

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The italian journal of Classical Homeopathy

in questo numero

QUANTE OMEOPATIE?

- La voce del Presidente *di A. Ronchi*

STORIE OMEOPATICHE

- Cronaca della riesumazione *di M. Buttignol*

OMEOPATIA CLINICA

- Reflusso esofageo *di G. Fagone*
- Epatite C: 16 casi clinici *di S. Coco*
- Un caso di Filariasi *di P. Gulia*
- Polmonite Atipica Primaria *di G. Dominici*

SCUOLA DI CORTONA

- Sotto il sole della Toscana *di F. Del Francia*
- Veterinaria e servizio pubblico *di P. Rossetti*
- Il rimedio costituzionale *di M. C. Stocchino e A. Brancalion*
- Vaccinazione Bluetongue in Sardegna *di M. C. Stocchino*
- Allevamento cunicolo *di D. Deni e F. Del Francia*



“Un dentino: e se stavolta provassi l'omeopatia?”



Da sempre la dentizione trova nell'omeopatia una soluzione completa e sicura sulla sintomatologia locale e generale.¹

Chamomilla vulgaris 9 CH, Ferrum phosphoricum 5 CH e Belladonna 5 CH, componenti di Camilia, sono tradizionalmente utilizzati in omeopatia per i sintomi o combinazione di sintomi, generali e locali, tipici della dentizione.²⁻⁵

La forma farmaceutica è una soluzione orale acquosa, sterile, insapore e senza conservanti.⁶

Camilia si presenta in contenitori monodose pratici e particolarmente adatti alla somministrazione nel piccolo paziente: il contenuto della monodose va versato direttamente nella bocca del bambino (in posizione seduta), 2-3 volte al giorno.⁶

Potete contattarci al nostro Servizio Informazioni: numero verde 800-032203; info@boiron.it; www.boiron.com - www.boiron.it

1) Granata C.: Omeopatia in pediatria. Cortina Editore 1989. 2) Boericke W.: Pocket Manual of Materia Medica & Repertory. B. Jain Publishers PVT, India 2000. 3) Clarke J.H.: A Dictionary of Practical Materia Medica [3 Vols.]. B. Jain Publishers PVT, India 2005. 4) Guemontprez M., Pinkas M., Torck M.: Matière Médicale Homéopathique. Ed. Boiron 1989. 5) Demarque D., Jouanny J., Poitevin B., Saint-Jean V.: Farmacologia e materia medica omeopatica. Ed. Tecniche Nuove 2004. 6) Camilia. Riassunto delle caratteristiche di prodotto.

Sommario

direttore responsabile

Gustavo Dominici

vice direttore

Pietro Gulia

segretaria di redazione

Giovanna Giorgetti

redazione

Centro Omeopatico Vescovio
piazza Vescovio, 7
00199 Roma
tel/fax +39.06.86208145
email rivista@fiamo.it

redattori

Mario Buttignol
Renata Calieri
Mauro Dodesini
Anna Fontebuoni
Giandomenico Lusi
Paolo Roberti
Antonella Ronchi

redazione veterinaria**capo redattore**

David Bettio

redattori

Roberto Rizza

comitato scientifico

Paolo Bellavite
Andrea Brancalion
Nicola Del Giudice
Paola Landi
Giusi Pitari

amministrazione e pubblicità

FIAMO – sede amministrativa
via C. Beccaria, 22 – 05100 Terni
tel/fax +39.0744.429900
e-mail omeopatia@fiamo.it
www.fiamo.it

progetto grafico e impaginazione

B&M-Design, via Leopardi, 26 – 05100 Terni

stampa

Tipografia Economica Moderna
via I° Maggio, 15 – 05022 Amelia (TR)

**hanno collaborato alla realizzazione
di questo numero:**

A. Brancalion – M. Buttignol – G. Brocherel – S. Coco
D. Deni – F. Del Francia – G. Dominici – G. Fagone
P. Gulia – G. Lusi – A. Ronchi – P. Rossetti
M.C. Stocchino

EDITORIALE | G. Dominici**Farmaco o medico omeopatico?**

5

NORME PER GLI AUTORI

6

LA VOCE DEL PRESIDENTE | A. Ronchi**Quante omeopatie?**

7

CONVEGNI E SEMINARI**Dalla ricerca alla pratica clinica omeopatica**

10

LETTERE AL GIORNALE**Intervista a Christian Boiron – Commenti e risposte**

13

NOTIZIE DALLA FIAMO**Officina Homeopathica Internationalis**

21

RECENSIONI | G. Lusi**La prescrizione ginecologica e pediatrica**

22

STORIE | M. Buttignol**Cronaca della riesumazione del corpo di Hahnemann**

23

SCUOLA DI OMEOPATIA DI CORTONA**Intervista a Franco Del Francia | A. Brancalion**

29

Omeopatia veterinaria nel servizio pubblico | R. Rossetti

34

Un modo speciale di agire, sentire, reagire | M.C. Stocchino, A. Brancalion

36

Bluetongue in Sardegna. I danni della vaccinazione | M.C. Stocchino

39

**Performance riproduttive nell'allevamento cunicolo intensivo, attraverso
l'impiego di farmaci omeopatici | D. Deni, G. Brocherel, F. Del Francia**

42

OMEOPATIA CLINICA**Un caso di reflusso gastroesofageo curato con Mezereum | G. Fagone**

45

Epatite C. Studio retrospettivo di 16 casi clinici | S. Coco

48

Un caso di Filariasi da Mansonella perstans | P. Gulia

51

Polmonite atipica primaria | G. Dominici

58

LA TRADIZIONE OMEOPATICA ITALIANA...

La qualità dell'insegnamento

La **FIAMO** è un'associazione senza fini di lucro fondata da 220 medici omeopati nel 1990. Attualmente conta come soci circa 400 medici omeopati italiani. Ha lo scopo di conservare e tramandare la tradizione omeopatica italiana e di diffondere l'omeopatia. Tramite la **Liga Medicorum Homeopathica Internationalis** di cui è membro istituzionale, opera in stretto rapporto con la comunità omeopatica di tutto il mondo.



CORSI DI MEDICINA OMEOPATICA

Dipartimento Scuola Formazione Insegnamento Anno Accademico 2007/2008

SEDI SCUOLE

**ACCADEMIA OMEOPATICA
HAHNEMANNIANA MARCHIGIANA**
Dir. Acc.: Dr. Renzo Galassi
Via Urbino, 41/F – 62100 Macerata
tel.: 0733.233762 – fax: 0733.240807
renzogala@libero.it

**ACCADEMIA OMEOPATICA SARDA
SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA**
Dir. Acc.: Dr. Antonio Abbate
Via Santa Anania, 2 – 09129 Cagliari
tel.: 06.70490243 – 347.3848859
dra.abbate@alice.it

C.D.O. – CENTRO DI OMEOPATIA
Dir. Acc.: Dr. Roberto Petrucci
Viale Ca' Granda, 2 – 20162 Milano
tel.: 02.64746477 – fax: 02.64746474
asterias@asterias.it
www.asterias.it – www.centrodiomeopatia.it

CENTRO DI OMEOPATIA DI CATANIA
Dir. Acc.: Dr. Roberto Petrucci
Via Re Martino, 169 – 95125 Catania
tel.: 095.7137121
Dr. A. Avolio 392.7817962 – 095.7137121
a.avolio@centrodiomeopatia.it
www.omeopatiacatania.it

**C.I.M.I. – CENTRO ITALIANO
DI MEDICINA INTEGRATA**
Dir. Acc.: Dr. Giovanni Marotta
Via Ugo Bassi, 20 – 00152 Roma
tel./fax: 06.5812492
gmarotta@tiscalinet.it

ASSOCIAZIONE GRUPPO OMEOPATICO DULCAMARA
CENTRO ACCREDITATO DALLA FACULTY OF HOMEOPATHY OF UK
Dir. Acc.: Dr. Flavio Tonello
Via Corsica, 19A – 16128 Genova
tel.: 010.565458 – 010.5702988
fax: 010.8682935
info@dulcamara.org – mangini@village.it
www.dulcamara.org

**I.R.M.S.O. – ISTITUTO RICERCA
MEDICO SCIENTIFICA OMEOPATICA**
Dir. Acc.: Dr. Pietro Federico
Via Paolo Emilio, 32 – 00192 Roma
tel.: 06.3242843 (r.a.) – fax: 06.3611963
segreteria@irmso.it – www.irmso.it

KAOS
Dir. Acc.: Dr. Giacomo Merialdo
Via Casaregis, 19/16 – 16129 Genova
tel.: 010.3106210 – fax: 010.3198476
gmerialdo@tiscalinet.it
www.kaos-omeopatia.org

**KOINÈ – SCUOLA ITALIANA
OMEOPATIA CLASSICA**
Dir. Acc.: Dr. Massimo Mangialavori
Via Rolda, 91 – 41050 Solignano Nuovo (MO)
tel./fax: 059.748099
omeopatia.koine@iol.it
**SCUOLA DI OMEOPATIA
CLASSICA MARIO GARLASCO**
Dir. Acc.: Dr. Simona Mezzera
Via Locatelli, 71 – 50134 Firenze
tel.: 055.482795 – 667137
info@lycopodium.it – www.lycopodium.it



F.I.A.M.O.
FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI
E MEDICI OMEOPATI



L.M.H.I.
LIGA MEDICORUM
HOMEOPATHICA
INTERNATIONALIS

Il programma

unificato del Dipartimento Scuola Formazione insegnamento della F.I.A.M.O. è adottato da 13 Scuole di medicina omeopatica distribuite su tutto il territorio nazionale. I corsi hanno la durata minima di tre anni per un totale di almeno **600 ore di lezioni** comprendenti: teoria, pratica clinica, seminari e supervisioni. Il programma e la struttura del corso unificato sono allineati agli standard stabiliti dagli stati membri dell'Unione Europea ove è praticata e insegnata la medicina omeopatica.

I requisiti dei docenti e dei tutor

sono a norma con quelli indicati dall'E.C.H. (European Committee for Homeopathy); la preparazione del corpo docente è il risultato di anni di attività didattica e di esperienza clinica.

Il corso è destinato

ai medici, chirurghi e odontoiatri, ai medici veterinari, agli studenti degli ultimi due anni di corso in regola con gli esami.

Il diploma

rilasciato permette l'iscrizione al registro dei "Medici esperti in Omeopatia" presso gli Ordini dei Medici che ne abbiano deliberato l'istituzione.

Farmaco o medico omeopatico?

La tentazione riduzionistica in Omeopatia

La Medicina Omeopatica è un sistema elaborato e coerente. Queste qualità intrinseche impediscono la sua pacifica integrazione con la Medicina Convenzionale. Se Hahnemann avesse avuto il buon senso di fermarsi dopo aver scoperto la Dinamizzazione di una sostanza e la Legge dei Simili, le cose ora sarebbero più semplici. In verità già la dinamizzazione (diluizione + succussione) qualche problemino lo crea: quelle cento scosse non fanno stare tranquilli, ma si può bleffare e parlare solo di sostanze altamente diluite, ben sapendo che quest'ultime, da sole, non potrebbero guarire nessuno. C'è poi tutto il resto che crea rilevanti problemi: l'individualità morbosa e medicamentosa (in sostanza la concezione olistica dell'individuo), la Vis Medicatrix Naturae (l'energia vitale), per non parlare poi delle Malattie Croniche, vero rompicapo, che andrebbero inserite nelle pseudo-intuizioni dell'Hahnemann senile (che dovrebbero includere, per coerenza cronologica, anche le diluizioni LM). Non bastasse, Constantino Hering ha complicato le cose con la sua Legge, che dà una chiave di lettura del dinamismo di guarigione, che esula di gran lunga dalle correlazioni fisio-patologiche di organi ed apparati. Se non fosse per tutta questa elaborazione potremmo affermare con determinazione che: *La Medicina Omeopatica non esiste! Esiste solo il farmaco omeopatico.* Ogni ostacolo sarebbe risolto. Il problema si ridurrebbe nel fornire a Medici *normali* le prove (secondo l'Evidence Based Medicine) che i farmaci omeopatici in un

certo numero di situazioni funzionano. E' evidente che non esisterebbe nemmeno il Medico Omeopatico, quanto un Medico che sa di Omeopatia quel tanto che serve per poterla prescrivere in un certo numero di casi. Questa legittima posizione risulta ottimale dal punto di vista politico (nei riguardi di una legge ad hoc), farmaceutico, persino di ricerca. Non lo è dal punto di vista clinico, ed è proprio per questo che ne sto trattando.

