintomo 64 Aumentata sonnolenza TO16 LTC 2-7 (Vedi Tab. 8)

Tab.8. Confronto tra esperienze distinte riferentesi al sonno

Torino 2016	Verona 2015
- Sonno agitato, molto leggero e non riposante, percepisco quello che succede intorno a me. TO16 DV 1-10 - Risvegli come di soprassalto come dopo un incubo alle ore 4 per tutta la settimana. TO16 DT 1-7 - Di notte numerosissimi risvegli con difficoltà di addormentamento fino alle 5 del mattino. TO16 VR 1	- Ho avuto qualche difficoltà ad addormentarmi. IP 1,2 - Difficoltà nell'addormentamento. GC 22-26 - Risveglio notturno. VT 1,2,3,4,6 - Durante la notte svegliata per fare la pipì. Non mi capita dalla gravidanza del figlio. SM 3 - Difficoltà a riprendere sonno dopo il risveglio. VT 1 - Durante il proving ho fatto una notte buona ed una meno buona, alternandole (prover con miglioramento dell'insonnia cronica). MCA - Il sonno era migliorato durante l'assunzione, ed ho la sensazione che da quando ho smesso di prendere il rimedio il sonno sia tornato molto leggero. Però non mi sveglio più per andare in bagno. SC 12-14 - Negli ultimi giorni il sonno sembra più pesante. SC 5 - Ho dormito tutta la notte benissimo e profondamente. PLT 4 - Ho una sonnolenza non comune, ho dormito tutta notte eppure mi rimetterei dentro al letto. Questa mattina la sveglia ha suonato molte volte, ho continuato a staccarla, fino a quando mi sono accorto che erano quasi le 8.00 e dovevo uscire di casa alle 8.15. GF 4 - Ho faticato ad alzarmi, avrei poltrito a letto. PLT 4 - Mi sono svegliata molto stanca. SC 3 - I primi giorni fortissima insonnia a cui non sono abituata. Nel contempo avvertivo una forza super. Una forte energia mai avuta e che mi spaventava. BP 1,2 - Una mattina non ho sentito la sveglia, non sono andata a lavorare e non ho avvisato. Mi sono svegliata spontaneamente alle 13.00 BP

A livello mentale abbiamo potuto evidenziare sintomi coerenti:
molti sperimentatori hanno descritto una sorta di distrazione e ripetuti episodi di dimenticanze. (Tab.9)
- sintomo 2 Dimentico di fare delle cose, non è da me. TO16 CG 5,6
- sintomo 4 Una sensazione di distrazione, di non essere in quel punto in quel momento. TO16 DV 1
- sintomo 5 Nella mattinata fatica a guidare, come se non fossi stata io alla guida. TO16 DV 5
- sintomo 6 Ero in negozio, sono andata nel retro a prendere qualcosa in borsa, mi sono chinata, ma mi sono chiesta come mai fossi lì, per quale motivo; mi sono ripresa dopo una trentina di secondi. TO16 DV 5
- sintomo 8 Mi capita sovente di dimenticarmi le parole durante un discorso. TO16 DV 6
- sintomo 13 Mi dimentico delle azioni che ho svolto poco prima, a volte sono talmente automatiche che ho la sensazione di aver fatto una determinata cosa, di aver messo un oggetto in un posto, ma non ricordo se è successo veramente oppure no. TO16 DV 15
- sintomo 14 Per distrazione al casello la sbarra non si è alzata e ci ho sbattuto contro. TO16 DT 7 sintomo 15 Distrazione, ma solo per le attività quotidiane, tipo non fai attenzione e sbagli strada, oppure dimentichi il codice della carta di credito. TO16 DT 7-30

Tab.9.- Confronto tra esperienze distinte riferentesi alla distrazione

Torino 2016	Verona 2015
- Dimentico di fare delle cose, non è da me. TO16 CG 5,6 - Una sensazione di distrazione, di non essere in quel punto in quel momento. TO16 DV 1 - Nella mattinata fatica a guidare, come se non fossi stata io alla guida. TO16 DV 5 - Ero in negozio, sono andata nel retro a prendere qualcosa in borsa, mi sono chinata, ma mi sono chiesta come mai fossi lì, per quale motivo; mi sono ripresa dopo una trentina di secondi. TO16 DV 5 - Mi capita sovente di dimenticarmi le parole durante un discorso. TO16 DV 6 - Mi dimentico delle azioni che ho svolto poco prima, a volte sono talmente automatiche che ho la sensazione di aver fatto una determinata cosa, di aver messo un oggetto in un posto, ma non ricordo se è successo veramente oppure no. TO16 DV 15 - Per distrazione al casello la sbarra non si è alzata e ci ho sbattuto contro. TO16 DT 7 - Distrazione, ma solo per le attività quotidiane, tipo non fai attenzione e sbagli strada, oppure dimentichi il codice della carta di credito. TO16 DT 7-30	- Ultimamente mi sento rincoglionito; nell'ultimo periodo mi succedono un sacco di cose che normalmente non mi appartengono. Ieri sera ero convinto di aver puntato la sveglia ma non l'ho fatto. Mi sono alzato in ritardo, chiamo un taxi per farmi portare in stazione per prendere un treno per Verona che a quell'ora non c'era ... Per Pasqua sono andato in Sicilia ed al ritorno non sono ripartito perchè ero convinto di avere l'aereo il giorno dopo. Ho dovuto comprare un altro biglietto e cambiare giorno ed aereo di rientro. Queste "dimenticanze" mi hanno fatto spendere un sacco di soldi! GF - Non so come sia successo ma ho allagato la lavanderia perchè ho dimenticato il rubinetto aperto. SC - Mia moglie dice che non le piace il mio comportamento. Mi accusa di essere distratto, di combinarne di tutti i colori, di essere "assente". GF

Due provers hanno riportato episodi di **premonizione e di falsa percezione della realtà** (Tab.10)
- sintomo 7 Ho avuto l'impressione come se ci fosse qualcosa cui prestare attenzione che in realtà non c'era. Sensazione come se fossi appena in tempo per fermarmi, con batticuore per paura di non aver visto l'ostacolo. TO16 DV 6 h9

- sintomo 16 Episodi di "premonizione" cioè ho pensato ad una cosa o ad una persona e in giornata la cosa si è avverata o la persona si è presentata inaspettata. TO16 VR 4,5
- sintomo 9 Sensazione di essere sul punto di scoppiare a ridere in circostanze serie, di una risata fragorosa. TO16 DV 4
- sintomo 10 Durante il proving mi è capitato di essere dispiaciuta di facciata, ma quasi provare piacere interiormente. TO16 DV 3-7

Tab.10. Confronto tra esperienze distinte riferentesi alla premonizione e falsa percezione della realtà

Torino 2016	Verona 2015
- Ho avuto l'impressione come se ci fosse qualcosa cui prestare attenzione che in realtà non c'era. Sensazione come se fossi appena in tempo per fermarmi, con batticuore per paura di non aver visto l'ostacolo. TO16 DV 6 h9 - Episodi di "premonizione" cioè ho pensato ad una cosa o ad una persona e in giornata la cosa si è avverata o la persona si è presentata inaspettata. TO16 VR 4,5 - Sensazione di essere sul punto di scoppiare a ridere in circostanze serie, di una risata fragorosa. TO16 DV 4 - Durante il proving mi è capitato di essere dispiaciuta di facciata, ma quasi provare piacere interiormente. TO16 DV 3-7	

Alcuni provers dello studio patogenetico Torino 2016 hanno manifestato **agitazione e rabbia** (Tab. 11)
- sintomo 1 Una certa intolleranza, non ho voglia di dedicare tempo alle cose che ritengo inutili, non ho voglia di fare discussioni. TO16 CG 5
- sintomo 11 Nella mattinata ho provato un senso di agitazione come se dovessi fare un sacco di cose e non avessi il tempo per farle tutte, accompagnato da leggero tremolio di tutto il corpo. TO16 DV 7,8
- sintomo 12 Irritabile, scatti di tensione per ogni minima cosa anche insignificante. TO16 DV 7

Tab.11. Confronto tra esperienze distinte riferentesi alla agitazione e irritabilità

Torino 2016	Verona 2015
Agitazione - Nella mattinata ho provato un senso di agitazione come se dovessi fare un sacco di cose e non avessi il tempo per farle tutte, accompag-	- Mi sento un po' agitata, come prima di un esame, adrenalinica, anche se non c'era un vero motivo. GV 5
Irritabilità e rabbia - Una certa intolleranza, non ho voglia di dedicare tempo alle cose che ritengo inutili, non ho voglia di fare discussioni. TO16 CG 5 - Irritabile, scatti di tensione per ogni minima cosa anche insignificante. TO16 DV 7	- L'insegnante del liceo che mi conosce da allora rileva con un sorriso: "Sei elettrica oggi... sei sempre stata spumeggiante ma ti vedo diversa". VT 9. - Sono molto brusco con i pazienti, normalmente non lo sono. GF - Apostrofo mia figlia in modo scontroso. VT 8 - Telefonando ad un amico dico quello che penso e taglio corto. Non nascondo l'irritazione. VT 9 - Dalla sospensione delle gocce, l'umore al risveglio è ritornato pessimo ed anche durante la giornata sono più nervosa ed irritabile. SC 14 - Parlo il meno possibile e mi irrita chi mi rivolge la parola. VT 4 - Ho avuto forte rabbia. Ho persino bestemmiato contro una mia collega e convivente. La rabbia sono sempre riuscita a gestirla, mentre adesso esce, senza che io possa controllarla. GC - Sento una grande rabbia nel profondo, difficile da contenere. VT - Nell'eloquio mi ritrovo a dire più volte le parolacce. Anche al telefono con il mio supervisore. Erano anni che non le dicevo. VT 4-25 - Forte rabbia per un evento del passato e forte gelosia che crescono dalle viscere, faccio una telefonata con parolacce, urlata e vendicativa. VT 16 - Avevo molta rabbia e sentivo anche l'impulso di uccidere. BP - Sensazione di essere pericolosa per gli altri. BP 6 - E' la prima volta che auguro la morte a qualcuno VT 12.

Il sintomo 11 del proving Torino 2016 evidenzia anche una **falsa percezione del tempo che passa**
(Tab.12)

- sintomo 11 Nella mattinata ho provato un senso di agitazione come se dovessi fare un sacco di cose e non avessi il tempo per farle tutte, accompagnato da leggero tremolio di tutto il corpo. TO16 DV 7,8

Tab.12. Confronto tra esperienze distinte riferentesi alla falsa percezione del tempo

Torino 2016	Verona 2015
- Nella mattinata ho provato un senso di agitazione come se dovessi fare un sacco di cose e non avessi il tempo per farle tutte, accompagnato da leggero tremolio di tutto il corpo. TO16 DV 7,8	- Ho l'impressione di prendere più impegni di quanti non sia poi realmente in grado di assolvere. Così devo spesso rinunciare a certe cose programmate da tempo. Non riesco tener dietro a tutto. In studio, dovrei finire alle 19.00 ed invece finisco alle 21.00. GF - Oggi mi sembra che il tempo stia passando troppo velocemente, non riesco a fare in tempo per nulla da questa mattina, sono in ritardo per tutto, è come se avessi un'ora in meno nella giornata e non riesco a recuperarla. GF 20

I risultati ottenuti dal proving della Scuola "Similia Similibus" di Torino appaiono coerenti nella maggior parte dei casi con i sintomi emersi dallo studio patogenetico della Scuola di Medicina Omeopatica di Verona.

CONCLUSIONI

Il proving di Herpes Simplex 1, realizzato dalla Scuola "Similia Similibus" di Torino, ha soddisfatto gli obbiettivi previsti.
Abbiamo ottenuto numerosi sintomi patogenetici coerenti, e quindi di elevato valore, che potranno confermare il lavoro di altri gruppi, integrandoli con nuovi sintomi.
Questo permetterà una più sicura prescrizione di questo nosode, la cui patogenesi comincia ad emergere: la conoscenza adeguata di un medicamento omeopatico si ottiene dopo più sperimentazioni e il ripetuto uso terapeutico.
A livello didattico siamo pienamente soddisfatti in quanto la conoscenza della Materia medica è indispensabile, ma vivere in prima persona la forza del rimedio è un'opportunità insostituibile. Partecipare attivamente ad un proving, esperienza diretta dell'azione di un rimedio, permette di sviluppare e affinare la capacità di osservazione, qualità indispensabile nella pratica medica omeopatica.

RINGRAZIAMENTI

Un particolare ringraziamento ai provers, ai supervisori ed al direttore per l'impegno e la dedizione dimostrata.
Ringraziamo il Laboratorio Sodini che ha fornito la materia prima utilizzata.

BIBLIOGRAFIA

1. Le dinamiche e la metodologia della sperimentazione omeopatica Jeremy Sherr Ed. Salus Infirmorum
2. Homeopathic Proving Guidelines Harmonised by LMHI and ECH anno 2014
3. Il Simillimum è il rimedio che non fa nulla – Intervista a Jeremy Sherr Il Medico Omeopata n.11, pag. 33-37.
4. Dominici G., Bettio D., Impallomeni M., Mariani I., Pinotti D., Tonini E., Pomposelli R. "Sperimentazione didattica di Hydrogenium peroxidatum" (2009) - Il Medico Omeopata n.42, Fiamo 2009
5. Dominici G., Allegri F., Andreotti M.C., Impallomeni M., Marcolin C., Mariani I, Tonini E., Pomposelli R. "Colibacillinum: proving 2011 della Scuola di Medicina Omeopatica di Verona" Il Medico Omeopata n. 48, Fiamo 2011
6. Dominici G., Allegri F., Andreotti M.C., Calieri R., Mariani I., Pomposelli R., Tonini E., Lanza L.: "Streptococcinum: proving 2012 della Scuola di Omeopatia di Verona" - Il Medico Omeopata n.52, Fiamo 2013.
7. Gobbi Frattini B., Allegri F., Calieri R., Ceradini B., Hodor A., Mariotti I., Mayer M., Medea S., Pomposelli R., Serio S., Tonini E., Dominici G. "Proving Scuola di Medicina Omeopatica di Verona: Proteus vulgaris" – Il Medico Omeopata n. 56, Fiamo 2014

E. Galli*°, G. Arcovito*, S. Cirelli*, S. Di Salvo^, V. Manzo*, P. Varano*, V. Falabella**

Herpes Simplex Virus 1HSV nosode. Proving 2015 Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica E.M.C.-A.F.M.O.

ABSTRACT

INTRODUZIONE: La Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica E.M.C.-A.F.M.O., ha realizzato nel periodo dal 17 maggio al 4 luglio 2015 un proving didattico di HERPES SIMPLEX VIRUS Tipo1 , con la partecipazione degli studenti del 1° e 3° anno del Corso Triennale di medicina Omeopatica e del 1° e 2° anno del Corso Biennale di Perfezionamento, in svolgimento presso gli Ordini dei Medici di Reggio Calabria e Catanzaro.
Si tratta della quarta sperimentazione pura didattica realizzata dalla nostra Scuola, avvalendosi quindi di uno staff di conduttori già con buona esperienza nei rispettivi ruoli , mentre la maggioranza degli sperimentatori avevano già partecipato ad uno o più proving.
Il nosode utilizzato, l'HSV-1, è stato recentemente oggetto di altre sperimentazioni per cui può essere di particolare interesse il confronto dei risultati delle patogenesi ottenute per validare o meno la sintomatologia ottenuta secondo la metodologia classica omeopatica e favorirne l'applicazione terapeutica .

MATERIALI E METODI: La sperimentazione effettuata in triplo cieco verso placebo è stata realizzata nel rispetto delle linee guida dell'European Committee for Homeophaty (ECH), e si è sviluppata nelle sue varie fasi lungo un periodo di 8 settimane. Il progetto ha richiesto la partecipazione di 1 Direttore (unico a conoscere la sostanza prescelta), di 1 Coordinatore, 6 Supervisori, 29 Sperimentatori, (17 donne e 12 uomini), dei quali 7 assegnati al placebo, 13 al rimedio alla 30 CH, 6 alla 200K e 3 alla MK.
La sostanza è stata fornita in flaconi di soluzione idroalcolica distribuiti con modalità random.
Il protocollo prevedeva, dopo una settimana di autosservazione scritta, l'assunzione della sostanza con modalità standard per tutti i provers: 5 gocce sublinguali 4 volte al giorno, per massimo 7 giorni. Alla comparsa del primo sintomo con chiari aspetti di novità o modifica rispetto a come compare abitualmente, in accordo col proprio supervisore, l'assunzione andava sospesa. Segue un periodo di 6 settimane di autosservazione con aggiornamento del diario di sperimentazione e periodici contatti con proprio tutor.
Si è proceduto inoltre ad effettuare una inedita ed approfondita analisi statistica dei risultati sperimentali.

* Socio F.I.A.M.O. CALABRIA Docente Scuola di Formazione E.M.C. - A.F.M.O.
^ DAN F.I.A.M.O. CALABRIA Docente Scuola di Formazione E.M.C. - A.F.M.O.
** Coordinatore Regionale F.I.A.M.O. CALABRIA Coordinatore Didattico Scuola di Formazione E.M.C. - A.F.M.O.
° Coordinatore provinga egigalli@msn.com

RISULTATI: La sperimentazione della sostanza ha prodotto sintomi di conferma rispetto a quelli ottenuti con altri proving, ma anche dei sintomi nuovi non precedentemente osservati, inoltre alcuni di essi hanno espresso una interessante correlazione con le caratteristiche biologiche e fisiopatologiche delle manifestazioni morbose da herpes virus. Sono inoltre da evidenziare e degne di approfondimento alcune ampie patogenesi riportate da soggetti che hanno assunto il placebo, anche per la somiglianza con i sintomi comparsi nei soggetti con verum.

Particolarmente curata e per certi aspetti sorprendente è stata l'applicazione della statistica per un confronto quantitativo tra i dati dei verum e dei placebo (T test di Student). La differenza ha raggiunto la significatività statistica riguardo ai sintomi mentali (una media di 14,4 sintomi tra i placebo e di 7,4 tra i verum). La distribuzione quantitativa dei sintomi secondo la suddivisione repertoriale non ha presentato differenze statisticamente significative.

La sintesi dei quadri sintomatologici più significativi per ricorrenza ed intensità nei provers ha evidenziato: sintomi mentali e fisici di eccitazione sessuale, lo stato di confusione o le dimenticanze inusuali, una marcata astenia o una grande vitalità, vari tipi di cefalee, sensazioni di prurito o fitte o di puntura tipo spine in varie parti del corpo, dolori ai polpacci ed alle ginocchia.

DISCUSSIONE: Il proving didattico, condotto col maggiore scrupolo ed obiettività possibili, ha dato dei risultati interessanti , ma ha anche evidenziato limiti e contraddizioni della metodologia sperimentale omeopatica tradizionale. Si ritiene che il contributo dell'Analisi Statistica quantitativa dei dati del proving dovrebbe diventare una routine obbligatoria nel processo di confronto e validazione dei risultati ottenuti nella Sperimentazione Pura, cardine della Medicina Omeopatica, seguendo cosi criteri di maggiore scientificità come giustamente esige la Comunità Medica ,con la quale si ha il dovere di mantenere un dialogo, anche se spesso mal ricambiato.

CONCLUSIONI: La nuova sperimentazione di herpes simplex virus tipo 1 ha contribuito alla crescita delle conoscenze nell'ambito della farmacologia omeopatica e ha confermato la necessità che nel percorso di formazione degli allievi delle Scuole di medicina omeopatica si prevedano delle sperimentazioni annuali, meglio se in collaborazione con altri Centri di insegnamento nazionali o internazionali, promuovendo l'esperienza diretta e la conoscenza di se stessi , base imprescindibile per la reale cura e comprensione dell'Altro.

PAROLE CHIAVE: Proving, placebo, sperimentazione omeopatica, herpes simplex virus tipo 1

INTRODUZIONE

La Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica E.M.C.-A.F.M.O., ha realizzato nel periodo dal 17 maggio al 4 luglio 2015 un proving didattico di HERPES SIMPLEX VIRUS Tipo1 , con la partecipazione degli studenti del 1° e 3° anno del Corso Triennale di medicina Omeopatica e del 1° e 2° anno del Corso Biennale di Perfezionamento, in svolgimento presso gli Ordini dei Medici di Reggio Calabria e Catanzaro.

Si tratta della quarta sperimentazione pura didattica realizzata dalla nostra Scuola, avvalendosi quindi di uno staff di conduttori già con buona esperienza nei rispettivi ruoli , mentre la maggioranza degli sperimentatori avevano già partecipato ad uno o più proving.

La sperimentazione in triplo cieco (Coordinatore, Supervisori, Sperimentatori) versus placebo (25%) è stata realizzata nel rispetto delle linee guida dell'European Committee for Homeopathy (ECH) e dell'European Central Council of Homeopaths (ECCH), i Comitati Europei per l'Omeopatia Classica che si occupano di promuovere i più elevati standard d'insegnamento e formazione,ed in osservanza della metodologia Hahnemanniana descritta nel'Organon.

Il nosode utilizzato, l'HSV-1, è stato recentemente oggetto di altre sperimentazioni per cui può essere di particolare interesse il confronto dei risultati delle patogenesi ottenute per validare o meno la sintomatologia ottenuta secondo la metodologia classica omeopatica e favorirne l'applicazione terapeutica.

Il Virus:

L'agente infettante e' l'HSV (herpes simplex virus), esistono due tipi di herpes virus umani, il tipo 1 e il tipo 2. Si tratta di virus relativamente grandi e complessi dotati di una molecola di DNA a due filamenti la quale ha la capacita' di codificare da 50 a 80 proteine.

La capacita' replicativa di questo virus si esplica con il montaggio del nucleo nelle cellule e successivamente il rilascio per gemmazione attraverso la membrana cellulare, rimanendo pero' avvolti in porzioni di membrana citoplasmatica e nucleare. Da una serie di test compiuti sui DNA dei vari tipi di herpes si e' evidenziato che non vi e' alcuna parentela per quanto riguarda antigeni ed omologia. Fanno eccezione i due herpes simplex che sono invece molto simili tra loro.

Cenni clinici:

L'herpes simplex e' un infezione virale gia' descritta dagli antichi egizi e caratterizzata da una o piu' lesioni primarie localizzate nella zona in cui il virus si e' introdotto nell'organismo. Altra caratteristica sono i periodi di latenza virale e la successiva tendenza a recidive che di norma compaiono nello stesso punto dove e' comparsa la lesione primaria.

Viene trasmesso attraverso le secrezioni orali o piaghe sulla pelle, può essere diffuso attraverso baci o condivisione di di oggetti come spazzolini o utensili per mangiare. Occorre evidenziare che chi e' affetto da herpes genitale non sviluppera' mai una recidiva nella zona orale e viceversa a patto di non infettarsi successivamente anche in quella zona. Occorre precisare che il rischio di autoinfezione in una altra zona del corpo (ad es. trasportando il virus con la propria mano) e' maggiore durante l'infezione primaria e decresce con il tempo .

La riattivazione di un infezione latente provoca, in genere, una o piu' vescicole chiare, superficiali e su base eritematosa, di norma tende a cicatrizzare nel giro di un paio di settimane, localizzata preferenzialmente su guance, labbra, palato. L'herpes simplex puo', come ogni altro virus colpire altre parti del corpo, tra queste ricordiamo gli occhi (infezione estremamente pericolosa), genitali, le meningi, il fegato. E' doveroso precisare che nei pazienti adulti immunocompetenti questo genere di infezioni e' alquanto raro. Solitamente la riattivazione e' dovuta ad agenti esterni anche se non si e' mai riuscito a chiarire il meccanismo per il quale cio' avviene. Tra le principali cause di riattivazione possiamo enumerare lo stress, l'esposizione prolungata ai raggi solari, la stanchezza fisica, sbalzi termici, traumi, riduzione delle difese immunitarie anche iatrogena.

Diagnosi:
Di norma non e' difficile per un medico riconoscere le lesioni a colpo d'occhio (data la loro specificita'), ma esistono varie possibilita' di diagnosi clinica. Si possono osservare al microscopio campioni delle lesioni per ricercare cellule giganti polinucleate, i cui nuclei conterranno inclusioni eosinofile. I campioni possono anche essere colorati con antisieri specifici marcati con fluorescina formando cosi' un complesso fluorescente quando illuminato con raggi ultravioletti.
Occorre pero' precisare che le due varianti del virus appaiono al microscopio elettronico troppo simili per poter essere distinte. Attualmente il sistema piu' sicuro e collaudato e' l'isolamento del virus da una coltura cellulare. l'HSV cresce molto bene in una ampia varieta' di linee cellulari fibroblastiche ed epiteliali. La replicazione virale causa la degenerazione e la distruzione delle cellule cosa che rende sicura la diagnosi.
Altre possibilita' sono offerte dalle moderne tecniche PCR.
Cura allopatica:
Attualmente il trattamento allopatico d'elezione consiste nella somministrazione di aciclovir, valaciclovir o famciclovir sia nella formulazione topica che in quella orale. Alcuni studi sembrano dimostrare che la formulazione topica sia di scarsa efficacia ma gli studi sono controversi. Nei pazienti che realizzano piu' di 6/8 recidive nel corso di un anno si ha l'indicazione per un trattamento soppressivo di lunga durata (6 o 12 mesi) con lo scopo di dilatare il tempo tra le recidive. Attualmente e' anche disponibile un vaccino che garantisce buona copertura contro le recidive ma e' inefficace come protezione dall'infezione primaria. Nel caso del trattamento con aciclovir e' assolutamente necessario intraprenderlo al piu' presto possibile, possibilmente durante la fase prodromica. Se non si dispone di farmaci un primo o trattamento (abbastanza empirico) puo' consistere nell' applicare per circa 1 minuto un cubetto di ghiaccio sulla zona "formicolante" rimuovendolo e applicandolo nuovamente dopo 30 secondi. Il tutto per almeno mezz'ora. Questo metodo si basa su una caratteristica del virus: in laboratorio ha dimostrato di essere particolarmente sensibile al freddo.

MATERIALI E METODI

Disegno sperimentale del proving

1 DIRETTORE: dott. Vincenzo Falabella, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, dirigente medico di unità complessa.
E' l'unico soggetto a conoscere la sostanza sperimentata, le potenze utilizzate, i soggetti placebo, i codici dei Provers e dei rimedi.

1 COORDINATORE: dott. Egidio Galli , medico chirurgo, esperto in Omeopatia, libero professionista.
Sovraintende alla corretta conduzione del proving, riceve settimanalmente i sintomi raccolti da ogni Supervisore, ne verifica il lavoro e chiede e dà chiarimenti su ogni aspetto del proving, dei sintomi o di situazioni intercorrenti.
Conserva e consulta tutte le schede dei Provers.
Decide insieme ai Supervisori e consultando il Direttore: l'interruzione dell'esperimento da parte del Prover, la somministrazione di un antidoto, il prolungamento o la ripresa dell'assunzione del rimedio.
Preposto alla elaborazione finale del proving in base a tutti i dati provenienti dalle interviste e dai diari.

6 SUPERVISORI:
Dott. Gaetano Arcovito, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, dirigente medico.
Dott. Salvatore Cirelli, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, dirigente medico.
Dott. Sebastiano Di Salvo, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, dirigente medico.
Dott. Egidio Galli, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, libero professionista.
Dott. Vitoantonio Manzo, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, dirigente medico
Dott. Piero Varano, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, già medico di M.G.

Realizzano una intervista omeopatica dei provers compilando una scheda pre-proving con sintomatologia attuale e pregressa, inoltre esprimono un giudizio sui requisiti di salute e attendibilità.
Mantengono contatti quasi quotidiani nelle prime 1-2 settimane o quando necessiti con i provers assegnati a ciascuno, dilazionando poi nel periodo successivo, allo scopo di supportarli nell'interpretazione e chiarificazione dei sintomi nuovi, vecchi, curati, alterati e cogliere cambiamenti obiettivi nel prover che egli può non notare, sottovalutare oppure al contrario enfatizzare.
Controllano le modalità di assunzione o sospensione del rimedio secondo il protocollo, comunicando sempre col Coordinatore per aggiornarlo e assicurando cosi la sicurezza del proving.
Hanno divieto assoluto di comunicare tra loro i dati riguardanti l'esperimento in corso.
Al termine del proving estraggono dal diario di sperimentazione i sintomi significativi numerati e completi di: sigla del prover, tempo di comparsa, classificazione del sintomo, segnala inoltre segni oggettivi da loro stessi rilevati e infine effettuano una valutazione personale sul prover, trasmettendo poi il tutto al Coordinatore.
Ogni supervisore ha una sigla identificativa, così come ogni prover, formata dalle proprie iniziali e seguita dall'anno di nascita, se necessario per distinguere.

29 PROVERS:
Di essi 7 (25%) hanno assunto il placebo, 13 il rimedio alla 30 CH, 6 alla 200 K, 3 alla MK.
E' stata fatta da parte dei Supervisori una accurata iniziale visita medica agli sperimentatori rispettivamente assegnati , con intervista omeopatica secondo i criteri e il modello E.C.H. (European Committee for Homeopathy), valutazione delle eventuali analisi emato–cliniche, successivo giudizio di inclusione dei partecipanti al proving , quando ritenuti in buon stato di salute.
I soggetti, allo stato sperimentatori sani , 16 donne e 13 uomini, allievi dei Corsi di Formazione Base di Reggio Calabria e di Catanzaro e del Corso di Perfezionamento di Reggio Calabria, organizzati dalla Scuola EMC- AFMO presso i rispettivi Ordini dei Medici, sono provenienti dalle provincie della Calabria e da quella di Messina. Il range di età è compreso tra i 31 ed i 65 anni e sono tutti medici , medici veterinari, farmacisti e odontoiatri.
Tutti i partecipanti non presentano al momento di accesso al proving significativi sintomi patologici fisici e/o psichici e non effettuano trattamenti farmacologici, ad eccezione di alcuni provers con patologie croniche in stato di stabile compenso generale.Tutti gli sperimentatori sono stati valutati come persone sincere, affidabili, con buona capacità di espressione delle esperienze personali, non soggetti all'epoca di inizio della sperimentazione a cambiamenti di lavoro, a spostamenti di domicilio o importanti eventi stressanti in genere.
Soddisfatti i criteri di inclusione, essi hanno firmato il consenso informato al proving e ricevuto il diario di autosservazione prima, durante e dopo l'assunzione del rimedio sperimentale verum o placebo consegnato contestualmente.
E' fatto divieto ovviamente di comunicare tra loro dati relativi all'esperimento.
Particolare cura è stata posta nella preparazione dei provers. Numerose ore di lezione sono state dedicate allo studio della dinamica e della metodologia della sperimentazione, alle istruzioni ed esercitazioni per la corretta compilazione del diario e classificazione dei sintomi, uso del linguaggio naturale non medico , gestione dei fattori interferenti o disturbi intercorrenti, stile di vita e alimentazione, comunicazione tra i diversi attori del proving; il tutto è stato ribadito in un seminario pre-proving.
Si è proceduto inoltre ad effettuare una inedita ed approfondita analisi statistica dei risultati sperimentali volta ad analizzare in modo scientifico i dati ottenuti con particolare riguardo al rapporto tra i sintomi verum e placebo con il Ttest di Student.

Elenco dei provers con sigle identificative e potenza usata:

1- MT MK
2- LP 200K
3- AD 30 CH
4- BM 30 CH
5- MCA 30 CH
6- LM 79 30 CH
7- LS 60 30 CH
8- MC 200K
9- IC 30 CH
10- AG PLAC
11- GC 200K
12- GV 200K
13- FT 30 CH

14- ER 200K
15- FR MK
16- SP PLAC
17- LM MK
18- PM 85 200K
19- RG 30 CH
20- ID PLAC
21- ACI PLAC
22- ACA 30 CH
23- MTB 30 CH
24- PS 52 PLAC
25- GM 30 CH
26- AS 30 CH
27- MM PLAC
28- CR PLAC
29- GG 69 30 CH

Periodo di autosservazione pre-rimedio: 7 giorni (dal 17/5/2015 al 23/5/2015)
Periodo di autosservazione ed assunzione del rimedio (verum o placebo): 7 giorni (dal 24/5/2015 al 30/5/2015).
Periodo di autosservazione post assunzione rimedio: 5 settimane / 35 giorni (dal 31/5/2015 al 4/7/2015).

Si è sperimentato il nosode Herpes virus di tipo 1 (HSV1) in tre diverse diluizioni in soluzione idroalcolica: 13 flaconi alla 30 CH, 6 flaconi alla 200 K, 3 flaconi alla MK.
7 soggetti placebo
22 soggetti verum, 3 rinunce (2 uomini e una donna) + un diario smarrito (donna)
18 provers verum = 11 donne, 7 uomini
Nessun abbandono durante la sperimentazione

22% placebo; 78% verum (considerando rinunce/smarrimento)
Placebo: 60% donne
Verum: 61% donne

Placebo: età media 47,6 aa
Verum: età media 48,05 aa

La sperimentazione in triplo cieco (Coordinatore, Supervisori, Sperimentatori) versus placebo (25%) è realizzata nel rispetto delle linee guida dell'European Committee for Homeopathy (ECH) e dell'European Central Council of Homeopaths (ECCH), i Comitati Europei per l'Omeopatia Classica che si occupano di promuovere i più elevati standard d'insegnamento e formazione. La sostanza prescelta dal Direttore della sperimentazione è sperimentata alle potenze 30 CH, 200 K, MK.

- Il Proving didattico realizzato vuole conciliare la fondamentale finalità formativa per gli studenti di Omeopatia e di sviluppo delle capacità semeiologiche e osservazionali del medico e del senso critico necessari per discriminare *"ciò che è degno di essere curato"*, che costituisce l'essenza del disordine dinamico nel paziente, con l'obiettivo di verifica scientifica della patogenesi conosciuta di un rimedio e possibilmente di un suo ampliamento.

Sintesi del protocollo

- Visita medica iniziale con eventuali esami di laboratorio
- Intervista omeopatica secondo il modello E.C.H
- Valutazione dei provers secondo i criteri di inclusione standard (salute, affidabilità, terapie, abusi, stress, (nei 2 mesi precedenti)
- Consenso informato
- Lezioni sulla dinamica e la metodologia della sperimentazione.
- Istruzioni ed esercitazioni sulla compilazione dei diari, la classificazione dei sintomi per tipo ed intensità, l'uso del linguaggio naturale, la gestione dei fattori interferenti e degli stati acuti, lo stile di vita e l'alimentazione, la comunicazione tra i diversi ruoli funzionali del proving.
- Seminario pre-proving.
- Rimedi in soluzione alcolica al 18%, verum secondo H.A.B
- Identificazione in codice di rimedi e provers
- Assegnazione dei rimedi in modalità random
- Consegna dei diari di sperimentazione
- Periodo di autosservazione pre-rimedio di 7 giorni,
- Periodo di assunzione del rimedio, 5 gocce (dinamizzate 10 volte) 4 volte / die fino a 7 giorni o comparsa di sintomi sperimentali,
- Si sospende l'assunzione della sostanza alla comparsa del primo sintomo – sia fisico, che mentale/emozionale – sufficientemente rilevante ed inusuale

dopo valutazione del supervisore che informerà il coordinatore per decidere insieme la eventuale sospensione entro le successive ore sulla base della anamnesi.

- L'assunzione della sostanza sarà comunque sospesa al termine dei 7 giorni stabiliti. E' bene evitare l'assunzione di cibo, alcolici, fumo, caffè e simili per 30 minuti prima e dopo ogni assunzione. I sintomi/segni insorti dovranno essere registrati sul diario giornaliero fornito indicando l'ora di inizio e remissione. In questa fase il prover è in contatto via mail o telefonico giornaliero con il Supervisore che a sua volta relazione al Coordinatore. Successivamente i contatti possono diradarsi in modo concordato secondo le esigenze.
- Periodo di autosservazione post-rimedio di 5 settimane/35 giorni,
- Contatti frequenti dei provers con il proprio tutor che a sua volta relaziona al Coordinatore
- Segue a breve termine un primo incontro post-proving per esaminare e valutare il lavoro svolto, vengono restituiti i diari di sperimentazione. In un secondo incontro circa 6 mesi dopo viene rivelato il rimedio utilizzato, verificati sintomi potenzialmente ancora correlabili al proving, discussa e confrontata l'esperienza individuale e collettiva .
- I dati presenti nei diari del proving vengono verificati e da essi i Supervisori estrapolano una serie di sintomi significativi che vengono consegnati insieme ai diari, alle interviste pre-proving e ai loro commenti a un Comitato di studio della sperimentazione, formato da 2 docenti della Scuola, che sviluppa e completa il lavoro di elaborazione.

Criteri di inclusione tra i sintomi validi

- 1) prossimità temporale rispetto alla assunzione del rimedio sperimentale.
- 2) sintomi riconosciuti con certezza dal prover
- 3) sintomi insoliti sorprendenti e rari
- 4) sintomi descritti, modalizzati e classificati con sufficiente chiarezza , completezza e tempestività.
- 5) sintomi con modalità o concomitanze caratteristiche e ripetute
- 6) possibilità di discriminare in base ai dati anamnestici, al diario ed ai contatti col prover se i sintomi siano a lui abituali o ricorrenti oppure riconducibili solo al rimedio sperimentale.
- 7) non interferenza di eventi o fattori contingenti quali dispiaceri, stress emotivi, assunzione di farmaci, patologie acute, abusi vari , che possano inquinare il quadro sperimentale.
- 8) ricorrenza in altri provers.
- 9) confronto con altre sperimentazioni pubblicate, Materie Mediche accreditate, Repertori .

- *Criteri di esclusione*:
- Sintomi comuni, molto dubbi, che il prover ritiene usuali per lui, recenti (RS).

Classificazione dei sintomi secondo l'E.C.H.

- NS NUOVO SINTOMO, MAI AVUTO PRIMA
- RS SINTOMI RECENTI, PRESENTI ATTUALMENTE O NELL'ANNO PRECEDENTE L'ASSUNZIONE DELLA SOSTANZA SPERIMENTATA.
- OS VECCHIO SINTOMO, AVUTO IN PASSATO E RICOMPARSO SENZA MOTIVO DOPO ALMENO 1 ANNO DI ASSENZA
- AS SINTOMO ALTERATO, PRE-ESISTENTE CHE SI È MODIFICATO IN QUALCHE ASPETTO O MODALITA'
- CS SINTOMO CURATO, SINTOMO PRE-ESISTENTE CHE E' REGREDITO

Classificazione per intensità IN GRADI DA 1 A 5

- 1 LEGGERISSIMO, 2 LEGGERO /VAGO, 3 CHIARO, 4 FORTE, 5 MOLTO FORTE

RISULTATO

La sintomatologia espressa dai soggetti placebo non è riportata.

PATOGENESI

MENTE 1>10

1) MT B g0 8-12 "Provo una strana eccitazione sessuale come una idea fissa" NS4

MT B g0 16-23 "Ho sentito di dover appagarmi dal punto di vista sessuale con il mio compagno, come un bisogno impellente" NS4

MT B g1 6-13 "Ho ancora quella idea fissa in mente" NS4

2) FR g4 17.45 stordimento NS2

3) FT g2-11 Benessere generale , mai avuto dopo incidente stradale del 13 maggio 2014. Gioiosa, fiduciosa nella vita come non succedeva da tantissimo tempo, sopporta meglio i piccoli malanni fisici ed è più tollerante CS 2-3

GV g20 mattina , osserva i piedi della gente che cammina NS3

4) GV g20 pomeriggio, sensazione di vedere la gente che zoppica NS3

5) RP g2 pomeriggio comparsa di ansia, come se dovesse accadere qualcosa

di brutto OS
6) RP g3 mattina ansia, come se dovesse accadere qualcosa di brutto OS
7) RP g3 pomeriggio: stanchezza con desiderio di stare sola (vedi generali) OS

8) MT g0 9.00 dimenticanza delle chiavi nella macchina con conseguente forzatura dell'apertura OS 3

MT g0 20.30 Ha dimenticato di assumere il rimedio (2 dose)

MT g1 mattina dimentico di caricare il cellulare

perdo i documenti dalla tasca della giacca

MT g1 pomeriggio cadono le carte di credito dalla tasca della giacca, che vengono ritrovate x caso OS 2

MT g3 pomeriggio: dimentica il rimedio a casa uscendo

MT g4 pomeriggio cadono le chiavi della macchina per terra e non le trovo.

MT g20 ancora persi i documenti

9) MT g19 è come se il mio modo di fare apparentemente svogliato suscitasse critiche negli altri

10) MT g30 appaio più sereno a chi mi vede dopo un po' di tempo

GENERALI 11>12

11) RP g3 pomeriggio: stanchezza con desiderio di stare sola (vedi mente) OS
RP g4 mattina: stanchezza marcata (dopo l'assunzione delle 7 sospende secondo indicazione del supervisore) OS
RP g6 mattina: al risveglio marcata astenia, voglia di stare con gli occhi chiusi e di dormire. Debolezza. Cefalea frontale. Stanchezza muscolare. (vedi testa) OS 4

12) MT G15 pomeriggio generali debolezza nel pomeriggio, tra le 17 e le 18, come per non aver mangiato < camminando, > dal riposo OS 3

TESTA-FACCIA-VERTIGINI 13>25

13) RP g0 pomeriggio cefalea dopo arrabbiatura NS 2
14) RP G6 MATTINA: AL RISVEGLIO MARCATA ASTENIA, VOGLIa di stare con gli occhi chiusi e di dormire. Debolezza. Cefalea frontale. Stanchezza muscolare. (vedi testa) OS 4

15) LM g12 Compare verso le 16,30 un dolore nevralgico sull'osso parietale sopra l'orecchio (circa 7 cm), a fitte regolari, di un'estensione di circa 2 cm di diametro, con intervalli di circa 7-8 secondi; l'intensità aumenta fino a sera, fino al momento di addormentarmi e dalle 20.00 in poi provoca persino un leggero spasmo involontario che porta alla rotazione della testa controlateralmente verso sx. Nella notte mi capita di svegliarmi e il dolore riappare. NS 4-5
LM g13 Mal di testa lieve generalizzato, permane il sintomo nevralgico con latenza sempre maggiore fino a sera.
LM g14 Il sintomo è sparito ma permane un leggero mal di testa.
LM g15 mattina Riprendo il rimedio dopo 2 gg di sospensione.

16) FR g2 19.40 dolore testa a livello frontale come delle fitte tipo spine NS2
17) FR g3 18.57 mal di testa lato destro, durato poco, si irradia verso l'occhio. OS3
18) FR g4 13.00 mal di testa frontale pulsante e tira sugli occhi OS2
19) FR g517.00 prurito testa NS2
20) FR g7 12.44 dolore tempia sinistra OS1 (pulsante) 21) BM g1 h23m30 vertigini nel coricarsi, tutto gira intorno, di breve durata. 22) LM g10 pomeriggio brufolo sottocute sulla rima labbro sup.(sx) dolente, gonfio, calore generalizzato al labbro (dalle 16,00 circa) NS2 23) GG g8 h 10,38 difficoltà all'apertura della mandibola (NS) dx. Una specie di rigidità muscolare. Sensazione di mal occlusione. NS3 24) MT B g1 17-20 "Labbro inferiore: taglietto" NS3 MT B g3 7-13 "Labbro inferiore: la ragade si è cicatrizzata" NS1 25) GV g3h22m45 bruciore intenso alle labbra come da contatto con peperoncino piccante, durato circa 2 minuti NS3

Occhi-Vista 26>30

26) MT g2-3 pomeriggio occhi rossore dopo il rimedio per circa 10 minuti

27) FR g0 19.15 occhi molto asciutti NS3
28) FR g0 20.30 dolore interno occhi (vecchio sintomo dolore pressorio, il più delle volte passa con il riposo, se continua perchè non ho la possibilità in quel momento di riposare prendo un antinfiammatorio, che non ho preso in questa situazione).OS3
FR g1 10.45 dolore pressorio occhio sinistro OS3; occhi asciutti, ma meno.
FR g1 18.10 dolore interno occhio sinistro OS3
FR g2 12.00 occhi asciutti NS1
29) FR g4 17.15 senso di pesantezza occhi NS2
30) FR g4 18.29 tensione frontale e occhio sinistro, poi si spostava anche a destra OS2 §

Orecchie 0

Naso Bocca Denti 31>33

31) MT61 g5 bocca ascesso dente inferiore premolare (rectius, secondo molare, VII; dente già devitalizzato con amalgama, perni e granuloma apicale) sin. OS 2

MT g6 mattina bocca ascesso prem est inf sin (rectius secondo molare, vedi sopra) toccando < 3 OS; < bevande calde 3 NS

MT g6 pomeriggio bocca ascesso > rispetto a ieri 2 OS

MT g7-43 bocca ascesso quasi scomparso. dolore al tatto verso le 9 di sera cominci ad < leggermente OS 1

Nel 2016 e' stato asportato il granuloma

32) RP g0 14.25 bocca asciutta e appiccicosa NS

33) RP g1 12.00 dopo la dose delle 12 intorpidimento della lingua, lato sinistro posteriormente che dura pochi minuti NS

RP g2 12.00 dopo la dose delle 12 intorpidimento della lingua come il giorno precedente. NS

GOLA 34>36

34) PM g9 Sensazione di forte secchezza e puntura di spillo sul lato sinistro della gola. Inizio ore 9,30 circa. Non migliora bevendo acqua con la testa inclinata a sinistra NS3

Pomeriggio: Sparita puntura di spillo. Continua la sensazione di secchezza, sempre a sinistra, ma più ampia. Sento come se la parete della gola fosse ruvida ed asciutta, e questo mi porta a deglutire più di frequente.