Nel n. 1 de Il Medico Omeopata troviamo scritto: "Siamo Medici, poi Medici Omeopati, figli di Esculapio e non di un Dio minore. (...) Le nostre scelte partono da una critica profonda e sofferta al metodo che ci hanno insegnato, che non abbiamo mai rinnegato, ed approdano ad Hahnemann con perfetta cognizione di causa. Non siamo alternativi a nulla, non siamo la rivoluzione della Medicina, semmai potremmo rappresentarne l'evoluzione."

Prendiamo il caso, assai comune, di un problema asmatico che stiamo affrontando con la terapia omeopatica. Poniamo di riuscire a risolvere la condizione del Paziente, che ora respira normalmente, ma che è affetto da una fastidiosa dermatite, che lo aveva afflitto sin dall'adolescenza e che era scomparsa grazie alla terapia, aggressiva ma efficace, di un collega dermatologo. Come agiremo? Che

tipo di scelta terapeutica faremo? Proveremo ancora con la terapia omeopatica, usando i farmaci più accreditati nelle dermatiti, ma senza successo. Siamo terapeuti pragmatici, abbiamo fatto il possibile, abbiamo oggettivamente compreso che in questi casi l'Omeopatia non funziona ed allora affronteremo il caso con farmaci classici. Non sarà semplice, ma ce la faremo. Purtroppo, dopo poco, il nostro riconoscente Paziente ricomincerà a soffrire di crisi asmatiche. Saremo costretti a concludere che l'Omeopatia nell'asma può funzionare, ma non fornisce risultati nel lungo periodo. Prescriveremo i farmaci classici, appronteremo un vaccino. Rivedremo poi con cura tutti gli elementi del caso, i problemi, le nostre scelte; lo inseriremo in un fascicolo con altri 10 casi simili e scriveremo un lavoro per una importante rivista. Porteremo i nostri dati ad un Congresso e verremo anche premiati per il nostro contributo nel chiarire possibilità e limiti di una nuova terapia. Già, faremo tutto questo, senza mai minimamente sospettare che abbiamo ingannato il Paziente e noi stessi, che esiste un dinamismo intrinseco nell'individuo che esige un orizzonte più ampio che lo includa. Esiste una terapeutica che chiede di essere compresa in toto e non smembrata ed inserita in spazi disponibili, dove non arrechi disturbo. In attesa che ciò avvenga noi, Medici Omeopatici, continuiamo ad esserci e ad agire in quanto tali, anche in contrasto con le più raccomandabili usanze di convivenza pacifica.



Norme per gli autori

La rivista *Il Medico Omeopata*, organo ufficiale della F.I.A.M.O., Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati, pubblica lavori originali di autori italiani e stranieri



INDICAZIONI PER L'INVIO DEI LAVORI

I lavori debbono essere inviati tramite posta elettronica alla Redazione: rivista@fiamo.it

o direttamente al Direttore responsabile all'indirizzo: gdominici@mclink.it

Nel caso di articoli di Medicina Veterinaria vanno inviati anche al Caporedattore per la Veterinaria all'indirizzo: olikos@tin.it

L'articolo in questione può essere inviato anche tramite CD all'indirizzo della Redazione: Piazza Vescovio, 7 00199 ROMA.

I lavori dovranno essere inviati come file Microsoft Word o equivalenti e dovranno essere così strutturati:

NOME E COGNOME DEGLI AUTORI, per esteso, eventuali titoli accademici e/o professionali,

indirizzo completo, numeri di telefono e fax, indirizzo di posta elettronica di ogni Autore; specificare un referente per il lavoro cui inviare eventuali comunicazioni.

TITOLO DEL LAVORO

RIASSUNTO/SUMMARY – Breve ma esauriente, comprendente scopo del lavoro, metodi, risultati e conclusioni; in italiano ed in inglese.

PAROLE CHIAVE/KEYWORDS

Minimo 3 parole, Massimo 7, in italiano ed in inglese.

CORPO DELL'ARTICOLO – Pagine con numerazione araba. Suddivisione in paragrafi, ad esempio: Introduzione – Materiali e Metodi/Descrizione del caso clinico – Risultati – Discussione – Conclusioni.

TABELLE E FIGURE – Fuori dal testo, numerate,

con riferimento al testo. Specificare a parte la didascalia per ognuna di esse e spiegare le eventuali abbreviazioni.

BIBLIOGRAFIA – Deve comprendere i soli Autori ed Opere citate nel testo, richiamati mediante numerazione araba. Per le citazioni bibliografiche attenersi alle seguenti indicazioni: una virgola divide i nomi degli Autori; di seguito riportare il titolo per intero dell'articolo, il nome della rivista, l'anno di pubblicazione, il numero del volume, prima ed ultima pagina. Per i testi riportare: nome dell'Autore, titolo del libro, l'Editore, il luogo di pubblicazione, l'anno di pubblicazione.

- La Redazione de *Il Medico Omeopata* esamina il testo entro 30 giorni dal suo ricevimento e ne dà comunicazione all'Autore riservandosi di chiedere delle modifiche.
- Gli Autori sono responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo.
- La pubblicazione è gratuita.

FIAMO/ La voce forte
della medicina dolce

ISCRIVITI ALLA FIAMO

Iscriviti o rinnova la tua iscrizione per il 2008

BOLLETTINO POSTALE

Fiamo Sede Amm.va
via C. Beccaria, 22
05100 Terni
C/C/P 12334058

BONIFICO BANCARIO

su F.I.A.M.O. – Banca delle Marche
Sedi di Terni – CIN K – ABI 06055 – CAB 14400
C/C/B 000 000 000 443
I.B.A.N. IT89 K 06055 14400 000 000 443
BIC:BAMAIT3A
con causale: Iscrizione F.I.A.M.O. 2008

Le quote di iscrizione sono le seguenti:

Soci ordinari: € 100,00* / iscrizione FIAMO-LMHI
€ 125,00 / iscrizione FIAMO-LMHI-ECH

Soci aggregati: € 50,00** | **Associazioni:** gratis

Soci sostenitori: da 100,00 in sù

Allievi Scuole del Dipartimento FIAMO:

Iscrizione FIAMO: € 50,00 | **Iscrizione LMHI:** € 14,00

* **Socio ordinario:** Medico omeopata italiano o non, che opera e risiede in Italia;

** **Socio aggregato:** studente di Medicina e Chirurgia e di Medicina Veterinaria nonché Medico Chirurgo, Medico Veterinario e Farmacista che non eserciti l'Omeopatia.

Immagine tratta da Omeopati: Marco Manzella, *Omeopatia. Piccola Allegoria*, tempera su tavola, 2003. Si ringraziano i **Laboratoires Boiron** per la gentile concessione.

FEDERAZIONE ITALIANA ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI

sede Amministrativa:
via C. Beccaria, 22 – 05100 Terni
tel./fax 0744.429900
www.fiamo.it – omeopatia@fiamo.it



Quante omeopatie?

La classificazione proposta dalla FIAMO specifica che la medicina omeopatica è quella che utilizza medicinali unitari secondo la legge di similitudine sulla base dei dati patogenetici, senza riferimenti a metodologie prescrittive specifiche. Come mai in questi ultimi mesi assistiamo a un intensificarsi di azioni volte a creare una contrapposizione tra metodologie prescrittive diverse, che enfatizza il carattere “clinico” delle prescrizioni pluraliste in contrasto con il presunto carattere “speculativo” delle prescrizioni degli unicisti? In particolare il prof. Macrì, in un documento dal titolo “Omeopatia Clinica: l’omeopatia nell’ambito della medicina contemporanea”, diffuso dapprima tramite Homeocity e fatto poi pervenire a tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici, appropriandosi del termine “clinico” per riferirsi alla modalità prescrittiva pluralista, rivendica per tale modalità di essere il “miglior modello di applicazione della dottrina omeopatica, soprattutto all’interno di un progetto più generale di medicina integrata”. La FIAMO ha risposto nelle sedi specifiche, richiamando l’unitarietà della medicina omeopatica pur nelle diversità metodologiche, ma questo attacco ha provocato molte reazioni all’interno della FIAMO. Ma davvero la medicina omeopatica classica è una medicina speculativa e teorica? È corretto attribuire alla sola modalità prescrittiva pluralista il carattere “clinico”? La risposta più articolata l’ha data certamente il dott. Petrucci in una lettera che potete leggere insieme alle altre sul sito; egli, tra l’altro, ha affermato:

Sul numero 1 della nostra rivista Il Medico Omeopata, nel lontano aprile del 1996, veniva pubblicata la classificazione delle terapie omeopatiche che la FIAMO proponeva per fare chiarezza nel confuso mondo della prescrizione di medicinali diluiti e succussi. Da allora la FIAMO ha riaffermato in ogni sede e in ogni occasione la necessità di giungere a un consenso su tale classificazione.

Gli “omeopati clinici” sono assolutamente liberi di prescrivere quanti rimedi vogliono, io come “clinico omeopata” ritengo che ci sia un rimedio che si adatta alle caratteristiche del caso e che, se non sono in grado di trovarlo, sia solo per una mia mancanza; ...sono convinto che spesso il problema non sia l’omeopatia ma l’omeopata”.

Di fronte a queste polemiche, forse la cosa migliore è lasciare che a parlare sia Hahnemann in persona, ed egli lo fa con le parole che possiamo trovare nei “Lesser writings” e che sono parte di uno scritto del febbraio 1817.

NOTA BENE PER I MIEI CRITICI

Ho letto molte erronee critiche alla seconda parte della mia Materia Medica Pura, in particolare all’introduzione, intitolata “Spirito della dottrina medica omeopatica”¹. Potrei facilmente confutare e sbugiardare chi ha scritto queste cose, ma non lo farò per non immortalare e consegnare alla posterità queste follie e i loro autori. Mi limiterò ad alcune considerazioni generali.

Contro un fatto quale è l’omeopatia, è assurdo usare come arma lo stravolgimento delle parole e del senso che sembrerebbe acquisito in luogo della dimostrazione pratica del contrario; chi lo fa, mi ricorda quei ragazzi che per disturbare la gente gettano nel fuoco della polvere da

sparo, che fa solo rumore e scoppietta, senza concludere nulla, una cosa veramente misera.

L’omeopatia non può certo essere distrutta da simili stratagemmi, il cui carattere miserevole ricade sui suoi autori.

Miei rispettabili confratelli che state sul fronte opposto, potrei darvi qualche consiglio su come meglio distruggere questa dottrina che minaccia di soffocare la vostra arte, fondata su pure congetture, e di fare a pezzi il vostro ciarpame terapeutico. Prestatemi ascolto!

I vostri attacchi contro l’esposizione sistematica della dottrina espressa ne “Lo spirito della dottrina medica omeopatica”, come vi siete resi conto, non hanno avuto successo. Sarebbe stato meglio che l’aveste lasciata stare. Con cose come queste non si può scherzare...

...No! C’è un altro, infallibile metodo per distruggere la dottrina omeopatica, se pur è possibile farlo. Questa dottrina si rifà non in modo prevalente bensì esclusivo al verdetto dell’esperienza - “ripeti l’esperienza” proclama a gran voce, “ripetila accuratamente e con cura e ad ogni passo troverai conferma della dottrina” - e fa quello che nessuna dottrina medica, nessun sistema cosiddetto terapeutico è finora riuscito a fare, cioè insiste sull’ “essere giudicata dai risultati”.

Da una parte, quindi, noi abbiamo omeopatia solo dove restiamo saldi in questo; dall’altra parte (coraggio, Signori, tutto

andrà bene) questo è il punto dove si può sferrare il colpo mortale.

Prendete un caso clinico dopo l'altro, annotate tutto secondo quanto descritto nell'Organon, in particolare quanto riguarda i sintomi percepibili, in un modo così preciso che lo stesso fondatore dell'omeopatia non possa trovare errori nel resoconto (naturalmente ogni caso selezionato deve riguardare una medicina tra quelle di cui siano conosciuti i sintomi peculiari) e somministrate il medicinale omeopatico più appropriato per il caso in esame, puro e non mescolato, nella dose più piccola possibile; ma, come specificato espressamente, avendo avuto cura di eliminare ogni altra influenza medicinale dal paziente. Se non c'è un miglioramento veloce, dolce e permanente, allora pubblicando la storia debitamente documentata del trattamento rigorosamente impostato sui principi della dottrina omeopatica potrete dare una confutazione pubblica di questa dottrina che minaccia le vecchie tenebre. Ma vi prego di guardarvi dall'imbrogliare perché ogni frode viene alla luce e lascia uno stigma negativo². Se poi, seguendo il vostro scrupoloso esempio, altri sperimentatori medici altrettanto scrupolosi e coscientosi si imbattono negli stessi risultati, cioè che non si realizza ciò che la dottrina omeopatica applicata fedelmente promette, allora l'omeopatia è bell'e che persa e questo è tutto ciò che serve, che non si dimostri efficace, sensibilmente efficace.

Hahnemann ci ricorda quindi che l'efficacia clinica è il parametro su cui misuriamo il valore della nostra medicina. Questo non risolve tutti i problemi, anzi è solo un inizio, perché si apre poi il problema di stabilire quali risultati possono essere accettati per concludere che una terapia è stata efficace, perché, ad esempio, per noi omeopati classici non basta che un sintomo sparisca, ma ciò deve avvenire secondo una direzione di cura che testimoni che l'individuo nella sua totalità ha tratto un giovamento dalla terapia.

La priorità assoluta è quindi ancora l'accordo sulla terminologia. E che sia così me lo conferma la constatazione che anche il termine di omeopatia clinica non si riferisce sempre alla stessa cosa. Leggendo un protocollo³ di ricerca per lo studio degli effetti dell'omeopatia sulle complicanze delle terapie anticancro, ad esempio, l'omeopatia clinica è definita come l'uso dello stesso medicinale omeopatico per un gruppo di pazienti con la stessa condizione clinica, ad es, Rhus tox per l'artrite, mentre l'uso di più medicinali omeopatici sia in combinazione fissa che usati contemporaneamente viene catalogato come omeopatia complessa! Il Thesaurus dell'ECH, praticamente un glossario dell'omeopatia, spiega il termine omeopatia clinica come metodo terapeutico omeopatico basato principalmente sui sintomi guida e sulla prevalente corrispondenza con sintomi somatici, affinità per organi, tessuti, malattie, prescrizioni eziologiche e specifiche. Una ricchezza metodologica che appartiene a tutti noi e che non può essere identificata con quell'omeopatia standardizzata che si cerca di promuovere a versione moderna dell'omeopatia stessa.

Forse, come ci ricorda la dott.ssa Pomposelli, il fatto è che:

Si stanno giocando partite importanti nella spartizione degli spazi che le Medicine Complementari e i milioni di persone che ne fanno uso, hanno aperto...che se non scendiamo a patti e non impariamo il linguaggio "garattiniano", dato che siamo in minoranza, dobbiamo cedere, rinunciare al nostro paradigma "un po'", imparare il linguaggio della maggioranza altrimenti siamo destinati a scomparire attraverso un sistema di "pulizia etnica"...che dire? "very politically correct". L'Omeopatia Clinica non mette in crisi il sistema, anzi lo rafforza nella sua visione frammentata dell'individuo e della malattia, utilizzando il paradigma non suo, ma proprio dell'allopattia, rinunciando a chiedersi e a riflettere se sta andando verso la soppressione o

la guarigione nella cura dei propri pazienti". In questo clima di conflittualità e di confusione la FIAMO ha scelto di rispondere con azioni costruttive, che vadano nella direzione del chiarimento e dell'approfondimento: l'Officina Omeopatica e i Seminari di ricerca clinica di cui trovate in questo numero l'annuncio nascono per questo: fatti concreti e non parole, tanto per riallacciarsi ai discorsi fatti nello scorso numero. È importante che rispondiate numerosi a queste proposte operative che potranno far crescere la qualità del nostro lavoro.



1. Quale immensa quantità di conoscenze non mostrano i miei critici! Alluderò solo a quelli che scrivono e stampano omopatia e omopatia in luogo di omeopatico e omeopatia, così rivelando di non essere consapevoli della immensa differenza tra omon e omoion, considerandoli praticamente dei sinonimi. Forse non hanno mai sentito parlare di quello che il mondo intero conosce, cioè di come l'infinita differenza tra homo-ousios (uguale per essenza) e homoi-ousios (simile nella sostanza) una volta ha separato in due parti la chiesa cristiana in modo irreparabile? Non conoscono abbastanza il greco per sapere che (solo o in combinazione) omon significa comune, identico, lo stesso (per esempio omon lekos eisanabainoi, Iliade), mentre omoion significa solo simile, che assomiglia a un oggetto, senza uguagliarlo mai per natura e carattere, cioè non diventando mai identico ad esso. La dottrina omeopatica non pretende mai di curare una malattia con lo stesso identico potere che ha prodotto la malattia-questo è stato ribadito con forza apparentemente sufficiente, ma di fatto invano, per i detrattori che non ragionano- essa solo cura nel modo più consono alla natura, per mezzo di un potere mai perfettamente corrispondente, mai identico alla causa di malattia, ma per mezzo di una medicina che possiede il potere peculiare di essere in grado di produrre uno stato di malattia simile (omoios pathos). Queste persone non riescono a cogliere la differenza tra "identico" (lo stesso) e "simile"? Sono tutti "omeopaticamente" sviati dalla stessa malattia della stupidità? Non sarebbe possibile che chi si pone come critico de " Lo spirito della dottrina medica omeopatica" avesse almeno un'idea rudimentale del significato della parola omeopatia?

2. Mi riferisco, per esempio, al caso di malattia, perfettamente riferito, di cui Kotzebue diceva di essere stato prima affetto e poi miracolosamente curato grazie al metodo dell'eccitazione. Si è dimostrato purtroppo essere tutto un'invenzione creata allo scopo di promuovere la teoria dell'eccitazione, e il conseguente disprezzo continua ad essere legato al nome dell'autore di questa truffa.

3 <http://www.thecochranelibrary.com>

1 Homeopathy for adverse effects of cancer management (Protocol) Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd

nelsons™

La Tradizione Omeopatica
che fa Scuola dal 1860



Distributore per l'Italia:



GUNA S.p.a.
Via Palmanova 71 - 20132 Milano



Dalla ricerca alla pratica clinica omeopatica

Il confronto tra la medicina Omeopatica e la Medicina Accademica passa necessariamente attraverso il terreno della Formazione e della Ricerca. Se una adeguata Formazione è premessa indispensabile per la qualità delle prestazioni, la Ricerca è sinonimo di evoluzione, sia per il singolo omeopata che per il futuro dell' Omeopatia stessa. La necessità di produrre evidenze implica tuttavia una serie di condizioni che devono essere soddisfatte, se si vuole condurre una valutazione rigorosa. Da un lato, infatti, la Ricerca Clinica dovrà cercare di salvaguardare, in virtù di disegni di studio appropriati, quelle peculiarità che sono proprie dell' Omeopatia. In sostanza, la Ricerca Clinica va opportunamente "modulata", se si vuole realmente testare l' efficacia ed i limiti clinico-statistici dell' Omeopatia Classica. Dall' altro, i medici omeopati dovranno acquisire quel rigore metodologico e quella cultura che caratterizzano i ricercatori accademici. Sappiamo infatti che gli studi clinici finora condotti in Omeopatia molto spesso hanno presentato, dal punto di vista metodologico, evidenti carenze, che ne hanno impedito una corretta valutazione. Non ci nascondiamo, infatti, le difficoltà metodologiche di condurre un trial clinico sull' Omeopatia Classica. Ciò non ha impedito, tuttavia, che fossero prodotti studi di rilievo anche in questo senso. Si tratta di una sfida che l' Omeopatia Classica non può né ha intenzione di rimandare: il compito non è facile ma nemmeno impossibile. Come Federazione, riteniamo

mo della massima importanza sensibilizzare gli omeopati all' importanza di questo tema. In qualità di responsabile del Dipartimento Ricerca Scientifica, mi sono proposto di potenziare e rilanciare l' interesse verso questo settore. Abbiamo bisogno, infatti, di formare una nuova figura di "omeopata ricercatore", un esperto di Omeopatia Classica in grado di "leggere" uno studio clinico e di districarsi con maestria tra i trabocchetti metodologici di un trial. Ma non dobbiamo dimenticare nemmeno la Ricerca Sperimentale o patogenetica che costituisce il fondamento stesso della Materia Medica Pura. Negli anni passati, la Sezione Proving ha prodotto lavori molto interessanti, che sono stati anche esposti a livello congressuale. Tanto la Ricerca Clinica quanto quella patogenetica sono di vitale importanza per la cultura omeopatica: sarà nostro compito cercare di riportarle al prestigio ed all' importanza che meritano.

Francesco Marino

Direttore Dipartimento Scientifico FIAMO

Il dialogo e lo scambio d' esperienze tra medici, soprattutto se distanti nella metodica diagnostico-prescrittiva, è sempre stato difficile, arrivando spesso a situazioni conflittuali, improduttive e dannose per il paziente. Il confronto tra medicina omeopatica e convenzionale n' è un chiaro esempio. Io sono convinto che non ci sia, da parte di molti medici, una preclusione preconcepita, bensì una reale incapacità a comprendere l' operato dell' omeopata. Dobbiamo

migliorare la comunicazione del nostro modo di lavorare e dei risultati che conseguiamo. A questo fine il linguaggio della ricerca scientifica e la presentazione onesta ed obiettiva di casi clinici, possono essere di grande aiuto. I seminari programmati a Parma si pongono proprio l' obiettivo di aprire un dialogo aperto con la medicina convenzionale, presentando, con umiltà ma con la convinzione degli obiettivi perseguibili nella pratica clinica, i risultati ottenuti dalla medicina omeopatica nel trattamento delle principali patologie. È stato programmato un seminario introduttivo che può dare a tutti i medici interessati, omeopati e non, le nozioni necessarie per seguire proficuamente i successivi 4 seminari monotematici d' aggiornamento, in ognuno dei quali saranno trattate solo le malattie afferenti ad una determinata specialità. In tutti i seminari saranno presentate analisi critiche dei principali lavori di ricerca clinica pubblicati, mentre in quelli monotematici ci sarà spazio anche per studi retrospettivi e singoli casi clinici in video prodotti dal lavoro dei medici afferenti alla sezione ricerca clinica FIAMO. Ogni seminario monotematico sarà preceduto dalla relazione di un collega specialista, che illustrerà le evidenze del trattamento convenzionale delle patologie in questione. Penso che esporre i vari gradi d' evidenza del trattamento omeopatico, dal RCT al singolo caso in video, dia materiale utile al dibattito ed alla riflessione. La ricerca clinica in omeopatia, negli ultimi 20 anni, è molto aumentata come numero e qualità dei

lavori. Spero che questi seminari siano di stimolo per cominciare a parlarne con continuità nel mondo omeopatico e suscitino nei colleghi il desiderio di partecipare a progetti di ricerca.

Paolo Cardigno

Responsabile Servizio Ricerca Clinica FIAMO

Il senso di pubblicare lavori scientifici, di condurre Trials clinici in medicina omeopatica deriva dalla necessità di un confronto, possibile, necessario, quantunque difficoltoso, tra medicina ufficiale, tradizionale, accademica ed omeopatia. Come mi disse recentemente a Lione, con molta umiltà e realismo, Christian Boiron, attualmente il potere scientifico consolidato si trova nelle salde mani del mondo tradizionale scientifico ed accademico; l'Omeopatia viene dietro, può scalare posizioni solo producendo prove su prove, o comunque confronti scientifici accettabili con umiltà ed impegno. Io trovo che questo pensiero di Christian Boiron, senza false adulazioni, sia lucido ed accettabile. L'apertura di vari ambulatori omeopatici negli ospedali pubblici può essere valutata con scetticismo ed in effetti dipende molto dalla preparazione, dalla qualità degli omeopati che li gestiscono ma è innegabile che il fenomeno ha rappresentato un momento importante di accostamento tra la medicina omeopatica a quella tradizionale permettendo alla prima di sfruttare tutta l'impalcatura diagnostica e scientifico-universitaria che certi ospedali possiedono. Dalla mia esperienza di 5 anni di ambulatorio di medicina omeopatica all'Ospedale Universitario Luigi Sacco di Milano, con tutte le innegabili difficoltà che abbiamo attraversato, è scaturita un'esperienza globale importante, ed è stata ottenuta, in ambito pubblico, l'integrazione di decine di pazienti afferenti all'ambulatorio in un servizio del tutto simile alla prenotazione di visite

specialistiche ambulatoriali. Inoltre, da questa realtà integrativa tra medicina omeopatica ed ospedale pubblico, è scaturita la costruzione di uno studio randomizzato di una certa importanza, come quello sul trattamento omeopatico e fitoterapico del trauma distorsivo acuto cervicale, a confronto con pazienti trattati in modo tradizionale: questo trial è stato chiuso e si attendono le valutazioni statistiche e conclusive ma di certo i risultati sembrano promettenti. Sorgerà tra breve, all'Ospedale Luigi Sacco di Milano un Polo dedicato completamente a tutte le branche di medicina naturale e sicuramente col tempo potrà essere il fulcro di studi integrativi di una certa sostanza.