PM g10 Sensazione di secchezza molto più lieve, localizzata in un punto che sento essere molto piccolo NS1.

35) Pomeriggio: Sensazione di secchezza soltanto quando deglutisco NS1.

36) FR g2 mattina mal di gola lato destro OS2
FR g8 mattina e pomeriggio mal di gola OS2

STOMACO 0

ADDOME 37>38

37) FR g1 12.00 dolore tipo spine si è spostato anche sull'addome, sempre a fitte NS4 (aggiunta su richiesta chiarimento: Era partito dalla schiena zona lombare e poi si era spostato sull'addome superiore e inferiore destro e sinistro)
38) FR g4 8.40 prurito su addome e schiena lombare NS1 °
FR g5 17.00 prurito addome, schiena e collo NS2

FECI-RETTO 0

ORGANI URINARI

Reni 0

Vescica 0

Prostata 0

Uretra 39>

39) GC g7 nel pomeriggio bruciore durante minzione NS2

Urine 40>

40) RP g0 14.00 aumento della diuresi, ogni ora dopo la 2 assunzione e fino alle ore 20.00 NS

ORGANI SESSUALI 41>44

41) MT B g0 8-12 : "Ho avuto molta lubrificazione vaginale e desiderio sessuale" NS4

MT B g0 16-23 "Ancora lubrificazione vaginale da farmi sentire umida" NS4

42) MT B g1 6-13 "Primo giorno di mestruazione: più abbondante"

MT B g3 7-13 "Ciclo: 3°giorno sempre emorragico" AS5 (in genere già diminuito verso questo giorno)

43) FT g7 migliorata la lubrificazione vaginale come mesi prima, quando aveva ciclo regolare CS2(?)
44) FT g30 ritorno flusso mestruale dopo diversi mesi

RESPIRO 0
TOSSE 0
TORACE 45>47

45) FR G4 8.40 comparso prurito sul petto, poi avambraccio destro e collo, gamba destra NS1
46) FR G4 11.35 fitta tipo spina seno destro NS3

47) MC g7: Dolore toracico medio sternale della durata di 4 ore NS3.

APP. CARDIOVASCOLARE 0
COLLO DORSO LOMBI SACRO 48>54

48) MT B g2 7-12 "Dolore sopra rene destro come una fitta per circa mezz'ora" NS3
49) MT B g6 18-23 "Dolori muscoli del collo"NS4
50) MT B g20 8-12 "Dolori muscolari (collo a sx, ginocchio dx e schiena fascia lombare)" NS4
51) LS g1 Ore 7,05 dolore tra spalla e parte superiore della scapola sin. NS2

52) FR G1 11.50 dolore schiena lombare pulsorio destro, tipo spine che si spostano verso l'interno, poi si è localizzato su entrambi i lati, sempre a livello lombare. NS4
FR84 g1 19.20 dolore schiena lombare destro e sinistro, sempre a fitte, ma più leggero NS2
FR84 g3 19.40 fitte come spine a livello collo e lombare NS3
° vedi addome
53) FR84 g4 12.13 dolore collo che si estende alle spalle OS3
54) FR84 g4 20.00 prurito schiena lombare NS2

ESTREMITA' 55>67

55) MT g6-7 mattina ginocchio dolore iperestendendo ed alla pressione laterale laterali e alla rotula NS 2
56) MT g10 mattina dolore asp. interno lat. del ginocchio dx al primo movimento appena sveglio; > dal tenere l'arto al caldo. estende in basso e in alto. NS 2. Nel pomeriggio quasi scomparso
57) MT g17 al risveglio, piegando il ginocchio dx, dolore NS 2
MT g19 ginocchio dx dolore. faccia mediale sia estendendolo fino a bloccarlo che piegandolo NS 2
MT g20 mattina ginocchio che fa camminare con leggera claudicazione NS 3
MT g20 pomeriggio ginocchio che duole anche stando seduto, si avverte praticamente sempre NS 3
MT g21 devo trascinare il ginocchio sulla superficie del letto x muoverlo, durante la notte NS 3
MTg22 mattina il ginocchio duole camminando per tutto il tempo del passo, sia appoggiando che oscillando.
Pomeriggio dolore al ginocchio all'inizio del movimento e poi migliora dopo un po' di movimento (camminando); claudicazioen aumentata NS 3
MT g23 la mattina al risveglio posso girarmi solo se prima estendo la gamba dx bloccando il ginocchio NS 3. Pomeriggio estremità il dolore al ginocchio < premendo alla rima articolare, aspetto mediale, come se fosse coinvolto il menisco mediale
MT g25 mattina dolore piegando o estendendo la gamba, > in posizione semiflessa NS 2 pomeriggio estremità camminando <, salendo e scendendo le scale; in posizione seduta devo distendere la gamba in posizione semiflessa. NS 2
MT g30 il dolore al ginocchio è presente sia dorsiflettendo il piede ed estendendo la gamba, sia piegando passivamente la gamba. Il dolore si estende dalla rima articolare mediale lungo la fascia mediale, verso l'alto. NS 2
MT g36 dolore al ginocchio guidando
MT g37 ginocchio rigido la mattina se non coperto la notte a letto
MT g39 dolore ginocchio > appoggiandolo sulla parte mediale e tenendo la gamba flessa a 90 gradi.
MT g43 estremità il ginocchio dx fa sempre male alla parte mediale, sia piegandolo completamente che estendendolo, > a 90 gradi; si irrigidisce con il riposo al freddo, > dopo un uso iniziale (che <). e < ancora dopo l'uso sostenuto. Premendo sulla rima articolare mediale, dolore (menisco mediale, collaterale mediale). anche (il collo del)la tibia è dolente al tatto in aspetto antero-mediale.

Il sintomo del ginocchio e' rimasto fino al tutto 2016 e persiste

58) RP g8 comparsa di dolore alla mano destra (palmo della mano), quando dovevo aprire una porta (presa della maniglia) avevo un dolore fortissimo alla mano come se avessi una frattura. Aumenta con la pressione. NS 3-4 Il sintomo è durato per due mesi.

59) MT B g22 16-20 "Dolore ginocchio sx" NS4
60) MT B g22 16-20 "Dolore al ginocchio destro vicino al menisco, durante la flessione dell'arto" NS5
61) ADS g6a10 Dolore insistente martellante al ginocchio dx che migliora col movimento decrescente nei giorni successivi NS2
62) FR g1 11.20 dolore braccio destro pulsante, avambraccio NS4

63) FR g3 17.15 prurito mano interna destra, poi anche sinistra. Prurito avambraccio (sinistro), schiena laterale destra e sinistra, gamba destra laterale NS4

FR G3 19.10 prurito mano destra e poi gamba sinistra e ginocchio (sinistro) NS4

64) FR g4 12.13 dolore gamba destra che prende la parte dietro il ginocchio OS3

65) FR g7 11.35 dolore dietro ginocchio destro NS3 (pulsante)

66) FR g10 10.44 dolore avambraccio destro interno NS3 (pulsante)

67) FR g13 mattina mi sono svegliata con un dolore venoso gamba destra e scendeva fino alla caviglia, durato fino alle 14.00 (dalle ore 7, NS3)

PELLE 68>69

68) LM g20 Punti simil-orticarioidi (come punture di insetto, su braccia, collo, schiena, qualcuno sulle gambe in tutto una trentina circa, molto fastidiosi e pruriginosi, provocano grattamento, con formazione di crosticine, rossi. NS3 (dalle ore 17.00 circa).

La situazione si verifica in concomitanza col ciclo mestruale(iniziato al mattino) e si risolve dopo 7 gg.
69) ER g10a12 e ricomparsa g 18a23 e g32a38 NS macchie rosacee a forma di cerchi del diametro di circa 5 mm sulle gambe ed alcune sull'addome.

SONNO 70>75

70) MT61 g5 mattina: sogni vivaci
sogni di industriosità, produzione di beni ad imitazione di altri, da parte di indiani
sogno di insegnamento di lingue
sogno di adozione di un mendicante
sogno di rapimento e sostituzione con un'altra persona più grande.
MT g6 mattina sogno di una tettoia di vetro che protegge di (illeggibile) come una serra
MT g8 mattina sogno di torture. di una persona prigioniera di un gruppo di torturatori. nel sogno io temo di essere torturato anche io.
MT g9 mattina sogni vividi
MT g12 mattina sogni vivaci
MT g14 mattina sogno che il ginocchio sin e non il dx mi faceva male, raffreddandosi dopo essersi scoperto a letto la mattina nel dormiveglia in realtà la percezione è sbagliata, è il dx che fa male per essersi scoperto e essere stato al freddo della stanza
71) MT g20 mattina sogni vividi relativi alla mia prof medica, la paziente si dispera alla vista dei miei registri scolastici NS
72) MT g32 mattina sogno di volare (ricorrente)OS
73) sogno di essere deriso NS 2
74) PM g12 Sono steso per terra, paralizzato ma sveglio, non riesco a muovere nessun muscolo, nemmeno per respirare. Sento il senso di soffocamento salire fino a che mi sveglio di soprassalto, ansimando e gemendo, con la bocca secca. Ci metto circa 5 minuti a calmarmi.
75) FT g17 sogno (lo ricorda, sogna sempre ma non ricordava): smarrita in una città senza poter contattare i familiari, sogno angoscioso,simile a quelli fatti qualche decennio fa... OS 3-4

FEBBRE 0

ANALISI STATISTICA

(a cura del dott. S. Di Salvo)

Provers

7 PLACEBO, una rinuncia alla sperimentazione (uomo); un diario smarrito;
5 provers placebo= 3 donne, 2 uomini

22 verum, 3 rinunce (2 uomini e una donna) + un diario smarrito (donna)
18 provers verum = 11 donne, 7 uomini
Nessun abbandono durante la sperimentazione

22% placebo; 78% verum (considerando rinunce/smarrimento)
Placebo: 60% donne
Verum: 61% donne

Placebo: età media 47,6 aa
Verum: età media 48,05 aa

DATI PLACEBO

SP (55 anni) sospeso da giorno 5
SINTOMI : 15 ; concentrati tra g3 e g9
Mente 5
Generali 3
Testa 1
Stomaco 2
Cardiovascolare 1
Estremità 1
Sogni 2

ID (40) sospeso da giorno 2
SINTOMI 38 ; concentrati da g0 a g 39; sintomi insorti anche dopo il 30 giorno
Mente 5
Generali 5
Testa 3

Occhi 1
Orecchie 3
Bocca 2
Faccia 1
Stomaco 2
Addome 2
Organi sessuali 1
Respiro 2
Cardiovascolare 2
Estremità 6
Pelle 1
Sonno-sogni 2

PS (63) sospeso al termine dei 7 gg di assunzione
SINTOMI 1, g2
Torace: 1

MM (31) sospeso al termine dei 7 gg di assunzione
SINTOMI 16 insorti tra g9 e g37
Mente 1
Generali 3
Testa 1
Orecchie 1
Occhi 1
Gola 1
Addome 1
Collo-dorso-lombare: 2
Estremità 4
Pelle 1

CR (49) sospeso dopo 7 gg di assunzione
Sintomi tra g1-g4
Sintomi totali 2
Mente: 2

DATI VERUM

MT (54) MK sospeso dopo 6 gg per ascesso dentario
SINTOMI 12 tra g0 e g12 (alcuni persistenti dopo 1 anno)

MENTE 1
GENERALI 1
OCCHI 1
DENTI 1
ESTREMITA' 1
SONNO/SOGNI 7

LP(50) 200 K sospeso all'inizio del 5° giorno per astenia
SINTOMI 8 da g0 a g8, un sintomo rimasto per 2 mesi

MENTE 2
GENERALI 1
TESTA 1
BOCCA 2
ORGANI URINARI 1
ESTREMITA' 1

RF (31) MK sospeso dal 4° giorno
SINTOMI 21 ; Da g0 a g13
MENTE 1
TESTA 4
OCCHI 3
GOLA 1
ADDOME 2
TORACE 2
COLLO/DORSO/LOMBI/SACRO 4
ESTREMITA' 4

GC(47) 200 K
Sette gg di assunzione
Sintomi tra g0 e g10
Sintomi totali 15
MENTE 3

GENERALI 6
TESTA 1
OCCHI 1
STOMACO 2
URINARIO 1
ESTREMITA' 1

FT (58) 30 CH
Sette gg di assunzione
Sintomi da g1 a g37
Sintomi totali 20
MENTE 1
GENERALI 1
TESTA 2
OCCHI 1
ORECCHIE 1
BOCCA 3
GOLA 2
STOMACO 1
CARDIOVASCOLARE 1
GENITALE 1
SCHIENACOLLODORSO 2
ARTI 2
PELLE 2

RG(54) 30 CH
Nessun sintomo

GM(65) 30 CH
Nessun sintomo

AD(56) 30 CH
Assunto il rimedio per tre giorni
Sintomi tra g0 e g10
Sintomi 4
GENERALI: 1
BOCCA: 1
ARTI INFERIORI: 2

ER (51) 200 K
7 gg di assunzione
Sintomi tra g9 e g38
Sintomi totali 3
ADDOME: 1
ARTI SUPERIORI: 1
ARTI INFERIORI: 1

BM (49) 30 CH
Sette gg di assunzione
Sintomi tra g6 e g10
Sintomi totali: 4
VERTIGINI: 1
CARDIO-VASCOLARE: 1
ARTI INFERIORI: 1
SONNO: 1

MC (55) 200 K
Sette gg di assunzione
Tra g1 e g27
Sintomi totali: 3
STOMACO: 1
TORACE: 1
SCHIENA: 1

GV(36) 200 K
Sette gg di assunzione
Tra g9 e g47
Sintomi totali 8
TESTA 1
OCCHI 1
ORECCHIE 1
BOCCA 1
STOMACO 1
RETTO 2
TOSSE 1

LM (36) 30 CH

4 gg di assunzione
Sintomi da g8 a g20
Sintomi totali 12
GENERALI 1
TESTA 2
OCCHI 2
ORECCHIE 1
BOCCA 1
STOMACO 1
RETTO 1
TOSSE 1
SONNO 1
PELLE 1

LS (55) 30 CH
Sette giorni di assunzione
G1
Sintomi totali: 1
SCHIENA 1

PM (30) 200 K
2 gg di assunzione + 2 stop + 2 ripresa
Da g8 a g23
Sintomi totali 4
GOLA 2
ESTREMITA' 1
SONNO-SOGNI 1

AS (59) 30 CH
Sette giorni di assunzione
Sintomi in g0
Sintomi totali 1
APPARATO CARDIOVASCOLARE 1

GG (46) 30 CH
Sospeso al terzo giorno di assunzione per incidente (caduta da cavallo) con politrauma
Considerati i sintomi dei primi 2 gg

Sintomi totali: 10
MENTE: 1
VERTIGINE 1
TESTA 1
ORECCHIE 1
BOCCA 1
RESPIRAZIONE 1
APP. CARDIOVASCOLARE 1
SONNO E SOGNI 2
COLLO/DORSO/LOMBI/SACRO: 1

MTB (33) 30 CH
Sette giorni di assunzione del rimedio
Sintomi tra g0 e g 22
Sintomi totali: 8
MENTE 1
BOCCA 1
GOLA 1
GENITALE 2
COLLO DORSO LOMBI SACRO 2
ESTREMITA' 1

FIG. 1

FIG. 2

FIG.3

Responder > di 1 sintomi
Non responder 0 o 1 sintomo

CONFRONTO NUMERO DI SINTOMI per sperimentatore
PLACEBO 72/5 = 14.4 34/4= 8.5 (togliendo i sintomi di una sperimentatrice placebo con molti sintomi)
VERUM 134/18= 7.4

FIG. 4

FIG. 5

SINTOMI MENTALI VERUM/PLACEBO
Placebo 13/5 = 2.6 (4.8 superiori ai verum)
Verum 10/18= 0.55

FIG. 6

FIG. 7

FIG.8

Non vi è più differenza significativa tra placebo e verum riguardo al mentale

Se si confrontano i verum e i placebo rispetto alla prima comparsa (p = 1) o all'ultima comparsa dei sintomi (p = 0.9) non vi è differenza significativa.

L'analisi quantitativa dei dati relativi alla sperimentazione non permette di differenziare tra il gruppo verum e il gruppo placebo anche non considerando i non responder (0 o 1 sintomo) e la prover placebo con molti sintomi. Sarebbe utile valutare l'analisi quantitativa di proving analoghi e valutare se il semplice dato quantitativo può dare indicazione sulla qualità del proving.

DISCUSSIONE

La gestione ed elaborazione di una sperimentazione si conferma un impegno complesso che richiede una fattiva collaborazione tra tutti i partecipanti nel rispetto del proprio ruolo e delle proprie competenze . Se dal punto di vista didattico il proving del nosode di Herpes Simplex Virus Tipo 1 si è confermato un'esperienza di grande utilità e di crescita per gli studenti, che vivono su di sè la meravigliosa evidenza dell'azione delle dosi ultramolecolari e dell'unità psiche-soma, nonchè per la Scuola nel suo complesso, mentre sotto l'aspetto propriamente sperimentale i risultati sono stati forse inferiori alle aspettative. Dei 29 sperimentatori originari 4 hanno rinunciato nelle fasi preliminari per ragioni personali o di salute, di 2 si sono dispersi i diari cartacei (per cui in futuro passeremo a quelli in forma solo digitale, peraltro facilmente trasmissibili ai supervisori). Dall'analisi dei diari dei restanti provers risulta che 7 non hanno avuto alcun sintomo significativo mentre tra quelli che hanno assunto il verum abbiamo potuto estrapolare complessivamente solo 75 sintomi con buona o alta affidabilità, avendo scelto di applicare criteri di inclusione abbastanza

severi. Sorprendentemente invece tra i 7 soggetti con placebo, 3 di essi hanno prodotto ben 72 sintomi (38 di un unico prover) e stranamente certi sintomi sono molto simili a quelli dei verum. Si tratta di un fenomeno già da noi osservato in altre esperienze e spesso riportato in sperimentazioni nazionali ed internazionali, che andrebbe meglio indagato (sincronicità? contagio psichico? trasferimento energetico dai flaconi verum adiacenti?). La distribuzione dei sintomi in ordine decrescente di frequenza è stata: TESTA-FACCIA-VERTIGINI ed ESTREMITA' (13) , MENTE (10), SCHIENA (7), SOGNI (6), OCCHI (5), ORGANI SESSUALI (4), BOCCA e GOLA e TORACE (3), ADDOME e PELLE (2), URETRA e URINE (1).,nessuno a carico di altri organi o apparati. Nonostante la relativa scarsità numerica un certo numero di sintomi risulta abbastanza caratteristico e ripetuto tra i provers (a volte anche placebo!). Sintomi mentali e fisici di eccitazione sessuale, dolori tipo fitte o spine in molte parti del corpo, frequente stato di secchezza alle mucose e di prurito cutaneo, astenia fisica, grande benessere, dimenticanze, distrazione o ansia come dovesse succedere qualcosa di brutto a livello mentale., cefalee, ascesso dentario, mestruazioni abbondanti o ritorno dopo molti mesi, dolori agli arti specie tipo gonalgia, bruciori e fissurazioni alle labbra, eruzioni orticarioidi, stranamente nessun caso di herpes, neppure a livello genitale , nonostante la grande somiglianza genica con il virus dell'Herpes simplex tipo 2. Anche la grande sensibilità al freddo del virus dimostrata in laboratorio non ha trovato corrispondenza nelle modalità generali.
Particolarmente curata e per certi aspetti sorprendente è stata l'applicazione della statistica per un confronto quantitativo tra i dati dei verum e dei placebo (T test di Student).
Si è calcolata e realizzata graficamente:
1) la distribuzione dei provers a inizio e fine della sperimentazione
2) il confronto tra responders/non responders alle potenze utilizzate e al placebo
3) il N° di sintomi per ciascuno e per la totalità dei provers verum e dei placebo
4) la distribuzione dei sintomi mentali tra i verum ed i placebo
5) la distribuzione per organi ed apparati dei sintomi in verum e in placebo sia complessiva che escludendo in non responders ed il soggetto placebo con molti sintomi.

La differenza ha raggiunto la significatività statistica riguardo ai sintomi mentali (una media di 14,4 sintomi tra i placebo e di 7,4 tra i verum). La distribuzione quantitativa dei sintomi secondo la suddivisione repertoriale non ha presentato differenze statisticamente significative. Come sempre in ambito omeopatico tuttavia è sempre necessaria una valutazione qualitativa dei sintomi, questo ha determinato una notevole restrizione del numero iniziale dei sintomi rilevati , 138 , utilizzati nel confronto statistico, fino ai 75 finali selezionati perché questi abbiano le caratteristiche di essere abbastanza peculiari ed affidabili per essere utilmente utilizzati in una prospettiva terapeutica .

CONCLUSIONE

Questa quarta sperimentazione didattica condotta dalla nostra Scuola si e' realizzata nel solco della tradizione scientifica della Omeopatia Classica Hahnemanniana , che la considera un caposaldo essenziale sia per la formazione del medico omeopata sia perché necessario complemento all'applicazione clinica della Legge di Similitudine. La conoscenza dal punto di vista omeopatico di agenti microbiologici, come ad esempio l'HSV1, è sicuramente di notevole interesse pratico e terapeutico in un'ottica moderna in cui essi sono una componente essenziale dell'ecosistema in cui siamo immersi e con cui interagiamo in una condizione dinamica di equilibrio, soprattutto in una prospettiva medica in cui il terreno ed il substrato miasmatico sono di fondamentale importanza come quella omeopatica. Tuttavia le sperimentazioni pure di questa tipologia di rimedi hanno dimostrato una potenzialità patogena , seppure in rari casi, più elevata di quella abituale per altre sostanze del mondo naturale, è stata quindi molto opportuna e prudente per la sicurezza dei provers, la scelta del Direttore di utilizzare potenze non troppo elevate e di far applicare rigorosamente la regola dell'interruzione del rimedio alla comparsa di sintomi significativi , grazie a questo alcune reazioni sono state solo più prolungate ma mai eccessive o lesionali e sempre del tutto reversibili. La sperimentazione del nosode HSV1 è stata progettata in collaborazione con la Scuola Omeopatica di Verona ma poi realizzata indipendentemente in tempi e con impostazione e potenze utilizzate leggermente diversi; questo consente di ottenere della informazioni comparative molto interessanti, soprattutto grazie ad un bacino di provers piu' ampio che consente una validazione più affidabile dei sintomi ottenuti e la possibilità di perfezionare la metodologia sperimentale . Si tratta quindi di una forma di condivisione tra le Scuole auspicabile sia per favorire una migliore conoscenza della farmacologia omeopatica che per promuovere una più stretta integrazione tra i centri di insegnamento del vero Sapere omeopatico , in un momento in cui l' interesse del mondo accademico verso

la nostra Scienza, espresso anche dalla maggiore disponibilità all'accesso ad insegnamenti in sedi universitarie , seppur importante , rischia di determinarne uno scadimento qualitativo se affidato a docenti carenti in conoscenza teorica e soprattutto in esperienza clinica. Da sottolineare infine il contributo dell'Analisi Statistica quantitativa dei dati del proving che a nostro parere dovrebbe diventare una componente obbligatoria nel processo di confronto e validazione dei risultati ottenuti nella Sperimentazione Pura, cardine della Medicina Omeopatica, perseguendo cosi criteri di maggiore obiettività come giustamente esige la Comunità Scientifica.

BIBLIOGRAFIA

1. Organon, dell'arte del guarire dott. C.F.S. Hahnemann, ed. LUIMO
2. Homeopathic drug proving guidelines, E.C.H. Bruxelles , 2004
3. Sherr Jeremy Y., Le dinamiche e la metodologia della sperimentazione omeopatica , ed. Salus Infirmorum
4. Uyttenhove L., E.C.H. Subcommittee Proving –Standardization in homeopathic drug proving methodology- 63rd Congress of the LMHI, 2008, Oostende-Belgium
5. E.Galli, G.Arcovito, S.Cirelli, S.Di Salvo, V.Manzo, L.Pedrelli, P.Varano, V.Falabella, --Iris Versicolor- Proving 2010 Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica A.F.M.O.-E.M.C. - Il Medico Omeopata n°50, p.18-25, F.I.A.M.O.
6. E.Galli, G.Arcovito, S.Cirelli, S.Di Salvo, V.Manzo, L.Pedrelli, P.Varano, V.Falabella, --Iris Versicolor- Proving 2011 Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica A.F.M.O.-E.M.C. - Il Medico Omeopata n°53, p.38-45, F.I.A.M.O.
7. Falabella V., Segantini S., Arcovito G., Cirelli S., Di Salvo S., Galli E., Lanzara G., Pistelli E., Varano P., et al.. Proving of Culex Musca. 69 th LMHI Congress, July 2014 Paris
8. Riley D. Homeopathic Drug Proving (HDP). Design for a randomized, double blind, placebo-controlled, homeopathic drug proving with a cross-over design. Congresso LHMI Ostenda 2008
9. Benedetta Gobbi Frattini, Gustavo Dominici et al. Scuola di Medicina Omeopatica di Verona quinto proving: nosode herpes virus di tipo 1. XIV Congresso Nazionale FIAMO 2016

RINGRAZIAMENTI

Al Laboratorio Sodini per la gentile e professionale fornitura del materiale sperimentale.

Ai 29 provers, che, come Hahnemann, hanno sperimentato su se stessi .

R. Pomposelli, G. Costini, B. Frammartino

Sterilità, germinabilità dei semi di riso ed Omeopatia

Principio che ci ha guidate

.... Ma prima farò alcuna esperienza, avanti ch'io più oltre proceda, perchè mia intenzione è allegare prima la sperienza e po' colla ragione dimostrare perchè tale esperienza è constretta in tal modo ad operare; e questa è la vera regola come li speculatori delli effetti naturali hanno a procedere.

Leonardo da Vinci 1513 ca.

2

....Manoscritto A

«Innanzi che tu facci di questo caso regola generale, pruovalo due o tre volte e guarda se le pruove fanno simili effetti» e nel Manoscritto M Leonardo annota «Questa sperienza si faccia più volte, a ciò che qualche accidente non impedissi o falsassi tale prova»

Leonardo da Vinci 1513 ca.

3

Scelta dei Rimedi

La scelta del rimedio è stata inizialmente empirica, sono stati testati 20 rimedi su riso trattato e su riso sano. Phosphorus e Carboneum Sulfuratum hanno mostrato di incidere maggiormente sull'attività di germinazione.

Infine è stato verificato che il fosforo è molto importante dal punto di vista fisiologico

4

Scelta dei Rimedi

molto importante dal punto di vista fisiologico: ATP, ADP

- in molecole nei cicli fotosintetici
- acidi nucleici
- sostanze di riserva fosforate

Peculiarità:

- Fabbisogni di fosforo elevati in piante giovanissime
- Favorisce le fasi iniziali di sviluppo degli apparati radicali
- aumenta la precocità

Sintomo di carenza di P: simili a N, ma bordi delle foglie rosse

5

Material and methods

- Riso Lince del 2009
- Riso Arborio del 2011

(provenienza da **Ente Riso di Mortara**)

- Trattamento iniziale : 900 semi sono stati posti in acqua per due ore. Distribuiti in 18 vaschette contenenti 50 semi ognuna
  - 3 vaschette hanno ricevuto Fosforus 30 ch.
  - 3 vaschette hanno ricevuto Carboneum Sulfuratum 30 ch
  - 3 vaschette hanno fatto da controllo per il riso Lince
  - 3 vaschette hanno fatto da controllo per il riso arborio.

6

Material and methods

In questo esperimento il rimedio è stato somministrato a inizio germinazione spontanea, per osservare se esiste un "*momento di somministrazione del rimedio*".
L'esperimento ha mostrato che c'era un differenza di 12 ore nell'inizio della germinazione. Il riso Lince ha germinato sia con il rimedio Carboneum Sulfuratum 30 ch che con il phosphosrus 30 ch, con un picco di germinazione in III giornata. Il riso Arborio ha mostrato un comportamento differente a secondo del rimedio somministrato.

7

Risultati

In totale hanno germogliato 821 semi (91.2%):
- 51% varietà Lince e il 48% varietà Arborio.

Fra i 450 semi di tipo Lince ne è germogliato:
- 93.7% (422 semi) mentre per la varietà Arborio l'88.6% (399 semi).

Tipo di riso	N semi germogliati	% semi germogliati	Totale semi osservati
	422	93.7%	450
Arborio	399	88.6%	450

8

Risultati

Indipendentemente dalla varietà di riso abbiamo osservato che, fra i semi che hanno avuto Phosphorus come trattamento ne sono germogliati il 32.7% (269 semi), fra quelli trattati con Carboneum il 35.1% (288 semi) e fra i controllo il 32.2% (264 semi).

Germinazione	Phosphorus	Carboneum Sulphur.	Controllo	Totale
NO	31	12	36	79
	39,24	15,19	45,57	100
SI	269	288	264	821
	32,76	35,08	32,16	100
Totale	300	300	300	900
	33.33	33.33	33.33	100

9

Risultati

Fra i 450 Semi LINCE osserviamo che quelli trattati con Phosphorus e Carboneum Sulphuratum hanno avuto la stessa germinazione il 34.8% (144 semi) e fra i controlli il 30.3% (128 semi).

Germinazione	Phosphorus	Carboneum Sulphur.	Controllo	Totale
NO	3	3	22	28
	10,71	10,71	78,57	100
SI	147	147	128	422
	34,83	34,83	30,33	100
Totale	150	150	150	450
	33.33	33.33	33.33	100

10

Risultati

Fra i 450 Semi Arborio osserviamo che i semi che hanno avuto Phosphorus come trattamento ne sono germogliati il 30.6% (122 semi), fra quelli trattati con Carboneum il 35.3% (141 semi) e fra i controllo il 34.09% (136 semi).

Germinazione	Phosphorus	Carboneum Sulphur.	Controllo	Totale
NO	28	9	14	51
	54.90	17,65	27,45	100
SI	122	141	136	399
	30,48	35.34	34.09	100
Totale	150	150	150	450
	33.33	33.33	33.33	100

11

Risultati

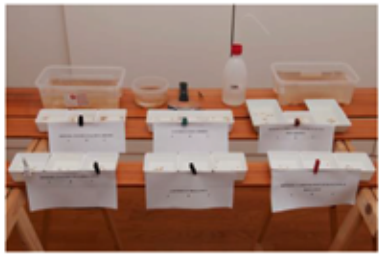
Per valutare simultaneamente l'effetto del tipo di seme e del tipo di trattamento abbiamo applicato un modello di regressione logistica. Il risultato indica che il il tipo Lince ha maggiori possibilità di germogliare rispetto all'Arborio con il trattamento Carboneum rispetto sia al Phosporus che al controllo.

12

Riflessione

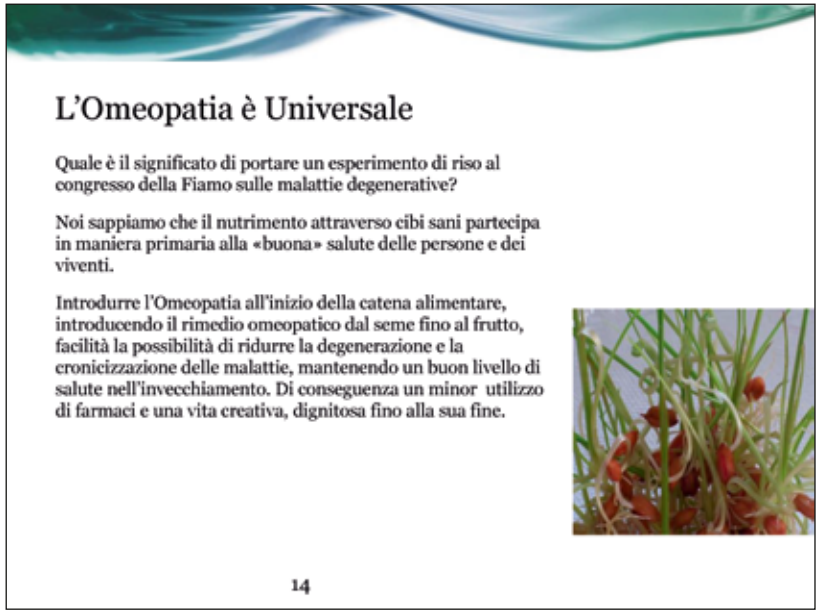
§63 C.F.S. Hahnemann

Qualunque medicamento, come qualunque forza agente sulla vitalità, altera più o meno l'equilibrio della forza vitale e produce un certo cambiamento dello stato di salute del corpo, di maggiore o di minore durata. Questa azione si chiama «effetto primario» od «azione primaria»



sebbene sia il prodotto del medicamento e della forza vitale, essa è dovuta, probabilmente, in prevalenza alla potenza del medicamento. La nostra forza vitale con la sua energia cerca di opporsi a tale azione. L'azione che ne deriva ha carattere conservativo per la vita, è una attività automatica della forza vitale ed è chiamata «azione secondaria o reazione».

13



G. Scambelluri*°, G. Cuzzucrea, V. Falabella*****

Il volto per immagini

ABSTRACT

L'attuale utilizzo di dispositivi mobili dotati di ottiche fotografiche di eccellente qualità rende disponibile - in maniera semplice - la possibilità di raccogliere, nel tempo, una documentazione per immagini dell'aspetto fisiognomico del volto del paziente.

Tale storia fotografica sarà di supporto per una valutazione clinica completa dei dati morfologici che raccontano il vissuto somatico ed emotivo.

Non trascurabile altresì la possibilità di documentare tali informazioni che completano nel tempo l'aspetto anamnestico.

Si illusta la metodologia proposta per preparare il paziente a questo tipo d'indagine, la tecnica di ripresa, di elaborazione del fotogramma, lo studio della simmetria e come conservare correttamente tale informazione fotografica.

Lo studio è finalizzato a rilevare l'utilità dell'applicazione metodologica descritta per monitorare nel tempo l'evoluzione della patologia in relazione della variazione dell'assetto tipologico dell'individuo. L'integrazione della cartella clinica si ottiene con la creazione di un modello cartaceo, suddiviso in 4 aree di lavoro, riferibili a 4 immagini temporali di un individuo di età compresa tra 40 e 65 anni: le immagini del primo piano del volto si riferiscono alla seguente temporalità: intorno ai 5 anni, intorno ai 14 anni, intorno ai 35 anni, ultima foto realizzata al tempo dello studio.

In ogni sezione si descrive la caratteristica tipologica del volto comprensiva dello studio della simmetria. La

* Già Dirigente Medico ASP Reggio Calabria, Esperto Omeopata, Formazione in Medicina Omeopatica EMC-gruppo AFMO

** Medico Medicina Generale, Esperto Omeopata, Formazione in Medicina Omeopatica EMC- gruppo AFMO

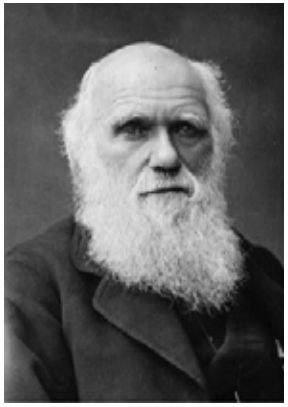
*** Già Primario Psichiatria, Coord. Didattico-Scientifico Formazione in Medicina Omeopatica EMC- gruppo AFMO

° E-mail:pinoline@alice.it - Cell. 3394021117

descrizione integra l'aspetto emotivo-relazionale prevalente percepibile.
Si è fatto riferimento agli studi di Leon Vannier che ha rappresentato le caratteristiche fisiognomiche correlandole all'immagine del rimedio emergente.
Per ogni immagine si descrive quindi la specifica tipologia anche in riferimento alla classe delle costituzioni miste (L. Vannier).
Lo studio rileva che le asimmetrie tendono ad aumentare il loro indice di espressività nel tempo.
Tale approccio metodologico produce un completamento dell'indagine clinica comprendendo aspetti morfologici che altrimenti andrebbero persi.

KEYWORD
Biotipologia, Volto, Espressività, Fotografia

L'utilizzo della tecnica fotografica per documentare la fisiognomica del volto non è cosa nuova.
Il dottor Duchenne già nel 1862 aveva pubblicato un trattato: *"Méchanisme de la Physionomie Humaine"* in cui, utilizzando stimoli elettrici, analizzava i movimenti dei muscoli facciali. Le foto vennero poi studiate da Charles Darwin (1809-1882) che per primo pose l'accento sul valore emotivo delle espressioni facciali.



Charles Darwin (1809-1882) nel saggio *"L'espressione dei sentimenti nell'uomo e negli animali"* (1872) sosteneva che le espressioni del viso avessero un carattere universale e dunque indipendente da razza e cultura. L'autore forniva dati atti a dimostrare che le espressioni dell'uomo o degli altri animali, in quanto innate, fossero un semplice prodotto dell'evoluzione: molte espressioni che denotano paura, rabbia, stupore, si ritrovano invariate non solo in uomini di diversa estrazione culturale o appartenenti a civiltà diverse, ma anche, in primati non umani o in altri animali: il fatto che il riso, ad esempio, sia molto simile nell'uomo e nello scimpanzé testimonierebbe, secondo l'autore, un'origine comune fra le due specie.
Egli riteneva che molte espressioni facciali avessero un significato adattativo, cioè servissero a comunicare lo stato interiore, senza bisogno di fonemi: ciò risulterebbe di grande utilità, in quanto ad esempio, la paura - emozione che segnala spesso un pericolo - necessita che venga comunicata tempestivamente alla comunità.
Egli spiegava i meccanismi cognitivi animali e umani estendendo la teoria dell'evoluzione (selezione naturale) ai substrati biologici della cognizione. Si trattava di un programma scientifico interdisciplinare completamente nuovo che successivamente nel Novecento portò alla nascita e allo sviluppo dell'Etologia e delle Neuroscienze.
Darwin sosteneva inoltre, basandosi sulla tesi dell'ereditarietà dei caratteri acquisiti, che l'ambiente fosse in grado di apportare modifiche nel comportamento come pochi anni prima evidenziato anche da Lamarck.

Darwin fu il primo nello studiare il nascere delle emozioni, fotografando i bimbi neonati, traducendo in disegni le loro espressioni, che risultano inizialmente indifferenziate (piacere o dolore), diventando, nel corso dello sviluppo, più sofisticate e modulate ai diversi stati d'animo.
Il saggio risulta moderno anche dal punto di vista metodologico nel fare ricorso estesamente alla fotografia a scopo scientifico, nel basarsi su *"sondaggi prestampati"* (pratica attualmente comune agli studi di psicologia).
Il saggio fu in seguito contestato dai contemporanei e per larga parte del Novecento, poiché la scienza del comportamento (behaviorismo) - nata negli Stati Uniti con John Broadus Watson (1878-1958) - negò il ruolo dell'ereditarietà nello sviluppo del comportamento sociale riscuotendo largo credito nell'ambiente scientifico del tempo.

Hugh W. Diamond
Uno dei più famosi studiosi della fotografia (anche come mezzo terapeutico) fu lo psichiatra Hugh W. Diamond (1809-1886), Direttore del Dipartimento femminile del manicomio "Surrey County Lunatic Asylum", il quale dedicò vari articoli all'argomento e dal 1852 al 1854 ne pubblicò alcuni sul periodico

"Notes and Queries", tra i quali è da menzionare il saggio *"The Simplicity of the Calotype Process"*, presentato nel novembre 1853 alla Royal Photographic Society, ove successivamente (maggio 1856) espose la propia convinzione riguardo ai vantaggi che la psichiatria poteva trarre dall'uso della fotografia. Diamond seppe coniugare la vocazione psichiatrica a quella per la fotografia e fu in grado di coglierne il potere terapeutico, realizzando il primo progetto di "fototerapia".
Il paziente non era considerato un semplice soggetto da esperimento ma un individuo in grado d'interagire con la propria immagine fotografica:

"*Il Fotografo in molti casi non avrà bisogno di nessun aiuto se non della propria lingua, e preferirà ascoltare, con l'immagine di fronte a sé, il silenzioso ma eloquente linguaggio della natura. È inutile, per lui, usare quei termini vaghi, come angoscia, tristezza, dolore, afflizione, melanconia, tormento, disperazione, che denotano una differenza d'intensità nella sofferenza mentale; l'immagine parla da sé con grande forza e indica il punto esatto raggiunto nella scala dell'infelicità, tra le prime sensazioni e il suo apice.*"
Approccio sostanzialmente diverso da quello utilizzato nei laboratori fotografici della "La Pitié Salpêtrière", ad opera di Charcot.

August Sander
La disciplina fisiognomica vive un momento di forte ripresa dopo la I guerra mondiale.
In particolare nella Germania degli anni venti, la fisiognomica diventa una "super-disciplina", una teoria universale della conoscenza e della percezione soprattutto ad opera del fotografo August Sander (1876-1964).
L'intento di Sander era di inventariare fotograficamente tutti i "*tipi*" presenti all'interno della società tedesca, senza alcuna distinzione socioculturale.
"L'opera di Sander è più di una raccolta di fotografie: è un atlante su cui esercitarsi".
Così scriveva nel 1931 Walter Benjamin nella sua *"Piccola storia della fotografia"*.

Esercitarsi a fare cosa? A guardare in faccia se stessi, a guardare in faccia un'intera epoca, *"vedere le cose come sono e non come dovrebbero o potrebbero essere"*.
Le persone fotografate sono considerate prototipi di diversi gruppi sociali ma non si riducono a stereotipi o a comparse.
Il monumentale progetto di " *Uomini del XX"* secolo consiste in una galleria di centinaia di ritratti realizzati con l'idea di fornire un affresco della società contemporanea.

Sander distingue sette gruppi principali: il contadino, l'operaio, la donna, le posizioni sociali, l'artista, la grande città e i diseredati. Ogni gruppo viene poi suddiviso in diverse voci secondo un criterio genealogico, sociale o, anche, politico-ideologico. La sua intenzione era cogliere l'individuo nel proprio contestosociale, professionale, geografico, legato al "qui e ora" di quegli anni *"Queste persone delle quali conoscevo le abitudini fin dall'infanzia mi sembravano, anche per il loro legame con la natura, designati apposta per incarnare la mia idea di archetipo"*.
Sotto il regime nazista, il suo lavoro fu pesantemente limitato, il testo *"Face of our time"* fu sequestrato nel 1936 e le lastre fotografico furono distrutte.