Il termine integrativo non è casuale; a mio parere rappresenta la possibile coesistenza con reciproco vantaggio tra medicina ufficiale e medicina omeopatica.

Credo e spero che il tempo della guerra di trincea sia oramai tramontato!

Salvatore Piraneo

Responsabile dal 2001 Ambulatorio
Medicina Omeopatica, H.L.Sacco
Università di Milano

Costruire un metodo efficiente ed efficace per la riproduzione e ripetizione di provings omeopatici è una delle priorità dell'omeopatia. Dopo alcuni anni di verifiche del metodo hahnemanniano in 6 diverse sperimentazioni con più di 90 volontari (di cui un terzo ha ricevuto placebo), durante il lavoro svolto in FIAMO tra il 1994 e 2004 si è dimostrata utile e proficua la seguente metodologia: uso della diluizione 30 C, ripetizione plurigiornaliera per una settimana, settimana di osservazione dei sintomi pre- e post-assunzione. Secondo i risultati delle sperimentazioni FIAMO e Scuola di Omeopatia di Verona, le azioni sul sano delle potenze 30 CH sono o simili a quelle tossicologiche (nel sano) o contrarie a quelle terapeu-

Il Dipartimento scientifico della FIAMO propone una serie di seminari sulla ricerca clinica con l'auspicio che siano di stimolo per diffondere questo tema nel mondo omeopatico e suscitino nei colleghi il desiderio di partecipare a progetti di ricerca. Agli organizzatori il compito di illustrarne finalità e contenuti.

tiche (nel malato). Ad esempio nel sano un ansiolitico (Kava) ha dato ansia e un antidepressivo (Iperico) ha dato tristezza e desiderio di isolamento alla 30 CH (per entrambi non sono note le azioni tossicologiche sul sano), mentre il Vischio ipotensivo ha dato sintomi di ipotensione alla 30 CH e il piombo simpatico-mimetico ha dato sintomi di attivazione adrenergica, tra cui l'ipertensione. Questi dati sono in linea con le conclusioni di Hahnemann sull'azione di sostanze diluite (parr. 19-21, 110, 123, 128, 269), che lavorano nel sano con azioni simili alle ponderali, ma più attive. Questi risultati vanno utilizzati in ricerca clinica per verificare la sintomatologia ottenuta e ampliare l'indicazione dei rimedi. Infatti la ricerca clinica è il secondo tassello fondamentale nella conoscenza dei rimedi, ottenendo sintomi non comparsi nei provings, dopo aver verificato l'adeguatezza della prescrizione in base ai sintomi puri. Il ruolo di un direttore di provings all'interno di questo gruppo è dunque quello di garantire il collegamento tra la ricerca sul sano e quella sul malato.

Andrea Signorini

Direttore Dipartimento Scientifico
FIAMO sino al 2004



Relatori:

- Dott. Fabio Burigana Gastroenterologo Omeopata
- Dott. Paolo Cardigno Responsabile Ricerca Clinica FIAMO
- Dott. Maurizio Impallomeni Referente MNC AUSL PARMA Omeopata
- Dott.ssa Emilia Lo Jacono Cardiologo
- Dott. Francesco Marino Direttore del Dipartimento Scientifico FIAMO
- Prof.ssa Stella Mirizzi Dermatologa
- Dott. Salvatore Piraneo Omeopata
- Dott. Maurizio Poletti Ginecologo
- Dott. Andrea Signorini Omeopata

• Ospite D'onore Prof. Beppe Rocca

Direzione Scientifica Fondazione Policlinico di Milano.
Statistico ed esperto di metodologia della ricerca.

SEMINARIO INTRODUTTIVO

Epistemologia, Semeiotica e Metodologia omeopatica.

Ricerca clinica e sperimentale (Hpts).
Arnica montana in chirurgia RCT.

Omeopatia e malattie croniche: studi prospettici pubblicati.

SEMINARI MONOTEMATICI

Evidenza clinica del trattamento omeopatico: ricerche cliniche pubblicate.

Serie di casi clinici:

Rinoconguntivite allergica, asma, IBS, patologie gastroesofagee, psoriasi, acne, amenorrea secondaria, PMS.

Metodi di ricerca in Omeopatia Unicista.

Casi clinici in video:

asma, rettocolite ulcerosa, psoriasi e metrorragia cronica.

"Quantum Molecular Medicine" (QMM):
la dinamica della vita

dalla Ricerca alla Pratica CLINICA OMEOPATICA

Seminario introduttivo

19 gennaio 2008 • INTRODUTTIVO

Seminari monotematici

16 febbraio 2008 • ALLERGOLOGIA

24 maggio 2008 • GASTROENTEROLOGIA

20 settembre 2008 • DERMATOLOGIA

29 novembre 2008 • GINECOLOGIA

BEST WESTERN HOTEL FARNESE

Via Reggio 51/a - 43100 PARMA - Italy - Tel. +39 0521 994247 - Fax +39 0521 992317

PROGETTO:



Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopatici
www.fiamo.it

ORGANIZZAZIONE:



www.homeosynesis.com

modulo di iscrizione

Tutti i campi sono obbligatori ai fini E.C.M. - SCRIVERE IN STAMPATELLO

Cognome _____ Nome _____ Via _____

CAP _____ Città _____ Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Laurea in _____ Specializzazione _____ Anno di laurea _____ Luogo di nascita _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96 Data _____

Acconsento Non acconsento Firma _____

Allego Ricevuta del Bonifico Bancario di euro.....

E.C.M. In accreditamento per i cinque seminari (limitati a 40 iscritti) • Il costo dei cinque seminari è di:

€ 250 ai non soci • € 180 ai soci (FIAMO - Homeosynesis) • 1° Seminario introduttivo gratuito per i soci, € 50 per i non soci

*Per studenti in medicina e chirurgia-5° e 6° anno € 100

Il bonifico bancario dovrà essere intestato a:

Associazione Medica Sociale Culturale Homeosynesis • ABI 06906 • CAB 65700 • CINT • Conto corrente n° 2360 • UBI Banca Regionale Europea • Agenzia di Colorno

Per le iscrizioni è necessario compilare il coupon in ogni sua parte e spedito con allegata ricevuta del bonifico bancario a:

HOMEOSYNESIS sede legale: viale Mentana n° 1, 43052 Colorno (PR). Oppure inviarlo al n. di fax 0521 521134

Per informazioni e per iscriversi ai seminari potete contattare:

Dott. Santini - Tel. 0521 674093 • Dott.ssa Barviti - Tel. 335 5325604



Intervista a Christian Boiron

Commenti e risposte

Caro Direttore,

complimenti per l'intervista a Christian Boiron sul numero scorso de "Il Medico Omeopata". L'ampio dialogo con il Presidente dell'Azienda leader dei medicinali omeopatici mi è parso una novità significativa: segno di un processo di "integrazione" tra i protagonisti dello sviluppo dell'omeopatia, processo che coinvolge competenza dei medici, qualità dei medicinali, ricerca, economia, politica e persino i mezzi di comunicazione; tutti questi contributi vanno tenuti presenti, nel rispetto della specificità di ciascun operatore. Per venire ai contenuti, nel precisare che sono d'accordo quasi su tutte le affermazioni di Christian Boiron, desidero cogliere l'occasione per proporre qualche mia breve riflessione.

Mi è sembrata molto valida la posizione espressa, secondo la quale l'Azienda "non prende posizione" tra le diverse correnti di pensiero medico e ciò, si capisce, non per disinteresse ma perché sia rispettata la "duplice competenza", quella del farmacista nel preparare buoni medicinali e quella del medico nello scegliere la migliore strategia terapeutica. In quest'ottica, apprezzo il fatto che la Boiron abbia scelto di appoggiare tutte le scuole di omeopatia, l'editoria e i congressi nazionali ed internazionali, oltre che la ricerca di base e applicata.

Mi sembra un bel passo avanti...

Un punto che, secondo la mia prospettiva, mi sembra più debole nelle posizioni di Boiron, è dove manifesta un

certo grado di "sfiducia" nella affidabilità dei provings del passato, condotti senza criteri di significatività statistica. Se così fosse, gran parte delle materie mediche "pure" sarebbero inattendibili. Io sono d'accordo che quanto è stato fatto nelle sperimentazioni su uomini sani sia probabilmente "inquinato" da sintomi espressi casualmente e talvolta dall'immaginazione degli sperimentatori, in assenza di metodi scientificamente validati. Tuttavia, le numerose patogenesi fatte e riportate nella letteratura omeopatica, restano utili come preziose e consistenti fonti di "dati", che si consolidano ulteriormente se confermati dalle osservazioni cliniche.

Certamente, la prova del "doppio cieco randomizzato" sarebbe più rigorosa e, di fatto, viene oggi utilizzata nella maggior parte dei provings, ma anch'essa va programmata, condotta ed interpretata con le dovute cautele perché esistono degli aspetti poco chiari del "doppio cieco" se applicato a procedure mediche complesse, come l'omeopatia. Infine, mi ha fatto riflettere il punto dove Boiron sostiene che "l'essenza, l'originalità trascendente dell'omeopatia consiste nell'essere una terapia, non una medicina". Ovviamente, molto dipende dal significato dei termini e quindi non contesto tale affermazione in sé, solo aggiungo un mio commento. Essendo io "patologo generale", sono abituato a pensare che ogni "terapia" dipenda da una visione della salute e da un concetto di patologia. Ora, secondo me l'omeopatia classica si caratterizza per queste pre-

messe concettuali, non solo perché usa farmaci diluiti e dinamizzati. Anche se non voglio in alcun modo escludere che si possa adottare anche una "cornice concettuale" convenzionale (ad esempio utilizzare una specialità medicinale omeopatica per curare una certa malattia), ritengo che l'originalità dell'omeopatia sia proprio il superamento della visione "nosologica" in favore della "complessità". È una posizione scientifica ma anche filosofica, o meglio epistemologica. Tanto è vero che più avanti nell'intervista lo stesso Christian Boiron rivaluta la figura del medico "ippocraticista", "capace di ricollocare il paziente nel suo ambiente, di comprenderne la malattia e di ovviarvi con tutte le tecniche più idonee" (bellissimo là dove Boiron sostiene che "il medico omeopata dovrebbe rappresentare l'élite, il non plus ultra dei medici"). Purtroppo, la medicina cosiddetta scientifica o accademica, al di là dei proclami di facciata, rifiuta la visione ippocraticista. Perché tale accanita resistenza, in un ambiente che si dice laico e razionale? Penso, riprendendo quanto scriveva L.J. Boyd nel suo libro "A study of the Simile in Medicine", che il motivo vada ultimamente cercato nell'adesione totalizzante al paradigma "meccanicistico", la pretesa di interpretare gli eventi del vivente come somma di reazioni particolari che si possono isolare e riprodurre in laboratorio. Il meccanicismo è diventato il pensiero dominante. Un pensiero, appunto, una filosofia, anzi un dogma. L'omeopatia, con la sua stessa esistenza, non contesta il mecca-

nicismo, ma la sua pretesa dogmatica, che non risponde al vero spirito scientifico. Nel ringraziare nuovamente l'intervistatore e l'intervistato per avermi offerto questa occasione di ripensare ai fondamenti della nostra comune "passione", porgo cordiali saluti.

Paolo Bellavite

Professore di Patologia Generale
Università di Verona –
paolo.bellavite@univr.it



Egregio Direttore,

Vi trasmetto un mio commento alla Vostra intervista al signore C. Boiron. Si tratta di un apporto di quelle che il dottore Galassi nella pagina 321 del libro "Le medicine non convenzionali in Italia" (Franco Angeli, 2007), chiama scienze di confine. Si tratta dunque di uno sguardo che tenta di afferrare la dialettica semantico-concettuale del testo e dei suoi messaggi volto ad allargare l'orizzonte culturale della comunità vincolata al paradigma della medicina omeopatica. Vorrei che sia lo stesso organo di divulgazione dell'intervista ad accogliere e far conoscere alla Vostra comunità le asimmetrie da me individuate.