Giovane soldato, 1940 ca

Leon Vannier (1880-1963) è considerato uno dei padri fondatori dell'Omeopatia francese ma il suo *"Tipologia omeopatica e sue applicazioni"* è pubblicato tardivamente nel 1955 a causa della difficoltà di illustrare il testo con tavole idonee. La collaborazione successiva con Robert Simon, autore delle raffigurazioni simboliche dei tipi, rende possibile tale pubblicazione.
Vannier costruisce una mappa tipologica basata su otto tipi di personalità (prototipi). Obiettivo dell'osservazione tipologica è riconoscere la *"funzione umana"* di ogni individuo e le sue potenzialità: fisiche, chimiche, biologiche, psicologiche, dinamiche. Ogni persona è una combinazione di prototipi diversi (ge-

neralmente tre), ossia un Metatipo. I tipi costitutivi possono essere però disarmonici, questa disarmonia può causare disturbi, dai più lievi (per esempio quelli nervosi) alle patologie più gravi. Compito del medico omeopata è quindi riportare il malato all'equilibrio a partire dall'individuazione del suo tipo e dei suoi segni distintivi, di struttura fisica, caratteriali, comportamentale, etica, con conseguente prescrizione dei rispettivi rimedi.
I Tipi sono da intendersi strutturati in modo dinamico e nel corso della vita si può passare da una tipologia all'altra.
Riprendendo concetti già espressi dalla Mitologia che rappresentava gli Dei quali prototipi ideali appartenenti alla specie umana, con forme anatomiche praticamente perfette, coniugando il concetto di bello con quello di buono, saggio e giusto, usando - come è innegabile nel gergo comune - alcune espressioni per indicare dei prototipi di personalità, come ad esempio, il tipo lunare, l'apparenza solare, l'andatura marziale, il carattere gioviale ecc…, Vannier descrive il "tipo" sia dal punto di vista fisico, costituzionale, sia del modello reattivo di appartenenza in modo da permettere l'individuazione della famiglia di rimedi omeopatici corrispondenti.
Gli 8 "Tipi" corrispondono a tipologie della personalità connesse, alle antiche divinità greco-latine: Marte, Saturno, Apollo, Venere, Giove, Mercurio, Luna e Terra.

Tipo MARTE
Statura alta, atteggiamento provocatorio e muscoloso. Cerca sempre di dominare l'ambiente in cui vive. E' un conquistatore, un guerriero. Si presenta a testa alta con atteggiamento a volte insolente.
I gesti di Marte sono rapidi e bruschi, quasi inaspettati. Si irrita se contradetto. Le collere di Marte sono possenti ed impressionano ma in genere non durano molto. In lui domina l'istinto e gli risulta difficile la riflessione e lo studio, sa anche essere stratega e pianificare le sue azioni.
I tipi Marte esercitano il loro potere con sufficiente equilibrio. Si sacrificano per il bene comune ed aiutano chi si trovi in difficoltà.
Sono buoni mangiatori ma non è detto siano anche buongustai.
Il viso è lungo e stretto a forma di dattero. La fronte è sfuggente. E' un essere istintivo che si controlla poco. Capelli folti che tendono al rossiccio. Sopracciglia arcuate e folte vicine agli occhi. Il mento sporge in avanti ed invecchiando

naso e mento tendono ad avvicinarsi (nelle donne tale caratteristica rende il profilo simile ad una strega delle fiabe). Il petto è largo e possente.
La costituzione prevalente di Marte è carbonica o fosforica ma nel caso sia presente una nota fluorica il temperamento lo porta ad operare gesti anche sconsiderati che alla lunga lo danneggiano. Tende a sviluppare prevalentemente disturbi cardiocircolatori e a carico delle vie epatobiliari. Non ama i regimi di vita regolari. In un certo senso ha bisogno di arrabbiarsi per star bene. E' necessario che smorzi gli eccessi riequilibrandosi.
Il rimedio che meglio rappresenta la tipologia è Lycopodium ma altri policresti possono egregiamente trattare il fondo in funzione delle caratteristiche individuali del tipo, per esempio Sulphur, Aurum, Anacardium…

Tipo SATURNO

In genere alto, con aspetto triste, vecchio e stanco. La muscolatura poco sviluppata. Le articolazioni sono forti e grosse. Spalle larghe ma petto incavato. Dolicocefalo con capelli folti, neri, grassi spesso lucidi. Sopracciglia nere distanti dalle orbite. Palpebre spesse e pesanti. Gli occhi infossati nelle orbite. Ovale del viso a forma di mandorla. Il naso è spesso, ossuto e sporgente. La bocca è grande, con gli angoli in giù. Le orecchie grandi, allungate. Il collo lungo, con il pomo d'Adamo sporgente.
Incurvato, come se avesse bisogno di un sostegno. Il passo è lento e grave. Cammina assorto nei pensieri, guardando in basso. Spesso è affetto da manie. Emergono in tutti i campi del pensiero e sono abili
nella discussione. Saggezza e prudenza li caratterizzano. Sono schiavi del dovere. Promettono poco ma mantengono sempre gli impegni. Malgrado la loro apparente gracilità sono lavoratori tenaci e scrupolosi in grado di assolvere compiti anche gravosi.
Il Saturno con costituzione carbonica assume una staticità quasi inamovibile, mentre eventuali note fosfo-fluoriche dinamizzano poco.
Sono individui che risparmiano la loro energia vitale e riescono a raggiungere età avanzate. Le loro malattie sono di tipo sclerosante e reumatico. Possono diventare ossessivi e soggetti a svariate paure taciute. Tipo piuttosto stabile che tende a non subire alterazioni dinamiche durante la vita. I rimedi associati sono Sepia, Thuya, Causticum, Psorinum…

Tipo APOLLO

Il tipo Apollo è sempre ben proporzionato. Slanciato, elegante, piacevole da guardare. Atteggiamento un pò indolente e noncurante. Il suo incedere è morbido, con movimenti armoniosi e leggeri. Manifesta un certo distacco dal contesto, ma la calma è solo apparente. Ama concentrare su di sé le attenzioni senza diventare però narciso. E' il destino di Apollo diventare celebre. Si veste con eleganza. Ama stare in un contesto appropriato e non disdegna il lusso.

Il viso è ovale, armonico. La bocca non grande, con labbra poco carnose e colorite. Il naso allungato. La barba non molto folta. Mentalmente ha una grande immaginazione e nasconde la profondità dell'essere. Ha notevoli tendenze artistiche ma in genere non è mai soddisfatto di quello che produce. Sempre alla ricerca di nuovi stimoli.

Grande sensibilità ed intuizione. Riesce a precorrere i tempi. E' portato per gli studi esoterici. Grande è la curiosità. Il carattere è difficile, capriccioso. Non ama i luoghi comuni e le abitudini.

La costituzione tipica di Apollo è quella fosforica (con tendenza tubercolinica) ma, come sempre, sono possibili altre rappresentazioni di base.

La salute può essere cagionevole ed il punto debole è il sistema respiratorio. Talvolta lo assalgono astenie profonde che durano anche giorni. Il rimedio tipologico è Natrum muriaticum, anche Ferrum e Kali carbonicum sono di riferimento oltre, naturalmente, Phosphorus che rappresenta il cosiddetto "costituzionale".

Tipo VENERE

Incarna l'idea dell'amore nel suo senso più ampio. Bontà d'animo e bellezza del corpo. Rotondità del corpo, viso ovale armonico che si restringe verso il mento ma progressivamente la forma ovale si inverte nella fase adulta. Occhi a mandorla, pupilla dilatata, ciglia lunghe arricciate verso l'alto. Sguardo dolce, amabile e voluttuoso. La bocca è piccola e rotonda, le labbra carnose, sensuali. Le orecchie sono generalmente piccole. Capelli morbidi, abbondanti vaporosi. I seni sono distanti con attaccatura bassa, tendono a diventare prosperosi con l'età. La pelle è chiara, morbida. Le anche sporgenti. Bacino allargato. Si muove con noncuranza. Anche gli uomini si muovono in maniera simile alla donna. Venere percepisce il suo fascino e se ne compiace. I gesti sono pieni di grazia e attraenti. Nelle discussione assume sempre toni pacati e compiacenti. Ricorda gli eventi nei dettagli ed appare molto curiosa. Ama il mondo e la compagnia. Non ama molto l'azione, le liti, le controversie. Esterna facilmente le emozioni. Se trascurata si distacca fino a trovare un uovo amore di riferimento. Ha bisogno di sentirsi desiderata anche perché ama molto lo scambio affettivo. E' attirata da tutte le cose belle, i fiori, i profumi, le opere d'arte.

Nel suo aspetto costituzionale carbonico possiede una perseveranza fuori dal comune. Non si cura di critiche e rimproveri. Nel suo aspetto costituzionale fosforico può entusiasmarsi per un ideale mettendo in evidenza i suoi talenti migliori, la memoria e la curiosità. Nel suo aspetto costituzionale fluorico tende a sfruttare le sue risorse per controllare il contesto ambientale. Tende ad ammalarsi per eccessi di tipo alimentare e sessuale. I rimedi tipologici di base: Calcarea carbonica, Graphites, Thuya.

Tipo GIOVE

Attegiamento maestoso, olimpico. Passo solenne e pesante. La statura è media, corpulenta. Il viso è pieno e carnoso con una forma quasi quadrata. La fronte è ampia. I capelli morbidi, ondulati o ricci. Occhi larghi, pieni e ridenti, esprimono fermezza e benevolenza. La bocca è ben disegnata, le mascelle possenti. Con l'età tendono a sviluppare il doppio mento. Le orecchie grandi e pesanti. Le spalle sono forti, le anche larghe con gambe piuttosto corte. La voce di Giove è possente e profonda.

Ha un'intelligenza pratica e vuole farsi apprezzare e capire. Sono persone portate al successo, gioiose. I loro discorsi sono passionali e schietti. Amano partecipare alle riunioni di rappresentanza e generalmente occupano un posto assembleare di rilievo. Sono interessati alla gestione della cosa pubblica, ottimi avvocati o uomini di chiesa.

Ottimisti, amano i grandi pranzi e la convivialità. Sono ambiziosi, tengono alla reputazione. Giove si procura successo e fortuna perché sa quello che vuole e come ottenerlo. Amano vivere in case ampie, lussuose, confortevoli. Sono portati all'ordine e alla pulizia.

Il tipo carbonico sa gestire al meglio le proprie risorse. Molto disciplinato ed

affidabile. Nella sua rappresentazione fosforica tende ad essere un buon realizzatore. Nel suo aspetto fluorico invece la velocità ideativa e il suo desiderio di apparire possono condurlo alla dissolutezza. I disturbi di cui soffre sono legati all'aumento di peso, alla cattiva circolazione, agli eccessi alimentari. Il miasma prevalente è psorico, tende a stare meglio dopo ogni processo di "eliminazione". Considera i consigli del medico come estremamente restrittivi. Il rimedio principale di Giove è Sulphur, altri indicati Lycopodium, Hepar sulphur…

Tipo MERCURIO

I soggetti Mercurio mantengono sempre il loro aspetto da ragazzini. Leggeri, veloci, con andatura morbida. Sono instabili ed agitati. Non riescono a stare fermi, devono sempre fare qualcosa e spostare oggetti. Di statura medio-bassa. Busto gracile, vita sottile. Quando camminano sfiorano il terreno come volassero. Abili nello sport, in particolare ginnastica e scherma.

Aspetto del viso "triangolare" con vertice verso il mento. Fronte alta, arcuata. Occhi vivaci, sguardo penetrante. Naso allungato e sottile. Bocca piccola con labbra sottili. Statura medio-bassa. Busto gracile, vita sottile.

L'attività cerebrale è continua. Versatili possono fare di tutto ma sono anche ipercritici. Colgono sempre il punto debole delle situazioni.

Sono molto ironici e dissacratori e in genere non hanno problemi a esternare il pensiero. Sanno cavarsela in ogni situazione ed hanno una soluzione sempre valida.

Mercurio, perfezionista è portato a sperimentare. Sa trarre da ogni situazione il massimo consentito e difficilmente può essere tratto in inganno. Ama il gioco d'azzardo e sa recitare la sua parte. Non si tira mai indietro e, se occorre, diventa sfuggente ed innafferabile. Precisione fino alla pignoleria.

In genere Mercurio è un fosforico e l'eventuale componente fluorica esalta alcuni tratti tipici temperamentali, rendendolo ossessivo, maniacale, seduttore, truffatore incallito o anche finanziere senza scrupoli.

Difficilmente sa cosa sia la riconoscenza e a volte arriva persino a creare danno agli amici e ai benefattori mostrando piena ingratitudine.

Non sa cosa sia il riposo e si espone a uno stress continuo. Può soffrire di esautimento nervoso. Il rimedio principale è Silicea, altri Arsenicum album, Iodum, Argentum nitricum…

Tipo LUNA

Esaminando il tipo Luna si è subito colpiti dalla rotondità delle sue forme. Tutte le parti del corpo assumono infatti un aspetto rotondeggiante. La statura è media. Il mento è rotondo, grasso e corto. E' un soggetto tendenzialmente idropico. Sembra sempre gonfio ma non è edematoso.

Sognante, quasi perso, sembra assorto, a volte, da pensieri cupi, distaccato dal contesto. Il passo è instabile, incerto. La voce è debole e sottile. Spesso diventa *"satellite"* di un altro individuo, in altre circostanze vive in apparente autonomia.

Ha una grande immaginazione. Si compiace delle fantasticherie. Ha intelligenza vivace e grande sensibilità. Estremamente intuitivo riesce a prevedere gli eventi. Nell'arte si esprime con la musica e la poesia.

Timido, ama la penombra, spesso in disparte. Attratto dalla luna, ne trae ispirazione e turbamento. Non ama l'applicazione prolungata.

Le donne luna possono essere affascinanti per il loro aspetto distaccato. Vibrano alla minima impressione. Sono attirate dalla magia e dallo spiritismo. Non interessata alla vita domestica. Perde facilmente il controllo. Alcune donne si lamentano continuamente dei loro uomini, perennemente insoddisfatte.

Il tipo carbonico è raramente presente. La costituzione fosforica la rende audace ed intraprendente. Con la componente fluorica le caratteristiche disforiche e depressive, legate alla perenne insoddisfazione possono renderla *"insopportabile"*.

Il terreno linfatico e nervoso la rende sensibile ai cambi stagionali, al clima ed all'ambiente. Luna corrisponde perfettamente allo stato idrogenoide descritto da Grauvogl nel *"Trattato di omeopatia"* del 1865. Indicati: Natrum sulfuricum, Pulsatilla, Thuya, Dulcamara…

Tipo TERRA

La terra è per l'uomo il riferimento assoluto, la certezza, la stabilità.

Il tipo Terra presenta già nella sua caratterizzazione più comune la predominanza "carbonica". Tra tutte le tipologie si presenta come il più radicato al suolo, sia dal punto di vista fisico che mentale.

Fra i successivi metatipi risulta essere prevalente sia in frequenza che per espressività del suo prototipo.
Terra non è alto di statura, presenta un aspetto quadrato, tarchiato. Dà un'impressione di robustezza e solidità. Il cranio si sviluppa in larghezza. La fronte non è ampia. Il naso è corto. Le sopracciglia sono folte, vicine agli occhi che si presentano assonnati e smorti. Le labbra carnose e rosee. Le mascelle sono larghe e quadrate. Il collo piuttosto
corto. Nella donna i seni sono prosperosi. Articolazioni possenti e rigide. Piedi piccoli e grossi.
Caraterrizzato dal "buon senso", pratico, lavoratore, di poche chiacchere. Sa sempre quello che c'è da fare. E' affidabile nei compiti. Non ha grande immaginazione. Ha poca attitudine all'arte. Generoso e a volte anche protettivo.
Terra è dunque carbonico, gli aspetti fosforici e fluorici possono, più che arricchirlo e dinamizzarlo, renderlo fragile e scontroso. Il rimedio di base è Nux vomica. Altri rimedi, Sepia, Lycopodium si adattano alla tipologia.

I METATIPI

I metatipi risultano dalla combinazione dei prototipi.
In genere ogni metatipo è rappresentato da 3 prototipi con espressività decrescente (vedi tabella). In alcuni casi l'espressività può prevedere la presenza di un quarto prototipo.
I metatipi che esprimono Terra al primo livello, generalmente si limitano a presentare 2 soli prototipi in quanto fanno parte di un raggruppamento molto stabile (Flora, Cerere, Pomona, Cibele). Alcuni accoppiamenti apparentemente inammissibili, come ad esempio Terra e Luna sono stabilizzati da un terzo livello riequilibratore (vedi Proserpina che presenta Terra al primo grado, Luna al secondo e Saturno al terzo).
Anche i Saturno sono ben rappresentati nel primo livello di espressività e sappiamo che anch'essi sono tipi costituzionale piuttosto stabili ed inamovibili.
Si segnala l'esistenza di due Proserpine. La prima più tipica con prevalenza di Saturno e l'altra tipo Terra più contenuta e controllata e magari più difficilmente identificabile.
E' possibile che episodicamente, in seguito ad eventi di una certa intensità emotiva e fisica, un tipo possa rimodulare, magari momentaneamente, la risposta tipologica di base.

1	Minerva	Marte	Giove	Luna		Sicura, vendicativa, aspetto virile. Femminista in azione
2	Pallade	Saturno	Marte	Mercurio		Combattiva mentale, tenace perseverante
3	Plutone	Saturno	Mercurio	Terra		Potenza indignata, silenzioso ed orgoglioso. Sempre sulle sue
4	Proserpina	Saturno	Venere	Terra	Luna	Tipo soltanto femminile. Ha fame di vita, lusso e piaceri
5	Nettuno	Saturno	Giove	Luna		Meno fragile di Saturno per la presenza di Giove ma bizzarro ed inquieto
6	Ebe	Saturno	Luna	Apollo		Narcisita compunto. Carattere debole
7	Ercole	Giove	Marte	Terra o Luna o Venere		Apparenza e muscoli. A volte poco cervello. Azione e potenza allo stato puro.
8	Giunone	Giove	Venere	Luna		Grandezza maestosa e possente. Imperiale. Giace in attesa osservando.
9	Vulcano	Marte	Venere	Mercurio	Giove	In perenne azione creativa. Non conosce sosta. Sempre pronto alla guerra che prepara con cura
10	Diana	Mercurio	Luna	Apollo		Acuta furbizia, agilità, bellezza ed imprevedibilità
11	Bacco	Venere	Mercurio	Terra		Col tempo sempre più indolente ed in attesa languida e femminile
12	Sileno	Giove	Luna	Terra		Aspetto volgare, tarchiato, prevedibile
13	Pan	Mercurio	Marte	Venere	Saturno	Soltanto maschile, imprendibile, fugace, veloce nel pensiero e nell'azione
14	Rea	Terra	Marte	Saturno		La terra armata che si difende
15	Vesta	Terra	Saturno	Apollo		La terra profonda che conserva il fuoco

16	Flora	Terra	Apollo			Nutritiva e affidabile con una bellezza che a volte tende a sfiorire per il troppo darsi
17	Cerere	Terra	Giove			La terra coltivata che nutre l'uomo premiando il suo lavoro
18	Pomona	Terra	Venere			Tutta sostanza ma conserva anche una certa forma.
19	Cibele	Terra	Mercurio			La terra selvaggia che aguzza la destrezza e la furbizia
20	Proserpina	Terra	Luna	Saturno		Una Proserpina terrestre molto meno sfacciata ma audace nell'intimità

NOZIONI ESSENZIALI SULLA FOTOGRAFIA DIGITALE

Le pellicole fotografiche sono un ricordo del passato. E' dunque necessario acquisire una serie di competenze di base per padroneggiare in modo corretto tale tecnica.
Un tempo la risoluzione di una pellicola fotografica era data dalla cosiddetta *"grana"* della pellicola cioè dalla densità e dimensione delle particelle sensibili distribuite sul supporto. Per compensare alcuni limiti tecnologici si ricorreva all'utilizzo di lastre-pellicole di grandi dimensioni. Nel tempo le pellicole progressivamente hanno ridotto la loro grandezza in funzione della migliore tecnologia che spingeva il formato verso densità sempre maggiori.

Nel digitale la *"grana"* pellicolare corrisponde in qualche modo ai pixel cioè al numero di unità informative digitali contenute nella superficie di ripresa (sensore). L'informazione viene contenuta e memorizzata in schede di memoria i cui dati vengono successivamente interpretati da specifici programmi su computer.

Un moderno iPhone della Apple (usato in questo contesto esclusivamente come semplice riferimento) produce immagini di 2448 x 3264 dpi (dots per inch o punti per pollice) in grado di occupare uno spazio di stampa su carta pari a 20,73 x 27,64 cm alla risoluzione di 300 dpi, una risoluzione dunque più che sufficiente per ottenere una definizione adeguata su un formato A4 (29,7 cm x 21 cm).

Anche la sensibilità alla luce di uno smartphone è senza dubbio eccellente in quanto consente la realizzazione di immagini fotografiche in condizioni di illuminazione non ottimali.

Il formato generato da un iPhone presenta un rapporto proporzionale di 4:3 ciò vuol dire che ad esempio, scalando l'immagine generata, cioè eliminando i pixel in eccesso, potremmo ridurre l'immagine alle dimensioni di 15 x 20 cm più che sufficienti al nostro scopo.

Le immagini a colori contengono informazioni riguardanti i tre canali principali del colore R (Red), G (Green), B (Blue), ma potremmo convertire le immagini in toni di grigio eliminando in tal modo le informazioni relative al colore. Gestire correttamente il colore in ambito fotografico è un'operazione da esperti. Occorre un flusso di lavoro che preveda passaggi di calibrazione complessi. Meglio conservare immagini in toni di grigio (impropriamente anche definite in Bianco e Nero) per avere anche una maggiore corrispondenza sensoriale con fotografie del passato.

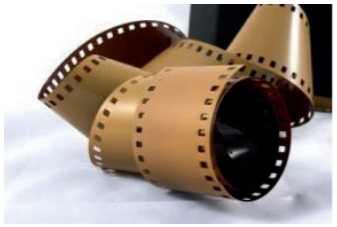
Un immagine in toni di grigio di dimensioni 15 x 20 cm occupa uno spazio di memoria irrisorio e sarà gestita in maniera semplice.

Generalmente il formato di salvataggio del file generato dallo smartphone è il JPEG un formato di compressione che fa sì che il documento non occupi uno spazio eccessivo sulle periferiche di archiviazione.

Se intendiamo processare le immagini dovremo tener presente che una serie di salvataggi successivi in conseguenza di eventuali elaborazioni o ritocchi del fotogramma tenderà a degradare sempre più l'immagine originale. In caso dunque di eventuali elaborazioni sarà più opportuno trasformare l'immagine originale JPEG in un altro formato, senza compressione del dato come ad esempio il TIF.

METODOLOGIA E TECNICA DI RIPRESA FOTOGRAFICA

Oggi, grazie anche ai social network, si è molto più disponibili a condividere la propria immagine. Questa attuale tendenza può tornare utile al medico omeopata che decida di arricchire la cartella clinica del paziente con immagini di contenuto documentativo.



Tale maggiore disponibilità non esime comunque il medico dall'adottare un approccio discreto e informato. Si sconsiglia di procedere con tale acquisizione alla prima visita o nel caso di pazienti poco conosciuti o piuttosto "retratti" e diffidenti. Sarà inoltre necessario chiarire bene la finalità scientifica dell'immagine e contestualizzare il tutto nella materia fisiognomica, e in particolare omeopatica, spiegando bene che lo studio può aiutare, insieme agli altri dati acquisiti, ad individuare il rimedio più indicato e a fornire anche la possibilità di un eventuale scambio informativo con altri omeopati. Essenziale comunicare che l'Omeopatia presta grande attenzione agli aspetti fisiognomici e somatici.

Ecco di seguito alcuni consigli elementari ma efficaci:

- Il soggetto si porrà di fronte all'obbiettivo come per eseguire una fototessera dunque in posizione non traversa o inclinata. La linea mediana dovrà cadere al centro del piano di ripresa
- Nel primo piano è fondamentale cogliere l'espressione più naturale possibile. Non chiedere al soggetto di sorridere. E' bene suggerire una frase del tipo… *"Così come sei"*. I muscoli mimici possibilmente distesi in maniera naturale.
- Il medico-fotografo avrà cura di centrare il soggetto ponendosi ad una distanza dallo stesso in modo che l'intera immagine ricopra circa i tre quarti dello spazio utile. Si lascerà in alto al vertice del capo e sui lati uno spazio vuoto più o meno dello stesso spessore in modo da creare una cornice regolare e neutra. In basso l'immagine terminerà all'incirca sulla parte alta del torace. Possibilmente il collo non dovrebbe essere eccessivamente costretto negli indumenti.
- L'apparecchiatura fotografica (preferibile come già detto un semplice smartphone) dovrà essere allineata con gli occhi del soggetto. L'orientamento dell'apparecchio fotografico sarà del tipo portrait (verticale) e non landscape (orizzontale) questo per armonizzare l'immagine allo sviluppo prevalentemente verticale del volto
- umano.
- Il fondo dovrà essere quanto più uniforme possibile in modo da lasciare spazio all'immagine principale. Una parete (o parte di essa) del proprio studio medico potrà prevedere una tinta pastello neutra e delicata da
- essere utilizzata come sfondo.
- •La luce utilizzata sarà morbida e diffusa. Con una temperatura di colore centrata sul bianco che tende delicatamente all'ambra. Non usare mai il flash tanto più orientandolo direttamente sul soggetto. I moderni smartphone hanno una sensibilità eccellente per fotografare con luce ambientale (meglio se proveniente da una lampada a led ben orientata)
- Sconsigliato l'uso di trucco per le donne. Rammentare che l'osservatore del ritratto sarà un medico e l'immagine è finalizzata all'uso esclusivo della cura.
- Per chi utilizza gli occhiali è bene fotografare il volto senza di essi per non omettere particolari essenziali della zona orbitale.

Si segnala che non sempre, in questo studio, è stato facile recuperare immagini valide del soggetto. La tecnica del fotoritratto con posa è caduta quasi totalmente in disuso negli ultimi 40 anni. Paradossalmente a volte è stato più facile ricavare immagini idonee da soggetti oggi 65enni rispetto a quelli più giovani. Altro problema si è evidenziato sulla elaborazione di vecchie foto a colori che presentavano viraggi con dominanti di colore inammissibili e perdita di informazione (polvere, graffi, grana fotografica evidente, sbiadimento ecc).

Notevole è stato lo sforzo tecnico volto al recupero di queste immagini remote che fornivano comunque informazioni preziose del soggetto di studio.

I colleghi medici, curatori di questo lavoro si sono offerti allo studio delle loro immagini fornendo altresì la personale storia clinica in forma sintetica ricalcando la tradizione che vede la partecipazione attiva da parte del medico in qualità di sperimentatore.

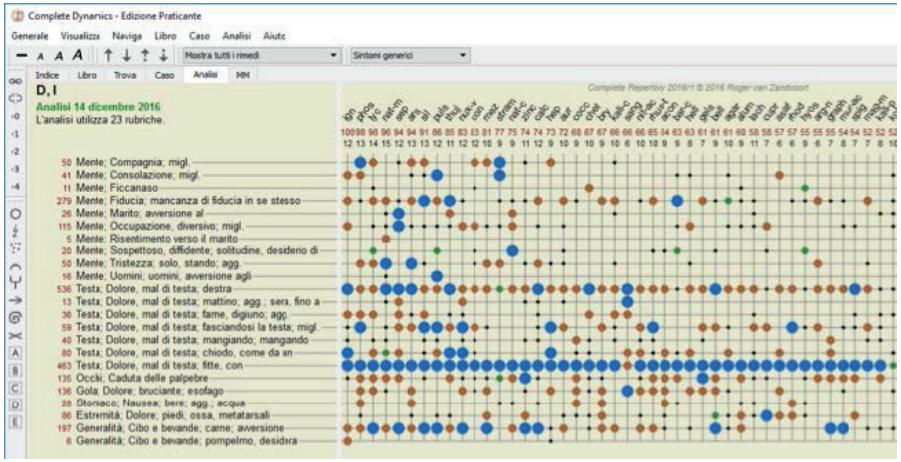
Alle immagini elaborate è stata inoltre applicata la tecnica del *morphing* con la produzione di un video che sintetizza dinamicamente la storia evolutiva del biotipo di ogni soggetto di indagine. Questa tecnica efficace e raffinata restituisce movimento e impatto emotivo alle immagini fotografiche che, per loro stessa natura, risultano statiche.
I video saranno disponibili in corso di presentazione congressuale.

CASI CLINICI

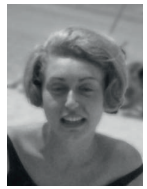
Solo a titolo d'esempio al fine di illustrare compiutamente la procedura utilizzata si riportano alcuni casi clinici testati secondo i criteri adottati.

Paziente D.I. di anni 65, sesso femminile

Anamnesi Familiare	Non rilevata
Anamnesi patologica remota	Nata da parto eutocico Tonsilliti ricorrenti durante l'infanzia Cefalea durante le mestruazioni, cesssata dopo la menopausa esofagite da reflusso Due parti fibromialgia artralgie ai piedi
Anamnesi patologica prossima	Cefalea Emicrania ipertensione ipercolesterolemia pstosi palpebrale esofagite da reflusso Varie intolleranze agli alimenti
Anamnesi omeopatica	Cefalea cronica costante a fitte Emicrania tempia destra, migliora con la pressione forte aggrava a digiuno e dopo mangiato-migliora all'area aperta esofagite come un fuoco Nausea per l'acqua - deve bere a piccoli sorsi desiderio di latte di mandorla e pompelmo avversione alla carne Mancanza di autostima senso di colpa Avversione al marito, agli uomini, ai figli Desiderio di solitudine che aggrava-migliora con l'occupazione, con la compagnia con la consolazione



5 anni - Viso tondeggiante, capelli chiari sul biondo, mossi, fluenti. Fronte spaziosa, alta, leggermente in evidenza sul piano anteriore. Occhi chiari, con rima laterale leggermente allungata e leggere borse alle palpebre inferiori. Naso ben proporzionato armonico nelle forme con punta moderatamente allargata. Gote ben evidenti. Labbra lineari sottili estese lateralmente, ben disegnate.



22 anni - La fronte tende a prendere spazio in direzione anteriore. Compare già una'evidente ptosi palpebrale compensata da un inarcamento sopracciliare. Il naso sembra essere aumentato nelle sue proporzioni e leggermente deviato sulla dx. Sembra comparire un leggero aspetto a sella. Le labbra hanno aumentato delicatamente il loro aspetto carnoso.

65 anni - La ptosi palpebrale conquista totalmente la scena. Le arcate sopracciliari sembrano spingere in avanti. Al di sotto delle stesse si intravede un solco profondo che ricalca le orbite superiormente. Le sopracciglia si inarcano in modo spropositato. Il viso si allunga e sembra tendere in avanti ed in basso.

Studio della simmetria - La tipologia dell'emilatro destro si esprime in una forma più allungata del volto con il mento più sfuggente e la radice del naso più allargata e protuberante. Il tipo assume un evidente aspetto respiratorio per sviluppo principale del terzo medio anche se le gote appaiono affilate e poco rappresentate.
Nell'emilato sinistro invece la regione orale è più armonicamente rappresentata rispetto agli altri due terzi ed il naso si presenta ben disegnato ed affilato elegantemente.

Emilato Dx

Emilato Sin

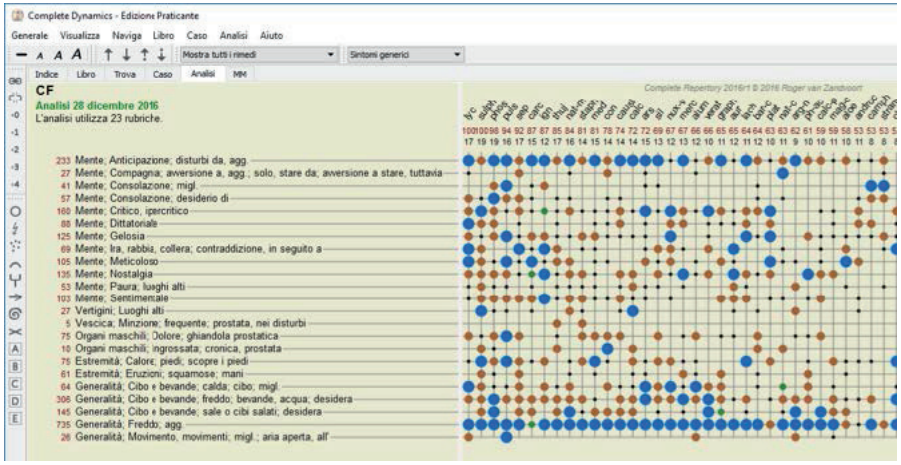
Anche la ptosi palpebrale sembra leggermente meglio compensata e il volto appare più armonico.
L'emilato destro esprime aspetti saturnini a differenza dell'emilato sinistro che sembra protendere verso aspetti di Apollo e Venere.

Morphing delle immagini

Si evidenzia in maniera significativa la trasformazione morfologica probabilmente correlata alla ptosi palpebrale.
Il volto si allunga verso il basso e in direzione anteriore. La fronte prende spazio. Le orbite sembrano allargarsi progressivamente mentre le sopracciglia si inarcano significativamente.

Paziente C.F. di anni 46 - Sesso maschile

Anamnesi familiare	Madre: vivente: isterectomia per fibromi uterini - k colon- lesione precancerosa mammaria - osteoartosi - m. Di paget Padre: sindrome dismetabolica - aterosclerosi - ima
Anamnesi patologica remota	4 Anni: intervento di tonsillectomia e adenoidectomia 6 Anni varicella e morbillo contemporaneamente 8 Anni intervento di fimosi Nell'infanzia otiti e raffreddori ricorrenti 15 anni dermatite di gilbert 20 Anni stomatite erpetica 35 Anni intervento chirurgico per prolasso rettale 35 Anni dermatite atopica interdigitale alle mani, ricorrente 35 Anni prostatite cronica 42 Anni infezione respiratoria da cytomegalovirus
Anamnesi Patologica prossima	Prostatite cronica, trattata con xatral
Anamnesi omeopatica	Intolleranza alla contraddizione Dittatoriale Ansia da anticipazione Paura dei luoghi alti - vertigini gelosia Nostalgia del passato Sta meglio solo ma con qualcuno in casa sentimentale Migl con la consolazione meticoloso Preferisce cibi salati e amari freddoloso Di notte piedi caldi che scopre preferisce i cibi caldi e l'acqua fredda senso di peso al perineo Migl con il movimento



3 anni - Viso tondeggiante, capelli scuri lisci. Fronte spaziosa, pianeggiante. Occhi scuri di forma ovale, con rima laterale leggermente allungata. Sopraciglia nette, ben definite piuttosto rettilinee. Naso ben proporzionato armonico nelle forme con punta arrotondata. Gote morbide in linea con il profilo generale del volto. Labbra lineari, morbide, leggermente arrotondate. Le orecchie sono ben evidenti ed in linea con il profilo.

13 anni - Il disegno generale del volto si fa più deciso con i tratti più marcati. In particolare il profilo del naso appare mettersi in evidenza ed assumere una leggera gibbosità.
L'espressione del viso appare più retratta rispetto alla prima immagine.
Le labbra serrate e un sorriso di leggera circostanza.

22 anni - In questa immagine si conserva l'espressione sostanziale rilevata già a 13 anni.
Le sopracciglia molto folte e ben definite, il naso apparentemente più armonizzato rispetto alla foto dell'adolescenza.
Permane la chiusura difensiva delle labbra anche se il soggetto si apre ad un sorriso apparentemente più disteso.

46 anni - La barba lunga curata e definita conferisce al volto un espressione di sicurezza.
I tratti del volto tendono ad essere più definiti e marcati. Il diradamento dei capelli mette in evidenza una fronte arrotondata e spaziosa. Il terzo superiore e medio sono leggermente più evidenti rispetto al terzo inferiore. Il viso sembra sfilarsi in direzione del mento. Questa caratteristica cominciava ad evidenziarsi già nelle immagini del periodo giovanile.

Emilato Dx

Emilato Sin

Studio della simmetria - La tipologia dell'emilatro destro si esprime in una forma più allungata del volto rispetto alla sensazione ricavata dall'immagine d'insieme. La radice del naso si presenta stretta ed allungata. Le labbra presentano, anche in apertura da sorriso, un profilo ristretto e contenuto.

Il viso sembra appartenere ad un soggetto longilineo e slanciato. Caratteristica costituzionale prevalente di tipo sulfo-fosforico. Tipo Mercurio secondo Leon Vannier.

Nell'emilato sinistro invece la regione orale sembra allargarsi maggiormente. Il sorriso è più ampio e disteso. La radice del naso appare decisamente slargata con punta del naso arrotondata in modo piuttosto evidente. L'emilato sinistro esprime aspetti carbo-sulfurici e sembra aver conservato meglio alcuni degli aspetti della fanciullezza. Costituzione mista fra Terra e Giove secondo Vannier

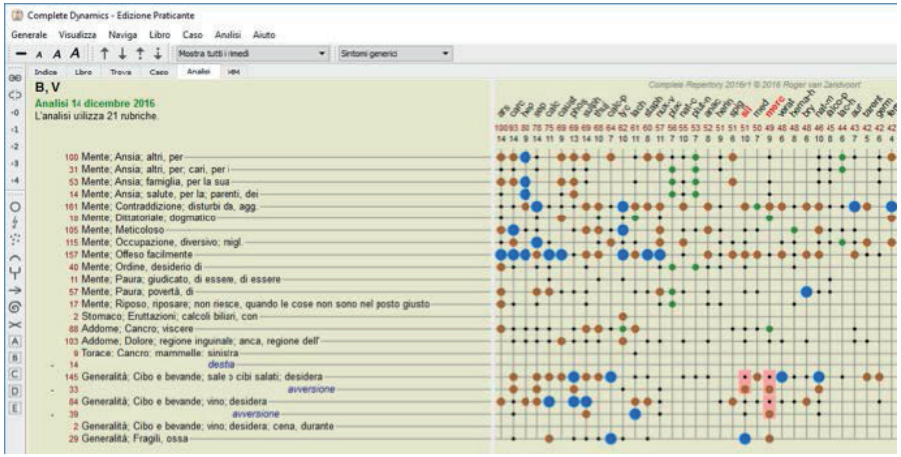
Morphing delle immagini

L' emilato di sinistra sembra meglio rappresentare il biotipo di partenza.

Nelle varie fasi della vita l'aspetto tipico di Mercurio, più espresso a dx, sembra di tanto in tanto fare capolino.

Paziente B.V.. di anni 65 - Sesso femminile

Anamnesi familiare	Madre: deceduta per marasma senile Padre: ipertensione, ipb, deceduto per accidente vascolare acuto
Anamnesi patologica remota	Nata a termine da parto eutocico a 7 anni difterite Tonsillectomia A 28 anni intervento per fibromi uterini 2 parti cesari A 32 anni intervento di isterectomia totale per fibromi uterini emicrania Stitichezza A 55 anni lesione menisco per truama da caduta (scippo) cervicobrachialgia con vertigini
Anamnesi patologica prossima	A 65 anni intervento per k colon destro A 65 anni intervento di quadrantectomia mammaria per lesione precancerosa Malattia di paget calcolosi biliare Cervicobrachialgia da cervicodiscoartrosi Terapia attuale - acido ursodesossicolico- fans al bisogno
Anamnesi omeopatica	Dolore anca dx - migliora con l'occupazione- intollerante alla contraddizione- meticolosa Ordinata Si preoccupa eccessivamente per gli altri paura della poverta' Permalosita' irritabilita' Desiderio di cibi salati



11 anni - Volto allungato di forma ovale con linee morbide. Capelli castani.

Sopraciglia ben disegnate e folte.

Occhi a mandorla dal profilo sottile e delicato. Leggera prevalenza del terzo medio.

Naso greco con profilo ben evidente e pronunciato.

Labbra morbide con disegno sottile.

Metatipo Plutone secondo Vannier con presenza di aspetti Saturnini e Mercuriali

32 anni - La fisionomia permane sostanzialmente ben identificabile.

Il naso sembra assumere una forma più sottile scostandosi dal primitivo disegno greco.

Il soggetto sembra aprirsi. Meno retratto rispetto alla foto dell'infanzia.

Il terzo inferiore sembra espandersi e recuperare la dimensione rendendo l'insieme più rotondeggiante.

Compaiono caratteristiche tipiche di Plutone inerenti all'aspetto "Terra" secondo Vannier

65 anni - Nell'immagine sembra emergere un aspetto Marziale.

Il naso perde completamente il profilo greco in quanto si evidenzia una sella marcata ed una conquista dello spazio in direzione postero- anteriore.

Il terzo medio tende ancora di più ad allargarsi. La fronte invece arretra in modo relativo rispetto ai due terzi inferiori.

Il soggetto sembra assume i caratteri "combattivi" tipici di Marte.

Metatipo posizionabile fra Pallade e Minerva secondo Vannier

Emilato Dx

Studio della simmetria - La tipologia dell'emilatro destro si esprime in una forma più rotondeggiante del volto con mento allargato e pronunciato.
Il tipo assume un evidente aspetto masticatorio rispetto alle immagini giovanili.
Nell'emilato sinistro invece la forma del volto appare decisamente allungata e nell'insieme il tipo sembra corrispondere alla tipologia Saturnina e Mercuriale.

Emilato Sin

Morphing delle immagini

Il biotipo presenta molteplicità evolutiva piuttosto evidente.
Rispetto all'età giovanile caratterizzata da un biotipo di tipo Saturnino e Mercuriale nel tempo emergono caratteristiche biotipologiche legate al prototipo Marziale e Terreno.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Sciascia, nel suo saggio *"Il ritratto fotografico come entelechia"*, afferma come sia possibile cogliere in una immagine la storia personale, il senso della vita, le opere della persona ritratta, insomma la sua *"entelechia"*, intesa nel senso aristotelico del termine.
Da quanto sovraesposto si evince che la fotografia ha assunto, fin dal suo primo divenire, un ruolo documentativo anche di carattere scientifico. Tale potenzialità non poteva non affascinare l'arte medica che, sia pure in tono minore rispetto alle altre discipline, si è interessata a tale possibilità. L'azione del medico è stata sempre *trattenuta* da una comprensibile remora a ritrarre il proprio paziente. Le ragioni di tale ritrosia appaiono evidenti. Risulta infatti molto più facile documentare aspetti particolari del soma di un individuo non riconducibili direttamente all'identità dello stesso. La ripresa del volto o dell'individuo nel suo insieme toglierebbe il velo di riservatezza nel caso in cui l'immagine dovesse impropriamente finire nelle mani sbagliate.
Rimane al medico dunque la responsabilità di gestire correttamente tali informazione fotografica, evitando accuratamente che possa essere utilizzata, anche in lavori scientifici, senza un preliminare e dovuto consenso informato.
Affascina pensare che studiosi eccellenti si siano prodigati, in epoca remota, a implementare tale tecnica nel loro lavoro. Alcuni medici hanno utilizzato la fotografia persino in ambito terapeutico andando oltre il semplice utilizzo documentativo. Appare ad esempio stupefacente l'intuizione dello psichiatra

Hugh W. Diamon che circa 160 anni fa trattò i suoi pazienti con l'utilizzo delle loro stesse immagini (fototerapia).
Il medico omeopata ha da sempre coltivato la sua capacità osservativa sviluppando un occhio, per così dire, *"fotografico"* ma non ha mai arricchito la propria indagine con un sostanziale corpus documentale basato sull'immagine fotografica.
Il lavoro di Leon Vannier, sicuramente valido dal punto di vista concettuale, presenta tale limite. Egli stesso dovette chiedere aiuto ad un celebre illustratore che curò la descrizione dei prototipi seguendo le indicazioni dell'autore.
Le tavole allegate all'opera di Vannier descrivono mirabilmente i tipi ma, naturalmente, non possono tracciare la realtà.
In qualche modo l'autore ha traslato la sua esperienza clinica trasferendola al disegnatore.
Appare francamente un limite che la tecnica fotografica non si sia mai estesa in maniera significativa all'arte omeopatica.
Spetta a noi, dunque, omeopati moderni, raccogliere e rilanciare questa straordinaria intuizione utilizzando tale risorsa con appropriatezza.
Si tratta solo di un inizio. Strada facendo perfezioneremo il metodo con la speranza che si possa monitorare la progressione temporale del trattamento catturando l'aspetto fisiognomico immortalato oggi da un sofisticato e potente sensore digitale.