In attesa del Vostro cortese riscontro, porgo cordiali saluti.

Rinaldo Octavio Vargas

Sociologo – rinaldoctavio@libero.it

ALCUNE ASIMMETRIE - Lettura del testo dell'intervista rilasciata da CB al MO. Nel preambolo all'intervista, l'editore ci tiene, cortesemente, a precisare che l'organo della FIAMO "ospita con piacere il pensiero e la progettualità" del presidente dell'azienda leader mondiale nella produzione di medicinali omeopatici. Esprimere il sentimento di piacere nei riguardi dell'ospite è decisamente cortese ma forse risultava più idoneo,

per l'organo ufficiale della Federazione Italiana di Associazioni e Medici Omeopatici, averlo ospitato anche con un interesse di categoria circostanziato. L'editore, inoltre, specifica di aver messo a punto delle domande che rispecchiano le speranze e i timori dei medici omeopatici. Il rispecchiamento di speranze e timori rivela anch'esso una certa anomalia che colloca l'intervistatore in una posizione piuttosto dipendente. Questa dipendenza si evince anche dall'appello che precede la prima domanda: "Tranquillizzi noi prescrittori..." Una tale frase esprime con chiarezza che l'intervistato è in ogni circostanza superiore all'istituzione che interPELLa. Una tale sfumatura viene sottolineata dall'utilizzo del termine "prescrittori", cioè quello comunemente utilizzato per indicare i medici arruolati dalle scuole aziendali, ma espone tutta la classe dei medici omeopati. L'andamento stesso del testo è significativo di un'evoluzione che va coronando il trionfo di una leadership. Esso parte dalla reiterazione della politica aziendale di leadership mondiale, passando per l'argomento della ricerca e dal rapporto con le istituzioni, per

chiudersi con il "riconoscimento solenne" dell'omeopatia come una farmacologia, misconoscendo la medicina omeopatica in quanto epistemologia della cura con un suo paradigma. E tutto ciò accade nel contesto dell'organo ufficiale di stampa della FIAMO. È, comunque, realisticamente accettabile che, da un punto di vista di potere, un'azienda farmaceutica sia palesemente più potente di un'associazione di categoria. Tuttavia, al di là di queste palesi e obiettive asimmetrie o anomalie, dall'intervista emerge una sottovalutazione dello statuto epistemologico della medicina omeopatica che invece merita una circostanziata riflessione che veda coinvolti tutti quei soggetti, non soltanto conoscitori della Materia Medica ma, anche esperti nelle convenzioni del discorso.

Che la medicina omeopatica non sia una verità teologica né ontologica ma un sapere funzionale strumentale è chiaro a chiunque si sia avvicinato con rigore metodologico a questa epistemologia della malattia e della cura. E che sia uno smembramento epistemologico misconoscere il paradigma della medicina omeopatica, collocando la farmacologia

come l'entità retrice e sopradeterminante, è evidente a qualunque uomo razionale abbia frequentato almeno un buon seminario circa la metodologia delle scienze. Tutto ciò nuoce decisamente al patrimonio di conoscenza dell'umanità impegnata nel sapere umano al di là di ogni contesa di interesse di settore. Forse è più sensibile un lettore, portato da uno spirito d'indagine, a rendersi conto dell'utilizzo sovrapponibile di ceppi, nomenclature e migliaia di rimedi omeopatici disponibili in commercio? Forse è più sensibile un tale lettore a chiedersi quali tipi di relazioni intercorrono tra affidabilità dei ceppi e irrepremissibilità a livello di fabbricazione e controllo dei processi produttivi? Possono essere varie le ferite che oggi si infliggono al patrimonio di conoscenza dell'umanità per scarsità di tempo, possono essere molte anche le lacune di un lettore sociologo per poter comprendere una tale intervista che effettivamente è piuttosto un ipertesto specialistico. Giunti, tuttavia, a comprendere le asserzioni relative alle posizioni di un'azienda circa il pensiero medico e circa tutto ciò che è la pratica della medicina omeopatica, ossia intendere "la medicina come la risultante di una duplice competenza, quella del farmacista che inventa e prepara i migliori medicinali possibili, e quella del medico che decide davanti al malato la miglior strategia terapeutica o i medicinali più indicati", un po' di onestà intellettuale porta almeno a quest'ordine di considerazioni: (a) i profili del farmacista e del medico nel sapere della medicina omeopatica; (b) la questione dell'esperimento con le sue ipotesi anticipanti e il paradigma dell'omeopatia.

La figura del farmacista che inventa, poco si adatta all'attività speculativa sperimentale di Hahnemann nella ricerca di un metodo, di una via certa e riproducibile, per restituire la salute del malato senza nuocerli. Poco si adatta

anche alle attività teoretiche degli altri maestri sviluppatori del paradigma e alle meritevoli pratiche d'eccellenti medici omeopatici d'oggi. Bollare come "filosofia" un'articolata metodica clinica e farmacologia sperimentale, comporta dimenticare che, diversamente, di quanto comunemente si pensi, la parola filosofia non si riferisce ad un sapere personale. I greci, che ne sono i precursori, stabilirono chiaramente la differenza tra filosofia, intesa come il seguire ciò che è sempre e in qualunque circostanza vero e doxa, il parere personale, l'opinione. Garantire la riproducibilità di benefici senza danni iatrogeni nella clinica non si raggiunge solo con l'utilizzo di un determinato tipo di preparato ma anche e necessariamente con un approccio epistemologico che permette di comprendere per primo cosa sia necessario e possibile curare in un paziente. L'intenzione esegetica dell'intervistato di "ristabilire la verità, l'essenza, l'originalità trascendente dell'omeopatia", che consisterebbe "nell'essere una terapia, non una medicina", il richiamo a non considerare l'omeopatia un'altra visione della medicina, perché sarebbe "dannoso allo sviluppo rigoroso di un'omeopatia professionale", costituiscono punti sui quali sarebbe necessario ascoltare altri portatori di interesse. Basterebbe una semplice e spassionata indagine circa le epistemologie della cura per ricavare un certo consenso relativo ai cinque paradigmi fondamentali riguardanti la natura della malattia e le quattro strategie logiche ed ontologiche d'indagine di essa. A prescindere da un'impostazione diacronica e sincronica, le cinque definizioni sostanziali della malattia sono: Insieme di sintomi e manifestazioni cliniche:

- Lesione morfologica di una struttura,
- Evento biologico,
- Alterazione funzionale,
- Alterazione della forza vitale.

I quattro diversi approcci di ricerca possibili sono primariamente:

- Nosologico,
- Patologico,
- Epidemiologico,
- Clinico.

Ciò che in questo momento si cerca di evidenziare, paradossalmente, non è che con la medicina omeopatica si sposta l'attenzione dalla noxa patogena tessutale ad una noxa deviante l'energia vitale, ma il misconoscimento di una certa omeopatia circa il Logos, il Discorso che contraddistingue l'Occidente. Se per fare una pausa, in quanto l'argomento è esteso, si pensasse ad una caratteristica particolare dell'andamento "dialettico" che dovrebbe caratterizzare un'intervista, si potrebbe dire che, per la mancanza di una tale fenomenologia, si assiste piuttosto ad una conferenza stampa. Auspico che i medici, e tutti coloro che hanno un sapere in merito al discorso accennato, articolino un dibattito, non per gettare fango né per portare avanti sterili opposizioni ma per far progredire anche la stessa farmacologia omeopatica, la stessa sperimentazione pura e la statistica dei sintomi patogenetici. È condivisibile l'appello del dirigente dell'azienda leader che ricorda che non si ha il diritto di intossicare volontariamente le persone. Forse è anche il caso di far osservare che dall'esposizione non risulta chiaro se dalla tossicologia accidentale derivino anche degli standard di metodi e procedure. Nel nome della rosa, considero che trattare questi argomenti non impongano il rischio di essere né Guglielmo né Adso cercando di entrare nella "finis Africae". Più di uno sa, in anticipo, che la Poetica di Aristotele sostiene la liceità del riso.

*Gentile Rinaldo Octavio Vargas,
dopo aver letto più volte il Suo non facile*

scritto per un istante ho concluso che prima di accingermi alla prossima intervista dovrò studiarne una decina di volumi sull'argomento. Poi, più semplicemente, ho replicato, a mia discolpa, che obiettivo dell'intervista era informare i lettori, che sono specialisti del settore, non dimentichi. Abbiamo definito le domande insieme alla Redazione, sono state accettate dall'intervistato e le risposte sono state esaurienti, in questo numero pubblichiamo le critiche e gli apprezzamenti al riguardo con relative controrepliche, senza nulla censurare. Signor Octavio, La prego, ci assolve! Né posso accettare come capi d'imputazione delle congetture, quando non illazioni, derivate da un'esegesi puntigliosa e un po' (molto) pregiudiziale delle parole usate. Al riguardo Le consiglio di leggere la lettera che segue. La ringrazio sinceramente per il suo intervento.

Gustavo Dominici

Gentile Sig. Christian Boiron, come Direttore de *Il Medico Omeopata* la ringrazio per la sua sincera disponibilità e per le sue risposte esaurienti. Ora però non le scrivo come giornalista, ma come medico omeopatico (la mia vera professione!) che, di tanto in tanto, si trasforma in ricercatore. Mi riferisco alla sua affermazione contenuta nell'intervista:

...La metodologia scientifica si è alquanto evoluta negli ultimi decenni ed io ritengo che, per essere preso in considerazione, il proving debba essere condotto con un rigoroso doppio cieco. Ma per quanto io sappia, non si è mai avuto esito positivo con le dosi infinite-simali. Qui si pone un reale problema: o i sintomi patogenetici devono essere statisticamente significativi, e ciò non si verifica alle alte diluizioni, o non devono essere statisticamente significativi, e allora come distinguerli dagli artefatti prodotti da qualsiasi sperimentazione, dai "rumori di fondo"...?...

Desidero smentirla.

Nella mia storia di omeopata ho contribuito a creare un gruppo di lavoro che ha organizzato alcuni provings. Quando a tale gruppo si è aggiunta la Prof. Giusi Pitari, docente biochimica dell'Università di L'Aquila, la nostra metodica si è di molto perfezionata, inserendo il doppio cieco ed ulteriori accortezze che hanno reso le sperimentazioni molto attendibili. I risultati furono presentati in vari Congressi^{1,2,3,4} e sono confluiti in un articolo assai importante pubblicato da Homeopathy nel 2006⁵, al quale partecipò anche il Prof. Paolo Bellavite dell'Università di Verona. Proprio in questo articolo troverà la dimostrazione della significatività della sintomatologia di un proving ben condotto.

Infine qualche parola riguardo nuovi medicinali da sperimentare ed immettere sul mercato. In effetti sarebbe un vero peccato che si negasse la possibilità di ricercare altre sostanze. Ad esempio la sostanza sperimentata per ultimo, Hydrogenium peroxidatum (H₂O₂), sta dando notevoli risultati in casi di invecchiamento precoce e demenza senile, confermando la prevedibile importanza della molecola nello stress ossidativo. Le pongo cordiali saluti.