Bibliografia

Baita Bollone Pierluigi - *Il romanzo della criminologia* - Priuli & Verlucca - Scarmagno (TO) - (Maggio 2008)
Bornoroni Corrado - *Biotipologia, la scienza dell'individualità umana* - Ambrosiana, Milano (2009)
Caprioglio Vittorio (testi a cura di) - *Il linguaggio del volto* - Edizioni RIZA - Milano (Febbraio 2014)
Corman Louis - *Visage et Caractères* - Presses Universitaires de France, Parigi – (1991) Darwin Charles - *L'espressione dei sentimenti nell'uomo e negli animali* - UTET - (1878)
Diamond Hugh W. - *Sull'applicazione della fotografia ai fenomeni fisiognomici e mentali della follia* - PSICOART - Rivista on line di arte e psicologia - http://www.psicoart.unibo.it/292/ - (1856)
Di Russo Aldo (per conto del Dipartimento di Scienze Umane e Sociali del CNR) - *Charles Darwin un uomo che ha cambiato idea* - eBook Collana Comunicare le scienze e l'arte - CNR (17.3.2013) - Distribuzione Apple Store
Getty Images Collezione - *Visage du rôle* - Federico Motta Editore - Milano (1999)
Guglielmi Anna - *Il linguaggio segreto del volto* - Ebook 9788858507230 - PIEMME - s.l. - (2012) Malangone Donato - *Fisiognomica, entelechia e fotografia* - http://www.esonemea.it/agora/entelechia.html - (27.03.2017)
Marmo Lorenzo - *August Sander: Fotografia, fisiognomica e società nella Germania degli anni Venti* - http://www.mediastudies.it/IMG/pdf/August_Sander.pdf - s.d.
Vannier Leon - *Tipologia omeopatica e sue applicazioni, prototipi e metatipi* - Edizioni RED! - Milano (2004)

Marcello Montorsi

Omeopatia e oncologia: 4 anni di collaborazione con una struttura ospedaliera

OBIETTIVO

Valutare se l'impiego dell'Omeopatia Classica nella terapia di supporto al malato oncologico che segue terapie convenzionali può modificare la salute, la qualità della vita e la percezione di benessere del paziente.

PARAMETRI

Dal 2011 al 2015 ho collaborato con il Day Hospital Oncologico dell'Ospedale di Sassuolo (Mo), per offrire con l'Omeopatia un supporto ai pazienti che seguivano le terapie oncologiche convenzionali (chirurgia, chemioterapia, radioterapia).
Questa collaborazione è stato resa possibile grazie all'intervento all'associazione di volontariato "Per Vincere Domani", operante presso il Day Hospital medesimo da diversi anni, e che ha finanziato questo percorso terapeutico, gratuito per qualsiasi paziente ne facesse richiesta.
Ho visitato, nel quadriennio 2011-2015, 61 pazienti, 49 donne e 12 uomini.
L'età media dei pazienti era di 49,1 anni. Tutti i pazienti erano in nettissima maggioranza residenti nella zona Sud della provincia di Modena, e l'Ospedale di Sassuolo era il loro riferimento territoriale. Circa il 35% dei pazienti aveva già ricevuto trattamenti di medicina complementare prima del nostro incontro. In particolare: omeopatia, fitoterapia, agopuntura, terapia nutrizionale. L'associazione di volontariato offre ai pazienti anche un ciclo di sedute di reflessologia plantare e la consulenza di un nutrizionista. Oltre il 50% dei pazienti si sono avvalsi anche di queste possibilità.

I pazienti erano prevalentemente reclutati su invio di qualche membro dell'associazione, raramente dall'oncologo (5 pazienti), e in particolare da un solo oncologo dell'equipe con il quale ho avuto un buon rapporto in questi anni. Meno spesso l'inviante è stato lo psicologo della struttura (3 pazienti).
Sicuramente rilevante riguardo l'affluenza di pazienti oncologici è il fatto che la mia attività si è sempre svolta esternamente alla struttura ospedaliera.
I pazienti giungevano alla mia osservazione prevalentemente per una o più di queste ragioni:
-Sindrome da fatica cronica (Fatigue);
-Effetti avversi da chemioterapia, radioterapia, chirurgia e terapia ormono-soppressiva;
- Richiesta di "sostegno", definito dai diversi pazienti in base alla propria sensazione di bisogno di aiuto (immunitario, disintossicante, affettivo etc.).
In molti casi lo stesso paziente presentava situazioni complesse e diverse problematiche si sovrapponevano nel percorso terapeutico.

Le patologie neoplastiche dei 61 pazienti erano:

Neoplasie del seno	pazienti	28	(46%)
Neoplasie dell'ovaio		7	(11%)
Neoplasie gastrointestinali		10	(16%)
Neoplasie polmonari		8	(13%)
Neoplasie ematologiche		4	(7%)
Neoplasie ossee		3	(5%)
Neoplasie cerebrali		1	(2%)

Lo stadio di evoluzione della patologia era estremamente vario. Ho seguito sia pazienti in fase di malattia alla prima diagnosi e quindi prima di qualsiasi terapia, in fase di malattia diffusa e conclamata, in occasione di una recidiva, in remissione.
Ogni paziente ha avuto una prima visita seguita da uno o più controlli, a cadenza media mensile.

Dei 61 pazienti:
12 hanno avuto più di 4 visite
23 hanno avuto più di 3 visite
14 hanno avuto più di 2 visite
12 hanno avuto una sola visita

Nel mio approccio ho seguito la prescrizione del rimedio più secondo i criteri dell'Omeopatia Classica Hahnemanniana.
Le diluizioni impiegate sono state: in prevalenza diluizioni cinquantamillesimali , meno spesso centesimali .
La ripetizione del rimedio variava da una a diverse somministrazioni giornaliere.
Oltre all'Omeopatia ho impiegato nutraceutici (principalmente funghi medicinali, probiotici, antiossidanti).

RIMEDI di frequente prescrizione
1. Phosphorus
2. Arsenicum album
3. Sepia succus
4. Lachesis muta
5. Conium maculatum
6. Nux vomica
7. Pulsatilla pratensis
8. Staphisagria
9. Ignatia amara
10. Carbo animalis
11. Kalium carbonicum
12. Calcarea carbonica
RIMEDI di infrequente prescrizione
1. Carbo animalis
2. Hydrastis canadensis
3. Phytolacca decandra
4. Muriaticum acidum
5. Carbolicum acidum
6. Condurango
7. Cadmium sulphuricum
8. Radium bromatum
9. Bellis perennis
10. Chelidonium majus
11. Ferrum phosphoricum

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Dopo 4 anni i risultati sono stati valutati su alcuni parametri fondamentali:
-grado di miglioramento percepito dal paziente, valutato con particolare riferimento rispetto alle problematiche iniziali e alla vitalità generale;
-capacità di completare l'iter previsto di cure convenzionali.

La valutazione è stata in sostanza una valutazione di efficacia da parte del paziente, filtrata dalla mia valutazione in merito ad effetti imputabili al trattamento omeopatico o relativi alle altre terapie in corso.

Sono stati trattati 61 pazienti che ho suddiviso, in base al risultato, in 4 gruppi:

1. Con esito completamente soddisfacente	05	(7%)
2. Con esito parzialmente soddisfacente	24	(40%)
3. Con esito parziale ma insoddisfacente	11	(19%)
4. Con esito completamente insoddisfacente	09	(14%)
5. Non valutabile (follow up assente o troppo breve)	12	(20%)

(grafico 1)

BLU: ESITO POSITIVO: 47%
ROSSO: ESITO PARZIALMENTE POSITIVO 19%
GIALLO: ESITO NEGATIVO 14%
VERDE: ESITO NON VALUTABILE 20%

Grafico 1

VALUTAZIONE DEI RISULTATI SU PROBLEMI CLINICI SPECIFICI					
PROBLEMA	PAZIENTI	++	+	+/-	0
UMORE	48	0	26	14	8
FATIGUE	40	4	17	15	4
ORMONOTP	10	6	2	2	0
CHEMIOTP	38	2	15	7	5
RADIOTP	27	0	15	7	5
CHIRURGIA	9	4	2	0	3

Legenda

++ Risultato completo

\+ Risultato parziale

+/- Risultato parziale ma insoddisfacente

0 Nessun risultato

SUDDIVISIONE DEI RISULTATI PER PROBLEMATICHE PRESENTATE DAI PAZIENTI

ALTERAZIONE DEL TONO DELL'UMORE
Pazienti:48
Esito completamente soddisfacente 0
Esito parzialmente soddisfacente 26
Esito parziale ma non soddisfacente 14
Esito nullo 8
FATIGUE
Pazienti : 40
Esito completamente soddisfacente 4
Esito parzialmente soddisfacente 17
Esito parziale ma non soddisfacente 15
Esito nullo 4
SINDROME CLIMATERICA FARMACO-INDOTTA
Pazienti : 10
Esito completamente soddisfacente 6
Esito parzialmente soddisfacente 2
Esito parziale ma non soddisfacente 2
Esito nullo 0

EFFETTI AVVERSI DA CHEMIOTERAPIA
Pazienti: 38
Esito completamente soddisfacente 2
Esito parzialmente soddisfacente 15
Esito parziale ma non soddisfacente 9
Esito nullo 12
EFFETTI AVVERSI DA RADIOTERAPIA
Pazienti: 27
Esito completamente soddisfacente 0
Esito parzialmente soddisfacente 15
Esito parziale ma non soddisfacente 7
Esito nullo 5

EFFETTI AVVERSI DA CHIRURGIA
Pazienti: 9
Esito completamente soddisfacente 4
Esito parzialmente soddisfacente 2
Esito parziale ma non soddisfacente 0
Esito nullo 3

DISCUSSIONE

Il risultato ottenuto rappresenta esclusivamente il resoconto di un'esperienza terapeutica ed umana, ovviamente impossibile da tradurre, nella sua complessità, in termini numerici o statistici. E' evidente il limite dato dalla mancanza di omogeneità di diagnosi e stadio di malattia nel campione di pazienti, e dall'assenza di un gruppo di controllo. Volutamente i dati non sono stati elaborati statisticamente, in considerazione del fatto che queste carenze nel modello sperimentale avrebbero potuto generare dati di dubbia rilevanza statistica.

Tuttavia queste osservazioni possono essere un punto di partenza per ulteriori approfondimenti teorici e pratici, tenendo anche conto del crescente interesse rispetto all'esperienza dell'integrazione delle terapie oncologiche convenzionali con diverse medicine complementari.

Complessivamente penso sia importante evidenziare come l'interesse per l'applicazione dell'Omeopatia in Oncologia sia nettamente superiore nel paziente oncologico rispetto al medico oncologo. Indubbiamente la maggiore focalizzazione sulla malattia rispetto al malato, nell'intento di eliminare in primis il tessuto patologico, riduce nel medico oncologo la possibilità di cogliere la ri-

levanza di aspetti non solo emotivo/affettivi nell'esperienza dell'uomo malato, ma anche di rilevare quadri di sofferenza difficilmente quantificabili, come la Fatigue, che costituiscono invece fattori di importante incidenza clinica.

PRESCRIVERE PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO

Oggettive difficoltà alla prescrizione sono risultate dalle terapie allopatiche concomitanti e dalla sindrome clinica determinata direttamente dalla neoplasia.
Credo infatti che, per estensione, diffusione o particolare impatto anatomo-funzionale della malattia neoplastica, spesso risulti complicato individuare un rimedio con un grado di similitidine abbastanza profondo da incidere in modo significativo sulla storia clinica.
Questa prescrizione deve essere preceduta da una terapia che consenta di contenere alcuni effetti sintomatici legati direttamente alla malattia fisica come "fattore perturbante". Solo quando si deposita sul fondo la complessa "torbidità" del disordine determinato da questi sintomi dovuti alla massa neoplastica in senso stretto, risulta possibile vedere chiaramente il paziente nella sua globalità. La raccolta e gerarchizzazione dei sintomi è stata eseguita con un repertorio omeopatico informatico. Ho usato diverse materie mediche per la diagnosi omeopatica dei casi

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Credo che una generale valutazione rispetto all'utilità dell'Omeopatia Classica in questi pazienti non possa non concludersi che con un giudizio positivo. Più complesso è il discorso in merito alle diverse componenti di questa valutazione, sicuramente diverse per ogni singolo caso, e strettamente connesse anche ad aspetti di interazione con altre terapie ed altre figure terapeutiche.
In particolare credo si sia evidenziata una buona efficacia nel trattare i sintomi di terapie ormono-soppressive, della fatigue, della condizione emotivo-affettiva . Sugli effetti collaterali cella chemioterapia e della radioterapia i risultati sono stati mediamente soddisfacenti per le problematiche gastrointestinali, neurologiche e dermatologiche. Minore è il risultato per la deplezione midollare.

L'alta percentuale di pazienti non valutabili è dovuta in buona parte ad invii molto tardivi di pazienti terminali, dove una sola valutazione domiciliare è stata possibile. In un solo caso di questi (cancro dello stomaco) è stato possibile rilevare un oggettivo miglioramento di alcuni sintomi fisici nei giorni

precedenti la morte del paziente.
In due casi è stato possibile evidenziare la risoluzione di complicanze potenzialmente fatali. Si trattava di:
A) un paziente, affetto da carcinoma squamocellulare del polmone. presentava importanti emottisi, ripetute anche diverse volte nella stessa giornata. La situazione era ovviamente molto grave. La neoplasia era presente con multiple lesioni polmonari e metastasi cerebrali. Ho prescritto Ferrum Phosphoricum 1 LM, 5 gocce diluite in acqua, da assumere a sorsi e da ripetere 4 volte nella giornata. In una settimana la frequenza degli episodi si è drasticamente ridotta, e la dispnea è migliorata. Il paziente è morto qualche mese dopo per una complicanza infettiva.
B) Una paziente era affetta da un colangiocarcinoma che già alla diagnosi presentava multiple metastasi intestinali. Un episodio di addome acuto ha costretto al ricovero e ha portato alla diagnosi di perforazione intestinale con peritonite. Per le condizioni generali la paziente non è stata sottoposta a terapia chirurgica, ma a massiccia antibioticoterapia oltre a terapia con analgesici maggiori. Donna di forte fede cattolica, davanti agli oncologi increduli (e una giovane specializzanda in lacrime) aveva chiesto di ricevere l'Estrema Unzione e si era profusa nei ringraziamenti di rito prima della dipartita.
Tuttavia, siccome la morte non sopraggiungeva e la condizione flogistica sembrava migliorare, durante una telefonata dall'ospedale mi chiese un aiuto per la persistente condizione subocclusiva che si accompagnava a spasmi dolorosi, Anche se non troppo convinto dell'utilità di un mio intervento in quella situazione così grave, e soprattutto a distanza, comunque repertorizzai i sintomi e le prescrissi Muriaticum acidum Q1 che lei assunse ripetutamente nella notte. Verso mattina le prime evacuazioni e la scomparsa del quadro subocclusivo. Fu dimessa dopo qualche giorno ed oggi, 13 Gennaio 2017, è ancora tra noi.

Pierluigi Clauser

Il valore dei sintomi patognomonici nell'Omeopatia Hahnemanniana

ABSTRACT

Nell' Omeopatia moderna si è diffuso l' insegnamento che i sintomi patognomonici non solo non hanno alcun valore nella scelta del rimedio curativo ma possono portare addirittura ad errore. Che tutto ciò non corrisponde al vero viene dimostrato attraverso l' esame della letteratura omeopatica sia di Hahnemann che dei suoi allievi più diretti. Nell' analisi del caso è necessario stabilire il peso relativo dei sintomi patognomonici in base al par.153 dell Organon, così come del resto si fa anche per gli altri sintomi.

Parole chiave: patognomonico, caratteristico, nosologia, materia medica, peculiare.

INTRODUZIONE

Per sintomi "Patognomonici" si intendono quei sintomi che compaiono in tutti i casi di una determinata malattia classificata nosologicamente, sono pertanto tipici di questa malattia, cosicché assumono una rilevanza assoluta come criterio diagnostico di tale malattia; dunque da soli o in combinazione con altri sintomi sono fondamentali per il riconoscimento e la diagnosi di questa malattia;

ad esempio il diabetico presenterà sete e urinazione frequente come sintomi patognomonici , un ipertiroideo si presenterà con tremori, sudorazione intensa, batticuore ecc.

"I sintomi Patognomonici della malattia non hanno alcun valore nella scelta del rimedio curativo". *

Questo insegnamento si è affermato fin dall'inizio del secolo scorso come elemento fondamentale della dottrina omeopatica.

Autorità importanti dell'omeopatia sostengono questo concetto nelle loro opere che sono note come testi standard della dottrina omeopatica.

Tra questi autori possiamo citare J.T.Kent. nelle sue " Lezioni di omeopatia" al capitolo 32 , dove parla del valore dei sintomi, H.A. Roberts nella sua opera principale "I principi e l'arte del curare" e fra i più recenti G.Vithoulkas nel suo libro la Scienza dell'Omeopatia.

Questi e molti altri autori sostengono che i sintomi patognomonici non sono di alcuna utilità e che il simillimum nella pratica non verrà mai trovato utilizzando questi sintomi.

Così scrive Vithoulkas nel suo libro la Scienza dell'Omeopatia: " se un paziente soffre di artrite reumatoide ci aspettiamo naturalmente che si lamenti di dolori articolari; questo sintomo per la diagnosi omeopatica non ha nessun valore. Un articolazione può essere molto dolente, arrossata, tumefatta e sensibile al tatto ma tutto questo non aiuta per niente l'omeopata nella scelta del rimedio curativo."

MATERIALI E METODI

Questo insegnamento ha acquisito ingiustamente una posizione di rilievo anche se non è presente nell'omeopatia di Hahnemann e dei suoi allievi più diretti.

Le esperienze pratiche non solo confermano la sua infondatezza ma soprattutto hanno messo in evidenza che esso crea notevoli difficoltà per la pratica omeopatica.

Inoltre i suoi sostenitori non indicano esaurientemente su quali osservazioni ed esperienze si basa.

Alcuni lo vogliono far derivare dal paragrafo 153 del Organon e in particolare dalla seconda parte di tale paragrafo che dice:

"I sintomi più comuni e non ben determinati come inappetenza, mal di testa, fiacchezza, sonno inquieto, malessere ecc.. per il loro carattere generale, a meno che non siano ulteriormente specificati

meritano meno attenzione, perché qualcosa di così comune si riscontra quasi in ogni malattia e in ogni medicamento".

Importante è anche il riferimento alla Materia Medica vale a dire che sintomi non meglio definiti che appaiono in ogni medicamento sono senza valore per caratterizzare il rimedio

Come è noto questo paragrafo determina il valore relativo dei sintomi della malattia. Una interpretazione errata di tale citato arriva ad affermare che i sintomi che si presentano in ogni malattia identica devono essere esclusi nella scelta del rimedio.

Ma Hahnemann non intendeva certo questo. Hahnemann si riferisce qui in modo chiaro a quei sintomi che mancano di un ulteriore specificazione data

attraverso le modalità, sensazioni, localizzazione o estensione e inoltre intende semplicemente ogni malattia, del tutto uguale quale diagnosi le si attribuisca. Sono soprattutto le modalità che ad ogni sintomo danno la patente di caratteristico come Hahnemann afferma al par.133.
Questo significa che per la scelta del rimedio indicato bisogna prendere in considerazione quasi esclusivamente quei sintomi che sono ben determinati e che possiedono pertanto un impronta individuale ,che li differenzia dalla classe dei sintomi comuni e indeterminati.; nel par. 95 ribadisce lo stesso concetto.
Anche nel par.105 dice che bisogna scegliere un rimedio , la cui serie di sintomi sia la più simile possibile alla totalità dei sintomi principali della malattia naturale da curare.
Altri riferimenti dove Hahnemann si esprime sui sintomi patognomonici non mi sono noti per cui la provenienza di questa dottrina resta per me nel buio; è chiaro dunque che non si basa sulla metodica originale di Hahnemann.
Chi è familiare con la serie di sintomi dei rimedi della nostra Materia medica, sicuramente si ricorda di espressioni dello sperimentatore come ad esempio " dolore premente alla fronte", "mancanza di appetito", "si raffredda facilmente" eccetera; e a questa serie appartengono naturalmente anche sintomi come "stimolo urinario frequente" oppure "sete intensa" e questo a prescindere dal fatto se si tratta di sintomi patognomonici o no.
In nessun caso di malattia essi sono straordinari; al contrario sono considerati straordinari come secondo il paragrafo 153 sintomi come ad esempio i piedi caldi brucianti che vengono buttati fuori dal letto; tale sintomo è considerato attualmente patognomonico di certe malattie epatiche o riferibili a mancanza di vitamina B; tuttavia è considerato importante per la scelta del rimedio.
Hahnemann e i suoi contemporanei non conoscevano il significato patologico di questo sintomo, ciononostante il dottor Kunzli, pur conoscendolo, lo inserì nel repertorio generale di Kent con il punto rosso che sta a significare il valore caratteristico di questo sintomo.
Questo errato insegnamento porta ad ulteriori conseguenze; i sintomi patognomonici non solo vengono considerati sintomi comuni pertanto non caratteristici, ma viene soprattutto affermato che il rimedio curativo indicato non deve avere nessuna somiglianza ad essi; vengono dunque esclusi dalla totalità dei sintomi del caso.
Così per un diabetico potrebbe essere indicato un rimedio che ha come caratteristica l'assenza di sete oppure per un asmatico un rimedio che non presenta alcuna difficoltà respiratoria..

Nell'introduzione ad Argentum metallicum nel 4. Vol. della MMP, Hahnemann osserva che in base alla sua azione primaria ,cioè aumento della diuresi l' Argentum può curare il diabete in modo permanente,purchè gli altri sintomi della malattia trovino il loro corrispondente nella azione primaria dello stesso.
Nel suoi scritti di dottrina omeopatica G.H.G. Jahr ,allievo di Hahnemann, ci mostra chiaramente il diverso valore dei sintomi. Accanto ai sintomi straordinari e peculiari ci indica un' altra categoria di sintomi che chiama "wesentlich " , con cui intende i sintomi patognomonici ; questi secondo Jahr determinano i rimedi da scegliere, vale a dire il rimedio curativo deve contenere questi sintomi altrimenti non può essere preso in considerazione.
Ad esempio in un caso di polmonite sono da scegliere per prima cosa i rimedi che coprono i sintomi patognomonici della stessa; da questo pool di rimedi si sceglie poi quello che corrisponde maggiormente ai sintomi piu individuali .
Hahnemann procedeva nello stesso modo; altrimenti come avrebbe potuto considerare Drosera come il rimedio tipico della pertosse oppure Arnica il rimedio delle contusioni o Pulsatilla del morbillo o Belladonna specifico per la scarlattina?
Questi rimedi sono specifici perché coprono i sintomi patognomonici di tali malattie e tali sintomi sono caratteristici di questi rimedi.
Anche la scoperta di Hahnemann di Thuia come specifico della Sicosi e di Mercurius come specifico della Sifilis è conseguenza di una similitudine dei sintomi patognomonici dei due miasmi con lo specifico.
Il sintomi patognomonici devono pertanto essere coperti dal rimedio curativo.
Jahr afferma che un sintomo che può essere meglio descritto attraverso la sensazione o la modalità o altro non potrà mai essere classificato fra i sintomi comuni.
Boenninghausen va oltre, per lui i sintomi caratteristici si contraddistinguono per il fatto di appartenere solo a pochi rimedi e pertanto la somma dei sintomi caratteristici non tanto della malattia del paziente quanto del rimedio è decisiva, e proprio su quelli il medico deve porre la sua attenzione.
In questo modo non si pone più la domanda se un sintomo é patognomonico di una certa malattia o no (come ad esempio l'aggravamento con il movimento di un certo dolore reumatico), ma giá la suddetta condizione si pone come caratteristica , a patto che tale condizione sia presente marcatamente nei proving.
Hering nel trattamento della lebbra si orientò scegliendo i sintomi meglio definiti,come appare nelle sue 3 pubblicazioni dal 1830 al 1833, partendo dai sintomi principali diagnostici e patognomonici di tale malattia però con la definizione esatta della localizzazione, delle sensazioni e delle modalità; in

questo modo potè curare alterazioni dei tessuti già avanzate,che non comparivano nella MMP come granulomi cutanei e disturbi della pigmentazione e sensoriali di questa grave malattia.
La conoscenza che sempre più avanza circa la sintomatologia dettagliata delle malattie ha contribuito a che sintomi oggi descritti più dettagliatamente vengano classificati come patognomonici, cosa che ai tempi di Hahnemann non era possibile.
La medicina moderna ha introdotto una nuova nosologia nella quale combinazioni di sintomi che avvengono contemporaneamente vengono descritte come malattie autonome; può accadere che un sintomo che oggi viene classificato incontestabilmente come straordinario , domani potrebbe essere inutile perché patognomonico, e tutto ciò contraddice ogni logica omeopatica.
Prendiamo questo caso:
Un uomo di 26 anni ci consulta e ci riferisce i seguenti sintomi:
da 5 anni soffre di dolori forti come punture ai piedi e al ginocchio soprattutto quando sta in piedi; questi dolori migliorano al inizio del movimento, a stare sdraiato per lo più peggiorano; da 4 anni ha dolori brucianti ad urinare e sempre più frequentemente urina di meno,il disturbo è continuo e inizia già prima della minzione, e spesso è accompagnato da una balanite, con forti dolori; la retrazione del prepuzio è molto dolorosa ed è quasi impossibile, per cui va incontro a infezioni recidivanti in seguito alla scarsa igiene.
Sempre più frequentemente il paziente soffre di una congiuntivite recidivante che la luce e il sole scatenano e peggiorano.
4 volte al mese ha una febbre di 38 gr. che a volte è più alta.
Da qualche mese si è sviluppato un esantema papuloso alle suola dei piedi che è molto doloroso e resistente alle terapie;
E'molto depresso per questo e ha dovuto interrompere il suo lavoro di falegname a causa di questi disturbi.
Se vi arriva un caso del genere nella pratica quali considerazioni dovete fare, quali sintomi e perchè prenderete?
Ebbene si tratta di un caso di Morbus Reiter, che con quese modalità e concomitanti è definito abbastanza bene dal punto di vista omeopatico; ciononostante non si dovrebbe prendere nessun sintomo perché sono tutti sintomi patognomonici.
Per il completamento della materia medica attraverso la raccolta dei sintomi clinici sono stati inseriti nella lista dei sintomi di ogni rimedio anche i sintomi patognomonici curati ed è stato attribuito loro maggior valore in quanto erano presenti in più casi. Il sintomo ad esempio "nel bere tutti i liquidi fuoriescono

dal naso" non solo è patognomonico della difterite, ma emerge come sintomo guida per la scelta di Lac caninum per la cura di questa malattia nonostante non figuri nel proving di tale rimedio; nei Guiding Symptoms di Hering sono riportati almeno 8 casi curati dove compare questo sintomo come determinante.
Prendiamo la vista doppia; chi ad esempio esclude questo sintomo perché poco interessante in un caso di sclerosi multipla, nella quale è quasi patognomonico, troverà maggiori difficoltà nella prescrizione in quanto si priva di un sintomo importante.
Un altro esempio: la localizzazione di un eruzione cutanea al gomito nel caso di un eczema atopico è patognomonica , tuttavia spesso è determinante per la diagnosi differenziale fra i rimedi in causa.
Se noi esaminiamo nelle riviste soprattutto del passato i casi pubblicati con sintomi patognomonici, vediamo che non è avvenuta nessuna esclusione di questi sintomi, all'opposto sono stati invece considerati sia nella repertorizzazione che nella comparazione della materia medica (vedi anche i casi di Kent)

CONCLUSIONI

Nella mia pratica la ricerca e la diagnosi dei sintomi patognomonici non ha nessuna importanza; per classificare un sintomo come caratteristico conta molto di più la sua completezza, cioè deve essere meglio specificato attraverso modalità , concomitanti eccetera; se si ha la fortuna di trovare qualche sintomo individuale e peculiare per la scelta del rimedio si troverà spesso che il rimedio indicato copre anche i sintomi patognomonici. Ma tali casi purtroppo non sono così frequenti come si vorrebbe cosicché dobbiamo valorizzare il sintomi patognomonici.
Il problema è che questi sintomi peculiari individuali non solo sono rari nei nostri pazienti ma anche nella materia medica spesso succede che un sintomo mentale sensazionale non lo si trova né nel repertorio né nella materia medica; l'abitudine diffusa di interpretare questo sintomo per poterlo utilizzare ad esempio un sogno interpretandolo attraverso le delusions apre la strada alla speculazione e non deve trovare posto nella pratica.
Anche se dovesse capitare un caso dove si trova un rimedio attraverso una rubrica esclusiva non si può prescrivere questo rimedio se la totalità dei sintomi lo contraddice.
In conclusione nella scelta del rimedio indicato sono determinanti in ogni caso di malattia i sintomi caratteristici del caso; i sintomi patognomonici possono o non possono appartenere a questa classe ma in ogni caso dovrebbero

corrispondere per similitudine al rimedio da scegliere; se non corrispondono oppure se rappresentano il contrario dei sintomi caratteristici del rimedio in causa, bisogna dubitare della sua scelta.
L' insegnamento che afferma che i sintomi patognomonici non hanno valore o perfino possono indurre ad errore nella scelta del rimedio è assurda, inoltre rende difficile la pratica omeopatica e pertanto va rivisto.
A conferma di quanto esposto presentiamo un caso :

Caso tratto dal Krankenjournal DF5 di Hahnemann.

Madame L, 33 anni, sposata.

22 maggio 1841

(Mestruazioni regolari, ultime mestruazioni il 7 maggio).
Dolori allo stomaco e alla parte opposta a livello della colonna vertebrale.
Sente bruciore allo stomaco e quando le fa male, alla colonna vertebrale avverte un dolore sordo che talvolta diventa pungente.
(per questo ebbe trattamento con morfina).
Avverte un senso di vuoto allo stomaco e una sensazione come di rosicchiamento . Constipata per 5-6 giorni.
Dopo mangiato si sente pesante e la sua digestione è molto lenta.
Può mangiare solo carne e patate.
Dormirebbe bene ma deve alzarsi in seguito ai dolori allo stomaco.
Ha preso purganti e in seguito a ciò ha avuto diarrea per 15 giorni; ha preso l'acqua di Sedlitz per 3 giorni.
La mattina prima di colazione stà meglio.

Repertorizzazione con il TTB:

- Stomaco
- dolore rodente alle parti interne
- bruciore alle parte interne
- peggioramento dopo mangiato
- senso di vuoto
- peggioramento con l'indigestione
- punture alle parti interne
- colonna vertebrale

	Puls.	Nux-v.	Sulph.	Caust.	Calc.	Phos.	Carb-v.	Lyc.	Cocc.	Stann.	Verat.	Hep.	Bar-c.	Sep.	Ars.	Bry.	Kali-c.	Sil.	Rhus.	Chin.	Nat-c.	Ign.	Arn.	Nat-m.	Con.	Ip.
Anzahl der Treffer	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Summe der Grade	28	27	25	24	24	23	20	20	20	19	19	14	13	25	22	22	20	19	19	19	19	19	18	17	16	16
Polaritätsdifferenzen	**2**	**4**	**4**	**3**	**2**	**1**	**4**	**4**	**2**	**1**	**1**	**2**	**1**	**2**	**3**	**3**	**3**	**3**	**2**	**1**	**-1**	**-2**	**1**	**4**	**4**	**1**
Innerer Bauch, Magen [118]	4	4	4	3	4	4	2	3	3	3	4	2	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	2	3	2	4
Nagen (Fressen) in inneren Teilen [41]	2	2	2	4	3	1	1	3	2	1	1	2	1		3		1	1							3	
Brennen innerer Teile [106]	2	4	4	3	3	4	3	3	2	3	3	2	1	4	3	4	2	3	3	3	3	2	3	1	1	2
< Essen, nach (P) [121]	4*	5*	4	4	4	4	4*	4	2	2	3*	2	2	4	4*	4	5*	4	4*	3	3	1	2	4	4	1
Leerheitsgefühl (Hohligkeitsgefühl) [70]	4	2	2	2	1	2	2	1	4	4	2	1	1	4		1	3		2	1	1	4	1	2		2
< Magenverderben [38]	4	4	2	1	2	2	3	1	1	1	2	2*	1	2	3	3		2	1	2*	3	2	3*	1	2	4
Stechen innerer Teile [123]	4	2	3	3	3	4	2	1	2	2	1	1	2	4	1	4	3	2	3	4	3	4	3	2	2	1
Rücken allg. [122]	4	4	4	4	4	2	3	4	4	3	3	2	2	4	4	2	3	4	3	3	3	2	4	4	2	2
> Essen, nach (P) [52]	*2*	*1*		*1*	*2*	*3*				*1*	*2*		*1*	*2*	*1*	*1*	*2*	*1*	*2*	*2*	*4(Kl)*	*3/Kl*	*1*			

13 rimedi coprono gli 8 sintomi usati per la repertorizzazione: puls, nux-v, sul, phos, caust, calc,
carb-v, lyc, cocc, stann, verat, hep, bar-c.
Quale di questi rimedi potrebbe essere il rimedio indicato? Il Repertorio ci indica solo un pool di rimedi da prendere in considerazione.
Hahnemann come sempre arriva al rimedio corretto attraverso la M.M.Pura senza usare Repertori, come vedremo nella relazione.
Questa signora soffre di dolori allo stomaco e contemporaneamente alla parte opposta nella colonna vertebrale, ha inoltre questo senso di vuoto e un dolore rodente allo stomaco; questi dolori sopravvengono di notte e peggiorano dopo mangiato, prima di colazione si sente meglio.
Quando le fa male la schiena si tratta di un dolore sordo e di puntura; la paziente ha ricevuto inoltre morfina e purganti che hanno complicato ulteriormente il caso.
I rimedi da differenziare sono 13, ma lo studio della Materia Medica Pura ci mostrerà come questi dolori di stomaco e tutti i disturbi che li accompagnano sono stati prodotti in modo significativo solo da un rimedio.
Questa signora soffre con tutta probabilità di un ulcera duodenale; patognomonici di questa malattia sono i dolori allo stomaco di notte e a digiuno, e pure i dolori che si estendono alla schiena; questo è tipico quando l' ulcera si trova a livello della parete posteriore del duodeno.
Hahnemann prescrive …. LM 7 il 22 maggio del 1841 e già dopo 6 giorni nella cartella clinica viene riportato: " I dolori allo stomaco sono spariti".
Come vedete per la scelta del rimedio sono stati presi i sintomi più importanti che sono in questo caso anche i patognomonici di un ulcera duodenale.(vedi par 105 Org).
Nell'omeopatia di Hahnemann non esiste la categoria dei sintomi patognomonici e non , ma secondo il paragrafo 153 del Organon esistono solo sintomi caratteristici e non caratteristici ovvero non ben determinati e definiti.

*** Citazioni:**

A.H.Robert:

These diagnostic (= pathognomonic) symptoms are of very little use…,the simillimum is practically never found among the diagnostic symptoms (The principles and art of cure by Homoepathy).

Kent J.T: Da Lesser Writings, Aphorisms and Precepts :

1. Symptoms most peculiar to the patient must be taken first, then those less and less peculiar until the symptoms that are common and not peculiar are reached, in order, from first to last. These must be valued in proportion as they relate to the patient rather than to his parts, and used instead of ultimates and **symptoms pathognomonic**. Symptoms to be taken: First- are those relating to the loves and hates, or desires and aversions. Next- are those belonging to the rational mind, so-called intellectual mind. Thirdly- those belonging to the memory, These, the mental symptoms, must first be worked out by the usual form until the remedies best …..

2. We must be guided by the symptoms that are strange, rare, and peculiar. How shall we do this? By first fixing in mind what symptoms are common, then it will be easy to discover what symptoms are uncommon, or, in other words, strange, rare, and peculiar. Common symptoms are such as, **are pathognomonic of diseases** and of pathology, …..

3. … the **diagnostic or pathognomonic symptom** are brought out for the purpose of distinguishing one disease from the other, but not with the idea of bringing the image of the disease before the mind that it may look like some remedy recorded in the Materia Medica, because that is not the allopathic physician's way of prescribing.

4. That which is common to any given disease is never peculiar…. **Pathognomonic symptoms are not used to individualize by, and are never peculiar in the sense asked for**. I am asked what I mean when I say to beginners; treat the patient and not the disease. My answer always is about as follows: The symptom that is seldom found in a given disease is one not peculiar to the disease, but peculiar to the patient ….

5. The more you dwell **upon diagnostic symptoms**, the more you will becloud the ideas entering the mind that lead toward a prescription. ..

Bibliografia:

Hahnemann,S: Organon der Heilkunst. Haug Verlag 1996

Hering,C : The guiding symptoms of our materia medica, 10 vol ,Jain Pub.1994

Hering,C: Medizinische Schriften. Burgdorf 1988

Kent J.T.: Lectures on homoeopathic philosophy. Erhart & Karl ,1954

Vithoulkas,G : La scienza dell' omeopatia Ed.Cortina 1999

Herbert A.Roberts : The principles and art of cure by Homoepathy .Health Science Press.1979.

Jahr,G.H.G.:Die Lehre und Grundsätze…..Stuttgart, Liesching 1857

R.Jütte: Krankenjournal DF5 (Haug Verlag 1992)

Gustavo Picci

Il grande problema di Piccola

RIASSUNTO

Si vuole presentare il caso di una gatta con deficit renale diagnosticato mediante accertamenti ematochimici e trattato con la sola terapia omeopatica unicista. In funzione del quadro clinico e dei sintomi oggettivi rilevati si è orientata la scelta per un rimedio omeopatico annoverato tra i piccoli rimedi. Sin da subito la prescrizione omeopatica ha permesso di ottenere un netto miglioramento delle condizioni generali ed ha consentito un periodo di benessere inaspettato.

PAROLE CHIAVE

Patologia renale – Stato uremico – Totalità dei sintomi – Osservazione dei segni- Semeiotica omeopatica

INTRODUZIONE

Per il Medico Veterinario le patologie renali sono eventi difficili da affrontare per l'elevato rischio di prognosi infauste ed alte percentuali di insuccesso terapeutico sopratutto nella specie felina.

I gatti sono pazienti particolarmente suscettibili alla patologia renale perchè predisposti a concentrare le urine e ciò predispone l'organo ad essere maggiormente sollecitato ad ammalarsi.

Spesso nel gatto non si evidenziano veri e propri sintomi prodromici, il quadro iniziale di insufficienza renale può essere rappresentato da uno stato di deperimento progressivo con inappetenza e dimagramento seguito da una fase iniziale di oliguria a cui segue poliuria e polidispia (Pd/Pd).

L'autore intende sottolineare l'esigenza per il Medico Veterinario Omeopata di valorizzare al meglio la semeiotica omeopatica in tutte le sue componenti, dimostrando come sia possibile intervenire basandosi sulla totalità dei sintomi del paziente.

In tale circostanza la focalizzazione di pochi elementi oggettivi ha fornito la possibile soluzione omeopatica.

MATERIALI E METODI

Viene portata in visita "Piccola" una gatta soriana femmina sterilizzata di 4 aa di colore rosso pezzato con vomito biliare ed inappetenza. Vive con la madre in ambiente domestico ed accede al giardino esterno in stato di semilibertà.
16.10.2003: alla visita clinica la temperatura rettale è 39,6 °C, la gatta appare piuttosto dimessa e rannicchiata su se stessa, non presenta dolori alla palpazione addominale profonda, linfonodi esplorabili nella norma, pareti dello stomaco dilatate.
Il proprietario riferisce che ha la tendenza a stare vicino a fonti di calore, si muove poco o nulla preferendo restare raccolta su se stessa in posizione sternale, rifiuta il cibo e la descrive in questo modo: *" la vedo strana, troppo tranquilla per il suo carattere"*.
Nei giorni precedenti era comparso un forte vento di tramontana che ha coinciso con la concomitante comparsa di sintomi gastroenterici in molti pazienti, pertanto ho prospettato analogo quadro eziologico e diagnostico.
Procedo con terapia tradizionale mediante copertura antibiotica iniettabile (*enrofluoxacina 2,5 %*) per 3 giorni che offre un miglioramento temporaneo al problema di Piccola.
Sette giorni dopo si ha una ricaduta del quadro generale con comparsa di rapida emaciazione e dimagramento, domina uno stato di inappetenza persistente. Temperatura rettale e linfonodi nella norma, Piccola tende a mantenere la solita posizione rannicchiata, al momento il proprietario così la descrive:
" solitamente è sempre stata una gattina molto affettuosa e tendenzialmente tranquilla, però ora decisamente poco reattiva, quasi letargica."
A questo punto si procede ad una indagine più approfondita mediante l'ausilio di accertamenti diagnostici:
esame radiologico addominale, emocromo ed ematochimico, esame delle urine.
L'esame radiologico mette in evidenza un quadro di ipertrofia renale di grado moderato con margini irregolari a carico della corticale del rene sx.
L'esame ematologico accerta la negatività sierologica per i virus Leucemia felina ed Immunodeficienza felina (Fiv/ Felv), emocromo nella norma, ematochimico con valore di creatinina pari a 9,26 (0.8-2.40) e fosforo 14,68 (3.10-7.50).
L'esame fisico-chimico delle urine conferma un peso specifico isostenurico 1020 ; ph 5.5-6.0; leucoci ++++; proteine totali ++; glucosio +++; chetoni assenti.
La funzionalità renale ed in particolare la massa renale attiva e funzionante può essere valutata attraverso la stima della velocità di filtrazione glomerulare (VFG); il valore della urea (BUN) che della creatinina sierica forniscono un indice di tale funzione. La creatinina viene escreta dall'organismo attraverso la filtrazione glomerulare pertanto il suo valore alterato rappresenta una stima della nefropatia avanzata (IRC).
A fianco a questi valori si affiancano alterazioni elettrolitiche come ipokaliemia, ipocalcemia, iperfosfatemia concomitanti a sintomi clinici di acidosi metabolica, anemia, vomito, anoressia uremica, alterazioni della pressione sanguigna.
Purtroppo i valori registrati nel sangue e confermati della proteinuria nelle urine di Piccola sono patognomonici di un grave deficit renale che lascia poche speranze, la prognosi formulata resta infausta, spesso questi gatti sono destinati a soccombere.
Il protocollo terapeutico tradizionale prevede l'uso di antiemetici, stimolanti dell'appetito come il diazepam, glucocorticoidi; chemioantibiotici, bicarbonato di sodio, citrato di potassio, carbonato di calcio, leganti del fosforo, calcitriolo , ace-inibitori ed altri ancora.
Si procede comunque ad una terapia di sostegno mediante soluzioni reidratanti a base di Ringer lattato e Glucosata 5 % per via e.v.
Nel frattempo il quadro tende ad aggravarsi ulteriormente, prevalgono: letargia, stupore, inappetenza, subittero, occhi incavati, dolorabilità alla palpazione addominale profonda, poliuria e polidipsia (Pu/Pd).
In tali situazioni sussistono poche possibilità di stabilizzare l'evoluzione della patologia renale; con questi valori di creatinina ematica di prassi viene consigliata l'eutanasia farmacologica.
Propongo la soluzione omeopatica pur con i limiti dettati dalla gravità del quadro clinico, evitando ulteriori stress a carico della paziente.

RISULTATI

Di fronte a situazioni critiche è difficile spiegare al proprietario dopo quanto tempo ci si possa attendere qualche effetto anche minimo con la terapia omeopatica, diventa una lotta contro il tempo dove anche 24-48 ore diventano decisive.
Non si hanno soluzioni a portata di mano, mi limito alla massima cautela non illudendo troppo il mio interlocutore.
Prendo in considerazione pochi sintomi oggettivi valorizzando ciò che anche il

proprietario mi ha riferito verbalmente.
Al momento domina uno stato di profonda letargia, stupore, intontimento quale conseguenza dello stato uremico incipiente accompagnato da debolezza generale.
Prendo in esame anche l'anemia per la comparsa di un modesto subittero che nel frattempo emerge.

Repertorizzazione RADAR 8.1
GEN: emaciation
GEN: uremia
GEN: anemia
Kidneys: complaints of kidneys
Kidneys: inflammation accompanied by weakneess
Kidneys: inflammation parenchimatous acute
Kidneys: nephrotic syndrome

I rimedi che emergono alla voce "piccoli rimedi" risultano i seguenti:
ter, apis, ars, canth, hell, helon, kali-bi, phos, plb, apoc ecc..

Prescrizione omeopatica
La scelta ricade non tanto sul primo della lista, quanto su un rimedio a polarità renale come riportato nella Materia Medica Omeopatica di William Boericke e di Henry Duprat:
Terebinthina oleum 30 CH - 10 gocce BID per 7 gg poi SID a settimana per 4 settimane.

Follow-up una settimana dopo: a seguito della prescrizione del rimedio omeopatico avrò modo di notare nel giro di 3-4 gg che Piccola si riprende, comincia a manifestare appetito, a muoversi perdendo quella condizione apatica nella quale era caduta, il quadro tossico-uremico sembra limitare i suoi effetti sull'umore della gatta che progressivamente migliora.
La situazione non lascia stupito solo il proprietario ma anche il sottoscritto, tanto da non capacitarmi del fatto che possa essere solo un effetto momentaneo e comunque destinato a scomparire di lì a poco.
Addirittura mi viene chiesto di riconsiderare la diagnosi iniziale formulata, forse troppo precipitosa nel descrivere una condizione senza ritorno.
Pur riconoscendo gli innegabili risultati clinici ottenuti tendo a smorzare facili entusiasmi, è trascorso troppo poco tempo per fare previsioni.

Follow-up un mese dopo: Piccola nelle settimane successive smentisce la mia cautela professionale riducendo sensibilmente anche la poliuria che la polidipsia (Pu/Pd), un segnale incoraggiante che lascia ben sperare.
Il tutto si tradurrà sostanzialmente in uno stato di benessere psico fisico ottimale che consentirà a Piccola di correre, giocare e di vivere per oltre 12 mesi senza ricadute sino a quando si renderà necessaria l'eutanasia.
Da tenere presente che il proprietario nel frattempo, di sua iniziativa, ha sospeso il trattamento omeopatico perchè la gatta stava bene e quindi non ha ritenuto necessario continuare la terapia come avevo chiesto.
In ogni caso il risultato è andato oltre le più rosee aspettative.

Cenni botanici , tossicologici, usi popolari ed omeopatia
Terebinthina oleum deriva dal greco "therebinthos" ovvero "labirinto", si tratta dell'olio resina del Larix decidua (famiglia botanica Coniferae); secondo J. H. Clarke corrisponde all'essenza di trementina o acquaragia (C_{10H16}) mediante distillazione dell'olio resina (trementina) ottenuta da varie specie di Pino, purificato con rettificazione ripetuta con acqua.
Esistono diverse tipologie e qualità di trementina in funzione della trasparenza e del colore, inoltre dipende dalle specie di Conifere dalle quali si esegue l' estrazione: abete (canadese), pino marittimo (francese, austriaco, americano), larice comune (Tirolo, Carinzia, Francia, Sardegna)
Chimicamente la trementina è una miscela di essenza o olio etereo ed acidi resinici (C20H3002), costituita principalmente da alfa e beta pinene e piccole quantità di canfene e di pentene e da careni.
In Italia è consentita l'estrazione della resina attraverso un unico foro praticato alla base dell'albero del larice operato da chi esercita l'antico mestiere del "Largaiòl", successivamente viene sottoposta ad un lungo processo di filtrazione dal quale residua uno scarto chiamato "boner" usato sulle montagne del Tirolo per accendere fuochi durante la festa del "Sacro Cuore" dagli Schutzen al fine di scongiurare la minaccia delle invasioni napoleoniche. La trementina di larice è di qualità elevata ed acquisisce l'appellativo di trementina di Venezia, in gergo "argà" di colore giallo pallido o trasparente, si può sciogliere a bagnomaria per usi medicinali. Inoltre la trementina di larice viene utilizzata rigorosamente dai liutai di Stradivari e per le vernici ad olio dei pittori oltre che per lavori di restauro.
A livello tossicologico la trementina viene classificata tra le sostanze tossiche per l'ambiente (animali acquatici) e l'uomo impiegata per la formulazione di pitture, resine e nella sintesi di canfora, mentolo ed inchiostri. Nociva per inalazione,

contatto cutaneo ed ingestione, irritante per occhi, vie respiratorie.
Il rimedio omeopatico venne introdotto in Omeopatia dal Dr. Carl Georg Christian Hartlaub (1802-1836), Medico che operava presso l'Ospedale Omeopatico della Sassonia di Leipzig autore di articoli sulla Medicina Omeopatica.
L'olio essenziale estratto dalla resina del larice possiede proprietà curative balsamiche, disinfettanti, antisettiche, antinfiammatorie ed antalgiche con azione sul tratto uro-genitale e pelle dove esercita anche una azione antiparassitaria contro i pidocchi.
Il rimedio omeopatico è segnalato nel RADAR 9.1 con 1343 sintomi repertoriali, in RADAR OPUS 1475 sintomi, nel Complete Repertory con1433 sintomi.
Conosciuto per le sue implicazioni curative a livello dell'apparato gastroenterico, urinario e bronchiale con azione emorragipara.
I sintomi repertoriali più significativi per quanto riguarda il comparto renale di interesse veterinario sono rappresentati da sintomi estratti dalle rispettive Sezioni: Mind, Kidneys, Urine, Sleep, Generalities.
MIND: unconsciousness uremic coma; MIND: stupor uremia in; MIND: stupefaction; MIND: stupefaction sleepiness with; KIDNEYS: complaints of kidneys; KIDNEYS: congestion; KYDNEYS: swelling; KIDNEYS: inflammation acute; KYDNEYS: inflammation accompanied by weakness (unico); KIDNEYS: inflammation parenchymatous; KYDNEYS: inflammation parenchymatous acute; KYDNEYS: inflammation parenchymatous chronic; KYDNEYS: nephrotic syndrome: KYDNEYS: renal failure chronic; KYDNEYS: soppression of urine; URINE: albuminous; URINE: water clear as water; URINE: bloody; SLEEP: comatose uremia in; SLEEP: deep uremia in; GEN: anemia; GEN: convulsion uremic; GEN: uremia.

CONCLUSIONI

L'Omeopatia applicata con rigore metodologico, diventa una preziosa risorsa nella pratica quotidiana del Medico Veterinario. L'esperienza personale e l'osservazione attenta permettono di cogliere in ogni minimo segno espresso dal paziente un indicatore possibile alla soluzione del problema.
La metodica omeopatica non può prescindere dalla Semeiotica e dallo studio della Materia Medica, nel caso di Piccola il grave stato clinico provocava nella paziente una condizione generale che non offriva grossi spunti da un punto di vista repertoriale.
Eppure quando si riescono a sfruttare al meglio le poche informazioni acquisite, la soluzione omeopatica può diventare una strada percorribile soprattutto quando non sussistono alternative.

La prescrizione di un piccolo rimedio in questa circostanza ha permesso di affrontare il caso clinico con cautela ma alla fine si è rivelato fondamentale riuscendo a garantire una condizione di benessere prolungato insperato dal punto di vista prognostico.
Sotto un profilo omeopatico inoltre, tenuto conto della gravità del quadro, si può azzardare l'ipotesi che il rimedio omeopatico fosse, secondo il principio di massima similitudine, il vero costituzionale della gatta Piccola dal momento che le ha consentito di sopravvivere così a lungo.

Bibliografia

W. BOERICKE - Materia Medica Omeopatica – traduzione del Dott Roberto Petrucci,2004
J. H. CLARKE- Dizionario di farmacologia omeopatica clinica- IPSA Editore, Palermo, 1994.
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.
H. DUPRAT –Materia Medica Omeopatica, vol. tre- Palombi Editori- 2013
R. PETRUCCI- Pediatria. Temi e concetti in Medicina Omeopatica-Asterias, Milano, 2007.
J. SCHOLTEN - Omeopatia e gli elementi della tavola periodica- Salus Infirmorum Editori, Roncade (TV), 2007.
F. SCHRORYENS – Synthesis 9.1- In RADAR 10.1. Archibel; 2008
F. VERMEULEN – Materia Medica Omeopatica Sinottica – Salus Infirmorum Editori, Roncade (TV), 2007

Tavola rotonda

La Medicina Integrata nel futuro della Sanità.
Quale disponibilità dei medicinali omeopatici

cemon
PRESIDIO OMEOPATIA ITALIANA

PRESIDIO OMEOPATIA ITALIANA

cemon
PRESIDIO OMEOPATIA ITALIANA

XV Congresso Nazionale Fiamo

TAVOLA ROTONDA
La Medicina integrata nel futuro della Sanità.
Quale disponibilità dei Medicinali Omeopatici

Medicinali Omeopatici Unitari:
Quadro della situazione Cemon

Dal 1995:
1800
ceppi disponibili
(di cui 1000 di maggior interesse)

- **Forme farmaceutiche: granuli, globuli, gocce, cure, pomate, colliri, supposte, compresse;**
- **Potenze omeopatiche: DH, CH, K, LM, Q;**
- **Diluizioni: tutte quelle richieste dai medici.**

dynamis®

cemon
PRESIDIO OMEOPATIA ITALIANA

Medicinali Omeopatici Unitari:
Quadro della situazione Cemon

1° Processo di registrazione/rinnovo:
«luglio 2015 - giugno 2017»

RISULTATO

Dal 1 gennaio 2019 diminuzione drastica dei ceppi disponibili industrialmente sul mercato
Da 1800 a

300 ceppi

Medicinali Omeopatici Unitari:
Diminuzione dei ceppi registrati

Verranno registrati/rinnovati solo

300 ceppi

Su 1800 disponibili
Senza escludere la possibilità che non possa essere garantita al medico e al pubblico una vasta gamma di diluizioni, potenze e forme farmaceutiche.

Cause:

- Costi elevatissimi da sostenere e non giustificabili per tutti i ceppi p.es. «Piccoli lotti».
- Tempi troppo brevi per adeguare/reperire tutta la documentazione richiesta da AIFA

Medicinali Omeopatici Unitari:
Costi da sostenere

Costi amministrativi AIFA:
800 euro una tantum + 150 l'anno
Costi aziendali:

- Acquisto documentazione da parte dei fornitori
- Acquisto del modulo 4 (per ceppi di provenienza biologica e diluizione inferiore alla D4), costo circa 2000€ per modulo
- 6 addetti personale con 1 responsabile di settore
- Elaborazione dei dossier, introduzione dei dati nel Portale Omeopatici

Difficoltà di registrazione/rinnovo
Tempistica troppo breve

Scadenza termini: 30/06/2017

Tempistiche per la registrazione dei medicinali omeopatici di soli 2 anni in considerazione dell'elevato numero di dossier da presentare

Difficoltà di registrazione/rinnovo Imputazione dati nel Portale Omeopatici

Il sistema non è predisposto ad accogliere un numero elevato di confezioni (forme farmaceutiche e diluizioni)

- Tempi lunghissimi di inserimento
- Errori del sistema
- Numerose richieste di cancellazione per errori del sistema
- Difficoltà di accesso al Portale

Difficoltà di registrazione/rinnovo Deficiency letter (DL)

- Tempi lunghi per ricevere DL
- Tempi lunghi per adeguare i contenuti delle DL a tutti i dossier
- Richieste più dettagliate da parte di AIFA rispetto a quanto previsto dalla Determina
- Difficoltà a reperire informazioni aggiuntive presso i fornitori europei

Medicinali Omeopatici Unitari: Costi ulteriori da sostenere

NUOVE RICHIESTE DA AIFA IN CORSO D'OPERA

P.esempio
Individuazione dei derivati *pirrozolidinici* su tutte le preparazioni vegetali fino alla D4

con conseguente
Aumento ulteriore dei costi: stima 60000€
Ovvero decisione di cessare la produzione e vendita di Tinture Madri e Medicinali Omeopatici fino alla D4

Medicinali Omeopatici Unitari: ***Prodotti non registrati***

In sintesi
Tutti i ceppi **non registrati** saranno disponibili sul mercato solo fino al **31/12/2018**

poi dovranno essere ritirati dal mercato

Medicinali Omeopatici Unitari:
Prodotti non registrati
(piccoli lotti)
Articolo 5

Tutti i ceppi non registrati *piccoli lotti* (600/700 ceppi di maggior interesse) potranno essere forniti solo attraverso *l'Articolo 5*.

NON APPLICABILE

considerando il numero elevato di confezioni richieste dal mercato (circa 20000 confezioni diverse), e ancora una volta i costi della documentazione.

Medicinali Omeopatici Unitari:
Prodotti non registrati
(piccoli lotti)
Articolo 5

- costi di mantenimento della documentazione elevatissimi a fronte dei ricavi;
- impossibilità di distribuzione, di stoccaggio;
- volumi enormi di contro campionatura;
- gestione della ricetta del medico e pratiche amministrative.

Medicinali Omeopatici Unitari:
Prossimo Futuro

Cottura finale

Decreto «Nuove Tariffe»
in vigore il 15/02/2017

Medicinali Omeopatici Unitari:
Decreto Ministero della Salute
«Nuove tariffe» del 06/12/2016
entrato in vigore il 15/02/2017

Se il decreto tariffe verrà applicato al Medicinale Omeopatico assisteremo fra poco più di 5 anni ad una perdita catastrofica di
Ceppi omeopatici
Forme farmaceutiche
Diluizioni

Medicinali Omeopatici Unitari:
Decreto «Nuove Tariffe»

2° DOMANDA DI RINNOVO

dopo 5 anni dall'ottenimento dell'AIC

Autorizzazione **I**mmissione in **C**ommercio

Tariffe:

Circa 3000€ per ogni ceppo fino a 10 diluizioni;

Circa 3000€ per ogni ulteriori 10 confezioni

Medicinali Omeopatici Unitari:
Sviluppo dell'Omeopatia
Nuovi ceppi da registrare

Tariffe

Circa 24000 euro a ceppo fino ad un massimo di 30 diluizioni e costi aggiuntivi per ulteriori confezioni

Medicinali Omeopatici Unitari:
Applicazione Decreto «Nuove Tariffe»

Riduzione drastica del servizio a supporto di medici e pazienti

Disponibili pochi ceppi, poche diluizioni e probabilmente una sola forma farmaceutica

Costi elevati di acquisto da parte dei pazienti

Medicinali Omeopatici Unitari:
Sviluppo dell'Omeopatia
Nuovi ceppi da registrare
Conclusioni

1. Gli elevatissimi costi finanziari di registrazione difficilmente consentiranno l'introduzione sul mercato di nuovi rimedi sperimentati
2. In ogni caso scarsa varietà di forme farmaceutiche e diluizioni disponibili per il medico e paziente
3. **I costi aziendali si rifletteranno sul prezzo al pubblico.**

Medicinali Omeopatici Unitari: Conclusioni generali

1. Diminuzione drastica dei medicinali Omeopatici a disposizione del medico e del paziente (pochi ceppi, poche diluizioni e potenze);
2. Nessuna possibilità di sviluppo del mercato omeopatico, della ricerca e della sperimentazione: registrazione di nuovi medicinali proibitiva;
3. Sviluppo del mercato parallelo estero online senza che possano essere effettuati controlli sulla qualità;
4. Perdita di posti di lavoro
5. **Perdita della libertà di prescrizione terapeutica**
6. **Perdita della libertà di scelta terapeutica.**

NECESSARIA LA PROROGA

Il processo di registrazione ormai si è avviato e dovrà essere portato a termine.
Chiediamo che il Governo modifichi la legge affinché le aziende abbiano **il tempo** sufficiente di completare tutte le fasi di redazione/adeguamento dei dossier e tutto l'iter di registrazione/rinnovo possa essere concluso con soddisfazione delle parti.
Chiediamo che venga concessa la possibilità di una **riduzione sensibile dei costi** di registrazione / diritto annuale e dell'apparato documentale per i ceppi omeopatici venduti in numero limitato affinché la loro disponibilità sia ancora garantita dalle aziende, come accade per esempio in Germania.

NECESSARIA LA PROROGA

Apertura del mercato

Chiediamo che il Governo permetta la registrazione di nuovi ceppi omeopatici e/o nuove formule omeopatiche applicando tariffe e modalità di applicazione ragionevoli e sostenibili dalle aziende con ciò comprendendo la registrazione di nuove diluizioni, nuove potenze e nuove forme farmaceutiche su richiesta del medico per il bene del suo paziente.

Quadro legislativo

- Prima ricognizione omeopatici: Dicembre 2003
- Fissazione delle date per la registrazione/rinnovo: legge del 26/02/2007 n. 17 che proroga i termini per la registrazione/rinnovo fino al 31/12/2015
- Legge n. 189 del 2012 (Balduzzi): semplificazione del Modulo 4 per articolo 20
- Proroga termini registrazione/rinnovo: Legge di stabilità del 2015 n. 190 del 23/12/2014 al 30/06/2017 (registrazione/rinnovo); 31/12/2018: vendita di tutti i medicinali non registrati
- 30/03/2015: pubblicazione Determina da parte di AIFA
- 01/07/2015: apertura portale omeopatici

PROBLEMATICHE MEDICINALI OMEOPATICI

La Determina 365/2015 è stata pubblicata sul sito di Aifa solo il 31 marzo 2015 e l'accesso al Portale Omeopatici è stato possibile solo dal primo luglio 2015 quindi le aziende hanno avuto a disposizione un tempo molto limitato per registrare le migliaia di medicinali omeopatici sul mercato italiano dal 1995.

Le aziende necessiterebbero di maggior tempo per poter registrare tutti i medicinali anche in considerazione del malfunzionamento del Portale Omeopatici che obbliga spesso le aziende a dover cancellare tutti gli inserimenti effettuati per poter proseguire con la sottomissione della domanda di registrazione. Il Portale sembra non essere stato progettato per contenere la migliaia di informazioni richieste (legate soprattutto ai medicinali omeopatici unitari) generando così una serie di problemi, non sempre di facile risoluzione, che comportano una grande perdita di tempo e un aumento dei costi delle risorse impiegate a dover immettere più volte sempre le stesse informazioni.

Nonostante la Determina abbia rappresentato una semplificazione per le aziende omeopatiche a volte le richieste di Aifa, successive al deposito dossier, risultano essere più dettagliate rispetto a quanto previsto dalla Determina stessa, dilatando ulteriormente i tempi della pratica di registrazione. La risoluzione delle DL ricevute da Aifa e il contemporaneo deposito entro il 30 giugno potrebbe ridurre ulteriormente il numero di domande che le aziende hanno intenzione di presentare.

È molto difficile reperire delle materie prime che non sono disponibili sul mercato europeo. A volte si trova disponibile la materia prima, ma le documentazioni a supporto non sono poi esaustive e sostenibili per Aifa ai fini registrativi.

I costi che le aziende devono sostenere, aldilà dei quelli amministrativi, sono molto elevati. I costi riguardano il reperimento: di materie prime rare, di informazioni relative a specifiche analisi, di studi di stabilita sul ceppo omeopatico, di valutazioni tossicologiche per ceppi di origine biologica e/o presenti in concentrazioni ponderali.

Nel caso di PROROGA. Preoccupazione che la proroga riguarderà solo i termini di Aifa del 31 dicembre 2018, lasciando invariata la presentazione della documentazione entro il 30 giugno 2017 e favorendo, d'altro canto, la conseguente scomparsa dal mercato di tutto quello che le aziende, per motivi di tempo e costi, non riusciranno a sostenere in termini di presentazione dei dossier. Se Aifa necessiterà di maggiore tempo per la valutazione delle domande di registrazione degli omeopatici è giusto che anche le aziende abbiano il congruo tempo per poter preservare quanti più medicinali possibili, facenti parte attualmente e dal 1995 del proprio listino.

Scomparsa dal mercato di prodotti omeopatici commercializzati ormai da più di 20 anni e impossibilità di gestione degli stessi con l'art. 5, cioè con la preparazione magistrale fatta in azienda con la presentazione della ricetta del medico. Il numero di referenze è ingestibile.

A differenza degli ultimi 20 anni (nei quali si è andati avanti di proroga in proroga senza sottomettere documentazione alle autorità, che del resto non avevano neanche i mezzi per valutare la documentazione relativa ai medicinali omeopatici) le aziende hanno iniziato a procedere con le presentazioni dei dossier di registrazione, quindi, il processo è iniziato e potrebbe andare avanti se ci fosse più tempo a disposizione. Tempo necessario anche per promuovere altri confronti diretti con le autorità che le aziende omeopatiche stanno recentemente avendo. Il processo è iniziato con troppo ritardo rispetto ai termini attualmente in vigore.

Un aspetto importante da sottolineare è che l'Aifa e il Ministero della Salute avendo accettato un'autorizzazione ope-legis per i medicinali omeopatici da oltre 20 anni presenti sul mercato, hanno implicitamente o messo a rischio la salute pubblica (e ciò è da escludere) o in qualche modo riconosciuto l'assenza di rischio per l'uso di tali prodotti. Ecco perché i prodotti articolo 20 dovrebbero aver maturato in questi anni un'autorizzazione avente validità illimitata, la cui sostenibilità, da un punto di vista documentale-regolatorio, potrebbe avvenire un po' per volta, da parte delle aziende, senza dover per forza avere una scadenza in termini legislativi.

PROPOSTA CEMON PER GLI UNITARI

Mantenere sul mercato per 20 anni tutti i prodotti attualmente normati dall'art. 20 comprese le TM e le diluizioni "ponderali".

Le aziende si obbligano a registrare presso Aifa un minimo di 30 ceppi all'anno introducendo dossier secondo una progressione che rispetti il venduto e quindi la "sicurezza statistica" (dal più venduto al meno venduto). La mancata presentazione dei dossier precluderebbe la vendita di tutti i restanti prodotti art.20

Si possa prevedere una registrazione che permetta l'introduzione sul mercato del ceppo con tutte le sue varianti relative alle forme farmaceutiche, potenze e diluizioni senza fissarne un limite affinché non vengano imposte al medico limitazioni industriali.

Le tariffe di registrazione/rinnovo prevedano un costo una tantum sostenibile dalle aziende (tariffe fissate per ceppo) più una tassa annuale. Le tariffe di 800 euro (una tantum) ed i 150 euro annuali sono ragionevoli.

Fissare una aliquota in percentuale sul venduto per il pagamento dei diritti sui medicinali non ancora registrati (art.20). Proposta: 10% / 5% sul fatturato realizzato nell'anno precedente, ogni anno fino alla scadenza dei 20 anni.

Per la registrazione/rinnovo valgono le regole fissate nella Determina Aifa 365/15, con la presentazione del modulo 4 per i medicinali di derivazione biologica e ponderali.

Per la registrazione di nuovi ceppi fissare costi non superiori a euro 3000 per singolo ceppo comprendendo forme farmaceutiche potenze e diluizioni, applicando, per i dossier, le stesse regole imposte per il rinnovo.

Per tutti gli omeopatici non deve essere applicato il Sunset clause, ovvero le aziende potranno sempre immettere sul mercato potenze e diluizioni, di un ceppo regolarmente registrato, anche se nei precedenti 3 anni non si sono registrate vendite di quella specifica confezione. È importante che la registrazione, essendo per ceppo omeopatico, garantisca la possibilità di produrre tutte le diluizioni di cui il medico avrà necessità, in quanto il processo produttivo resta invariato aldilà delle specifiche potenze omeopatiche. Registrando le modalità produttive relative ad una specifica forma farmaceutica e documentando come avviene il processo di diluizione, devono essere garantite ugualmente tutte le possibili diluzioni.

Tavola rotonda

La Medicina Integrata nel futuro della Sanità. Quale disponibilità dei medicinali omeopatici

INTERVENTO BOIRON ITALIA

Dott.ssa Laura Conte – Direttore delle Relazioni Professionali

Lo sviluppo dell'omeopatia in Italia è la missione di Boiron, il cui fatturato è rappresentato per circa il 98% dai medicinali omeopatici, sia come filiale italiana che come Gruppo.
Gli investimenti più importanti dell'azienda sono destinati alla ricerca e al regolatorio, settori fondamentali per consolidare il presente e il futuro dell'omeopatia.

E' proprio nel regolatorio che l'azienda ha investito nell'ultimo decennio, assumendo diverse persone sia in Italia che in Francia per lavorare alla preparazione dei dossier; da una parte per soddisfare adeguatamente le richieste fatte dall'Agenzia Italiana del Farmaco, e dall'altra per garantire ai professionisti della salute, in Italia, di poter disporre di tutta l'offerta dei medicinali Boiron. Tutto questo, senza peraltro usufruire delle semplificazioni concesse dalla Determina Aifa 365/2015 del 31 marzo o dell'ultimo ricorso sui farmaci di origine biologica.

Siamo quindi pronti a rispettare la scadenza del 30 giugno 2017, perché crediamo che un'ulteriore proroga, la settima dal 2006, non gioverebbe al settore. Il compimento di questo processo di regolamentazione e il relativo ottenimento delle AIC, darebbe a nostro parere agli omeopatici la legittimità di cui purtroppo ancora non godono in Italia (pur essendo medicinali a tutti gli effetti come da D.lgs. 219/2006 art.1d), favorendo quindi il superamento delle obiezioni che i detrattori sollevano spesso sull'omeopatia.
Ci rendiamo conto che questo procedimento è più oneroso per le piccole aziende, tuttavia crediamo che lo sviluppo dell'intero settore coincida proprio con questo importante passaggio.

Reggio Calabria, marzo 2017

Tavola rotonda

La Medicina Integrata nel futuro della Sanità. Quale disponibilità dei medicinali omeopatici

INTERVENTO DI VANDA OMEOPATICI

Dott.ssa Roberta Russo – CEO Vanda

L'associazione Omeoiprese si è qualificata da tempo come interlocutore privilegiato del Ministero della Salute e dell'Agenzia Italiana del Farmaco.
In qualità di vice presidente di Omeoimprese posso testimoniare che il dialogo con le istituzioni è stato costante e costruttivo. Altresì la nostra associazione ha tentato di istaurare un dialogo con le associazioni mediche che portano avanti il meritorio compito di tenere viva la nobile tradizione della medicina omeopatica.
Per quanto riguarda il rapporto con l'Agenzia Italiana del Farmaco: il processo di registrazione è iniziato un anno e mezzo fa e nei mesi scorsi abbiamo potuto "festeggiare" le prime A.I.C. pubblicate in Gazzetta Ufficiale.
Come Vicepresidente devo fare i miei complimenti alle piccole e medie aziende italiane che hanno conseguito questo importante risultato. Tuttavia non è ancora abbastanza.
Per quanto riguarda il rapporto con le associazioni mediche bisogna partire dal ribadire la differenza fondamentale tra allopatia e omeopatia: un farmaco "allopatico" è uno e viene utilizzato per milioni di persone, i rimedi omeopatici sono tantissimi e il loro utilizzo si basa sulla personalizzazione della cura. Di conseguenza le industrie farmaceutiche che operano nel settore della medicina omeopatica devono tentare di conciliare le proprie esigenze industriali e le esigenze della classe mediche.
Registrando solo i prodotti più venduti non si viene incontro alle necessità dei medici, i quali per operare hanno bisogno di avere a disposizione il maggior numero id rimedi possibile.
Proprio per realizzare anche questo obiettivo abbiamo chiesto una proroga, la quale tuttavia non è ancora stata concessa anche a causa, spiace dirlo, della ferma opposizione di alcune aziende non associate che mettono in cima alla lista delle priorità non le esigenze dei medici ma le proprie esigenze (tale strategia miope porterebbe ad una "allopatizzazione" della medicina omeopatica proprio nel momento in cui anche la medicina accademica muove i primi passi in direzione della individualizzazione delle cure).
Nella nostra associazione vige il principio secondo cui la registrazione deve essere vissuta come una "promozione" della medicina complementare e non come un'occasione per conseguire vantaggi competitivi ottenuti al costo di demolire uno dei pilastri della medicina omeopatica.

Tavola rotonda

La Medicina Integrata nel futuro della Sanità. Quale disponibilità dei medicinali omeopatici

INTERVENTO DI APO ITALIA

Marisa Certosino, Presidente A.P.O.Italia Associazione pazienti omeopatici)

Ho chiesto di intervenire in questo congresso per esprimere il mio parere su una questione che ritengo molto importante .
La nostra battaglia in favore dell' Omeopatia (da sempre bistrattata dal mondo scientifico e dalle case farmaceutiche allopatiche in quanto il loro interesse è che questa nostra disciplina venga definitivamente esclusa) ci pone in un clima sempre più incandescente e ci vede sempre più avviliti e (a mio avviso) sempre più deboli rispetto ai giganti della medicina allopatica.
In questo scenario è la voce dei pazienti omeopatici che danno maggiormente credibilità alla nostra medicina dolce e senza effetti collaterali .
Il Paziente che è guarito curandosi con essa è la voce più autorevole non avendo nessun interesse economico ,ma anzi pagando tutto ciò che gli viene prescritto dal medico omeopata in quanto non ha rimborsi dal sistema sanitario nazionale .
Chiedo ,quindi, in questa sede (come in altre) ai medici ,di aiutarmi affinchè vengano costituite referenti A.P.O in OGNI REGIONE D' ITALIA ,per la diffusione sempre più serrata dell'Omeopatia e organizzare convegni in cui venga portata anche la voce del paziente omeopatico oltre a quella dei Medici Grazie.

A.P.O. Italia
Associazione Pazienti Omeopatici
Via Vincenzo Padula 2 80123– NAPOLI
Tel. 335 5471875
www.apoitalia.it e-mail: info@apoitalia.it

Giacomo Merialdo

Caso clinico e note di materia medica clinica di Strophanthus hispidus

INTRODUZIONE

Strophanthus hispidus è una pianta appartenente alla famiglia delle Apocynaceae. Utilizzata come pianta ornamentale, sempreverde, rampicante, è nativa delle zone tropicali dell'Africa e Asia. Possiede dei fiori bianchi bellissimi, ornati nella parte centrale da una corolla multicolore. Il suo nome deriva da due parole greche: strophos, corda intrecciata e anthos, indicando la corolla floreale divisa in cinque segmenti acuminati, con lobi che proseguono in lunghe appendici filiformi.

Dai semi e dalle radici si estraggono diversi glicosidi: strofantina, cimarina e ouabaina, aventi proprietà cardiotoniche e diuretiche. La pianta era anche utilizzata dagli indigeni africani per avvelenare le frecce.

Questo rimedio, poco conosciuto nella pratica clinica omeopatica, è stato a lungo studiato e utilizzato nella pratica allopatica come presidio di pronto soccorso, soprattutto nell'edema polmonare acuto e in altri casi di insufficienza cardiaca, possedendo rispetto alla digitale una maggiore azione cardiaca inotropa positiva e cronotropa negativa. Lo stesso autore lo ha utilizzato più volte, sempre per via endovenosa, nei primi anni post laurea presso il Pronto Soccorso del maggiore ospedale cittadino, all'inizio degli anni '80. Successivamente è stato sostituito nella sua azione, come d'altra parte anche la digitale stessa, soprattutto dai beta bloccanti che, secondo la letteratura allopatica, manifestano meno effetti collaterali.

Dal punto di vista omeopatico la sostanza è stata sperimentata da F. Gisevius e G.F. Matthes nel 1897 in Tintura Madre (vedi Clarke Dictionary); da W.L.Templeton su cinque provers, utilizzando la 2 DH e 3 DH, 6 CH, 12 CH e 30 CH e quindi da A.C. O'Hanlon nel 1950 su dodici provers, utilizzando la 6CH, 12 CH e 30 CH.

Scarsi sono stati i casi clinici cronici reperiti dall'autore nella letteratura omeopatica: a parte i pochi casi personali, con i quali è stata costruita la Materia Medica clinica del rimedio, è stato osservato un caso cronico e diversi acuti da J. H. Clarke; altri acuti da C.M.Boger, E. M.Hale e pochi altri.

Presento un caso cronico con diverse affezioni degenerative che, dopo un lungo follow up di dieci anni, posso pensare di aver curato con questo rimedio. Scopo dell'articolo è ampliare la conoscenza omeopatica non solo del rimedio stesso ma anche del gruppo o famiglia cui appartiene.

MATERIALI E METODI

Per la mia personale esperienza vi sono stati due fattori fondamentali che mi hanno sostenuto nel risolvere il caso: lo studio dal punto di vista omeopatico della famiglia delle Apocynaceae e l'analisi repertoriale, non solo classica ma anche per gruppo affine di rimedi. Con essa ho potuto evidenziare la presenza di Strophanthus in alcuni sintomi chiave del paziente.

RISULTATI

Il paziente gode attualmente e da anni un ottimo stato di salute, come riferito da lui stesso e come le sue analisi cliniche dimostrano. Non ha più lamentato problemi ipertensivi né cardiaci né renali né metabolici degni di nota, avendo anche interrotto da anni (a parte la Metformina, che peraltro assume a dosaggio ridotto) qualsiasi altro presidio allopatico.

DISCUSSIONE

Il caso stesso mi ha permesso di affinare le mie conoscenze relative al rimedio e più in generale a questo gruppo di rimedi, poco conosciuti in Omeopatia, che formano il gruppo delle Apocynaceae, fra i quali: Apocynum androsemifolium, Apocynum cannabinum, Oleander, Quebracho, Rauwolfia serpentina, Reserpine, Strophanthus hispidus, Strophanthus sarmentosus, Tanghinia velenifera, Vinca minor. Attraverso la letteratura omeopatica e lo studio di diversi casi clinici risolti, sia dal sottoscritto che da colleghi fidati, ho potuto abbozzare una prima costruzione delle dinamiche generali di questi rimedi, fra le quali: l'importanza in queste persone del senso della bellezza e dell'eleganza. La riservatezza assoluta e la scarsa consapevolezza di sé. La vessazione e la rabbia interiore. L'agitazione e l'alternanza fra rabbia e pentimento, eccitabilità e tristezza. Il senso di vuoto interiore. La stanchezza cronica, lo stato anemico persistente. La forte azione sull'apparato digerente: la nausea e il vomito estremi. Il tropismo cardio circolatorio. Il tropismo respiratorio. Le alterazioni del metabolismo e la loro azione nella insufficienza renale acuta e cronica. Il tropismo cutaneo e mucoso.

CONCLUSIONI

Da ormai molti anni la personale strategia di studio della Materia Medica Omeopatica è prevalentemente rivolta, oltre che alla letteratura storica, comprendente i vari provings effettuati, alla casistica clinica, dalla quale attingo la vera esperienza del rimedio e l'ipotesi per la costruzione di uno studio dinamico dello stesso. La sperimentazione pura mantiene sempre a mio parere una immensa importanza, ma rimane sterile se non è suffragata dalla conferma clinica. In più, lo studio dei rimedi per gruppi affini (botanici, zoologici, minerali, tossicologici ecc) mi fornisce un aiuto fondamentale per la loro comprensione profonda.

KEY WORDS

Scarsa autoconsapevolezza. Ipertensione. Insufficienza cardiaca e renale. Diabete.

CASO DI STROPHANTHUS HISPIDUS

Vedo Armando nel Maggio 2005. Ha cinquanta anni non ben portati: a parte il lieve sovrappeso ha gli occhi cerchiati e gonfi, sofferenti, la pelle molto pallida e alle caviglie si evidenzia facilmente un discreto edema bilaterale. Un addome gonfio che risalta in modo particolare, non essendo lui stesso molto alto di statura.
Cordiale e affabile, un'aria un po' spaesata e timida.
Viene accompagnato dalla moglie, già mia paziente.

"Apparentemente sto bene, ma prendo un sacco di pastiglie al giorno. Dunque:
Enapren (Enalapril, ACE inibitore) da 20 mg per l'ipertensione. Una al giorno.
Lasix e Lasitone (Furosemide - Spironolattone) come *diuretici,* se no mi gonfio subito, e anche quelli per la pressione. Una compressa di ognuno al giorno.
Il *Glibomet (Metformina + Glibenclamide)* per la glicemia, tre al giorno.
Lo *Zyloric (Allopurinolo),* una al giorno, per gli acidi urici, prendendo molti diuretici…
Il *Mutabon forte (Perfenazina 2 mg + Amitriptilina cloridrato),* una compressa la mattina e una la sera per dormire.
E infine la sera prendo anche il *Tavor (Lorazepam) da 2,5 mg,* se no non dormo niente.
Non è un bel quadro, incoraggiante!".

Lo invito a raccontarmi la sua storia:
"Non ho avuto sintomi fino ai 33 anni. Quando sono stato male si sono accorti che avevo un difetto interatriale, con insufficienza e scompenso cardiaco".

Interviene la moglie:
"E' stato tre mesi senza dormire… poi è gonfiato come una palla! I primi gonfiori gli sono venuti agli occhi, poi una caviglia e poi è diventato tutto come una palla.
La cosa scatenante forse è stato lo stress di una vacanza in Calabria, ma già non dormiva prima…".

Chiedo ad Armando quale fosse la sua occupazione in quel periodo:
"Allora lavoravo in una concessionaria di automobili. Ora no, faccio un lavoro più riposante, insegno informatica. Feci un corso di informatica in modo così, casuale e mi è piaciuta molto. Come studi mi sono diplomato come Perito Chimico.
Poi… le continuo: l'operazione al cuore, per il difetto interatriale, nell'87. Tutto bene, ma mi avevano prospettato di non prendere più farmaci e invece no… Durante l'intervento hanno visto anche un ritorno venoso anomalo e hanno dovuto intervenire anche lì. Così che hanno spostato l'asse elettrico e quindi da allora il cuore batte più lentamente, cinquanta battiti al minuto, ma prima no, era anche sempre più frequente!
Avevo anche una pressione polmonare altissima, ce l'ho anche adesso ma sembra che ora vada un po' meglio.
Poi c'è la glicemia… tendenzialmente è sempre più alta perché sono di famiglia, era anche mio padre così. Il problema è che già al mattino è alta e ora con tre compresse al giorno è sui 200 *(mg/dl)*.
Come prima diagnosi in ospedale avevano pensato a una epatosplenomegalia, avevo degli esami del sangue disastrosi, la pressione alle stelle, mi hanno chiesto se bevevo…
Io avevo sempre mal di stomaco e non digerivo, era l'unico sintomo anche precedente all'insonnia, che avevo da tempo".

Domando da quanto tempo soffriva di disturbi digestivi:
"Fin da ragazzo avevo problemi nella digestione. Vomitavo spesso in quel periodo, quasi tutte le sere! Mi ricordo che allora prendevo il *Ranidil (Ranitidina cloridrato)*.
Dopo l'intervento mi avevano tolto tutti i farmaci, ma dopo quindici giorni la pressione era salita di molto. Anche se non ero gonfiato…
Al di là di questo, devo dire che adesso è un periodo che mi sento bene. Non ho affanni, palpitazioni. Riesco a dormire abbastanza bene, prima mi sentivo il cuore battere sempre forte…".

La moglie aggiunge:
"Si spaventa anche con molta facilità…".

Riprende Armando:
"Sono piuttosto apprensivo… diciamo, ma come lei d'altra parte! Io per star bene ho bisogno di stare tranquillo…".

La moglie:
"Ma tanto il nervoso te lo fai lo stesso!".

Lo invito a parlarmi del suo umore attuale:
"L'umore direi normale… no, non mi faccio troppo nervoso. Lavoro tanto, torno sempre la sera alle otto! E' un lavoro che mi piace, anche se ogni tanto c'è qualche piccolo problema con le persone, con gli iscritti ai corsi".

Silenzio. Domando com'è ora la digestione:
"Mah, da dopo l'operazione devo dire che digerisco bene. L'appetito è buono! Anche la sete buona, di giorno resisto abbastanza e la sera mi bevo un litro e mezzo d'acqua.
Di cosa sono più goloso? Mi piace di più la roba salata, non dolce. Pasta, carne, pesce. Salumi, formaggi!
Non mi vanno invece le verdure bollite, gli spinaci, i minestroni. E poi mi fa proprio male il caffè, non posso prenderlo in nessuna maniera. Mi vengono subito le palpitazioni e soprattutto non lo digerisco. Lo bevevo una volta, ma mi sentivo sempre male! Se ora lo bevessi… tremerei come una foglia!
E il latte… più che altro non mi piace. Non ne bevo mai. Comunque in genere ora digerisco bene, e l'intestino è regolare".

Insisto nel chiedergli com'è questo stato ansioso per lui:
"Ansioso lo sono sempre stato. Per il lavoro, perché delle volte mi capitava… non so, l'affrontare la giornata successiva…".

Chiedo maggiori spiegazioni:
"Nel senso di aver paura di non farcela, per la stanchezza. Per esempio, mi stancavo a fare un lavoro di fatica. Poi, dopo l'operazione, di aver paura di star male. E poi, mia moglie è più ansiosa di me!".

Domando se può dirmi qualcosa di più del suo carattere:
"Di carattere sono sempre stato abbastanza tranquillo. Soprattutto guardo di andare d'accordo con le altre persone, cosa che adesso mi riesce bene!
Sono arrivato tardi in famiglia, l'ultimo figlio, le mie due sorelle sono più grandi di parecchio di me, una di quattordici anni e l'altra di nove. Ed ero… un po' il cocco in famiglia. Poi i miei sono mancati che io avevo ventiquattro e venticinque anni. Io lavoravo già e ho cercato di continuare a lavorare, di superarla. Mi ha aiutato tanto il fatto che lavoravo, uno è più tranquillo, vede le cose in maniera diversa.
I problemi di digestione li avevo già, è una cosa che ho avuto fin da giovane. Praticamente sono passati dopo l'intervento! Dopo un anno dall'intervento ho

cominciato a stare bene.
Poi… sì, l'operazione è andata bene, ma poi credevo di non dover prendere nessuna medicina. Ma provai a sospendere tutto ma dopo dieci giorni la pressione si era alzata troppo. E poi la glicemia e gli acidi urici sono arrivati dopo".

M'informo dei suoi sogni:
"No, non ne faccio molti… ogni tanto sogno qualcosa ma raramente, li ricordo in maniera confusa. Ma non incubi o cose strane".

Riguardo a eventuali hobby:
"Come passione ho quella per le automobili. Forse anche perché ho lavorato nel settore e leggevo cose al riguardo, giornali, era importante tenersi informati".

Di nuovo silenzio. Devo sempre spronarlo con le mie domande, anche se non mi dà l'impressione di essere particolarmente reticente o abbottonato: mi sembra anzi cordiale e disponibile, ma con poca o scarsa coscienza di sé, di *'insight'*.

Gli chiedo direttamente come vive le proprie arrabbiature:
"Magari internamente sì mi arrabbio, ma queste cose cerco di vincerle, perché logicamente arrabbiarsi fa male al cuore e a tutto. Allora cerco di chiarire… ho da gestire cinque persone sul lavoro, e delle volte sì, sì che mi fanno arrabbiare! Sul lavoro poi cerco di parlare, mi rapporto con tanta gente, si cerca di instaurare un certo rapporto di amicizia. E allora mi sento appagato, gratificato".

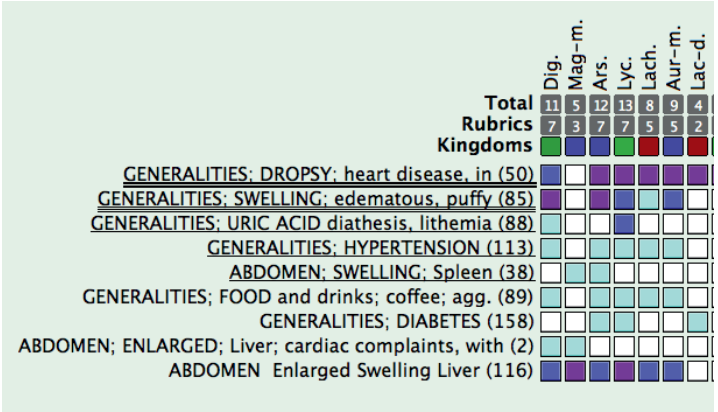
La stessa domanda riguarda le eventuali sue paure:
"No… una cosa di cui avevo paura era che succedesse qualcosa ai miei, alla mia famiglia. Quella è una cosa che mi ha sempre dato fastidio".

Mentre lo visito mi aggiunge:
"Vede come sono sudato? Io prima soffrivo molto il freddo, ma da quando mi hanno operato soffro di più il caldo...".