Gustavo Dominici

Direttore de *Il Medico Omeopata*
gdominici@mclink.it

1. P. Gulia, G. Pitari, G. Dominici - ETNA LAVA Sperimentazione omeopatica della lava del vulcano Etna - IV Congresso FIAMO, Roma, 2002
2. G. Dominici - ETNA LAVA Recenti acquisizioni cliniche - V Congresso FIAMO, Roma, 2003
3. P. Gulia, G. Pitari, G. Dominici - ETNA LAVA Proving symptomatology and clinical results - LVIII Congresso LMHI, Graz, 2003
4. G. Dominici - LA PERDUTA VITALITÀ DI HYDROGENIUM PEROXIDATUM Risultati parziali della sperimentazione (proving) di acqua ossigenata (H₂O₂) - VI Congresso FIAMO, Roma, 2006
5. G. Dominici, P. Bellavite, C. di Stanislao, P. Gulia, G. Pitari - Double-blind, placebo-controlled homeopathic pathogenetic trials: Symptom collection and analysis - HOMEOPATHY, 2006, 95, 123-130

RISPOSTA DI CHRISTIAN BOIRON ALLA DOMANDA DEL DOTT. DOMINICI

Per rispondere alle sue domande sulle patogenesi, le parlerò dell'"Institut Boiron", che poche persone conoscono... Ho lavorato molto sulla storia dell'omeopatia perché ho avuto ben presto la convinzione che le chiavi della corretta comprensione di questo metodo terapeutico si trovassero nella sua genesi. E sentivo troppo spesso gli omeopati accapigliarsi sulla "vera omeopatia", senza aver fatto lo sforzo sufficiente per capire bene l'approccio di Hahnemann. D'altronde, constatai che la dinamica di progresso dell'omeopatia si prosciugava poco a poco. Non aveva smesso di evolvere nel corso dei primi cento anni, e sentivo che eravamo entrati in un periodo un po' sterile e sempre meno scientifico, mentre la ricerca scientifica e la curiosità entusiasta ne erano state le basi principali. Nel giugno 1985 ho quindi riunito un centinaio di medici omeopati esperti e desiderosi di lavorare sui fondamenti dell'omeopatia per poter distinguere il vero dall'artefatto. Il mio approccio era naturalmente al tempo stesso un approccio scientifico e medico, ma anche un approccio industriale: non era possibile costruire lo sviluppo dell'omeopatia su basi troppo fragili e dovevamo mettere l'omeopatia al servizio della medicina. Da ciò dipendeva il destino di milioni di pazienti. Ero convinto che lavorando correttamente sui fondamenti dell'omeopatia avremmo potuto trovare le vie per permettere all'omeopatia di essere più efficace, in maniera più sistematica, su patologie più numerose e più gravi. E ne sono tuttora convinto!

L'Institut Boiron è sorto in parallelo con i Laboratoires Boiron, con i mezzi finanziari dell'azienda, ma senza alcuna pressione commerciale. Sono stato molto attento... L'organizzazione era

semplice: un tema, un obiettivo, una commissione, un responsabile della commissione e tutti i responsabili membri del consiglio di orientamento dell'Institut che dirigevo personalmente. I temi: l'affidabilità della materia medica, l'omeopatia in ospedale, l'insegnamento, prospettive, ricerca clinica, ruolo dei medici omeopati, etc... è la commissione "affidabilità della materia medica" che ha lavorato per oltre 15 anni sulla problematica delle patogenesi, per lo più diretta da Jacques Jouanny. Dietro mia richiesta, nel 1997, Jacques ha scritto una sintesi sotto forma di parabola, ed è questa sintesi che le consegno oggi, con l'accordo dell'autore. Lascio a lei giudicare....

C'erano una volta, durante una ferocissima epidemia di vaiolo, un piccolo vaccaio e una piccola vaccaia che si amavano teneramente fin dall'infanzia. Il piccolo vaccaio era strabico e andava matto per il lardo salato e le patate. La piccola vaccaia si sarebbe cibata solo di latticini e di marmellate, e soffriva di crisi di emicrania... Il piccolo vaccaio, accarezzando le giovenche affette da "vaccinia", aveva contratto per contagio le stesse pustole delle sue vacche... Poi, passeggiando mano nella mano con la sua bella per le stradine romantiche di campagna, le aveva trasmesso le stesse pustole contagiose... Queste pustole, com'è risaputo, assomigliano molto a quelle del vaiolo. Il piccolo vaccaio e la piccola vaccaia non furono colpiti dall'epidemia. Ben presto si sposarono ed ebbero molti bambini... La maggior parte delle persone che li circondava invece morì: quelli della loro stessa età, gli innamorati, quelli che passeggiavano volentieri sulle stradine romantiche, quelli che andavano matti per il lardo salato o le marmellate, gli strabici o quelli che soffrivano di emicrania. Invece, i contadini che avevano contratto incidentalmente la vaccinia prendendosi cura delle vacche, rimasero indenni, a prescindere dall'età, anche se non erano innamorati o

romantici, non erano particolarmente attirati dal lardo salato o dalle marmellate, non soffrivano né di strabismo, né di mal di testa...

È a partire da una storiella di questo tipo che Jenner, grazie al proprio spirito di osservazione, scoprì o inventò la "vaccinazione", intorno al 1796.

Nella stessa epoca, Hahnemann scoprì o inventò l'"omeopatia". Studiando varie materie mediche della sua epoca, aveva avuto l'intuizione che alcune sostanze medicamentose potessero guarire sintomi simili a quelli che potevano provocare. In altri termini, aveva intuito l'esistenza, in determinate circostanze, di un parallelismo d'azione tra il potere tossicologico di una sostanza e il suo potere terapeutico. Hahnemann accolse la scoperta di Jenner come un'ulteriore argomentazione a favore della sua ipotesi. La similitudine tra le pustole della vaccinia e quelle del vaiolo era una "concordanza omeopatica", poiché queste lesioni anatomiche erano testimonianza di una simile (homeo) sofferenza o malattia (pathos). L'esperienza dimostrava che questa concordanza comportava una possibilità di terapia o di prevenzione. Sta di fatto che Jenner, alla fine del XVIII secolo, osservando questa "relazione", questa "concordanza" patologica e scoprendo la vaccinazione antivaiolosa, faceva omeopatia senza saperlo. Tuttavia, per verificare la propria ipotesi di un parallelismo d'azione tra il potere tossicologico e terapeutico di una sostanza medicamentosa, Hahnemann doveva conoscere la farmacodinamica delle diverse sostanze sugli organismi. Si impose quindi di sperimentare su soggetti sani l'azione delle diverse sostanze utilizzate nella farmacopea dell'epoca.

Va precisato che la Materia medica è una somma di sintomi farmacologici e che Hahnemann è stato uno dei primi farmacologi della medicina sperimentale.

In ordine cronologico, Hahnemann inserì nella materia medica:

1 - **segni tossicologici:** in qualità di chimico e di tossicologo, poté inserirvi immedia-

tamente tutte le conoscenze di cui si disponeva all'epoca grazie agli avvelenamenti storici, accidentali, volontari o professionali.

2 - **segni e sintomi sperimentali ottenuti mediante dosi sub-tossiche** su se medesimo o su persone della sua cerchia. Hahnemann registrava tutte le reazioni ottenute sui diversi apparati e le loro ripercussioni neurologiche e comportamentali.

3 - **al fine di verificare il fenomeno della similitudine** di cui aveva supposto l'esistenza, passò quindi a somministrare le sostanze medicamentose a scopi terapeutici, scegliendo quei pazienti i cui sintomi patologici corrispondevano alle manifestazioni tossiche. Così facendo, constatò che otteneva spesso un miglioramento o una guarigione, ma perlopiù a costo di un peggioramento dei fenomeni morbosi. È proprio per evitare questo peggioramento che scoprì la necessità di utilizzare dosi minime o addirittura infinitesimali. **I sintomi farmacodinamici simili ai sintomi patologici guariti furono inseriti come affidabili nella Materia medica.**

Così concepita ed applicata, la terapia omeopatica, l'"omeopatia" è davvero, come ebbe a scrivere Denis Demarque, una "Medicina dell'esperienza", e la Materia medica all'inizio è sperimentale e somatopsichica. È quindi innegabilmente dall'affidabilità della Materia medica che dipende tutto il rigore e l'efficacia della terapia omeopatica.

Purtroppo, dopo Hahnemann, non tutti gli sperimentatori o gli omeopati che gli succedettero applicarono il rigore sperimentale del Maestro. Essi inserirono nella materia medica, indifferentemente:

- alcuni sintomi patologici dei soggetti sperimentati, senza alcun nesso con la farmacologia della sostanza in corso di sperimentazione (lo strabismo o le emicranie dei nostri innamorati);

- sintomi concomitanti alla malattia o al malato trattato, ma privi di qualsiasi concomitanza fisiopatologica con questi ultimi (il romanticismo bucolico della giovane

coppia di vaccai, la loro smodata passione per il lardo salato o le marmellate).

Su questa falsariga, gli adepti della scuola illuminista (Svedenborg, Kent), che riconducevano tutta la patologia ad un'origine psichica, aggiunsero innumerevoli sintomi, perlopiù psichici ed isolati, che a dir loro venivano guariti. Questi sintomi, non essendo stati sottoposti ai filtri della statistica e dell'effetto placebo, sono evidentemente privi di valore, tanto più che venivano spesso corredati dai sintomi descrittivi delle strutture psicologiche di pazienti perturbati su cui si tentava una terapia infinitesimale, oppure dai sintomi di malattie per le quali si provava un medicinale. Ben presto ci si ritrovò con un'inflazione di sintomi, soprattutto psichici, che gonfiarono a dismisura i repertori, sintomi a cui gli Illuministi fanno riferimento ancor oggi, come se si trattasse della Bibbia. Sta di fatto che la loro tecnica psicosomatica non solo si discosta dalla coerenza del metodo omeopatico, che è somato-psichico, ma si discosta dalla coerenza tout court. Per rendersene conto è sufficiente confrontare le sparute righe che la "Materia medica" di Hahnemann riserva ai sintomi mentali sperimentali di ogni medicinale con le centinaia di pagine del repertorio di Kent per la medesima voce, o addirittura con le 1600 pagine del repertorio di Horst Barthel per gli stessi sintomi! Per cercare di assicurare la propria credibilità, i repertorialisti oggi giorno si avvalgono dei computer. Ciononostante, come un congelatore in cui si inserisce un cibo avariato allo scongelamento darà solo una pietanza avariata, il computer, qualunque sia il programma caricato, non darà altro che i nomi di quei medicinali inaffidabili che si sono inseriti al suo interno. Sotto una parvenza di modernità e di affidabilità, l'uso del computer in omeopatia non è altro che un paravento che maschera l'incompetenza e la mancata assimilazione del metodo omeopatico.

D'altro canto, lo stesso Hahnemann non diceva forse già allora: "Chi fa riferimento alle vaghe indicazioni dei repertori... non merita l'onorevole nome di omeopata". Perché quest'opposizione da parte di Hahnemann? Nell'utilizzo dei repertori di sintomi, sicuramente ideati dagli autori con un nobile scopo pedagogico, nel tentativo di fungere da puntello alla memoria, Hahnemann ravvisava il rischio che il proprio metodo venisse tradito, soprattutto nelle patologie croniche. L'omeopatia non è infatti una terapia sintomatica. Non deve interessarsi solo ai sintomi attuali del paziente, bensì a tutta la sua sintomatologia evolutiva, e concentrarsi sui sintomi più marcati, più salienti, più caratteristici della malattia: "l'insieme dei cambiamenti nel modo di sentire o di agire del paziente" a seguito della malattia (segni patognomici e segni concomitanti della malattia). Se, in seguito alla malattia, un paziente sviluppa sintomi per lui inconsueti (sete intensa, termofobia, freddolosità eccessiva, agitazione o prostrazione, voglia di sale o di marmellate)... tutti questi sintomi vanno presi in considerazione per cercarne l'immagine speculare nella Materia Medica. Per questo motivo Hahnemann consigliò a Bönninghausen di inserire nel suo repertorio, accanto ai sintomi, anche alcuni riferimenti alle diagnosi nosologiche, sebbene sia evidente che la nosologia dell'inizio del XIX secolo è ormai obsoleta. Di fatto, ben presto l'uso dei repertori fece apparire nuovi criteri, veri e propri arbitri ideologici che diventarono tabù restrittivi dell'utilizzo e dell'azione dei medicinali, per i criteri di esclusione che comportavano. I concetti di incompatibilità, di antidotismo paralizzavano le prescrizioni:

- era sacrilego prescrivere Bryonia insieme a Rhus tox. per le loro modalità opposte sotto l'azione del movimento...

- era iconoclastico prescrivere Lachesis e Lycopodium allo stesso paziente, per le differenze sotto l'aspetto della lateralità e dei

segni psichici...

- c'era un'evidente incompatibilità tra Natrum mur. e Pulsatilla, che avevano modalità opposte per quanto riguarda la consolazione e la sete...

In realtà, oggi capiamo

- che Bryonia, che interessa le sierose articolari, in reumatologia può essere un utile complemento a Rhus tox., che agisce sui tendini e sui legamenti;

- che Lycopodium, che ha come bersaglio patogenetico il fegato, i reni, la cute e le mucose, può essere integrato dall'azione di Lachesis nei pazienti in cui una o più di queste funzioni risultano perturbate, in caso di interessamento della crasi sanguigna e del sistema nervoso.