Eseguo una rapida repertorizzazione:

GENERALITIES; DROPSY; heart disease, in (50) ****
GENERALITIES; SWELLING; edematous, puffy (85) ***

GENERALITIES; URIC ACID diathesis, lithemia (88) *
GENERALITIES; HYPERTENSION (113) *
ABDOMEN; SWELLING; Spleen (38) *
GENERALITIES; FOOD and drinks; coffee; agg. (89)
GENERALITIES; DIABETES (158)
ABDOMEN; ENLARGED; Liver; cardiac complaints, with (2)
ABDOMEN Enlarged-swelling liver (116)

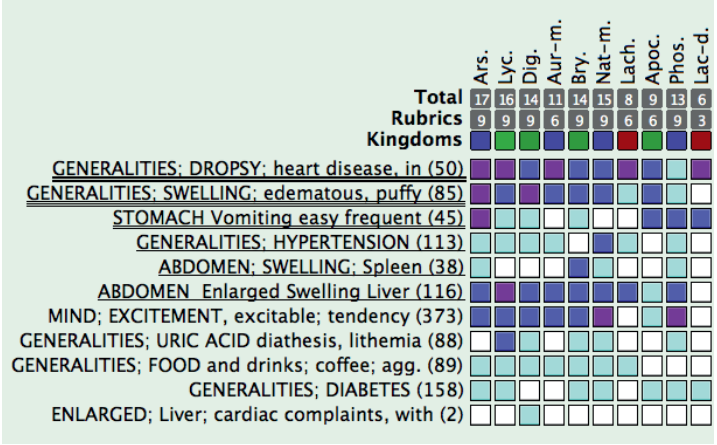


Da cui si evidenzia il rimedio Dig, che in realtà non mi convince pienamente ma che comunque prescrivo: **Digitalis purpurea Q1**, in gocce tutti i giorni per due mesi.
Gli consiglio anche di interrompere almeno il *Mutabon* e aggiungo un fitoterapico: *Poterium spinosum TM,* 25 gocce due volte al giorno, per contenere il più possibile l'iperglicemia.

Lo rivedo diversi mesi dopo, in Settembre. Il quadro è sostanzialmente invariato, Armando si sente tutto sommato abbastanza bene ma deve continuare sempre tutta la terapia. Non noto cambiamenti di rilievo: persistono gli edemi malleolari e li scopro presenti anche sotto agli occhi.
Lamenta molta stanchezza dovuta, a suo dire, ai ritmi di lavoro.
Mi rileggo tutto il caso e mi colpisce molto questa sua cattiva digestione già in età giovanile, accompagnata dal costante vomito.

Eseguo un'altra repertorizzazione:

GENERALITIES; DROPSY; heart disease, in (50) ****
GENERALITIES; SWELLING; edematous, puffy (85) ***
STOMACH Vomiting easy frequent (45) **
GENERALITIES; HYPERTENSION (113) *
ABDOMEN; SWELLING; Spleen (38) *
ABDOMEN Enlarged Swelling Liver (116) *
MIND; EXCITEMENT, excitable; tendency (373)
GENERALITIES; URIC ACID diathesis, lithemia (88)
GENERALITIES; FOOD and drinks; coffee; agg. (89)
GENERALITIES; DIABETES (158)
ABDOMEN; ENLARGED; Liver; cardiac complaints, with (2)



Il rimedio Apoc non compare fra i primi della lista ma è quello che maggiormente mi convince, poiché è presente nei sintomi e tropismi d'organo propri di Armando.
Decido di prescriverlo: **Apocynum cannabinum LM5** (non lo trovo in potenza 'Q'), sempre tutte le mattine. Non tolgo nulla, per ora, alla sua terapia allopatica, desiderando prima valutare l'effetto del rimedio.

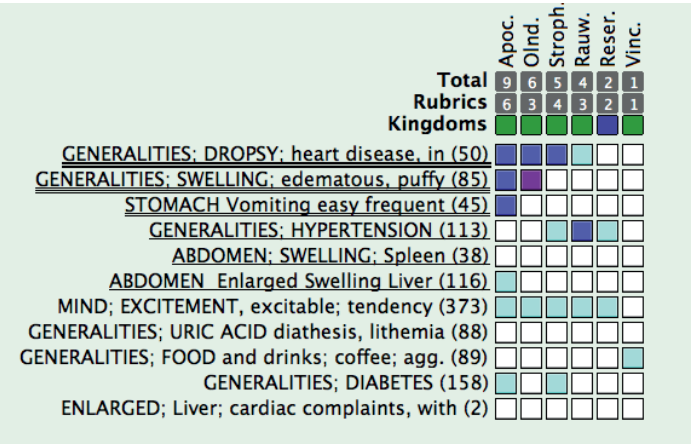
Lo rivedo dopo due mesi. D'ora in poi verrà sempre solo:
"Sono sempre stato bradicardico e ora mi si sono anche diminuiti i battiti: al mattino ho 44 - 46 al minuto, poi durante il giorno si alzano.
Però devo dire che sto più bene, la notte riesco a dormire, palpitazioni non ne ho. La pressione va bene, si è abbassata anche quella. E sono dimagrito di quattro chili!
La glicemia va su e giù ma non ha più superato i 160, in genere è sui 120-130. Prima solo col *Glibomet* mi saliva sempre a 200, pur prendendone tre al giorno.
L'umore abbastanza bene… ma sono preoccupato per mia moglie, perché non sta affatto bene, ora ho questo problema qua.
Ah, la nausea, che avevo spesso e di cui qualche volta ne avevo parlato… ora no, mi è scomparsa del tutto!
Ora che ho tolto i due *Mutabon* al giorno… ti confesso che mi sento un'altro! Non ne prendo più, e la pressione va sempre bene!
Mi hanno detto che sono cambiato, che sono più tranquillo, che scherzo… persone sul lavoro che mi conoscono da quattordici anni!
Ora, non è che il nervoso non ci sia… ma riesco di più a controllarlo. Le cose prima mi pesavano di più e mi preoccupavo anche di più per il domani. Ora lo vivo più tranquillo, prima mi bastava una visita medica che mi dicevo… 'Chissà come mi trovano?'
Anche il sonno va meglio. Sogni? L'unico, ho sognato un signore con cui avevo discusso la sera prima. Sai che ho notato che non prendendo più il *Mutabon* il sonno è migliorato? E non mi sveglio neanche più durante la notte!".

Lo visito e noto con soddisfazione la scomparsa degli edemi malleolari, persistono invece quelli agli occhi.
Annoto anche, fra un discorso e l'altro, che Armando ha molta ansia per le malattie, al punto da autodefinirsi ipocondriaco.
Consiglio di continuare Apocynum con la stessa posologia, cioè tutte le mattine e gli consiglio di assumere d'ora in poi i due diuretici a giorni alterni, dimezzando così la dose. Nel caso di peggioramento della situazione pressoria o edematosa può sempre riprendere il vecchio dosaggio.
Consiglio altresì, visto che il sonno va meglio, di dimezzare anche il *Tavor* la sera.

Lo rivedo dopo tre mesi, a fine Febbraio 2006:
"Ho appena fatto le analisi e la glicemia è a 150. Per il resto vanno bene,

a parte un po' di micro albuminuria. Bene come diuresi e come pressione, nonostante dall'ultima visita abbia dimezzato i diuretici. Ho anche ridotto il *Tavor* come mi avevi detto: per un po' ho preso quello da 1 mg, poi ora prendo le gocce, 15, che corrispondono a 3/4 di 1 mg. Il dormire va tutto bene. Ma per quanto riguarda certi momenti della giornata mi sento un po' teso… va a giorni…
Sono ancora dimagrito, ora a 63 chili, l'ultima volta ero a 68.
Un'altra cosa che ho notato… come ti avevo detto il caffè non mi piace e non lo posso prendere, perché mi dà tremori e non lo digerisco. Ma in quest'ultimo periodo mangio molte caramelle al caffè e bevo il decaffeinato, cosa che in vita mia non avevo mai fatto e tutto questo mi attira! Ora mi andrebbe anche di bere il caffè… vero!
Come sonno dormo bene, mi addormento quasi subito, pur avendo molto ridotto il *Tavor*. Anche il mio medico mi ha detto: 'Non ti ho mai visto così bene!'
E in effetti mi sento meglio, sono come vedi anche più colorito e dimagrito… anche se l'umore non è proprio al massimo in questi mesi… non so…".

Mi rendo conto che il rimedio ha effettivamente agito ma non sono del tutto soddisfatto. Credo di trovarmi molto vicino al suo rimedio ottimale, per quanto si possa conoscere e chiedo al programma di mostrarmi i rimedi delle Apocynaceae presenti nel suo studio repertoriale.



Mi colpisce Strophanthus, proprio perché rimedio 'cardiaco' per eccellenza, quando invece Apocynum ha un tropismo d'organo più renale. Osservo anche con soddisfazione che anche Strophanthus, come Apocynum, 'copre' il problema iperglicemico.

Prescrivo quindi **Strophanthus LM3** e gli consiglio di ridurre altri farmaci: *Zyloric* 1/2 compressa al giorno, *Lasitone* interrompere e *Lasix (25 mg)* sempre e solo a giorni alterni; *Tavor (1mg)* 1/2 compressa; *Glibomet* una compressa due volte al giorno anziché tre volte.

La visita successiva è prevista dopo due mesi, ma dieci giorni dopo quest'ultima mi telefona con una certa preoccupazione mista a soddisfazione, poiché dopo tanti anni e per la prima volta ha notato un brusco calo della pressione arteriosa. Lo visito urgentemente poco dopo questa telefonata e noto il calo pressorio, per cui consiglio di dimezzare *l'Enapren,* nonché di assumere Strophanthus a giorni alterni.

Così poi mi riferisce circa due mesi dopo, durante la visita programmata:
"Mi era calata la pressione in modo vertiginoso, dopo appena dieci giorni di Strophanthus. Allora ho fatto come mi hai detto ed è sempre andato tutto bene da allora.
Devi anche sapere che ho ripreso dopo venti anni il caffè, perché ne sentivo il bisogno! E non mi è successo… NIENTE! L'ho anche ripreso due altre volte… poi mangio caramelle al caffè, cioccolatini al caffè, bevo *Coca cola* e va tutto bene, prima solo l'odore mi dava tremori, non riuscivo a farmi la barba… ma ci vado con cautela, prendo anche il decaffeinato.
Sai che in quei giorni di pressione bassa mi girava un po' la testa? Ma niente di preoccupante, lavoravo comunque…
La pressione la misuro tutti i giorni, stamattina era 130/70 ed è sempre stata più o meno su questi valori.
E non sto male, anzi, direi che non mi sono mai sentito così bene!
Anche la glicemia va sempre bene, pur avendo ridotto il *Glibomet:* la mattina è sempre sui 140-150, prima non scendeva mai sotto i 200! E sto sempre bene come peso, ora mi sono assestato sui 63 chili.
Dormo BENE, SI'! Ora ho proprio il sonno giusto, dormo! I sogni? No, niente di strano… l'ultima volta ho sognato che andavo a lavorare con l'accappatoio, per fare prima!".

Vista la sua maggiore disponibilità al dialogo e per scoprire nuovi aspetti del rimedio, gli chiedo se può dirmi qualcosa della sua infanzia:
"Rispetto a quand'ero bambino… diciamo che adesso sono più calmo, tranquillo. Prima ero più tendente al nervosismo. Per le solite cose, per il traffico per esempio. Poi mi arrabbiavo per lo studio, se qualcosa non andava bene. Ma non ero più incazzoso degli altri. Ho sempre avuto tanti amici, quello sì. Direi che ero… normale! Eravamo un gruppetto di due o tre persone, non avevo tanto l'amico del cuore. Avevo quei due amici che ho ancora adesso.
Anche da ragazzo avevo l'hobby delle auto, e poi ho lavorato in quella concessionaria per dodici anni!
Mi piaceva anche andare in montagna, più che al mare, anche perché qui al mare ci siamo già. E poi camminare e vedere tanti posti.
Il sole mi ha sempre dato un po' fastidio, anche se soffrivo più il freddo, ma il caldo anche… non ero e non sono di quelli che se ne stanno lì stesi a prenderlo. L'acqua mi piace, non ho problemi. E poi non soffro la nave, la barca o la macchina.
Da ragazzo andavo a dormire prestissimo, finché sono andato a scuola. Leggevo fumetti e anche dei libri. Questo finché non ho fatto la maturità. Comunque mi svegliavo presto al mattino!
Portavo i capelli lunghi e tutte le mattine mi alzavo prima per lavarli".

Misuro la pressione arteriosa: 130/70. Lo osservo anche molto più colorito, con la scomparsa di qualsiasi edema.
Consiglio di continuare il rimedio sempre a giorni alterni e di ridurre ulteriormente l'antipertensivo. In più, dimezzare il *Lasix,* sempre a giorni alterni.

Nella visita successiva, in Luglio, due mesi dopo l'ultima, m'informa di aver scoperto di sudare molto meno e di soffrire meno il caldo, nonostante la calura torrida dell'estate attuale. La pressione arteriosa va sempre benissimo, con valori della minima che quasi sempre si aggirano sui 65 e così pure la glicemia: sempre 130-140 al mattino; la sera sui 100-120.
M'informa che dall'ultima visita il dosaggio giornaliero di *Enapren* è di 5 mg anziché 20 com'era sempre stato: praticamente 1/4 del precedente.
Consiglio di ridurre anche lo *Zyloric:* 1/2 compressa a giorni alterni.
Raccomando sempre il rimedio a giorni alterni.

Nel Settembre successivo, oltre a confermarmi il sostanziale benessere generale, con tutti i parametri pressori, di glicemia ecc. sempre normali mi aggiunge: "Non sono neanche più stanco la sera, per il lavoro, cosa che prima mi pesava molto! Neanche a Luglio, con quel caldo…
E poi c'è una cosa mia, di inconscio o non so, forse… che ora sto molto meglio, fin troppo, e ho paura di stare di nuovo male! Ho anche resistito benissimo al caldo, cosa per me incredibile, e sudando anche molto meno!".

Mi decido e gli consiglio di eliminare completamente il diuretico.
Per riassumere, ora la sua terapia è così composta:
Strophanthus LM3 a giorni alterni;
Enapren 5 mg, una compressa/die;
Glibomet, una compressa due volte al giorno;
Zyloric, 1/2 compressa a giorni alterni.

L'ho seguito sempre da allora (ora scrivo nel 2015), visitandolo ogni quattro o cinque mesi. Siamo sempre in contatto anche al momento attuale.
Dopo tre mesi da quell'ultima visita ha tolto anche completamente lo *Zyloric,* dopo aver osservato i valori ematici, tutti sostanzialmente nella norma, a parte la glicemia del mattino, sempre sui 130-140.
La pressione arteriosa si è sempre mantenuta stabile, con la minima sempre fra i 60 e i 70, al punto che nel 2010 gli ho consigliato di interrompere completamente l'*Enapren* antipertensivo e da allora non ne fa più uso.

Continua con Strophanthus, che da circa quattro anni assume in diluizione LM5, sempre a giorni alterni.

MATERIA MEDICA
STROPHANTHUS HISPIDUS

TEMI:

Riservatezza – Poca coscienza di sé
Molto chiusi e riservati: come gli altri rimedi della famiglia danno l'impressione di non rivelare mai molto di sé, poiché loro stessi non hanno una grande consapevolezza di sé.

Eccitabilità
Sono comunque molto eccitabili e tendono a trattenere le loro impressioni interiormente.
Dolci, garbati, ossequiosi. Cercano di andare d'accordo con tutti, come avessero il timore di litigare. Molta paura di essere giudicati dagli altri.

Responsabilità
Grandi lavoratori e molto responsabili, si preoccupano molto per il benessere della famiglia.

Ipocondriasi
Molto impressionati dalle malattie, ipocondriaci. Ansia da anticipazione.
Una certa sensibilità, anche fisica, agli interventi chirurgici (da verificare ulteriormente nella clinica).

Estetica
Il senso estetico, la cura di sé è presente anche in questo rimedio: *"Portavo i capelli lunghi e tutte le mattine mi alzavo prima per lavarli."*
ORGANOTROPISMO

Nella Materia Medica è segnalata una certa sensazione di fluttuazione, di essere sollevati durante il sonno. Come anche una predisposizione all'alcolismo.

Una certa **alternanza** si può notare nei sintomi fisici.

Temperatura
A differenza delle altre *Apocynaceae,* in questo rimedio è stata notata una certa sensibilità al caldo, al sole diretto, per cui sudano anche molto.

Alimenti
Aggravati dall'alcol, dal tabacco e dal caffè, che desidererebbero.
Desiderio di cibi salati: pasta, pane, salumi, formaggi.

Frequenti **problemi metabolici:** iperglicemia, diabete, iperuricemia, albuminuria.
Tendenza all'obesità. Anemia, emaciazione.

Problemi endocrini: gozzo con possibile esoftalmo.

Apparato cardio vascolare
Rimedio tipicamente 'cardiaco', con frequenti storie di vizi valvolari, dilatazioni atrio ventricolari o altre irregolarità cardiache.

Frequente l'ipertensione e lo scompenso cardio circolatorio, che si evidenzia tipicamente con gli edemi.
Palpitazioni, tachicardie, aritmie frequenti. Edema polmonare.
Stanchezza cronica, accentuata dall'eventuale scompenso cardiaco.

Apparato respiratorio
Difficoltà respiratorie, dovute spesso a ipertensione del piccolo circolo. Asma cardiaca.

Apparato digerente
Tropismo spiccato anche per l'apparato gastrointestinale. Gonfiori addominali che evolvono spesso in ascite. Epato e splenomegalie.
Anche in questo rimedio, come nelle altre *Apocynaceae,* la nausea e il vomito sono frequenti già in giovane età, come primi sintomi di scompenso.

Cefalee lancinanti, a fitte, più frequenti alle tempie, a volte accompagnante o seguite da diplopia.

Pelle
Sudorazione abbondante o al contrario pelle molto secca.
Storie di orticarie, molto pruriginose.

Workshop

Osservazioni cliniche sull'uso nell'uomo dell'Omeopatia nelle malattie degenerative

DIABETES

DR. FAROKH MASTER

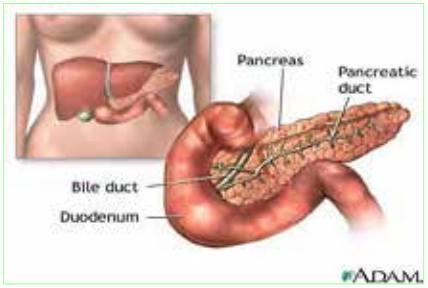
The Pancreas are on a Strike

Dr. Farokh Master 2

- Prevalence of Diabetes: 25.8 million adults in the US – 8.3%. UK rates are around 3.5-5.0%
- Metabolic Syndrome: Risk factors related to obesity.
- Type I: Beta cells produce little or no insulin.
- Type II: Fat, Liver, and muscle cells do not respond to insulin (insulin resistance)
- Gestational Diabetes: High sugars in Pregnancy

Dr. Farokh Master 3

What is Diabetes?



Diabetes mellitus (DM) is a chronic condition that is characterised by raised blood glucose levels (Hyperglycemia).

ETIOLOGY

1. Etiology of Type 1 Diabetes

- Auto Immune diseases
- Selective destruction of β cells by T cells
- Several circulating antibodies against β cells
- Cause of Autoimmune attack: unknown
- Both genetic and environmental factors are important

Environmental Factors

Viruses

e.g.
- Coxsackie
- Mumps
- Rubella

Nutrients

↓

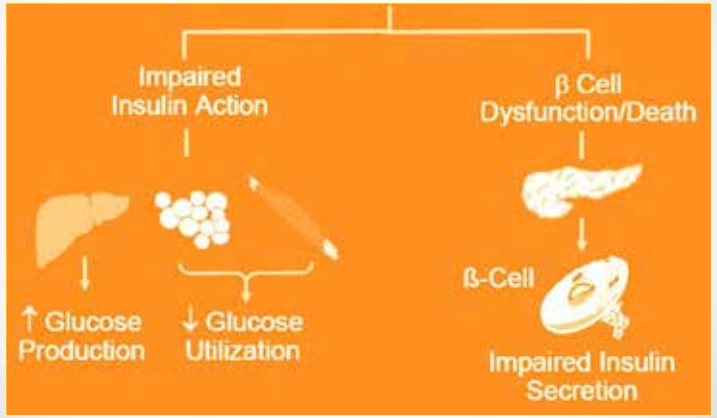
e.g. Cow milk

Babies → Cow milk → Antibodies against cow insulin

↓

Closely resembles human insulin → May attack β cells

Etiology of Type 2 Diabetes



Dr. Farokh Master 8

- Response to insulin is decreased
  - ↓glucose uptake (muscle, fat)
  - ↑glucose production (liver)
- The mechanism of insulin resistance is unclear
- Both genetic & environmental factors are involved
- Post insulin receptor defects

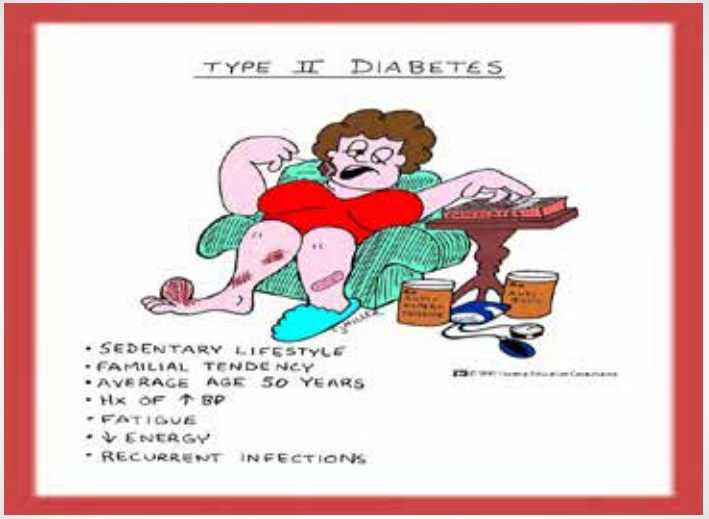
Dr. Farokh Master 9

Your pancreas may not produce enough insulin (insulin deficiency).

OR

Your cells don't use insulin properly. The insulin can't fully "unlock" the cells to allow glucose to enter (insulin resistance).

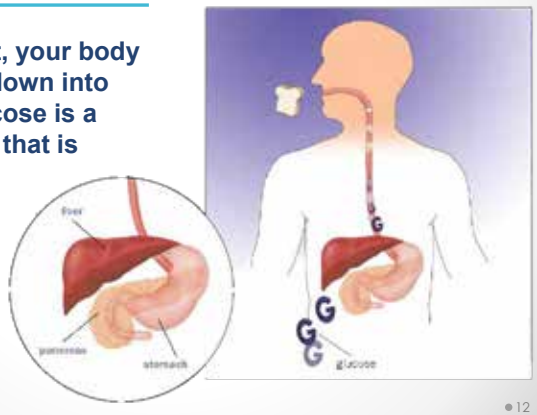
Dr. Farokh Master 10



Dr. Farokh Master 11

Pathophysiology of Diabetes

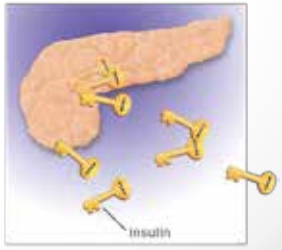
When you eat, your body breaks food down into glucose. Glucose is a type of sugar that is your body's main source of energy.



Dr. Farokh Master 12

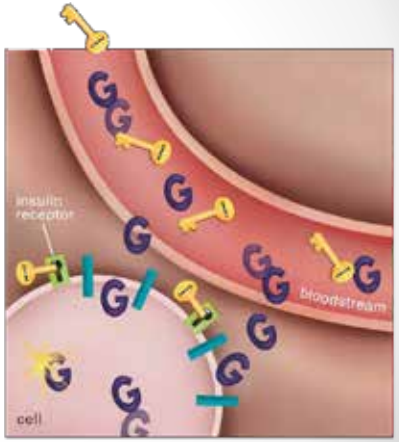
What's Exactly happening!!

- During digestion, glucose moves through the body through the bloodstream to feed your cells.
- To be able to transfer the Blood sugar into the cells, your body needs insulin, which is made by the Pancreas and released into the bloodstream.



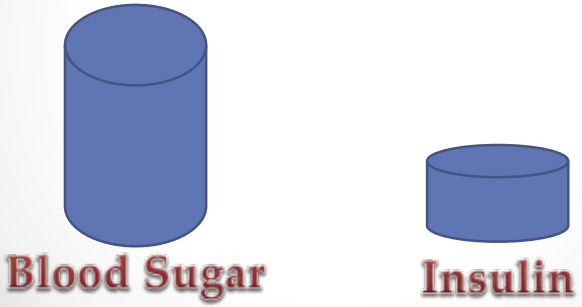
Dr. Farokh Master 13

Acting as a key, insulin binds to a place on the cell wall (an insulin receptor), unlocking the cell so glucose can pass into it. There, most of the glucose is used for energy right away.



Dr. Farokh Master 14

- The problem happens when you have too much blood sugar in your body compared to the amount of insulin your pancreas is providing.

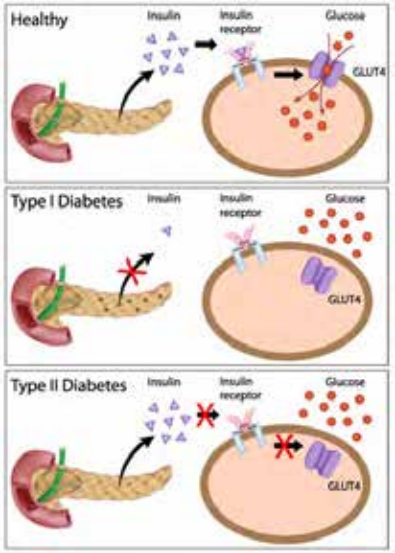


Dr. Farokh Master 15

- If you're body is not making enough insulin to keep up with the amount of sugar in your bloodstream, or if your body is having trouble making insulin, the glucose in the blood remains there and causes your blood sugar levels to elevate.
- If it continues, even after monitoring your diet, you will develop diabetes.

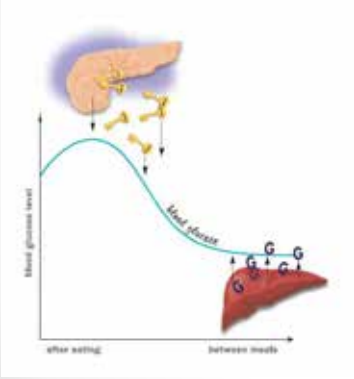
Dr. Farokh Master 16

Difference between Type 1 and Type 2



Dr. Farokh Master 18

Blood glucose regulation



Blood glucose goes up and down throughout the day:

As your blood glucose rises (after a meal), the pancreas releases insulin.

Dr. Farokh Master 19

Diabetes Symptoms

The following symptoms of diabetes are typical. However, some people with type 2 diabetes have symptoms so mild that they go unnoticed.

Common symptoms of diabetes:

Dr. Farokh Master 20

Diabetes Symptoms

The following symptoms of diabetes are typical. However, some people with type 2 diabetes have symptoms so mild that they go unnoticed.

Common symptoms of diabetes:

Dr. Farokh Master 20

Urinating often

Dr. Farokh Master 21

Feeling very thirsty

Dr. Farokh Master 22

Feeling very hungry - even though you are eating

Dr. Farokh Master 23

Extreme fatigue

Dr. Farokh Master 24

Blurry vision

Dr. Farokh Master 25

Cuts/bruises that are slow to heal

Dr. Farokh Master 26

Weight loss - even though you are eating more (type 1)

Dr. Farokh Master 27

Tingling, pain, or numbness in the hands/feet (type 2)

Dr. Farokh Master 28

Risk factors for type 2 diabetes

Type 2 is more common in people who:

- Are overweight.
- Are 45 or older.
- Are physically inactive.
- Have a parent or sibling with type 2 diabetes.
- Are African American, Native American, Hispanic American, or Pacific Islander.
- Have abnormal cholesterol levels.
- Have had gestational diabetes, or given birth to a baby greater than 9 lbs.
- Have high blood pressure.

Dr. Farokh Master 29

- Nearly all adults with diabetes have one or more cholesterol problems, such as:

  high triglycerides

  low HDL ("good") cholesterol

  high LDL ("bad") cholesterol

Dr. Farokh Master 30

Laboratory Tests

1. Glucosuria

To detect glucose in urine by a paper strip
Semi-quantitative
Normal kidney threshold for glucose is essential

2. Ketonuria

– To detect ketonbodies in urine by a paper strip
Semi-quantitative

31

3. Fasting blood glucose

Glucose blood concentration in samples obtained after at least 8 hours of the last meal

4. Random Blood glucose

Glucose blood concentration in samples obtained at any time regardless the time of the last meal

32

Blood Glucose Targets for Adults

- **Pre-meal or fasting: 80-120**
- **2 hours post-a meal: 80-140**
- **Bedtime: 80-140 or 100-140**

5. Glucose tolerance test

75 gm of glucose are given to the patient with 300 ml of water after an overnight fast

Blood samples are drawn 1, 2, and 3 hours after taking the glucose

This is a more accurate test for glucose utilization if the fasting glucose is borderline

34

6. Glycosylated hemoglobin (HbA1C)

- HbA1C is formed by condensation of glucose with free amino groups of the globin component of hemoglobin
- Normally it comprises 4-6% of the total hemoglobin.
- Increase in the glucose blood concentration increases the glycated hemoglobin fraction.
- HbA1C reflects the glycemic state during the preceding 8-12 weeks.

35

7. Serum Fructosamine

Formed by glycosylation of serum protein (mainly albumin)

Since serum albumin has shorter half life than hemoglobin, serum fructosamine reflects the glycemic state in the preceding 2 weeks

Normal is 1.5 - 2.4 mmole/L when serum albumin is 5 gm/dL.

36

Normal Sugar levels

Age (years)	levels for someone with diabetes (mg/dl)	Atc level
19 years or older	70-140 mg/dl	Lees than < 7%
13-19 years	70-150 mg/dl	Less than < 7.5%
6-12 years	70-180 mg/dl	Less than < 8%
Under six years	80-200 mg/dl	7.5% - 8.5%
Normal level (for non diabetics)	70-120 mg/dl	4.3% - 6.2%

Dr. Farokh Master

37

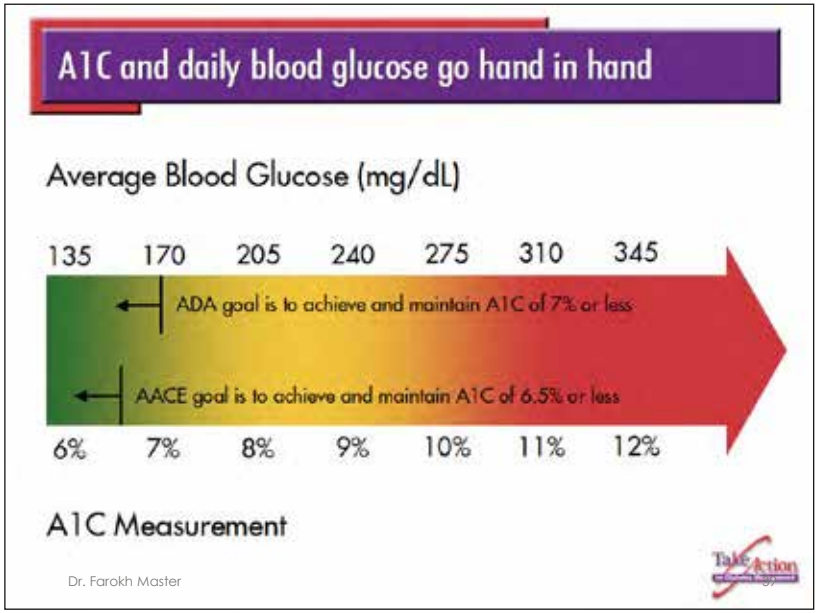
Diagnosing diabetes

Fasting plasma glucose test (FPG) results

diabetes	126 mg/dL or greater
pre-diabetes	125 mg/dL to 100 mg/dL
normal	less than 100 mg/dL

Dr. Farokh Master

38



When & How Often Should You Be Testing?

- On insulin: Daily, to monitor the dosage of Insulin to be taken.
- Not on insulin: Every 3 months a detailed check up should be done.

Complications

1. Hypoglycemia

- Cause: Missing meals or excessive exercise or too much insulin
- Symptoms: Tachycardia, palpitation, sweating, nausea, and vomiting. Progress to mental confusion, bizarre behavior and coma
- Treatment: Candy or sugar
  IV glucose

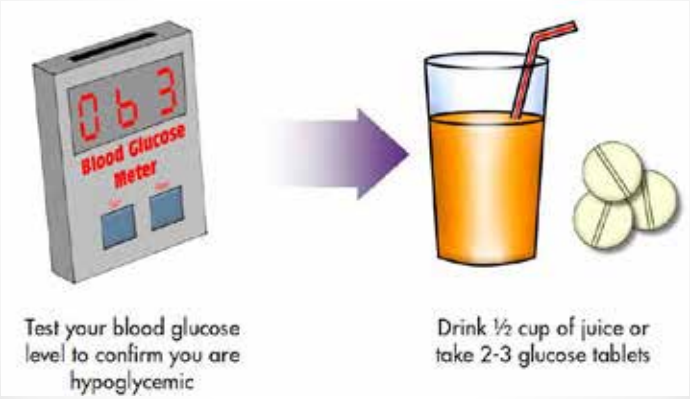
41

Hypoglycemic Symptoms

Dr. Farokh Master

42

How to treat Hypoglycemia



Dr. Farokh Master 43

How to care for yourself when you're hypoglycemic

☑ Eat or drink 15 grams of fast-acting, low-fat carbohydrate right away.

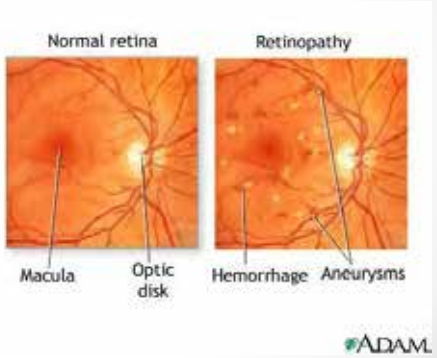
Quick energy sources

- ½ cup fruit of orange, apple, or grapefruit juice
- 1/3 cup grape, prune, or cranberry juice
- 2 tbsp raisins
- 6 crackers
- 3-5 pieces hard candy
- 1 cup skim milk
- 1 piece bread
- 3-4 glucose tablets, or 1 tube glucose gel
- ½ cup regular soft drink (not diet)
- 11 jellybeans

Dr. Farokh Master 44

2. Diabetes retinopathy

- Microaneurysm
- Hemorrhage
- Exudates
- Retinal edema
- other



45

3. Diabetes nephropathy

- 30-40 % of all type 1 DM patients develop nephropathy in 20 years
- 15-20 % of type 2 DM patients develop nephropathy
- Manifested as:
  - Microalbuminuria
  - Progressive diabetic nephropathy leading to end-stage renal disease

46

- All diabetic patients should be screened annually for microalbuminurea to detect patients at high risk of developing progressive diabetic nephropathy
- Tight glycemic control and management of the blood pressure can significantly decrease the risk of developing diabetic nephropathy.

47

4. Diabetes Neuropathy

Loss of sensation due to damage of nerve fibers (eg. Heat, cold, pain)

There are various Types of DM Neuropathy

48

Peripheral Neuropathy
This type usually affects the feet and legs. Rare cases affect the arms, abdomen, and back.

Symptoms include:
Tingling
Numbness (which may become permanent)
Burning (especially in the evening)
Pain
Early symptoms usually get better when your blood sugar is under control. There are medications to help manage the discomfort.

Dr. Farokh Master 49

Autonomic Neuropathy
This type usually affects the digestive system, especially the stomach. It can also affect the blood vessels, urinary system, and sex organs.

In your digestive system:
Symptoms include:
Bloating
Diarrhea
Constipation
Heartburn
Nausea
Vomiting
Feeling full after small meals
What you should do: You may need to eat smaller meals and take medication to treat it.

Dr. Farokh Master 50

In blood vessels:
Symptoms include:
Blacking out when you stand up quickly
Faster heartbeat
Dizziness
Low blood pressure
Nausea
Vomiting
Feeling full sooner than normal

Dr. Farokh Master 51

In Men:

Symptoms include: He may not be able to have or keep an erection, or he may have "dry" or reduced ejaculations.

Dr. Farokh Master 52

In Women:
Symptoms include:

Can include less vaginal lubrication and fewer or no orgasms.

Dr. Farokh Master 53

In the Urinary System:
Symptoms include:
Trouble emptying your bladder
Bloating
Incontinence (leaking urine)
More bathroom trips at night

Dr. Farokh Master 54

5. Peripheral vascular disease and foot ulcer

Incidence of gangrene of the feet in DM is 20 fold higher than control group due to:

- Ischemia
- Peripheral neuropathy
- Secondary infection

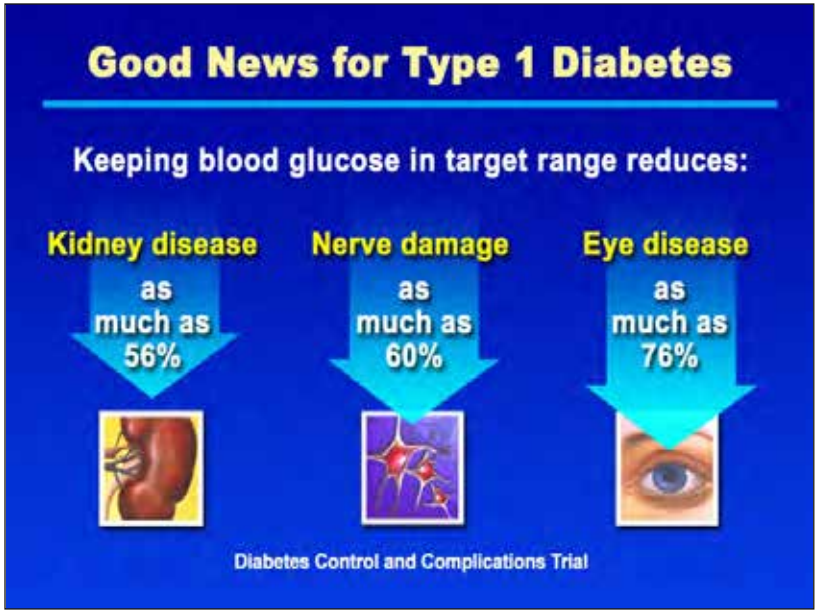
6. Diabetic ketoacidosis

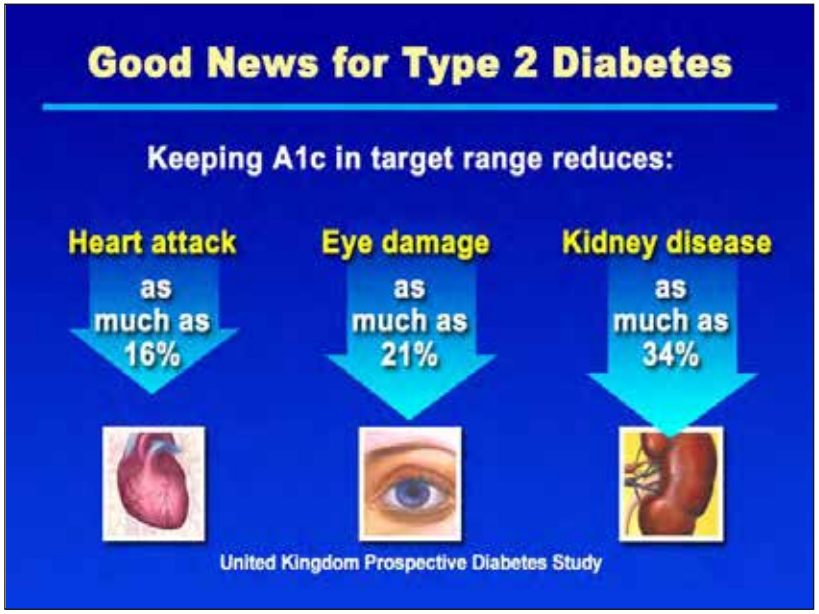
- It is a true emergency
- Signs and symptoms:
  - Fatigue, nausea, vomiting, evidence of dehydration, rapid deep breathing, fruity breath odor, hypotension and tachycardia

56

- Diagnosis
  - Hyperglycemia, acidosis, low serum bicarbonate, and positive serum ketones
- Abnormalities:
  - Dehydration, acidosis, sodium and potassium deficit
- Patient education is important

57



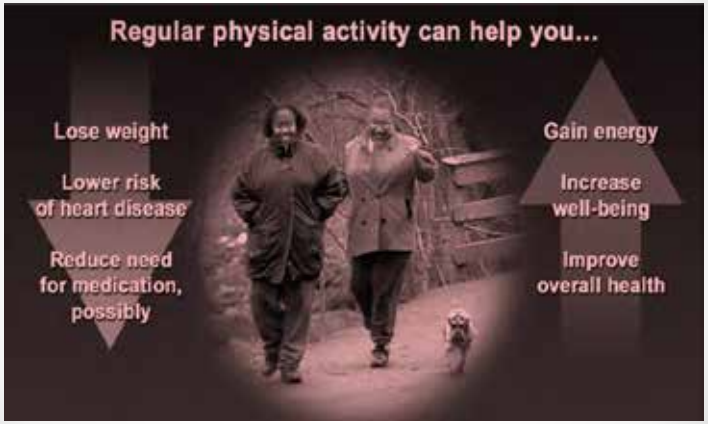


Management of Diabetes

Key pieces of diabetes self-management:

Dr. Farokh Master 60

Good News About Physical Activity



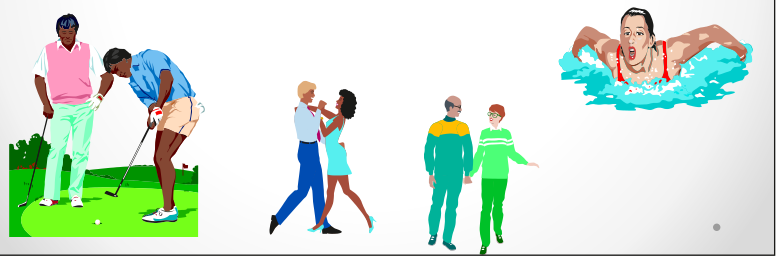
Dr. Farokh Master 61

Alternatives to Walking

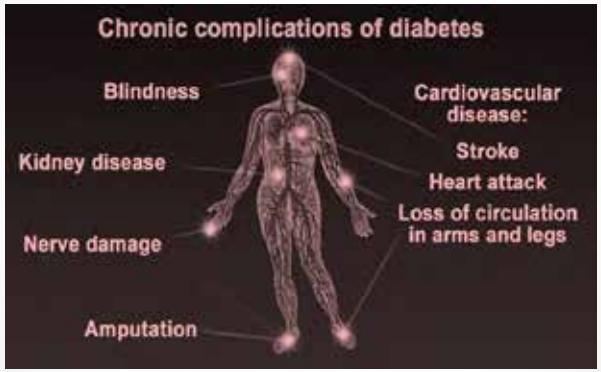
- Pools - swimming
- Exercise balls or exercise bands
- Walking tape
- Stationary bikes
- Exercise videos
- Yoga
- Local Recreation Centers or school facilities

Dr. Farokh Master 62

- Vary your routine and don't be afraid to try something new.
- Participate in things you like to do.
- Exercise with a friend
- Use music or books on tape to make the time pass more quickly.



Hyperglycemia Can Cause Serious Long-Term Problems



Dr. Farokh Master 64

DIET AND DIABETES

Dr. Farokh Master 65

Reasons for diet

- Weight control
- Blood glucose control
- Prevention and management of short-term and long-term complications of diabetes

Dr. Farokh Master 66

Dietary recommendations for diabetes

- Eat starchy foods regularly
- Eat more fruit and vegetables
- Reduce animal or saturated fat
- Cut down on sugar
- Reduce salt

Dr. Farokh Master 67

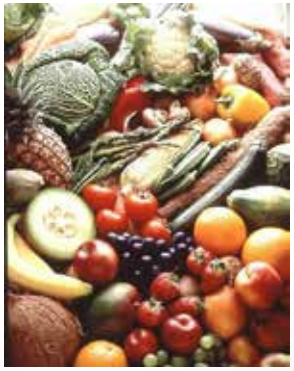
Balancing food choices

Dr. Farokh Master 68

Eat less starchy foods

- Bread
- Potatoes
- Rice
- Pasta
- Cereals
- Plantain
- Chapatis

Eat more fruit and vegetables



Choose more high fibre foods

To help maintain blood glucose levels and cholesterol levels

- Fruit
- Vegetables
- Pulses
- Oats

Helps to maintain a healthy gut

- Wholegrain cereals
- Wholemeal bread
- Wholewheat pasta
- Brown rice

Dr. Farokh Master 71

Reduce animal or saturated fat intake

- Use low fat milk
- Use low fat spread instead of butter
- Use oil high in unsaturated fat, eg olive oil, rapeseed oil

Use less fat in cooking

- Grill
- Dry-roast
- Microwave
- Steam

Choose the right sort of fat

SATURATED
- Full fat dairy produce (eg cheese, butter, full cream milk)
- Pies
- Biscuits
- Savoury snacks
- Lard
- Hard vegetable fat

MONO-UNSATURATED
- Olive oil
- Rapeseed oil
- Groundnut oil

POLY- UNSATURATED
- Sunflower oil (products)
- Oily fish

Dr. Farokh Master 74

Cut down on sugary foods

- Not a sugar free diet
- Cut out sweets
- Cut out sugary drinks

Choose low sugar products

- Use diet or low calorie, sugar free drinks

Reduce salt intake

- Cut down on added salt
- Use alternative seasonings
- Look out for reduced/low sodium foods, eg. bread
- Avoid salt substitutes

Eat regular meals based on carbohydrate:

Breakfast

Dr. Farokh Master

78

Lunch or snack meal

Dr. Farokh Master 79

Main meal

Dr. Farokh Master 80

Be more active

Dr. Farokh Master 81

Drink alcohol in moderation

2 units a day for women

3 units a day for men

Dr. Farokh Master 82

DIABETIC GANGRENE

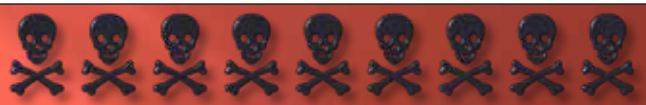
DR. FAROKH MASTER

ORIGIN

- The word "gangrene" comes from the Greek "ganggraina" denoting "an eating sore that ends in mortification".

MEDICAL DEFFINITION:

Gangrene: The death of body tissue due to the loss of blood supply to that tissue, sometimes permitting bacteria to invade it and accelerate its decay.



- **Gangrene** is a complication of necrosis " ☠ cell death ☠ " characterized by the decay of body tissues, which become black and appearing "rotten".
- It is caused by infection or ischemia, such as a thrombosis.

GANGRENE… WHAT IS IT???

- It is usually the result of critically insufficient blood supply.
- Often associated with diabetes and long-term smoking.
- Condition is most common in the lower extremities.

BASICALLY YOUR BLOOD SUPPLY GETS CUT OFF AND YOUR TISSUE DECIDES TO DIE

TYPES OF GANGRENE

- DRY GANGRENE

- WET GANGRENE

- GAS GANGRENE

DRY GANGRENE

- Dry gangrene begins at the distal part of the limb due to ischemia and often occurs in the toes and feet of elderly patients due to arteriosclerosis.
- Dry gangrene spreads slowly until it reaches the point where the blood supply is inadequate to keep tissue viable.
- The affected part is dry, shrunken and dark black, resembling mummified flesh.

DRY GANGRENE

- If the blood flow is interrupted for a reason other than severe bacterial infection, the result is a case of dry gangrene.
- **People with impaired peripheral blood flow, such as diabetics, are at greater risk of contracting dry gangrene.**

DRY GANGRENE

- The early signs are a dull ache and sensation of coldness in the affected are.
- If caught early, the process can sometimes be reversed.
- If necrosis sets in, the affected tissue must be removed and treated like a case of wet gangrene.

DRY GANGRENE

DRY GANGRENE

DRY GANGRENE

WET GANGRENE

- Wet gangrene occurs in naturally moist tissue and organs such as the mouth, bowel, lungs, cervix, and vulva.
- Bedsores occurring on body parts such as the sacrum, buttocks and heels (not in "moist" areas) are also categorized as wet gangrene infections.

WET GANGERNE

- In wet gangrene, the tissue is infected by microorganisms, which cause tissue to swell and emit a foul order.
- Wet gangrene usually develops rapidly due to blockage of venous and/or arterial blood flow.
- The affected part is saturated with stagnant blood which promotes the rapid growth of bacteria.

WET GANGRENE

- The toxic products formed by bacteria are absorbed causing systemic manifestation of bacteria and finally death.
- The affected part is soft, putrid, rotten and dark.

- The darkness in wet gangrene occurs due to the same mechanism as in dry gangrene.

WET GANGRENE

WET GANGRENE

WET GANGRENE

DIABETIC ANGIOPATHY

- Diabetic macroangiopathy is histologically similar to non diabetic atherosclerosis but distributed in the distal segments of the lower extremities (calf and foot arteries)
- Arterial calcification readily detectable on plain x ray with constriction noted on angiography. This compromises oxygen supply to the periphery
- Gas exchange is compromised by marked thickening of the capillary basement membrane – a feature of diabetic microangiopathy

DIABETES AND THE IMMUNE SYSTEM

- Diabetes weakens the immune system which is unable to fight the invading organisms at the wound. High blood sugar makes the blood more favorable for bacterial and microorganisms to grow.

FOOT INFECTIONS IN DIABETICS

- In diabetics the common sensitive areas affected are lungs, skin, feet, urinary tract, genital area and mouth.
- In diabetics skin infections are detected commonly because of their visibility and not because of their pain.

- Diabetics commonly get foot infections. This is because the feet are commonly exposed to injury and bumps and bruises in the activities of daily living.
- Foot infections may begin as small ulcers and may invade deeper tissues, lead to gangrene or affect the bones and invade the blood stream as well.

- It is found that nearly half of the people with diabetes who visit the diabetic foot clinics have peripheral neuropathy and nearly half of them have both neuropathy and narrowing of blood vessels.
- Diabetic foot infections are seen commonly in those with diabetes associated problems like kidney or eye problems. Those who are prone to cuts, wounds, burns and corns or calluses over their foot are at risk of diabetic foot infections.

- Bunions and pressure points are usually starting point of infections and ulcers. Those with leg problems or other problems like obesity that prevent them from bending to care for their feet are also at risk.

DIABETIC FOOT AND GANGRENE

- Gangrene is the most dreaded form of diabetic foot. There is death or decay of the affected foot. Gangrene usually affects diabetics with high and uncontrolled blood sugar.
- It is found that high blood sugar damages the nerves of the foot causing peripheral neuropathy and also hardens the walls of the arteries leading to narrowing and obstructed blood supply. These are main causative factors of a raised risk of gangrene in diabetics.

Diabetic foot is classified according to a classification system by Wagner;

- Grade 0 when the skin over the foot is intact
- Grade I superficial or surface ulcer
- Grade II deeper ulcer
- Grade III osteomyelitis or bone affliction and/or deep abscess
- Grade IV forefoot (front of the foot) gangrene
- Grade V hindfoot (heels and back of the foot affected) gangrene

- Hospitalization is sometimes necessary for gangrene and severe diabetic foot. Laboratory diagnosis is performed to find the causative organism and the antibiotics that are potent against the infection.
- Surgical therapy like debridement and regular dressing is important for early healing. In severe cases the rest of the foot and the body may be saved only be amputating the gangrenous area. The toes are the first to be amputated and if the infection refuses to stop the whole foot may have to be surgically amputated.

PREVENTION OF GANGRENE IN DIABETICS

Thus diabetics need to prevent gangrene. The major preventive measures include:

- Continuous monitoring of blood sugar and tight control of blood sugar within normal levels.
- Adequate foot care. Diabetics need to inspect their feet every day for minor injuries and infections which they may not have been able to feel.

- In addition they need to maintain good foot hygiene keeping in dry and warm. The feet must be rested often. They need to visit the podiatrist at least once a year for check-ups.

- Shoes should be chosen carefully. Special diabetic foot soles and pads are used to prevent injuries. Tight shoes, high heeled ones and flip flops are best avoided. **Diabetes and the immune system**

- Further diabetes weakens the immune system which is unable to fight the invading organisms at the wound. High blood sugar makes the blood more favourable for bacterial and microorganisms to grow.

RELATED RUBRICS

EYE - GANGRENE
EAR - ERUPTIONS - vesicles - gangrenous
EAR - GANGRENE
NOSE - GANGRENE
NOSE - MEMBRANE, mucous - gangrenous
FACE - ERYSIPELAS - gangrenous
FACE - GANGRENE
FACE - INFLAMMATION - Parotid glands - gangrenous

MOUTH - APHTHAE - gangrenous
MOUTH - CANCRUM oris
MOUTH - DISCOLORATION - Tongue - black - gangrenous
MOUTH - ERUPTIONS - vesicles - gangrenous
MOUTH - GANGRENOUS
MOUTH - NOMA
MOUTH - SCABS - Gums; gangrenous scabs at
MOUTH - STOMATITIS, ulcerative - gangrenous
MOUTH - ULCERS - gangrenous

MOUTH - ULCERS - Lips; inner side of - gangrenous
THROAT - DIPHTHERIA - gangrenous
THROAT - GANGRENE
THROAT - INFLAMMATION - gangrenous
THROAT - INFLAMMATION - Pharynx - gangrenous
THROAT - MUCUS - false membrane, like - Tonsils and fauces; on yellowish-red - dark gangrenous; becoming
THROAT - ULCERS - Tonsils - gangrenous
STOMACH - GANGRENE
ABDOMEN - GANGRENE

RECTUM - INFLAMMATION - gangrenous
BLADDER - GANGRENE
MALE GENITALIA/SEX - GANGRENE
MALE GENITALIA/SEX - PHIMOSIS - gangrene threatening
MALE GENITALIA/SEX - ULCERS - gangrenous

MALE GENITALIA/SEX - ULCERS - Penis - chancres - gangrenous
FEMALE GENITALIA/SEX - GANGRENE
LARYNX AND TRACHEA - CROUP - gangrenous
LARYNX AND TRACHEA - INFLAMMATION - Larynx - gangrenous
CHEST - CANCER - Mammae - contusion; from - gangrene; with

CHEST - GANGRENE of lungs
CHEST - INFLAMMATION - Lungs - gangrenous
EXTREMITIES - ABSCESS - Upper limbs - gangrenous
EXTREMITIES - ERUPTIONS - blisters - blood blisters - gangrenous; becoming

EXTREMITIES - ERUPTIONS - Hands - vesicles - gangrenous
EXTREMITIES - ERUPTIONS - Lower limbs - gangrenous
EXTREMITIES - FELON - gangrenous
EXTREMITIES - GANGRENE
EXTREMITIES - GANGRENE - Toes - partial gangrene

EXTREMITIES - SWELLING - Forearms - gangrenous
EXTREMITIES - SWELLING - Hands - gangrenous
EXTREMITIES - ULCERS - Legs - gangrenous
EXTREMITIES - ULCERS - Lower limbs - gangrenous
EXTREMITIES - ULCERS - Toes - gangrenous
FEVER - GANGRENE; during
SKIN - DECUBITUS - gangrenous
SKIN - ERUPTIONS - erythema - followed by - gangrene
SKIN - ERUPTIONS - scarlatina - gangrenous
SKIN - ERUPTIONS - vesicular - gangrenous

SKIN - ERYSIPELAS - gangrenous
SKIN - GANGRENE
SKIN - GANGRENE - accompanied by - diabetes
SKIN - ULCERS - gangrenous
GENERALS - ABSCESSES - gangrenous
GENERALS - BURNS - gangrenous
GENERALS - CIRCULATION; complaints of the blood - accompanied by - gangrenous inflammation
GENERALS - DIABETES MELLITUS - accompanied by - gangrene
GENERALS - INFLAMMATION - gangrenous

GENERALS - INFLAMMATION - gangrenous - Raynaud's gangrene

GENERALS - INFLAMMATION - Internally - gangrenous

GENERALS - SYPHILIS - gangrenous

GENERALS - TUMORS - noma

GENERALS - WOUNDS - gangrene of

GENERALS - WOUNDS - soft tissues; with torn - accompanied by - gangrene; tendency to

EXPRESSIONS - MOUTH - SCABS - Gums; gangrenous scabs at

EXPRESSIONS - SKIN - GANGRENE

EXPRESSIONS - GENERALS - CIRCULATION; complaints of the blood - accompanied by - gangrenous inflammation

RUBRICS

EXTREMITIES

GANGRENE: (46) ant-c. ant-t. *Anthraci.* am. ARS. bapt. both. both-a. both-ax. both-jaca. calen. carb-ac. *Carb-an.* *Carb-v.* carbn-o. *Chin.* con. *Crot-h.* cupr. cur. euph. helo-s. helo. iod. LACH. lol. lyc. med. merc. naja *Ph-ac.* *Phos.* *Plb.* pyrar. pyrog. ran-b. ran-fl. ran-s. ric. rob. sarr. SEC. solid. verat-v. verat. vip.

EXTREMITIES - GANGRENE

- **diabetic:** (15) anthraci. both. both-a. both-ax. both-jaca. carb-ac. con. ergotam. lach. lyc. sal-ac. sec. solid. sul-ac. x-ray

GENERALS - DIABETES MELLITUS - accompanied by

. gangrene: (8) *Ars.* br1 con. ptk1 cupr-ar. mta1 kreos. lsr6 lach. ptk1 merc. mgb1 *Sec.* al2 solid. ptk1

GENERALS - INFLAMMATION - gangrenous

. diabetics; in: (3) ars. bro1 nat-pyru. mtf11 sec. mtf11

SKIN

GANGRENE: (81) acet-ac. hr1 acon. + aesc. hl9 *Agar.* ail. bro1 alco. a1 all-c. + alum. am-c. gsy1 ant-c. bro1 ant-t. + *Anthraci.* bro1,ptk1 apis bro1 arn. + ARS. mtf33,ptk1,bro1 *Asaf.* bell. ptk1,bg3 bism. hr1 both. bro1 both-a. rb3 brass. bro1 brom. bro1 calc. calen. bro1 *Canth.* ptk1,bro1 caps. + carb-ac. bro1 carb-an. bro1 *Carb-v.* ptk1,bro1 CAUST. chin. bro1,bg3,ptk1 chlor. bro1,br1 chr-o. bro1 cist. ptk1 con. + crot-h. ptk1 crot-t. bro1 cupr-ar. bro1 cycl. echi. bro1,br1 ergot. mtf euph. bro1 euph-l. br1 euph-re. mtf ferr-p. bro1 *Hell.* + *Hyos.* + iod. + kali-chl. bro1 kali-p. br1,bro1 *Kreos.* bro1,ptk1,br1 lach. bro1,mtf33,ptk1 loxo-lae. + loxo-recl. bnm1 mag-c. merc. k2 *Merc-c.* + mur-ac. ptk1 op. + ph-ac. phos. + plb. ptk1,bg3 *Polyg-pe.* bro1 pyrog. + ran-a. bro1 ran-b. + *Rhus-t.* ruta *Sabin.* + sal-ac. bro1 sars. k2 SEC. bro1,mrr1,ptk1,br1 sil. bg3,ptk1 solid. ptk1 *Squil.* + *Stram.* sul-ac. k2,ptk1,bro1 sulph. + tarent. + tarent-c. ptk1,mrr1,bro1 vip. ptk1

SKIN - ERUPTIONS - vesicular

. gangrenous: (14) acon. b2.de,bg2 *Ars.* b2.de,bg2,hr1 bell. b2.de,bg2 *Bufo* *Camph.* b2.de,bg2 CANTH. b7a.de carb-v. b2.de,bg2 LACH. b2.de,b7.de,b7a.de,bg2,hr1 mur-ac. b2.de,bg2 phos. bg2 *Ran-b.* b2.de,bg2 *Sabin.* b2.de,bg2 *Sec.* b2.de,b7.de,b7a.de,bg2,hr1 sil.

Schroyens F., Synthesis TE 2009 Vet

SKIN - ULCERS

- **gangrenous:** (47) acon. + am-c. bg2 am-m. bg2 ant-t. bg2 antho. bg2 *Anthraci.* ARS. bg2,b4a,de *Asaf.* bg2,b7,de aur. bg2 BAPT. hr1 bell. bg2,b4a,de bism. both. fre1 caps. gm1 *Carb-v.* bg2 *Chin.* bg2,b7,de *Cinnb.* cist. tl1 com. bg2 *Con.* bg2 *Crot-c.* *Crot-h.* bg2 euph. bg2 kali-bi. bg2 kali-p. *Kreos.* tl1,bg2 LACH. bg2 loxo-lae. bnm12 LYC. merc. bg2 mill. *Mur-ac.* nat-pyru. mtf11 petr. b4a,de ph-ac. b4a,de plb. bg2 ran-b. bg2 rhus-t. sabin. *Sars.* SEC. bg2,b7,de SEP. *Sil.* bg2,b4a,de squil. b7,de,b7a,de,bg2 sul-ac. bg2 sulph. bg2,b4a,de vip. bg2
  - **hot (= inflammatory):** (6) acon. bg2 ARS. bg2 BELL. bg2 mur-ac. bg2 *Sabin.* bg2 *Sec.* bg2
  - **Edges:** (9) anthraci. bro1 *Ars.* bro1 *Carb-v.* bro1 kreos. bro1 lach. bro1 nit-ac. bro1 sec. bro1 *Sul-ac.* bro1 tarent-c. bro1
  - **turns easily:*** (1) anthraci. mtf*
  - **suddenly:*** (1) anthraci. mtf*

Schroyens F., Synthesis TE 2009 Vet

GENERALS - ABSCESSES

- **gangrenous:** (14) anthraci. vh *Ars.* kr1,hr1 *Asaf.* kr1,hr1 *Carb-v.* hr1,kr1 *Chin.* kr1,hr1 chinin-s. kr1 *Hep.* kr1,hr1 *Kreos.* hr1,kr1 LACH. kr1,hr1 *Merc.* kr1,hr1 *Nit-ac.* kr1,hr1 phos. kr1,kr1 *Sil.* kr1,hr1 *Sul-ac.* kr1,hr1

SOME CLINICAL TIPS

Some commonly used specific remedies

- Natrum Pyruvicum 200C
- Secale Cor 200C
- Hippozaeninum 200C
- Alstonia Scholaris mother tincture
- Zinc Oxide 6C (locally)
- Balsamum Peruvianum mother tincture
- Anthracinum 200C
- Sacchrum officinale mother tincture

SOME HOME REMEDIES

- Modify your diet. With gangrene, tissue and muscle are damaged due to poor blood circulation. Therefore, it is advisable to **eat foods high in protein and calories** in order to aid in muscle and tissue repair. Protein can also help re-build damaged muscles, while nutrient-rich (rather than the empty calories of junk food) give your body energy to undertake the processes it needs to function.

- **Foods high in protein but low in fat**, so as to avoid clogging up your arteries, include turkey, fish, cheese, lean pork, lean beef, tofu, beans, eggs, and peanuts. Avoid fatty foods like red meat, butter, lard, hard cheese, cakes and biscuits, and fried food. Try instead, to incorporate more dark, leafy green vegetables into your diet.

- Include foods **high in germanium** in your meal plan. Germanium is an antioxidant and is believed to increase oxygen function in the body, though much of the evidence at present remains anecdotal. It also enhances the immune system and has anti-cancer properties.

- Foods high in germanium include garlic, onions, shiitake mushrooms, whole wheat flour, bran, ginseng, green leafy vegetables, and aloe vera.

- **Apply cayenne, garlic or onions to wounded areas**. A cayenne tincture, a liquid extract made of cayenne, will help alleviate the pain, increase the functioning of your circulation system, and reduce your risk of developing infection. You can buy cayenne tincture from any local pharmacy nearest you. Apply it to affected areas for two to three times daily or as advised by your doctor.

- You could also **smash up a few cloves of garlic and apply it directly to the wound**. This was a standard treatment during World Wars I and II as garlic has both antimicrobial properties to prevent or treat infection for gangrene and anti-platelet properties that help break up the blood clots that are causing the gangrene.

- Alternatively, **apply a bandage of sliced onions in affected areas.** To do this, you can slice one onion and bandage it to the affected area using a clean cloth. Let it stay for five to 10 minutes and do it several times in a day. This will improve circulation on the affected area.

- Take a clean cloth and soak it in boiling water, later press and twist it to let the water flow out of it, drop 15-20 drops of horsetail tincture on it and bandage it on the affected area. Similar quantity of **horsetail tincture** can be added in a bucket of warm water for washing and cleaning the area.

Equisetum

- **Arnica cream or calendula** is also a helpful remedy for curing dry gangrene, any of these creams can be applied on the affected area unless there are no cracks or open sores on the skin, these creams speed up the healing process.

- **Bark of the oak tree** can also be used for washing and for applying moist compresses to heal the affected area.

- **Cream made by cayenne pepper** is also effective in healing the area numbed due to dry gangrene.

- A very effective natural remedy can be prepared for bandaging the affected area for quick healing, take one-**fourth pound of powdered charcoal and mix it with one ounce of smartweed,** pour one pint of boiling water over this mixture and steep it for 20 minutes, later add more charcoal till it forms a paste. Spread this paste over a cloth and tie it on the affected area.

- **Extract of Echinacea herb** about 20 drops three times a day and regularly for a month also helps in treating dry gangrene.

- Twenty five drops of **gingko extract** everyday is also an effective natural remedy for dry gangrene.

- If the affected part is bleeding and there is any pus formation then **clean this part with hydrogen peroxide** at least three times in a day for clearing infection. Supplements can be taken for ample supply of vitamin A, E and C to the body though these vitamins are available through normal diet too but to cure dry gangrene quickly taking these in supplement form is more useful. Increased intake of fruits and green leafy vegetables and sufficient quantity of water is also helpful in curing dry gangrene.

- **Butcher's broom** is important for circulation.

- **Bromelain and tumeric** are good for reducing swelling and inflammation.
- **Olive leaf** is good for fighting infections.

ALL DONE!!!

GANGRENE COMPARE AND CONTRAST

DR. FAROKH MASTER

COMMON SYMPTOMS OF SECALE COR AND LACHESIS

- Clenching of fingers and thumbs
- Coldness of feet
- Coldness of hands
- Blueness of hands
- Purpura of hands
- Ecchymosis of hands
- Diabetic gangrene
- Gangrene of hand
- Gangrene of feet
- Gangrene of toes

- Pain feet burning
- Soles burning
- Cold offensive perspiration
- Sensitive fingers; must keep them separate
- Gangrene after injury
- Cold gangrene
- Ulcers sensitive
- Cold air amel
- Windows open
- Hypertension
- Generalized inflammation gangrenous
- Necrosis of bone
- Thrombosis
- Wounds gangrenous

DIFFERENCE BETWEEN SECALE COR AND LACHESIS

	SYMPTOM	SEACLE COR	LACHESIS
1.	Fingers sensitive to cold	+	-
2.	Warm application agg lower limb	+	-
3.	Warm application amel upper limb	+	-
4.	Dry gangrene	+	-
5.	Hot gangrene	+	-
6.	Left side more affected	-	+
7.	Blue black ulcer	-	+
8.	Black margin ulcers	-	+
9.	Ulcers <Morning <touch	-	+
10.	Ulcers >cold air	+	-
11.	Ulcer discharge green	+	-
12.	Sensitivity of ulcer in surrounding tissue	-	+
13.	Ulcer surrounded by vesicles	-	+
14.	Ulcer >warmth	-	+
15.	Lot of septicemia with gangrene	-	+
16.	Gangrene inflammation of tissue in old people	+	-
17.	Icy coldness of extremities	-	+
18.	Coldness of feet at night	+	-
19.	Icy coldness of feet	-	+
20.	Icy coldness of hands	-	+
21.	Tips of fingers icy cold to touch	+	-
22.	Discoloration of skin mottled	-	+
23.	Gangrene with coldness of feet	+	-
24.	Burning of feet with gangrene	+	-
25.	Burning of finger after injury	+	-
26.	Gangrene in old people	+	-
27.	Hanging down limb amel	-	+
28.	Heat of feet but cold to touch	+	-
29.	Heat of feet uncovering feet	+	-
30.	Inflammation of lymphatics with gangrene	-	+
31.	Inflammation of lymphatics with gangrene after	-	+

COMMON SYMPTOMS OF SECALE COR AND SULPHURIC ACID

- Chilblains
- Coldness feet
- Coldness hands
- Constriction leg
- Cramps in fingers
- Cramps in hands
- Cramps in feet
- Discoloration upper limb and lower limb-blue

- Affection of tips of fingers
- Formication of fingers
- Diabetic gangrene
- Gangrene of toes in old people
- Blood that oozes from black gangrene is red, dark and thin
- Tobacco agg
- Gangrenous wounds
- Coldness of skin
- Ecchymosis of skin

- Gangrene after injury
- Gangrene cold
- Ulcers sensitive
- Ulcers painful
- Gangrene more on right side
- Numbness of feet
- Numbness of fingers
- Swelling of hand

- Swelling of feet
- Tingling feet
- Tingling fingers
- Ulcers feel
- Blackness of external part which is cold to touch
- Desires lemonade, refreshing things and sour food
- Formication of external parts

DIFFERENCE BETWEEN SECALE COR AND SULPHURIC ACID

	SYMPTOM	SECALE COR	SULPHURIC ACID
1.	Spasm of blood vessel	++	-
2.	Gangrene that produces necrosis of wound	-	++
3.	Tips of finger sensitive to cold	+	-
4.	Chilly yet warm bed agg	+	-
5.	Finger discoloration black	+	-
6.	Finger discoloration blue	+	-
7.	Foot discoloration blue	+	-
8.	Hand discoloration black	-	+
9.	Gangrene of feet cold	+	-
10.	Gangrene of feet with tearing pain	+	-
11.	Gangrene after surgical wound	+	-
12.	Gangrene of toe in old people	+	-
13.	Affected part is cold in gangrene	+	-
14.	Gangrene part sensitive to cold	+	-
15.	Sensitive finger must keep fingers separated	+	-
16.	Rubbing affected part amel	+	-
17.	Gangrene from thrombosis of blood vessels	+	-
18.	Inclination to uncover the feet	+	-
19.	Gangrene very hot to touch	+	-
20.	Gangrenous ulcer with cutting stinging pain	+	-
21.	Phagedenic ulcer	-	+
22.	Gnawing , smarting, stinging pain	-	+
23.	History of apoplexy, hypertension and arteriosclerosis	+	-
24.	Gangrene from sluggish congested secretion	+	-
25.	Gangrene from raynaud's phenomenon	+	-
26.	Gangrene from contusion	-	+
27.	Gangrene from bony fractures	-	+

SMALL REMEDIES USED FOR DIABETIES MELLITUS

DR. FAROKH MASTER

URANIUM NITRATE.

- Uranium nit. was first proved by Dr. Blake, of England, in 1871.
- Uranium nit. presents for us two special points of interest; one in reference to the stomach, the other in reference to glycosuria.

- In the stomach we have dyspeptic symptoms, with "intermittent attacks of pain" (Hering); there is vomiting of food, with agonizing burning pain in the stomach (178) and soreness, apparently from an ulcer; and numerous cases of ulcer of the stomach (181) have been cured with Uranium nit.

- There is enormous appetite and excessive thirst but in spite of it the patient grows emaciated; along with this there is a greatly increased flow of urine and perhaps tympanitis .

- This is the state of affairs where you would expect to find sugar in the urine and with the above symptoms many cases of diabetes mellitus have been reported as cured by this remedy .

- Hughes considers it as best suited "to those cases of diabetes originating in dyspepsia or assimilative derangement."
  This remedy is praised highly by Hughes and others in diabetes originating in dyspepsia.

- It has polyuria, polydypsia, dryness of the mouth and skin. It causes sugar in the urine. Dr. Laning said that no remedy gives such universally good results; it lessens the sugar and quantity of the urine; he recommended the 3X trituration.

- It is when the disease is due to assimilative derangements that Uranium is the remedy, and symptoms such as defective digestion, languor, debility and much sugar in the urine, enormous appetite and thirst, yet the patient continues to emaciate.

SYZYGIUM JAMBOLANUM

- Syzygium jambolanum is a remedy capable of diminishing the amount of sugar in the urine, especially when used in the tincture and lower triturations, and some cases have been reported cured, but it cannot be considered a reliable drug , and its use seems entirely palliative.

- Prickly heat; pimples; itch; emaciation; weakness.

- Diabetes and insipidus; much thirst with profuse flow of urine in every two hours. No other remedy causes in so marked degree the diminution and disappearance of sugar in the urine.

ABROMA AUGUSTA

- Albuminuria; sleeplessness; amenorrhoea; carbuncle; diabetes mellitus and insipidus; debility; dysmenorrhoea; weakness of brain.

- Profuse urination day and night, frequent urination; dryness of the mouth and great thirst; desire to drink after urination which relieves thirst; urination to lead exhaustion; fishy odour of the urine; slight sediment; diabetes mellitus; nocturnal enuresis; burning in urethra; white ulcers in the mouth of prepuce caused by excessive passage of sugar in the urine; inability to retain urine.

CEPHALANDRA INDICA

- Diabetes mellitus and insipidus; skin affections; jaundice; dropsy etc.

- Profuse urination; weakness and exhaustion after urination; sugar in the urine; diabetes mellitus.

FICUS BENGHALENSIS

- Gonorrhoea and diabetes associated with burning sensation during urination; haematuria.

GYMNEMA SYLVESTRE

- 'Sugar-killer' - excellent medicine for diabetes mellitus, also effacious in poisonous snake-bites.
- Burning all over the body; diabetic carbuncle.

ACETICUM ACIDUM

- Diabetes, with great thirst and debility. [Phos. ac.]

ALFALFA

- Its pronounced urinary action suggests it clinically in diabetes insipidus and phosphaturia; and it is claimed to allay vesical irritability of prostatic hypertrophy.

ARSENICUM ALBUM

- Diabetes.
- Diabetic gangrene.

ARSENICUM BROMATUM

- Herpetic eruptions, syphilitic excrescences, glandular tumors and indurations, carcinoma, locomotor ataxia, and obstinate intermittents, and diabetes are all greatly influenced by this preparation.
- In diabetes, three drops three times a day in a glass of water.

ASCLEPIAS CORNUTI

- Useful in dropsy, diabetes, great thirst, profuse urination.

CARBOLICUM ACIDUM

- Diabetes.

CARLSBAD AQUA

- Famous for its action on the liver and in the treatment of obesity, diabetes, and gout.

CHIONANTHUS VIRGINICA

- Gallstones. [Berberis; Cholest.; Calc.] Diabetes mellitus.

CIMICIFUGA RACEMOSA

- Aristolochia milhomens (pain in tendo-Achilles; diabetes).

COCA

- Diabetes, with impotency. [Phos. ac.]

CODEINUM

- Diabetes.

CRATAEGUS OXYACANTHA

- Diabetes, especially in children.

CUPRUM ARSENICOSUM

- Diabetes.

CURARE

- Diabetes mellitus, 4th dilution (Dr. Barkhard).

EUPATORIUM PURPUREUM

- Albuminuria, diabetes, strangury, irritable bladder, enlarged prostate are a special field for this remedy.
- Vesical irritability in women. Diabetes insipidus.

GLYCERINUM

- Deeply and long, building up tissue, hence of great use in marasmus, debility, mental and physical, diabetes, etc.
- Diabetes.

HELONIAS DIOICA

- Diabetes mellitus, and insipidus.

INSULINUM

- Source : It is found in islets of langerhans in pancreas of animals hence it is a sarcoid.
- Proved by Dr. William F. baker, Dr. S. K. Ghosh of Calcutta.
- Besides the use of Insulin in the treatment of diabetes, restoring the lost ability to oxidize carbohydrate and again storing glycogen in the liver, some use of it homoeopathically has been made by Dr. Wm.F. Baker, showing its applicability in acne, carbuncles, erythema with itching eczema. #Insulin. [Insulin]

- Long before the discovery of Insulin Dr. Pierre Jousset of Paris prepared a pancreatic juice on a glycerine basis which he administered to diabetic patients in doses of 10 or 20 drops a day in water and had results sufficiently good to consider pancreatic juice, orally administered, as a remedy of great value in diabetes.
- In the gouty, transitory glycosuria when skin manifestations are persistent give three times daily after eating.

- Dr. Cartier, his practical successor, praised it insisted on smaller doses given by mouth as larger doses and hypodermic injections of it had no effect in ordinary diabetes. Baker advises the homoeopathic strengths of Insulin 3d to 30th and reports happy results therefrom. Great care must be taken not to overdose.

- Boericke says that it maintains the blood sugar at a normal level and the urine remains free of sugar. Epileptic convulsions and mental derangements have been produced by hypodermic use of this hormone.

- Given a persistent case of skin irritation, boils or varicose ulceration with polyuria, it is indicated.

- If it is administered at suitable intervals in the treatment of diabetes mellitus, it maintains the blood sugar level and keeps the urine sugar free. But overdosage is followed by weakness and fatigue and tremulousness and profuse sweating.

- Insulinum
- - Synonyms : Insulin.

- It is a SPECIFIC remedy in the following conditions:

1. Enlarged liver with suppurative conditions e.g. chronic suppurative tubercular glands with enlarged liver.

2. Enlarged liver with chronic diarrhoea.

3. Enlarged liver with chronic eczema.

4. Infantile liver without tenderness.

5. Ailments with emaciation, debility, enlarged liver, when well selected remedies fall.

DOSAGE : Dr. Ghosh recommends 30 to 200c potencies.

Dr. Boericke recommends 3x to 30x.

- Causes & diseases

- Enlarged liver with chronic sepsis.
- After Typhoid; or Pneumonia.
- Chronic functional derangement of liver.
- Chronic suppurative otitis with liver enlargement.

- Chronic diarrhoea of children with enlarged liver and debility.
- Infantile liver with out jaundice.
- Prolonged greenish diarrhoea continuing after an attack of dysentery.
- Chronic intestinal troubles with diarrhoea and enlarged liver.
- Chronic dyspeptics with loose motions resistant to emetine.

- Ulcers and suppurative ailments with enlarged liver.
- Scrofulous ulcers and sinuses when Bacillinum or Olj, Aselli fail, improve on Insulin.
- Enlarged liver with dyspepsia, diarrhoea; chronic ulcers; bed sores; chronic otorrhoea; mastoiditis; intractable eczema; allergic eczema; suppurative scrofulous glands.
- Acne, Erythema with itching eczema.
- Acute dermatitis with chronic diarrhoea and liver trouble.

- AFFINITIES; Liver, Tissues, Mucous Membranes, Skin, Ears.

- Complaints & characteristics

- Liver is enlarged but not painful.
- Tongue coated white.
- Fever intermittent.
- Foul breath from mouth.
- Hunger pains of duodenal ulcer patients.

- Generals & modalities

- Patient is debilitated.
- Asthenia.
- Broken down constitution from infectious or suppurative diseases.
- Patients have craving for sweets.
- Emaciation with loose bowels.
- Urine - ACETONURIA

- Insulin is indicated in:

1. Chronic intestinal disorders, especially with diarrhoea and enlarged liver. The more chronic the diarrhoea, the more Insulin is indicated.
2. Ulcers, boils, bed-sores, hypopion, etc., as sequelae of infectious diseases, with disordered liver.
3. Chronic otorrhoea and mastoiditis in emaciated children where the pus is thin, especially when associated with enlarged liver and chronic diarrhoea, or as sequelae of acute infectious diseases.

4. In some cases of eczema in patients with chronic liver disorders. It is a great reactive remedy in allergic eczema.

5. Suppuration of the scrofulous glands in the neck or any other type of suppuration of this part of the body to which it has a particular affinity.

Muzumdar has published his experiments with Insulin in potency in cases of diabetes. He says that Insulin 30 or 200, given thrice a day reduced the blood sugar levels. Later, in some cases, even after the doses were reduced and discontinued, the blood sugar levels continued to remain normal for over six months.

- **RUBRICS**

ABDOMEN - LIVER and region of liver; complaints of – chronic
EXTREMITIES - PAIN - Joints - gouty
FACE - ERUPTIONS - acne
GENERALS - BLOOD VESSELS - complaints of
GENERALS - DIABETES MELLITUS
GENERALS - DIABETES MELLITUS - accompanied by - boils
GENERALS - DIABETES MELLITUS - accompanied by - carbuncles
GENERALS - DIABETES MELLITUS - accompanied by - eczema

GENERALS - DIABETES MELLITUS - insulin dependent
GENERALS - VARICOSE veins - ulceration
SKIN - DISCOLORATION - yellow
SKIN - ERUPTIONS - boils
SKIN - ERUPTIONS - carbuncle
SKIN - ERUPTIONS - eczema
SKIN - ERUPTIONS - eczema - itching
SKIN - ERUPTIONS – erythema
URINE - ACETONURIA
URINE - COPIOUS
URINE - SUGAR

INULA HELENIUM

- Diabetes.

IRIS VERSICOLOR

- Relationship Pepsinum-(Imperfect digestion with pain in gastric region. Marasmus of children who are fed on artificial foods. Diarrhoea due to indigestion. Dose.-3-4 grains). (Diseases of pancreas, gout, diabetes)
-

KALIUM BROMATUM

- Diabetes. [Phos. ac.]

LACTICUM ACIDUM

- Morning sickness, diabetes, and rheumatism offer a field for this remedy.
  An exceedingly good remedy in the gastrohepatic variety of diabetes and good results often follow its use. It has a fine clinical record. The symptoms are: urinates copiously and freely, urine light yellow and saccharine, thirst, nausea, debility, voracious appetite and costive bowels. Dry skin, dry tongue, gastralgia. Acetic acid is also a valuable diabetic remedy, and it has passing of large quantities of pale urine, intense thirst, hot, dry skin and marked debility Carbolic acid may also be found useful.

LYCOPUS VIRGINICUS

- Diabetes.

MAGNESIUM SULPHURICUM

- Diabetes. [Phos. ac.; Lact. ac.; Ars. brom.]

MENYANTHES TRIFOLIATA

- Diabetes.

MOSCHUS

- - Impotence, associated with diabetes. [Coca.]
- Diabetes.

NATRIUM MURIATICUM

- Diabetes.

NATRIUM PHOSPHORICUM

- Compare : Natrium lactic. (rheumatism and gout; gouty concretions, rheumatism with diabetes)

NATRIUM SULPHURICUM

- Diabetes.

PHASEOLUS NANUS

- Diabetes.
- Diabetic urine.

PHOSPHORUS

Useful in diabetes and pancreatic diseases, especially in those of a tuberculous or gouty diathesis. The pancreatic involvement will call attention to Phosphorus. Natrum sulphuricum corresponds to the hydrogenoid constitution, with dry mouth and throat, and Arsenicum should be studied in diabetic gangrene, thirst and emaciation.

Sudden and extreme dryness of the mouth and marked physical restlessness are also guiding symptoms to this remedy, especially with a dark watery stool. Dr. P. Jousset reports positive success where the mouth is dry; frequent, abundant urination and tendency to skin eruption.

PHOSPHORICUM ACIDUM

- Pyrosis, flatulence, diarrhoea, diabetes, rhachitis and periosteal inflammation.
- Frequent, profuse, watery, milky. Diabetes. [Phos]
- Corresponds to diabetes of nervous origin; the urine is increased, perhaps milky in color and containing much sugar. It suits cases due to grief, worriment and anxiety, those who are indifferent and apathetic, poor in mental and physical force. It is unquestionably curative of diabetes mellitus in the early stages, great debility and bruised feeling in the muscles.

- There will be loss of appetite, sometimes unquenchable thirst and perhaps the patient will be troubled with boils. When patients pass large quantities of pale colorless urine or where there is much phosphatic deposit in the urine it is the remedy. It thus may be a remedy in the form known as diabetes insipidus. Hering considered Plumbum one of the most important remedies in diabetes mellitus. Causticum, Scilla and Strophanthus may be of use in diabetes insipidus. Lycopodium cured a case in a weary, wretched patient; emaciated, increased appetite and great thirst; pale, profuse urine. Eight quarts in 24 hours.

RHUS AROMATICA

- Renal and urinary affections, especially diabetes.
- Diabetes, large quantities of urine of low specific gravity. [Phos. ac.; Acet. ac.]

STRYCHNINUM ARS

- Paresis in the aged, relaxed musculature. Prostration. Psoriasis; chronic diarrhoea with paralytic symptoms; compensatory hypertrophy of heart with beginning fatty degeneration; marked dyspnoea when lying down; oedema of lower extremities, urine scanty, high specific gravity, heavily loaded with glucose. Diabetes. 6x trit.

UREA PURA

- Albuminuria, diabetes; uraemia.

ARCTOSTAPHYLOS MANZANITA

- Acts on renal and reproductive organs. Gonorrhoea, vesical catarrh, diabetes menorrhagia. Tincture of leaves.

VANADIUM METALLICUM

- Tuberculosis, chronic rheumatism, diabetes.

MIASMS AND DIABETES

DR. FAROKH MASTER

TYPE 1 DIABETES

- Type 1 Diabetes is
  An Auto Immune disease

Which shows its Tubercular nature

TYPE 1 DIABETES

EITHER - There is selective destruction of β cells by T cells

Which shows its syphilitic nature

TYPE 1 DIABETES

- Or Presence of several circulating antibodies against β cells

Which shows its tubercular nature

TYPE 1 DIABETES

- Both these reactions shows aberrant immune response

TYPE 2 DIABETES

- Type 2 Diabetes is due to
  EITHER increased Glucose production (by liver)

Excess = Sycotic
Which shows its sycotic nature

TYPE 2 DIABETES

OR Decreased Glucose uptake

Which shows its sycotic nature

DIABETIC NEPHROPATHY

- In Diabetic Nephropathy there is thickening of the glomerular basement membrane (due to Advanced glycation end products AGE's)

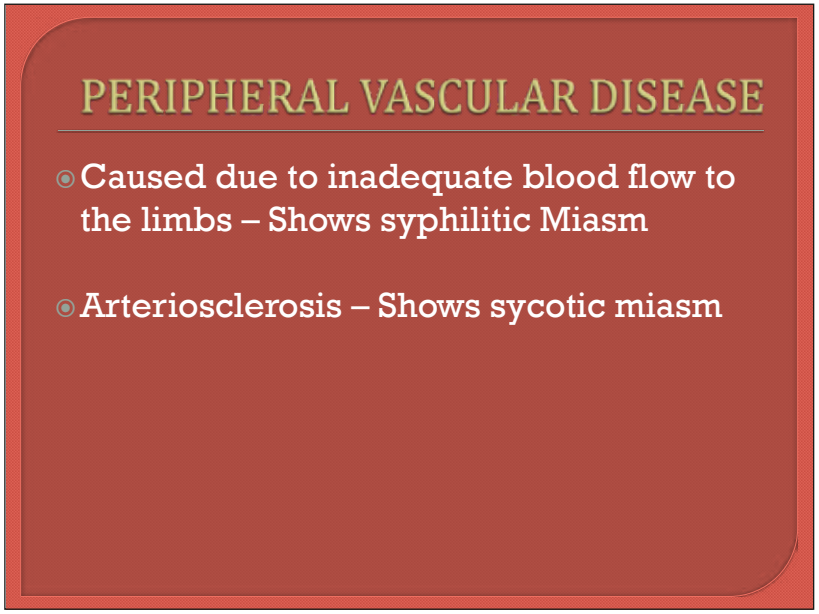
Which shows its sycotic nature

DIABETIC RETINOPATHY

- There is Hemorrhage, Exudates in the retina, proliferation of new blood vessels and Retinal edema.
- As there is Odema – Sycotic Nature
- As there is Haemorrhage – Tubercular Nature
- Proliferation of new blood vessels – Sycotic miasm

DIABETIC NEUROPATHY

- Increased endoneurial vascular resistance and reduced nerve flow
  This shows Sycotic + Syphilitic Miasm
- Depletion of nerve myoinositol -
  This shows Sycotic Miasm
- Accumulation of Sorbitol and fructose in nerve - This shows Sycotic Miasm



M. Dodesini, F. Antonioni, C. Dissegna

Il cuore di Lola

RIASSUNTO

Nel nostro lavoro occorre saper affrontare situazioni difficili. Di fronte a patologie gravi, il Veterinario Omeopata deve poter offrire la propria disponibilità anche quando la prognosi risulta essere infausta.
Ciò che conta è sostenere la fase terminale del paziente seguendolo nel suo percorso di malattia con l'intento di offrire uno stile di vita dignitoso, accettabile senza troppe regole o privazioni.
Diventa importante sostenere anche adeguatamente il proprietario ed accompagnare il paziente in modo sereno fino al momento in cui ci abbandona.