In altri termini, per risultare omeopatica nei confronti di una malattia, la sostanza di base del medicinale deve innanzitutto avere un'azione farmacodinamica sugli organi o sulle funzioni interessate nella patologia in questione. L'orientamento repertoriale rischia (salvo in caso di coincidenza fortuita) di non soddisfare questa necessità primaria, poiché fondato su sintomi che assai spesso non sono farmacologici. Per questa ragione, alcuni omeopati di spessore avevano proposto delle "geografie omeopatiche" che riunivano le diverse sostanze dotate di un tropismo elettivo per un medesimo organo o una stessa funzione (Dufilho).

Ma non è tutto. Per risultare omeopatici nei confronti dei sintomi di un paziente, i sintomi patogenetici devono derivare da una fisiopatologia simile. In presenza di un edema, ad esempio, è indispensabile conoscerne l'eziologia: stasi venosa, allergia, insufficienza epatica, cardiaca o renale, carenza... Il problema è che in pratica, se oggi conosciamo sempre meglio la fisiopatologia delle malattie, non ne conosciamo comunque tutte le fisiopatologie, e non conosciamo nemmeno tutte le modalità d'azione fisiologiche dei diversi medicinali della farmacopea omeopatica, e pertanto nemmeno quello del fenomeno



della similitudine, chiamato a torto da quasi due secoli “legge della similitudine”. Di fatto, “la similitudine” di cui si parla in omeopatia è un fenomeno fisiologico globale che non si manifesta sistematicamente, ma solo a certe condizioni, e il cui meccanismo fisiopatologico non è univoco. Questa caratteristica non è di ostacolo al metodo, poiché la medesima osservazione può essere fatta a proposito di altre tecniche terapeutiche classiche, come quella per esempio delle vitamine, i cui meccanismi d’azione sono diversi gli uni dagli altri.

La vaccinazione antivaiolosa è stata utilizzata con successo e senza complessi per decenni, quando ancora non si sapeva che l’omeopatia tra la vaccinazione e il vaiolo derivava da un processo di immunità crociata... Più recentemente, per spiegare l’omeopatia, alcune sperimentazioni di ricerca fondamentale hanno permesso a torto o a ragione di dire che:

- l’azione delle diluizioni di Gelsemium sul Sistema Nervoso potrebbe derivare, a seconda delle dosi utilizzate, da un’accelerazione o da un rallentamento della ricap-

tazione (uptake) dei neurotrasmettitori;

- l’azione di Opium dinamizzato potrebbe essere collegata ad un’azione sulle endorfine.

Per la maggior parte dei medicinali, tuttavia, il meccanismo d’azione rimane un mistero, mentre per altri si può difficilmente evocare il concetto di similitudine: Hepar sulfur o Silicea a dosi ponderali non provocano fenomeni suppurativi acuti o cronici, sebbene le loro diluizioni dinamizzate risultino notevolmente efficaci in queste patologie. La materia medica omeopatica recupera quindi anche sintomi guariti dalla farmacologia diretta dell’infinitesimale, che vanno distinti dai sintomi di malattie psicosomatiche guariti o migliorati nell’ambito di sperimentazioni statisticamente insufficienti, per le quali l’effetto placebo risulta più verosimile dell’azione farmacodinamica della sostanza utilizzata. Viene pertanto ribadita per l’ennesima volta la necessità dell’affidabilità della materia medica omeopatica, vera e propria chiave di volta del metodo terapeutico che attualmente poggia:

- in misura sostanziale sul parallelismo d’azione tra il potere farmacologico di una

sostanza e le sue possibilità terapeutiche; - e in misura minore sulla farmacologia diretta dell’infinitesimale, di cui la medicina moderna inizia ad intravedere l’utilità.

D’altro canto, non bisogna dimenticare che “pharmakon” in greco significa contemporaneamente “medicinale” e “veleno”.

Così come nell’ambito delle allergie i ricercatori hanno individuato degli anticorpi specifici per allergeni microbici o di altra natura, non è assurdo ritenere che un giorno o l’altro riusciranno ad evidenziare mediatori specifici dei modelli reattivi di difesa. Comunque sia, per essere rigorosa e affidabile, la materia medica omeopatica deve essere filtrata e liberata da tutto ciò che non è oggettivamente farmacodinamico, sia in ambito tossico che in ambito terapeutico. Sin dalla fine del XIX secolo, alcuni medici omeopati, clinici rigorosi, acquisirono consapevolezza di questa necessità urgente, constatando le devianze metodologiche di alcuni colleghi, di cui si è parlato poc’anzi. Alla luce di queste considerazioni, i Dott.ri Allen, Hughes, Hering, Dunham e Lippe realizzarono un lavoro monumentale, con i mezzi e le conoscenze dell’epoca. Oggigiorno, i progressi della tossicologia, della farmacologia, della clinica, della fisiopatologia, dell’anatomopatologia potranno contribuire a questo lavoro di pulizia e di razionalizzazione della Materia medica. Così concepita, la Materia Medica omeopatica, quintessenza stessa della farmacologia, può integrarsi e beneficiare di tutti i progressi della medicina moderna.

La terapeutica omeopatica è un metodo essenzialmente oggettivo e clinico. Deve basarsi sui soli sintomi clinici oggettivi della malattia e del malato, sull’“insieme dei cambiamenti nel modo di sentire e di agire del paziente”, cambiamenti concomitanti alla malattia e che da essa dipendono, come si è già avuto modo di sottolineare in precedenza. Non è aneddotica. Non deve focalizzarsi sugli epi-

fenomeni concomitanti privi di alcun nesso fisiologico con la malattia. La vaccinazione antivaiolosa non sarebbe stata scoperta se Jenner si fosse focalizzato solo sullo strabismo o sulle emicranie, sulle preferenze alimentari o sugli amori bucolici del vaccaio e della vaccaia...! Un tempo, nel confrontare i medicinali mi veniva insegnata una regola assoluta, ovverosia che al paziente febbrile che aveva paura di morire e chiedeva di essere curato andava somministrato Aconito, mentre al paziente che rifiutava le cure si doveva dare Arsenicum album... Nessun insegnante diceva (o sapeva) che in realtà, nell'intossicazione da aconitina, gli intossicati avevano tutto il diritto di essere ansiosi e di temere la morte, poiché quest'ultima era praticamente inevitabile nelle intossicazioni acute. L'ansia era del

tutto giustificata dal contesto clinico ed era concomitante e conseguente all'intossicazione. Viceversa, nessun insegnante diceva (o sapeva) che il sintomo "rifiuto delle cure", inserito nella materia medica di Arsenicum album come importante sintomo differenziale, era stato aggiunto alle materie mediche in seguito al suicidio volontario, in manicomio, di due soli pazienti affetti da melanconia, che rifiutavano categoricamente qualsiasi tipo di terapia dopo aver assorbito dosi massicce di topicida...

Oggi è facile capire che, in questo caso preciso, il sintomo non è imputabile all'azione tossica dell'anidride arseniosa, e che peraltro fa ben pallida figura, risultando relegato al ruolo di eccezione, se confrontato alle migliaia di casi di intossicazione da arsenico che sono serviti a definire i sin-

tomi patogenetici di Arsenicum album!

Il principio fondamentale dell'omeopatia, il fenomeno della similitudine, è ampiamente utilizzato nella terapeutica classica, la maggior parte delle volte all'insaputa degli stessi prescrittori. Questo significa che non c'è un fosso invalicabile, che non c'è incompatibilità tra quelli che alcuni considerano, a torto, due sistemi terapeutici differenti. Esiste al contrario una complementarietà potenziale che meriterebbe di essere utilizzata per il bene più grande, quello della medicina e dei malati.

C'erano una volta... un piccolo vaccaio e una piccola vaccaia che si amavano teneramente...

Jacques JOUANNY

Dicembre 1997





radar
Repertory Program

Synthesis 9.1 Italiano
Synthesis 9.1 inglese
Complete Repertory 2005
Repertorium Universale V



Encyclopaedia
Homeopathica



WinCHIP
clinical file

con possibilità di accesso alla
Banca Dati
CLI.FI.COL.
Clinical File Collection



h.m.s. s.r.l. homoeopathic medicine services
Via Volta, 40 I-22100 Como CO
Tel. 031/24.30.07 Fax 031/24.50.064 E-mail info@hmssrl.com

Officina Homeopathica Internationalis

Il Consiglio Nazionale della F.I.A.M.O. ha recentemente deliberato la costituzione del Comitato Promotore della **Officina Homeopathica Internationalis**. Come mostra il termine stesso, l'Officina è un "laboratorio" nel quale lavorare in tutti i campi riguardanti, direttamente o anche marginalmente, la Medicina Omeopatica: teoria, metodologia clinica e di ricerca, epistemologia, semantica e terminologia, etica e bioetica, deontologia, informatica, altre *omeoterapie*, economia e politica sanitaria omeopatica e convenzionale, nazionale e internazionale, produzione e politica farmaceutica, etc.

I parametri e i mezzi intellettuali da utilizzare saranno *rigorosamente* quelli della scienza e della filosofia della scienza convenzionali: infatti l'evoluzione delle varie scienze, non solo mediche, degli ultimi decenni (Biochimica, Biofisica, Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia, Neuroscienze, Psicosomatica, Teoria dei Sistemi, Tossicologia, etc) si sta indirizzando verso una visione "sistemica" dell'uomo, analoga alla visione omeopatica e di molte altre medicine non convenzionali.

Tale visione *sistemica* può essere utilizzata non solo per la conferma della validità della Omeopatia, ma anche addirittura per una vera e propria "rinascita" della Omeopatia stessa nella piena ortodossia scientifica e senza perdere minimamente, anzi valorizzandolo, tutto il patrimonio clinico accumulato in più di due secoli di pratica clinica. Tutto ciò anche attraverso la rivisitazione critica (ovviamente con un atteggiamento di profonda ammirazione, rispetto e riconoscenza per chi ci

ha preceduto) dei sistemi teorici omeopatici preesistenti.

Azione precipua dell'Officina sarà la elaborazione di nuovi sistemi teorici e di nuove strategie cliniche basate su dati scientifici oggettivi, la sperimentazione di nuovi rimedi, la valorizzazione di rimedi poco utilizzati e la sperimentazione di base per la dimostrazione della validità della Medicina Omeopatica.

L'Omeopatia, essendo nata e cresciuta ai margini della medicina ufficiale, non ha mai potuto usufruire della "piramide" scientifica istituzionale, fatta di grandi finanziamenti, di istituti universitari che si occupano esclusivamente di ricerca, di supporto culturale, politico, mediatico, etc.

Essenzialmente non esiste la figura del "ricercatore" in campo omeopatico, a parte le iniziative personali ed isolate di poche figure, spesso misconosciute, che hanno eroicamente sacrificato professione e/o carriera e/o famiglia per dedicarsi alla ricerca omeopatica. È necessario invece creare una classe di "ricercatori omeopatici", medici omeopati (coadiuvati da altre figure professionali e culturali) che facciano un salto di qualità rispetto alla semplice pratica professionale quotidiana e si dedichino anche allo studio di discipline varie (attraverso una bibliografia concordata, corsi ad hoc, etc): una *équipe* di *intelligenza* che possa far crescere, difendere, affermare autorevolmente l'Omeopatia in un ambiente assolutamente avverso. L'Officina si articolerà in diversi gruppi di lavoro locali (*Officine Distaccate*) che potranno essere fondate nell'ambito



della Fiamo, ovvero, in convenzione con altre società scientifiche omeopatiche, anche al di fuori della Fiamo.

Prima regola della Officina sarà *morale e comportamentale*: assoluta *laicità*. Di contro al settarismo imperante nel mondo omeopatico, nell'ambito dell'Officina le disparità delle opinioni e delle correnti teoriche saranno espressamente la materia prima su cui lavorare.

In quest'ambito sarà fra l'altro essenziale esaminare a fondo e risolvere *definitivamente* il problema della dicotomia culturale fra unicismo e pluralismo, sulla base di analisi epistemologiche e metodologie cliniche ben precise, che portino all' "evidenza".

Coordinatore del Comitato Promotore della Officina Homeopathica Internationalis è stato nominato **Pindaro Mattoli**, ideatore della stessa. Chiunque desideri partecipare al Comitato Promotore o semplicemente essere tenuto al corrente dello sviluppo della situazione può inviare un messaggio al Coordinatore (pmatoli@libero.it).