PAROLE CHIAVE

Paziente cardiopatico- terapia omeopatica- prognosi infausta

INTRODUZIONE

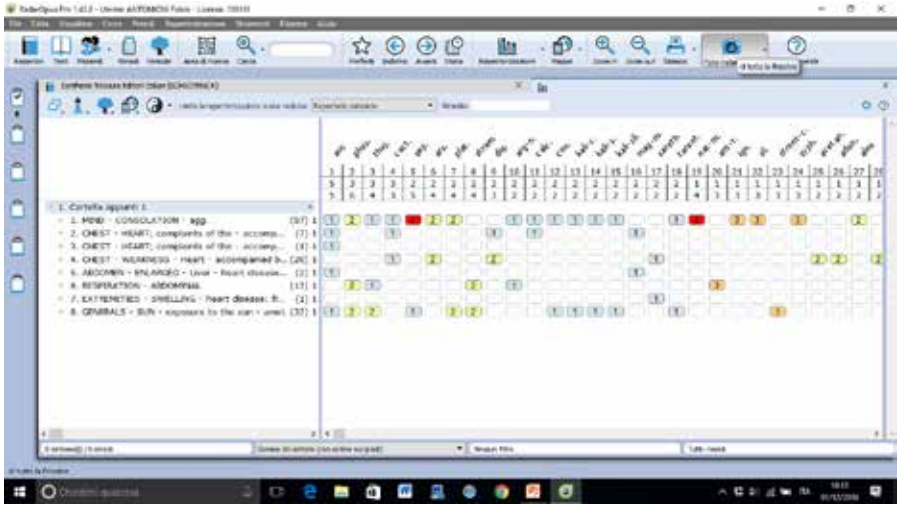
Si intende portare alla attenzione un caso clinico che mette in luce come non sempre sia necessario dimostrare di essere grandi Omeopati, semmai più interessante valorizzare il metodo e l'approccio ad un caso clinico critico soprattutto quando il Veterinario allopata si arrende.
Qui subentra il nostro supporto da terapeuti "non convenzionali" che in qualche modo acquisisce un ruolo che potremo definire sociale inesistente nell'ambito veterinario, un problema da non sottovalutare e che dovrebbe coinvolge l'intera categoria.
Da tenere presente che il Veterinario Omeopata rappresenta l'ultima figura medica a cui ci si affida nella speranza di ottenere un supporto terapeutico e morale che, al di là di possibile polemica, non può e non deve essere sminuito

da un punto di vista professionale.

MATERIALI E METODI

Il caso di Lola appare emblematico di come si possa affrontare una situazione difficile soprattutto quando i proprietari sono intenzionati ad evitare un accanimento terapeutico ritenuto inutile e si rivolgono al Veterinario Omeopata in ultima istanza.
Lola è un cane femmina sterilizzata di 12,5 anni di età e circa 20 Kg di peso.
15.09.16 : viene in visita con diagnosi di cardiopatia severa.
Il referto rilasciato dai colleghi riporta la presenza di un grave rigurgito mitralico a jet centrale con segni di sovraccarico e rimodellamento dell'atrio sx, ascite, edema degli arti.
In verità si tratta di una insufficienza cardiaca congestizia dx che giustifica il quadro idropico generale.
La terapia prescritta prevede: Vetmedin® 5 mg 1 cps die; Fortekor flavour® 20 mg 1,5 cps die; Diuren ®20 mg 3 cps al die; Prilactone ®40 mg 1 cps die per 10 gg.
Lola ha manifestato il problema circa 9 mesi prima quando improvvisamente si è accasciata a terra, da quel momento sono seguiti gli accertamenti diagnostici.
In visita presenta ascite, respirazione addominale pari a 18 respiri al minuto, in precedenza sottoposta ad addominocentesi dai colleghi con asportazione di circa 3 litri di liquido.
Descritta dai proprietari socievole con tutti gli altri animali e con persone estranee alle quali fa feste per poi allontanarsi di lì a poco.
Le piace il contatto fisico, quando un familiare è ammalato le resta accanto, mentre quando Lola non sta bene, preferisce isolarsi.
Non troppo ubbidiente, se sgridata abbaia e tiene il muso, stessa cosa quando le somministrano la terapia.
Paura dei petardi, fuochi di artificio e tira per tornare a casa. Le piace mangiare, dormire e camminare anche con il brutto tempo. Non le piace essere lavata ed entrare in acqua o per lo meno deve essere lei a deciderlo.
Caratterialmente piuttosto testarda, selvaggia e rustica, comunque poco delicata, ama la compagnia ma ricerca anche la tranquillità e la solitudine.
Freddolosa, cerca angoli freschi in estate e fonti di calore in inverno, ama stare sdraiata al sole, non risente del tempo umido.
Dieta a base di crocchette a base di pesce e carne con verdure, ultimamente

meno vorace del solito.
Beve molto preferendo acqua corrente, specie dopo il pasto ed al rientro dalla passeggiata.
Ha presentato vomito e diarrea in seguito alla terapia dei colleghi.
In studio appare sicura di sé, per niente intimorita anche se tenderebbe ad allontanarsi al momento della visita clinica, alla fine si sdraia a terra con la testa rivolta al muro.
Sempre presente ed attenta anche se tranquilla.
In funzione dei sintomi oggettivi e degli elementi acquisiti si procede alla Repertorizzazione con RadarOpus:



Prescrizione omeopatica
Aurum phosphoricum 1 LM (Aur-p) SID per 14 gg
Si consiglia di effettuare i controlli settimanali per monitorare le condizioni generali di Lola.

RISULTATI

Follow-up una settimana dopo: appetito ripristinato e robusto, sete normale, più lucida e tonica nel complesso, i proprietari si stupiscono della sua forza e tenacia manifestata anche in passeggiata, ha salito tre rampe di scale di corsa. Ascite stabile.
Follow-up due settimane dopo: sempre arzilla, appetito mantenuto anche se mangia meno di prima, pochi gg fa ha fatto 3 Km di passeggiata senza fermar-

si mai, leggero aumento della ascite.
Aur- phos 3 LM SID per 5 gg poi BID per 2 sett
Follow-up tre settimane dopo: evidente miglioramento dello stato energetico, sempre attiva, decide lei la destinazione quando è fuori e non tornerebbe più a casa, non ha il fiatone, sale 60 gradini senza risentirne, appetito vorace. Ascite ridotta, edema agli arti scomparso, non c'è tosse, la respirazione appare più regolare.
Follow-up 4 settimane dopo: sempre attiva e testarda, per visitarla deve essere bloccata, appetito altalenante, sempre molto attiva in passeggiata, aumento della ascite.
Aur-phos 5 LM BID per 7 gg
Follow-up 5 settimane dopo: si decide di procedere all' addominocentesi (prelevati 300 ml circa di liquido peritoneale).
Follow-up 7 settimane dopo: il cibo non sembra più la sua priorità, sete aumentata, dopo addominocentesi si presenta edema al lato sx del muso che rientra in 48 ore. Sempre contenta di uscire, respirazione addominale, ascite aumentata. Si procede ad una nuova addominocentesi per ridurre la respirazione addominale.
Aur- phos 7 LM SID per 14 gg
Follow-up 8 settimane dopo: il quadro resta stabile, ascite aumentata, compare la tosse.
Aurum phos 7 LM BID per 14 gg
Follow-up 9 settimane dopo: Lola esce in giardino spontaneamente poi si accascia a terra e si spegne spontaneamente.

DISCUSSIONE

In questa evoluzione si è assistito ad un progressivo miglioramento delle condizioni generali con maggiore capacità oggettiva allo sforzo fisico da parte di Lola, ciò le ha consentito di mantenere uno stile di vita invidiabile senza rinunciare alle sue camminate, mentre i proprietari sono rimasti piacevolmente stupiti della reazione immediata alla terapia omeopatica che sembrava averle donato serenità ed uno spirito combattivo di qualche tempo prima.
La gestione della terapia omeopatica e la scelta di cambiare la diluizione è stata gestita in funzione del quadro clinico riscontrato ad ogni seduta, mentre l'addominocentesi si è resa necessaria per consentire a Lola di respirare meglio oltre ad evitarle un ingombro eccessivo.
In questo caso la discussione non verte tanto nella domanda se si potesse fare di più o meglio di quanto è stato fatto; è evidente che si tratta di un lesionale grave.
Qui occorre mettere in chiaro che le possibilità del Medico Omeopata e comunque della terapia omeopatica non sono illimitate, ci sono limiti invalicabili oltre i quali non si può pensare di andare.
Lo scopo resta quello di affrontare le problematiche cliniche anche gravi cercando di trovare le soluzioni ideali per accompagnare i nostri pazienti nel loro percorso di malattia con le migliori prospettive possibili, i proprietari ne erano del tutto consapevoli.
Non è pensabile immaginare che la guarigione sia un premio destinato a pochi eletti, piuttosto anacronistico come ideale destinato a sciamani, guaritori o altro.
La Medicina Omeopatica da una parte ci gratifica quando otteniamo risultati soddisfacenti o addirittura insperati, dall'altra ci esorta a mantenere i piedi ancorati a terra.

CONCLUSIONE

Riteniamo che presentare casi clinici come questi possa essere di stimolo a colleghi Veterinari Omeopati Neofiti che non devono abbattersi o demordere di fronte alle difficoltà che si incontrano nel quotidiano. Il Veterinario Omeopata non è dotato di poteri sovraumani, semmai deve riuscire a dedicarsi ai problemi reali che incontra adottando le armi terapeutiche in dotazione e sfruttando tutto il suo bagaglio di conoscenza e di esperienza acquisito sul campo.
Questa è la professione omeopatica che pratichiamo nel quotidiano in ambulatorio, questi sono i casi che molti clienti ci chiedono di affrontare al fine di evitare un inutile accanimento terapeutico comunque ritenuto talvolta troppo aggressivo.
Cerchiamo di svolgere questo ruolo professionale con senso di responsabilità e sopratutto con dovere etico anche se non siamo riconosciuti ufficialmente dagli organi competenti, inoltre mai illudere il proprietario a guarigioni insperate o fasulle, l'immortalità non è di questo mondo, benvenuti sul pianeta Terra.

Bigliografia

W. BOERICKE - Materia Medica Omeopatica – traduzione del Dott Roberto Petrucci,2004

J. H. CLARKE- Dizionario di farmacologia omeopatica clinica- IPSA Editore, Palermo, 1994.

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.

H. DUPRAT –Materia Medica Omeopatica, vol. tre- Palombi Editori- 2013

R. PETRUCCI- Pediatria. Temi e concetti in Medicina Omeopatica-Asterias, Milano, 2007.

J. SCHOLTEN - Omeopatia e gli elementi della tavola periodica- Salus Infirmorum Editori, Roncade (TV), 2007.

F. SCHRORYENS – Synthesis 9.1- In RADAR 10.1. Archibel; 2008

F. VERMEULEN – Materia Medica Omeopatica Sinottica – Salus Infirmorum Editori, Roncade (TV), 2007

Figura 1. Lola ascite

Figura 2. Lola ascite

Figura 3. Liquido ascitico

Workshop

Osservazioni cliniche veterinarie sull'uso dell'Omeopatia nelle malattie degenerative

WORKSHOP
"Osservazioni cliniche veterinarie
sull'uso dell'Omeopatia nelle malattie degenerative"
Marc Brunson

Le but de ce travail est triple :
– premièrement, montrer que les **pathologies les plus graves peuvent être soignées par homéopathie**
– deuxièmement, montrer que **différents abords peuvent nous conduire au bon remède** … une grille répertoriale kentiste, une connaissance de la matière médicale telle qu'on nous l'a apprise depuis des années c'est-à-dire basée essentiellement sur la fiabilité ou aussi une connaissance récente, plus moderne, toujours classique mais basée, elle, sur le spécifiant c'est-à-dire sur la problématique des remèdes
– et enfin, vous faire **découvrir des façons nouvelles de calculer nos grilles** répertoriales qui permettent des résultats bien plus efficaces.

CANNELLE, LA BRIARDE DE MARIE-CLAIRE
Mon premier cancer maîtrisé par homéopathie

Dr Marc Brunson (Esneux – Belgique)

Marie-Claire est originaire de mon village et a fait toutes ses études dans la même école que moi.
Avec Georges, ils ont quatre enfant, travaillent tous les deux … ils aiment leur chien mais celui-ci n'est pas leur première préoccupation.

Ils sont écolos donc choisissent sans hésiter leur copain vétérinaire homéopathe.

Première consultation le 1er mars 88.
Notre Briarde est née en août 83 et a eu, il y a un an ou deux, un kyste sur le dos dont elle fut débarrassée par le bistouri. La cicatrisation prit beaucoup plus de temps que la normale.
Depuis toujours, Cannelle traîne des problèmes d'oreilles dont Marie-Claire et son mari ne se soucient guère … peu, trop peu même !
Elle présente par endroit des plaques de grosses pellicules sur une peau en général un peu grasse. La caresse vous laisse du suif sur la main.
La chienne aime beaucoup le fromage mais refuse le lait. Elle n'est pas gourmande. Elle laisse souvent traîner son plat bien longtemps.
La soif de Cannelle est banale.
Question météo, Cannelle n'apprécie pas du tout la pluie ni la neige ni l'hiver ; elle préfère la chaleur, pas trop loin du poêle à bois mais pas contre non plus (nous sommes en hiver).
Spontanément, Marie-Claire me raconte que sa chienne aime la compagnie ; ses chaleurs sont tout ce qu'il y a de plus normales, le moins banal est le peu d'intérêt que la chienne y apporte.
Elle a peur des bruits forts, des engueulades surtout.
Elle n'est jamais agressive, n'a jamais grogné une seule fois de sa vie.
Elle est sociable même un peu exubérante avec les autres chiens. Elle n'est pas jalouse. Par contre, elle paraît inquiète si, quand nous ne sommes pas chez nous, nous nous éloignons et paraissons la laisser.

En 1988, je ne suis pas encore informatisé … et je n'ai pas toujours le courage de réaliser une grille à la main.
Je choisis **Silicea 30 K** que je fais administrer quatre fois en 48 heures.

Malgré l'échec flagrant de Sil, Marie-Claire me consulte à nouveau **le 15 novembre 88**. Et là, la situation est bien pire. La chienne présente une tumeur à la mâchoire inférieure emprisonnant la canine inférieure gauche et englobant l'os de la mâchoire or la chienne n'a que cinq ans et demi !
Je reprends toute l'anamnèse à zéro. Et voici ce que Georges me raconte :
"*Cannelle, dans la nichée, était plus petite que les autres. Jeune, elle était calme, gentille, patiente.*
Déjà vers huit, neuf mois, elle présentait aux oreilles les mêmes problèmes qu'elle a eu sa vie durant.
Elle apprécie les gaufres, le fromage et le lait ne pose aucun problème, elle en prend parfois" (!!! contradiction avec la première anamnèse !!!).
Par contre, j'apprends qu'elle a vraiment horreur des pommes de terre !
"*Elle mange souvent en deux fois, une moitié vers 21 heures et le reste le lendemain matin ; elle n'aime pas être mouillée et a horreur de la pluie*".
La version de Georges ne colle pas tout à fait à celle que j'ai recueillie de Marie-Claire. Pour lui, Cannelle accepte la neige et le froid, apprécie plutôt la chaleur du poêle mais est incommodée par les grandes chaleurs (nous sommes en été). Georges est sûr qu'elle fuit autant le chaud que le froid … ce qui la fait souvent changer de place.
"*Si des invités arrivent, Cannelle vient dire bonjour. Elle est très gentille avec les enfants, les nôtres et ceux des copains … Ils peuvent lui marcher sur la patte, elle ne réagit pas.*
Elle est un peu enveloppée ; pourtant, depuis toujours, elle ne mange guère et n'est pas stérilisée". Bref, elle a une tendance naturelle à l'embompoint.
Georges me confirme la difficulté que Cannelle a eue à cicatriser lors de l'ablation de son kyste sur le dos.
"*Le plus souvent, Cannelle est à nos pieds ou dans le couloir pour surveiller chacun de nous quand nous sommes dispersés. Elle a toujours peur que nous ne la prenions pas si nous partons. Elle a vite appris les limites de la propriété non clôturée et elle ne les franchit pas. Si je la gronde, elle se cache derrière Marie-Claire.*
La seule météo qui l'embête, c'est l'humidité ; ça, c'est sûr, elle n'aime pas.
Ses chaleurs sont tout à fait normales. Elle mangerait peut-être un peu moins".
Thuya 200k. voyez la mini grille cidessous.

L 19 décembre 88, c'est-à-dire un mois plus tard, la situation n'est pas aggravée. La mâchoire semble améliorée, la lèvre est bien moins entreprise par la tumeur. Mais l'état des oreilles a empiré et une éruption est apparue sur la tête et la nuque.
"*Ce n'est pas la première fois* !" me dit Marie-Claire mais c'est bien pire cette fois-ci.
Nous nous trouvons certainement devant une loi de Hering.

Le 24 juin 89 … je vous l'ai dit, Georges et Marie-Claire sont négligents avec leur chien. Ils travaillent tous les deux et ont quatre enfants.
La tumeur avait complètement disparu mais là elle réapparaît ! !
Les selles sont molles et Cannelle mange mal (nous sommes dans une vague

de chaleur précoce mais intense).
Thuya 200 K.

Le 23 novembre 89. La négligence continue ! Tout allait parfaitement bien mais Georges revient parce que la tumeur disparue réapparaît à nouveau !
Thuya 6 LM matin et soir pendant huit jours. Et j'insiste : il faut me remontrer la chienne tous les deux mois.

Pourtant, je ne reverrai Cannelle qu'au **printemps 91**. Elle avait été très bien mais maintenant, elle présente des ganglions gonflés un peu partout … maxillaire, scapulaire, circonflexe iliaque, poplité … c'est apparu en un mois maximum !!!
Georges et Marie-Claire décident de faire **euthanasier** Cannelle.

Le remède a été choisi grâce à une grille tout à fait classique. La voici :

	Merc	Thuya	Sil	Lyc	Ars-i
Heat and cold	2	-	2	2	-
Wet weather	2	2	2	2	2
Aversion potatoes	-	1	-	-	-
Face greasy	2	1	-	-	-
Cancerous affection	2	2	3	3	2

J'aurais aussi pu retenir
Appetite easy satiety
Wounds slow to heal
Skin unhealthy
Mais travaillant sans computer, je voulais cette grille assez courte.

Une survie de trois ans pour un chien de cette fragile correspond à un tiers de vie ! C'est-à-dire à 25 ans en médecine humaine. Je suis heureux de ce résultat. Mais vous remarquerez que dans le titre du cas j'ai utilisé le mot "maîtrisé" et pas le mot "guéri" !

YASCO, L'ATTARDÉ

Yasco est un Berger allemand, mâle, né le 20 septembre 2009. Ses propriétaires habitent à deux heures de route d'Esneux.notre pays est très petit ; pour nous, c'est une distance considérable !

Je le vois **le 26 décembre 2009** pour la première fois. Yasco a donc trois mois et 10 jours.

Il s'agit d'un couple sans enfant, aussi attachés à leurs chiens que cultivés.
Yasco présente des crises légères de difficultés respiratoires. Ces crises ont été nettement aggravées le lendemain du rappel de vaccination, il y a deux semaines.
Il présente depuis lors des difficultés à déglutir ; ça remonte dans le nez, il s'étouffe, cherche à respirer, se panique puis il a des spasmes au niveau du ventre et ça se termine soit par un vomissement de glaires, soit par un gros renvoi d'air. Il respire vers le haut comme s'il cherchait l'air. Ensuite, il tombe endormi pour une demi-heure.
Yasco me paraît calme mais surtout effacé après une très courte exploration de mon cabinet.
Zaïna, la chienne de la maison, l'a d'abord ignoré puis ensuite, a montré les crocs. Le jour où nous sommes allés le choisir, un de ses frères l'a agressé. La réaction a été fulgurante.
De retour chez nous, nous les avons isolés, Zaïna et lui. Puis, le lendemain, nous les avons mis en contact : Zaïna a déterminé la règle. Ils sont devenus deux grands copains.
Yasco adore les friandises, il se jette littéralement dessus et Zaïna l'a corrigé deux fois parce qu'il lui volait les siennes.
Globalement Yasco n'est pas entreprenant ni téméraire comme un chiot de trois mois et demi devrait l'être. …"*Zaïna lui apporte beaucoup*" dit sa propriétaire.
Il a été décrit par son éleveur comme câlin et affectueux mais élevé séparément de ses frères et soeurs parce qu'il mangeait mal et ne se développait pas normalement.
Il ne participait pas aux jeux violents des autres, jouait seul et préférait l'attention et les câlins.
Actuellement, au club d'éducation, il s'isole des autres chiots or ça ne se passe pas mal.

Il imite Zaïna ; avec elle, il se sent en sécurité même dans le train ou le métro. A la maison, il a tout exploré le premier jour puis fini. Il n'est pas curieux … Il a en fait besoin de repères.
Il n'apprécie guère les croquettes. Nous devons les améliorer d'un "Petit Suisse" (fromage blanc). Alors, il nous arracherait la main.
Il détruit ses jouets. Il n'aime pas être brusqué, il aime les habitudes, les repères …
Madame Dp. est inquiète pour son poids.

Sur la grille suivante, je lui administre Cupr.
– sudden manifestation
– spasms respiration
  ž respiration asthmatic children
  ž respiration difficult in children
– reserved
– vaccination after
– development arrested
– dwarfishness
– Aversion to play in children

Cupr	Sulf	Phos	Carc
2	-	2	-
1	1	1	2
1	1	3	1
1	4	1	1
1	3	2	2
1	2	-	1

Ici, je suis informatisé ! Ma grille a pris de l'embompoint. Trop, est, réalité !

Et **Cuprum** va régler ce problème que je suppose être d'origine spastique. Quant au remède qui s'avéra plus tard être le remède de sa maladie endogène ; il figure en 152e position dans cette grille et sort seulement au degré "1". Monsieur et Madame Dp. comme beaucoup de patients ignorent que nous cherchons le remède du malade et pas le remède du motif de consultation. Ils sont satisfaits du résultat et je ne vais les revoir que bien plus tard.

Le 16 octobre 2013, les revoici donc quatre ans plus tard.

La première chose qui me saute aux yeux, c'est l'hirsutisme de Yasco ! Un duvet court et décoloré (cuivré au lieu de noir) avec de longs poils clairsemés qui jaillissent de ce duvet. Il garde depuis toujours un sous poil de chiot. C'est un mâle qui a le gabarit d'une petite femelle ! Il a oublié de grandir !
Il y a un an plus ou moins, Yasco a développé une "hot spot" sur un flanc que l'allopathie a réglé. Puis rebelotte quelques mois plus tard et le cercle vicieux a commencé. Antibiotiques, cortisone à répétition … Et maintenant, la peau du ventre, les aines et les aisselles sont noires, épaissies … une magnifique sclérodermie et nous avons même droit à des endroits tout mielleux ! Et ça gratte, ça gratte, ça gratte …

Dans mon cabinet de consultations, Yasco ne tient pas en place.
"*Il a tendance à se mettre dans des petits trous, dans des endroits très confinés où il se terre.*
Il bouge sans cesse, est souvent hyperactif. Il mange autant qu'il veut et reste maigre. Ces temps-ci, il mange encore plus et perd du poids.
Il n'est pas téméraire, n'a pas confiance en lui. Il a de la chance d'avoir Zaïna qui l'a bousculé.
En promenade, il est exubérant, hyperactif même. Quand il est au calme, il est dans sa bulle. Il bave, sa salive coule.
Il n'est pas gourmand, prends même les friandises du bout des dents.
Il a toujours froid, n'aime pas sortir mais ne se colle pas aux sources de chaleur.
Il boit calmement des quantités normales".
J'énonce le mot "immature" et la propriétaire me dit immédiatement en me montrant un petit papier : « *C'est la première chose que j'ai écrite sur mon aide-mémoire, il est resté bloqué à un stade de sa vie ; il n'est pas gardien, ni téméraire, il joue bien trop, il n'arrête jamais, il agit par invitation. Il n'est pas "fute-fute" (intelligent). Il est toujours aussi terrorisé par les vétérinaires. Il n'est capable d'aucune déduction. Il ne prend jamais d'initiatives. Si on élève la voix, il adopte une attitude de chien battu.* »

Le 16 octobre 2013, je prescris **Thyr. 200 K**.

Quinze jours plus tard … "*Yasco va déjà beaucoup mieux, il ne pue plus, sa peau ne cesse de s'améliorer, il est bien plus présent. Le matin, il nous fait la fête quand nous nous levons ; il est de bonne humeur ; pour la première fois, il a des érections ; il joue à la balle avec nous dans la prairie. Seuls, les doigts l'embêtent encore (peau). Maintenant les "engrenages" tournent de façon harmonieuse*".

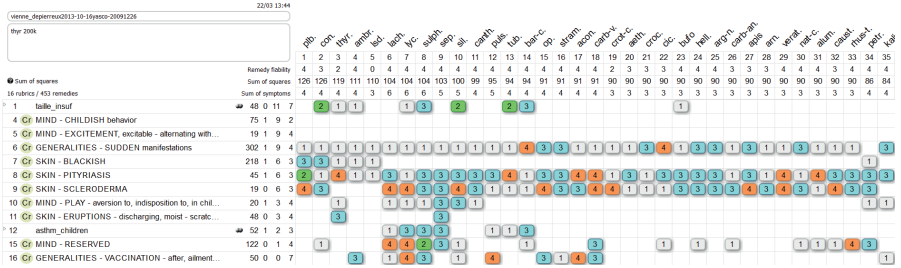
Yasco n'a cessé de progresser. A chaque rechute cutanée, en général légère, Thyr. est répété en doses croissantes.

– le 15/12/13 : Thyr. 200 K
– le 30/01/14 : Thyr. MK
– le 04/06/14 : Thyr. MK
– le 01/10/14 : Thyr. XMK
– le 02/02/15 : Thyr. XMK
– le 16/06/15 : Thyr. 30 CH
– le 22/10/15 : Thyr. 30 CH
– le 02/02/16 : Thyr. 60 CH
– le 30/05/16 : Thyr. 60 CH
– le 01/10/16 : Thyr. 60 CH
– le 13/03/17 : Thyr. 200 CH

Les amis du couple ne reconnaissent pas Yasco. Il trouve qu'il a sacrément évolué. Il est méconnaissable.

Thyr. : I don't know the way to evolve.

The way : le chemin et la manière !



Thyroidinum est un remède que j'ai déjà prescrit plusieurs fois. Pensez-y chaque fois que vous rencontrerez un animal dont la taille est inférieure à la normale et qui présente un ou plusieurs handicaps physiques ou un retard mental, voire les deux à la fois.

Dans ce cas-ci les nouveaux modes de calcul sont particulièrement perforamants!

Voyez le tableau ci-dessus.

Un mot rapide sur ce système de calcul multimodal des grilles :
– la colonne claire à l'extrême droite est l'ancien mode de calcul que nous avons toujours utilisé par défaut. Il ne me sert plus que quand j'ai retenu moins de 5 symptômes ou si je n'ai pas réalisé une bonne hiérarchisation.
– les colonnes jaunes servent uniquement à débusquer les petits remèdes
– les 2 colonnes bleues à leur gauche ne servent, elles, qu'à distinguer les polychrestes entre eux ; les petits remèdes n'y apparaîtront jamais
– les 3 premières à droites sont "à large spectre" : elles peuvent aussi bien distinguer que débusquer
– les 3 non citées sont en cours de test
Je suis aujourd'hui, incapable de me passer de cette analyse multimodale.
L'homéopathie, ne l'oubliez pas, c'est un peu d'inspiration et beaucoup de transpiration !

CASH

Dr Marc Brunson (Vétérinaire – Esneux – Belgique)

Fin septembre 2014, je reçois un coup de **téléphone** du fond de la France profonde : « *Docteur, pourriez-vous faire quelque chose pour mon chien ? Il doit être opéré au CHUV de Liège. Il a un cancer de la mâchoire inférieure qui entreprend l'os*

tout autour de la canine gauche. »
Les analyses et l'imagerie du CHUV de Liège ont mis en évidence un carcinome de la muqueuse buccale avec atteinte de l'os de la mâchoire.
L'opération consiste à enlever ni plus ni moins un quart de la mâchoire. La date de la chirurgie est fixée dix jours plus tard.
« *Désolé je ne peux rien faire en dix jours …* »
« *Et si je retarde l'opération de deux à trois semaines que se passera-t-il ?* »
« *Au pire, on enlèvera un tiers de la mâchoire au lieu d'un quart. Il n'en sera pas plus invalidé. Imaginez que les deux moitiés gauche et droite ne seront de toute façon plus solidaires. Il me faudrait voir votre chien en consultation mais vous habitez bien trop loin !* »
« *Non, en fait, je suis belge, expatriée en France et je rentre souvent en Belgique dans ma famille.* »
« *Alors d'accord. En attendant, allez acheter* ***Hekla lava 9 CH*** *et donnez-lui trois granules, deux fois par jour.* »
Le traitement sera commencé le **3 octobre 2014**. La tumeur va d'abord changer de couleur : en dix jours, de rouge elle devient rose et son volume va se réduire.

Fin octobre, il ne fait plus de doute que le traitement est efficace, même si la tumeur n'a diminué que de moitié et l'idée d'opérer Cash est abandonnée[1].

Je vois enfin **Cash en chair et en os le 10 novembre 2014**. La tumeur a déjà très fortement diminué ; son centre est devenu bien plus pâle que le reste de la muqueuse buccale. Cash est né le 5 février 2007. Madame VDK l'a reçu à l'âge de deux ans. En effet, Cash est un handi chien. Comme les chiens d'aveugle, il est passé par une longue période d'apprentissage.
Pour franchir ce parcours d'obstacle, Cash a connu trois familles d'accueil. Ce n'est pas anodin pour les chiens mis au service de l'homme. Les chiens ainsi éduqués, s'ils sont retenus dans cette sélection, lient symboliquement valorisation à obéissance.

En mai 2009, bien avant cette fameuse période, Cash a fait un eczéma de stress, il se grattait un peu partout mais surtout les aines, grattées à sang. Il a présenté un épisode semblable quelque temps plus tard. Il a été affectivement pris en charge par une personne chargée de le cajoler un maximum. Et Cash a guéri spontanément.

1. Je reçois par mail des photos de la bouche de Cash régulièrement !

Plus ou moins à la même période, il a présenté des soucis intestinaux (selles molles et jaunes) réglés par des croquettes de régime.
A partir de là, Cash a vécu avec la même propriétaire : Madame VDK qui me dit "*Il est réellement scotché à moi*" dit-elle.
Au boulot, à la maison de repos où Cash officie, il a fallu apprendre au personnel à ignorer le chien pour que celui-ci soit "forcé" d'aller vers les malades.
Madame VDK vit seule avec Cash dans un petit hameau de 14 maisons. Cash y reste couché au milieu de la route ; les voitures doivent le contourner. Il va aussi manger chez tous les voisins.
Il est hypercool. Et je peux le vérifier quand j'examine l'intérieur de sa bouche.
« Quand Cash va nager – ce qu'il fait même en plein hiver – juste après, il fait d'office une selle complètement liquide. C'est un fonceur au point de s'écorcher dans les clôtures. S'il n'est pas promené en laisse, il est tout à fait capable de filer par exemple pour suivre un gibier.
Il fonce vers les odeurs et peut ainsi entrer dans un café à Bruxelles ou chez un de nos voisins qui cuisine.
Il aime toutes les météos, adore la neige, plonge même l'hiver …
Il sort seul pendant une heure tous les matins. Il adore être dehors ; se coucher sur la pierre du seuil surtout s'il y a du soleil, parfois il refuse de rentrer.
Il aime se coucher devant le poêle à bois, tout contre et prendre de véritables bains de soleil l'été.
C'est un chien très obéissant. Il change plus souvent d'endroit pour se coucher qu'auparavant.
Il est encore plus affectueux depuis que Madame n'est plus au boulot. Il est hyper obéissant. Il garde la pêche comme si de rien n'était. En forêt, il course le gibier et dans les dunes, les oiseaux.
Je note à son sujet : "victime de l'amour conditionnel". Il est en manque perpétuel de caresses ; il aborde tout le monde en rue.
Il a parfois des selles molles sans consistance. Il dort souvent sur le dos, les quatre fers en l'air, mais aussi roulé en boule ou sur le flanc.
Madame ne lui connaît aucune peur.

Heckla lava sera donné en **9 CH deux fois par jour pendant une quinzaine de jours** puis en **12 CH un jour sur deux pendant plus ou moins un mois** ; puis **deux fois en 15 CH à un mois d'intervalle** et une 30 CH était prévue pour juillet. Elle ne sera jamais donnée.

Je revois Cash **le 22 juillet 2015**.

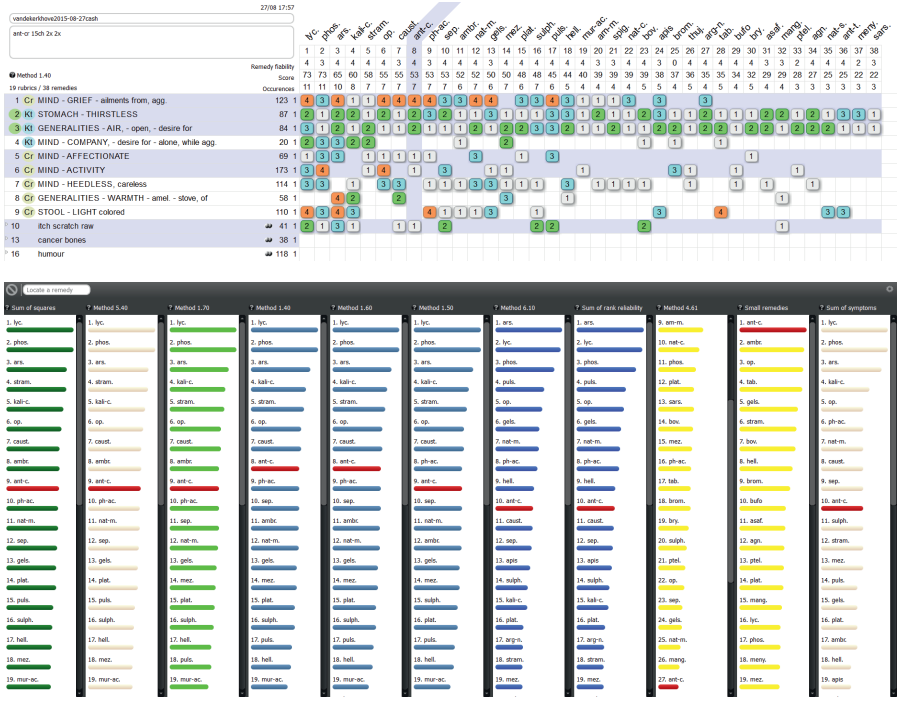
A cette date-là, la tumeur a complètement disparu et cela depuis déjà de nombreuses semaines.
Je destine donc cette consultation à recueillir un maximum de renseignements concernant Cash en pensant enrichir ma connaissance d'Hekla lava.

Pourrait-il y avoir eu un facteur déclenchant à son problème de mâchoire ?
« *J'ai été en arrêt de travail début septembre 2014, donc Cash aussi ! Puis le chien a dû aller au "travail" sans moi avec d'autres soignants qui, en réalité, l'ont laissé dans un coin sans l'occuper ni s'en occuper. Il dépérissait … Un jour j'ai vu du sang sur le bâton avec lequel on jouait et c'est là que j'ai découvert la première tumeur. Un centimètre d'épaisseur sur cinq de long.* »
L'ablation de cet épulis (supposé !) a été réalisée mais l'analyse a révélé qu'il s'agissait en réalité d'un carcinome de la muqueuse.
"*Chez lui, tout passe par la gueule ! … il joue, il mange ! Il vit la truffe au sol, il renifle tout, attrape tout. Il est toujours partant au quart de tour, toujours, tout le temps ! Il comprend tout ce qu'on lui dit.*
S'il s'ennuie, je laisse tomber exprès divers objets pour qu'il les ramasse, je lui demande de ramener le panier de pinces à linge.
Le village est son jardin.
Il est farceur, espiègle, rigolo. Exemple : faire le tour de la pièce avec sa gamelle en gueule en me narguant, me piquer mes outils de jardin.
Dès qu'il est stressé, il se gratte ; dès qu'il s'ennuie ou qu'il est en manque affectif, idem !
Il va nager tous les jours même en hiver mais alors, après, il a une selle liquide.
Il boit peu … un vrai chameau ! Il est peu attiré par le pain, va manger les restes chez les voisins, adore être dehors, se roule en grognant d'aise. Il n'a peur de rien ; il reste couché au milieu de la route et les voitures doivent le contourner".
A ce moment dans mon cabinet, il est couché presque sur le dos calé contre le mur … attitude super cool.
"*Il n'est ni dominant ni agressif. Il part chasser en forêt et à ce moment-là, il ne m'entend plus ; il s'est même perdu plusieurs fois.*
Il course les chats par jeu.
Il supporte la voiture sans problème. Il n'aime pas rester seul mais ne fait aucun dégât. Il couine et pleure, disent les voisins.
Il est super heureux de me voir rentrer".

Le 22 juillet 2015 tout paraît être totalement rentré dans l'ordre et nous prévoyons de lui donner une dose de Hekla lava 30 CH par trimestre, mesure

métaphylactique.
Mais les choses ne vont pas se dérouler comme prévu en ce sens que Cash se met à développer des problèmes de peau (éruptions suppurées) comme il en présentait auparavant.
J'essaie Hekla lava en basse dilution répétée, pensant que ce remède qui avait marché de façon sensationnelle sur la tumeur devait certainement être LE remède de la maladie endogène de Cash … Et bien non !

Le 5 août 2015 : aucun résultat ; je répertorise et je lui fais administrer **Phos 15 CH**.
Au téléphone Madame VDK me dit : "*Nous avons fait 8000 km en camping car ; il a été malheureux comme la pierre car les bains étaient interdits.*"
Résultat zéro : les éruptions suppurées s'étendent de plus en plus.
Je reprends ma grille de répertorisation **le 27 août 2015** et choisis **Ant-cr. 15 CH**. Je la fait administrer quatre fois en 48 heures.
Cette fois-ci ça y est ! Ça marche !



– **Ant-cr. en 15 CH le 20/01/16** puis **le 15/02/16**
– **Ant-cr. en 30 CH le 15/07/16**.

Le 19 août 2016, Cash fait comme il en avait l'habitude une hot spot fulgurante et Ant en 9 CH administré trois fois par jour stoppe l'incident en deux jours.

Le 22 novembre 2016 j'ai revu Cash à Esneux "tout va bien !"
Je lui ai rendu **Ant-cr. en 9 CH** : il y a quelque temps parce qu'il a sorti trois hot spot en même temps.
"Cela a très bien marché. Il est en pleine forme physique. Il a toujours une selle molle après chaque bain dans l'eau froide. Parfois pendant quelques jours, il présente des chassies blanches aux coins des yeux … j'essuie et ça passe tout seul.
Si je ne m'occupe pas de lui tout le temps ou s'il n'est pas dans ses habitudes, il stresse. Je dois toujours lui donner beaucoup d'amour et d'attention. Il continue à jouer comme un gamin mais jamais seul, toujours avec moi. Il dort plus qu'avant".
Madame VDK repartira ce jour-là avec six doses de réserve d'Antimonium crudum (deux 30 K, deux 200 K et deux XMK).
Aucune nouvelle depuis lors … tout va bien !

Le 30/09/2014

Le 21/05/2015

Gli Autori

DOTT. FABIO ANTONIONI
Medico Veterinario Omeopata – Maranello (MO)
email: fabio.vet@teletu.it

PIERLUIGI CLAUSER
Medico Veterinario Omeopata - Trento
email: pclauser1@alice.it

DOTT. MARCO COLLA
Medico Chirurgo Omeopata - Biella
Direttore Scuola Similia Similibus Torino
email:colla.marco@gmail.com

DR.SSA GAVINA COSTINI
Medico Chirurgo Omeopata –Roma
Direttrice Scuola di Omeopatia "Fondazione Belladonna onlus"
email: costinigavina@libero.it

DOTT. SEBASTIANO DI SALVO
Medico Chirurgo Omeopata – Lamezia Terme
Docente Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica EMC AFMO
email: sebdis@tiscali.it

DOTT. MAURO DODESINI
Medico Veterinario Omeopata – Bergamo
Capo Redattore per la Veterinaria de "il Medico Omeopata"
email: mauro.dodesini@omeopatiapossibile.it

DOTT. GUSTAVO DOMINICI
Medico Chirurgo Omeopata-Roma
Direttore de "il Medico Omeopata"
email: gustavo.dominici@omeopatia-roma.it

DOTT. VINCENZO FALABELLA
Medico Chirurgo Omeopata- Napoli
Segretario Nazionale FIAMO
Direttore Dipartimento Formazione FIAMO
Direttore Scuola E.M.C.-A.F.M.O.
email: p_falabella@libero.it

DOTT. EGIDIO GALLI
Medico Chirurgo Omeopata – Messina
Docente Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica EMC AFMO
email:egigalli@live.it

DR.SS A MARIA RITA GUALEA
Medico Chirurgo Omeopata - Pavia
Centro Interdipartimentale di Ricerca in Biologia e Medicina dello Sport
Universita di Pavia, c/o Fondazione S. Maugeri
CDO Centro di Omeopatia - Milano
email: m.gualea@libero.it

DOTT.SSA SARA LEONCINI
Medico Chirurgo Omeopata
Dirigente medico anatomo-patologo presso ASST Santi Paolo e Carlo
Scuola di Medicina Omeopatica di Verona
email:ariastella@yahoo.it.

DOTT. FRANCESCO V. MARINO
Medico Chirurgo Omeopata- Roma
Vicepresidente FIAMO, Presidente LMHI per l'Italia
email: dr.fmarino@libero.it

DOTT. GIACOMO MERIALDO
Medico Chirurgo Omeopata – Genova
Direttore Scuola di Medicina Omeopatica di Genova – Dulcamara-Kaos
email: gmerialdo@tiscali.it;

DOTT . MARCELLO MONTORSI
Medico Chirurgo Omeopata – Formigine (MO)
email: marcellomontorsi@libero.it

DOTT. FRANCESCO E. NEGRO
Medico Chirurgo Omeopata - Roma
Fondazione Negro
Socio Onorario FIAMO
email:negro.fe@iol.it

DOTT.SSA RAFFAELLA POMPOSELLI
Medico Chirurgo Omeopata - Milano
Consiglio Direttivo FIAMO
Fondazione Belladonna onlus
email: raffaella.pomposelli@omeopatiabelladonna.it

DOTT. GIUSEPPE SCAMBELLURI
Medico Chirurgo Omeopata – Reggio Calabria
Scuola E.M.C.-A.F.M.O.
email:pinoline@alice.it

DOTT. GIOVANNI VESPIA
Medico Veterinario Omeopata – Reggio Calabria
Direttore Sanitario Ambulatorio Veterinario Thuja
Scuola E.M.C.-A.F.M.O
email:giovannivespia@libero.it

TAVOLA ROTONDA

DOTT.SSA MARISA CERTOSINO
Presidente A.P.O. Italia
Associazione Pazienti Omeopatici
email: info@apoitalia.it
www.apoitalia.it

DOTT.SSA LAURA CONTE
Direttore delle Relazioni Professionali – Boiron Italia
email: laura.conte@boiron.it
www.boiron.it

DOTT. AURELIO ROCCO
Amministratore Delegato CEMON
email: a.rocco@cemon.eu
http://cemon.eu/

DOTT.SSA ROBERTA RUSSO
CEO Vanda Vanda Omeopatici srl
email: roberta.russo@vanda.it
www.vandaomeopatici.it

RELATORI INTERNAZIONALI

DOTT. MARC BRUNSON
Presidente CLH (Centre Liégeois d'Homéopathie)
Esneux - Belgio
email: clh@skynet.be

DOTT. FAROKH MASTER
Bombay - India
email: drfarokhmaster@gmail.com
www.drfarokhmaster.com

XV 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 sui contenuti delle relazioni e per eventuali errori e omissioni.
Le informazioni contenute negli Atti sono state fornite dai relatori
ed erano da considerarsi corrette al momento della stampa.