La prescrizione ginecologica e pediatrica

Recensione di due recenti manuali della Casa Editrice Ambrosiana

OMEOPATIA PEDIATRICA si apre con un capitolo dedicato ai principi generali della medicina omeopatica e alla sua metodologia; gli autori propongono un approccio al malato acuto e al malato cronico con considerazioni sulle costituzioni e sulle diatesi miasmatiche e sui criteri di scelta del rimedio omeopatico. I capitoli successivi sono dedicati alle più importanti e comuni patologie pediatriche: le febbri, le tossi, le allergie, le malattie infettive dermatologiche etc. alcuni presentano anche qualche richiamo semeiotico, che non guasta. La grafica è chiara e semplice: per ogni patologia sono proposti più rimedi e per ogni rimedio vengono riportate le keynotes per la patologia trattata; degli asterischi indicano anche se quel rimedio è di uso più o meno frequente. Tutto ciò rende molto rapida e comoda la consultazione. Per alcune patologie frequenti e con molti rimedi possibili, come per esempio la tosse, sono proposte delle ampie tabelle comparative che rendono più facile una diagnosi differenziale tra i rimedi possibili. Spesso sono aggiunte delle note di carattere clinico omeopatico.

Ogni capitolo inoltre è corredato di una materia medica, dove gli autori descrivono le principali caratteristiche dei “medicinali di fondo” o di “terreno” in base ad un modello reattivo psorico, tubercolinico, sicotico, luesinico, proponendo al lettore un visione più vasta della semplice prospettiva patologica.

In OMEOPATIA E GINECOLOGIA troviamo un ampio approccio alle pro-

La Casa Editrice Ambrosiana propone “Omeopatia pediatrica” di Paola Nannei e Giulio Viganò e “Omeopatia e ginecologia” di Giuseppe Scaglione. I due libri, di tipo manualistico, uniscono contenuti precisi ed accurati ad una pregevole veste grafica. Entrambi i testi suscitano un certo interesse poiché si occupano di due specializzazioni mediche dove la medicina omeopatica trova grande applicazione.

blematiche cliniche femminili. Anche in quest’opera l’Autore nell’introduzione presenta i principi della medicina omeopatica, seguono poi i capitoli dedicati alle patologie e ai disturbi in ginecologia e in ostetricia: si va dalle alterazioni del flusso mestruale alla gravidanza, dalla patologia della mammella alle disfunzioni sessuali e si affrontano anche la menopausa e la contraccezione.

Il libro è arricchito da due interessanti capitoli: uno, a cura del dottor Francesco Laganà dal titolo “Adolescenza femminile”; l’altro, “La ricerca del tipo in ginecologia”, del dottor Pierluigi Gargiulo. L’impostazione grafica rende agevole la lettura e veloce la consultazione. Per ogni argomento trattato sono proposte le possibilità terapeutiche omeopatiche con le caratteristiche dei rimedi indicati. Il libro è completato da una materia medica dei rimedi trattati nel testo.

Entrambi i testi si distinguono per l’accuratezza della ricerca e la meticolosità nella descrizione dei sintomi peculiari utili alla prescrizione, da cui traspare la passione che gli Autori hanno dedicato a queste loro opere. Esse tuttavia appaiono, talvolta,

eccessivamente compilative, qualche caso clinico dimostrativo sarebbe stato utile e avrebbe reso i due lavori più originali.

I due testi possono rappresentare un buon aiuto per chi inizia a muoversi nel complesso e vasto mondo della medicina omeopatica e delle materie mediche ed essere di utile consultazione anche per i più esperti, quando deve essere risolto qualche dubbio prescrittivo.

Rimane tuttavia il rischio che si finisca per prescrivere solo sul sintomo o soltanto per quella patologia, dimenticando il malato. A tal proposito, anche uno degli Autori, Scaglione, avverte: “Il neofita che vorrà proseguire nello studio della medicina dei simili integrerà le sue conoscenze con altre materie mediche, più rigorose e complete”.



OMEOPATIA PEDIATRICA
di Paola Nannei e Giulio Viganò.
Casa Editrice Ambrosiana -
Pagg. 259 € 28,00



OMEOPATIA E GINECOLOGIA
di Giuseppe Scaglione.
Casa Editrice Ambrosiana -
Pagg. 159 € 26,00



Cronaca della Riesumazione del corpo di Hahnemann

Un grande progetto, una memoria storica di fine Ottocento

L'esumazione dei resti del Dott. Samuel Hahnemann dal cimitero di Montmatre ed il loro trasferimento al prestigioso cimitero degli uomini illustri di Père-Lachaise a Parigi, rappresenta sicuramente un grande evento storico ed espressivo per la Comunità Omeopatica mondiale di fine Ottocento. Con ciò fu inoltre definitivamente formalizzata l'identificazione della tomba e dei resti mortali del Padre dell'Omeopatia.

Il progetto era di fatto il modo più adeguato di riparare alla mancanza di memoria per il venerato Maestro durata ben 53 anni, a seguito della quale nessuno si ricordava più con certezza dove fosse stato sepolto, quasi a realizzare quanto lo stesso Hahnemann scrisse: "... *Non rivolgetemi degli elogi, non li amo, sono un uomo semplice e schietto. So di non aver fatto che il mio dovere ...*"

La cronaca dettagliata dell'ultimo viaggio del Vecchio di Koethen è stata curata passo per passo dalla Società Omeopatica Francese e pubblicata su di un'autorevole rivista. Prontamente e competentemente fu poi tradotta dal Dott. G. Pompili sull'autorevole *Rivista Omeopatica* (luglio-agosto 1898).

L'EVENTO

Martedì 24 maggio 1898, dopo due anni di trattative e di sforzi del Comitato Internazionale di Omeopati, creatosi per l'evento, ebbe luogo alla presenza di autorità civili e di trentacinque persone, la solenne cerimonia dell'esumazione del corpo del Dott. Samuel Hahnemann. Essa ebbe inizio alle ore 8,30 del mattino



La tomba di Samuel Hahnemann a Parigi

con l'arrivo del Commissario di Polizia rappresentante l'autorità civile, che permetteva l'esumazione del corpo di Hahnemann e della seconda moglie Mélanie d'Hervilly.

Nella circostanza erano presenti: il Dott. Leopold Süss-Hahnemann, nipote di Samuel Hahnemann, arrivato dall'Inghilterra, il Signor Cloquemin, rappresentante la Baronessa Bönninghausen, figlia della vedova di Hahnemann, il Comitato

Internazionale della *Tomba*, rappresentato dal Dott. Richard Hughes di Brighton e, dal Dott. François Cartier, segretario del Comitato di Parigi, Léon Simon figlio, presidente della Società Omeopatica Francese, Parenteau, Conan, Jousset padre, Jousset figlio, Nimier, J.B. Faure, Guinard, Elia Faure, Tissot, Denzon, Nugnay, Boyer, Love, Chancerel padre e figlio, Georges Tessier, Trichou, Peuvrier, Heermann, Vautier, Koenick, Girardeau, Ecalle e Bernard Arnulphy di Chicago.

Alla cerimonia partecipava anche il Dott. Gannal, assistente di suo padre all'imbalsamazione del corpo di Hahnemann nel 1843. Infine cinque operai di manovalanza.

All'inizio della cerimonia fu letto un comunicato del presidente del Comitato, Dott. Leon de Brasol di Nicolaieuskaïa, Pietroburgo (Russia):

"Non posso venire. Sono col pensiero a Parigi partecipando con tutta l'anima alla vostra solennità. Mi è consolante che l'onore dovuto al nostro maestro, alla fine gli sia reso. Rimane a desiderare il felice esito dell'opera da voi sì energicamente intrapresa e che in due anni la tomba sia ornata con un bel monumento."

In effetti, ciò avvenne con una sottoscrizione internazionale a cui partecipò anche un gruppo di Omeopati italiani.

Per primo prese la parola il Dott. Cartier, segretario del Comitato di Parigi, che con una lucida analisi oggettiva porta i testimoni dentro l'evento tanto atteso:

“In faccia a questo sepolcro aperto – affermò – innanzi a questo feretro contenete il corpo di Hahnemann, nostro illustre maestro, non è mio dovere delineare di nuovo l’opera dell’uomo di genio che ha commosso il mondo colle sue idee e colla sua dottrina. Nella mia qualità di segretario del Comitato Internazionale del monumento funerario e di delegato francese, il solo che possa agire sul luogo, io devo a tutti quelli che sono qui presenti, a tutti quelli che aspettano con ansietà il risultato della cerimonia odierna in tutto il mondo, offrire le prove palpabili ed evidenti che noi ci troviamo effettivamente alla presenza dei preziosi avanzzi di Samuele Hahnemann, e che il monumento che noi andiamo a erigere al Père-Lachaise riparerà le ingiurie del tempo al corpo del fondatore dell’omiopatia. A ciò danno motivo le recenti polemiche prodottesi a tale riguardo in alcuni giornali omiopatici, e le quali fa d’uopo assolutamente arrestare, offrendo tutte le prove di autenticità. Le prove si possono riassumere in due gruppi:

1. le informazioni fornite dai registri dell’autorità civile e dai ragguagli della famiglia e degli omiopatici che coincidono colle impronte del sepolcro e del feretro;

2. L’apertura del feretro di Hahnemann le cui fattezze devono essere ancora riconoscibili.

Hahnemann è sepolto nella tomba Lethière; Hahnemann è il primo corpo che s’incontri all’apertura del sepolcro. Questa è la prima parte delle prove da dimostrare.

Da una parte i registri del cimitero e dello stato civile; dall’altra le informazioni fornite dal nipote di Samuele Hahnemann, il D.^o Süss-Hahnemann qui presente; dalla signora di Bönninghusen, la figlia adottiva della signora vedova Hahnemann, nata d’Hervilly, da tutti quelli che sono vissuti al tempo di Hahnemann, o che hanno scritto intorno alla sua vita, attestano che Cristiano Samuele Hahnemann, morto a Parigi nel 1843 è stato sepolto nella tomba Lethière indicata da una concessione perpetua che porta il N.° 324 del 1832, e 414 del 1834. La concessione di sinistra è la sepoltura Hahnemann che porta il N.° 231 del 1847. Questa sepoltura racchiude unicamente il

corpo della signora vedova Hahnemann, nata Melania d’Hervilly, morta nel 1878. A torto alcuni omeopatici hanno preteso che il corpo di Hahnemann riposasse in questa sepoltura. Signori, essa è ora aperta innanzi a voi, essa non contiene che un feretro la cui scritta corrisponde allo stato civile della signora Hahnemann, nata d’Hervilly.

La sepoltura Lethière nella quale riposa il corpo di Hahnemann è stata riprodotta in incisione nel giornale del D.^o Schwabe, *Homöopathischer Kalender*, nel 1892, [Willmar Schwabe di Lipsia, fondatore nel 1866, della famosa “Farmacia Centrale Omeopatica”, ndr], e più recentemente nell’*Hahnemannian Monthly*, [rivista omeopatica americana fondata dal Conte Adolf Lippe (1812-1888), ndr], dell’ottobre 1896. Dopo l’epoca del disegno, il tetto di zinco fu tolto, ma voi potete vedere, signori, l’identità della grata di Ferro e la forma della pietra sepolcrale col disegno che vi pongo sotto gli occhi. Infine voi vedete come prova evidente nell’angolo della pietra sepolcrale questa iscrizione: C. P. 324 (concessione perpetua 324).

Noi sapevamo egualmente dalle autorità del cimitero e dal racconto della famiglia che il feretro di Hahnemann era l’ultimo deposto. Il corpo di Gohier fu sotterrato il primo, il cimitero non possiede più la data del decesso; il corpo di Lethière morto nel 1832 sta nel mezzo; infine l’ultimo arrivato, vale a dire il primo sotto la gronda è il corpo di Hahnemann sepolto nel 1843.

Il numero d’identità del feretro di Hahnemann iscritto sui registri del cimitero Montmartre, è: N.° 1252, 1.° circondario, 1843.

Ora signori voi venite oggi a verificare la autenticità di queste indicazioni.

Leggiamo distintamente sopra il primo feretro di piombo che si offre alla nostra vista, separato dagli altri da uno strato di calcestrutto immediatamente sotto la gronda del sepolcro Lethière l’iscrizione seguente che non è stata alterata per nulla dal tempo: N.° 1252, circondario, 1843.

Più in alto sopra il feretro voi vedete una stampiglia in piombo così formata: Brevetto



Samuel Hahnemann

d’invenzione, *Imbalsamamento Gannal*.

Ora noi sappiamo che il corpo di Hahnemann fu imbalsamato da uno dei primi specialisti dell’epoca. La casa Gannal esiste ancora, 6 rue de seine. Ho avuto occasione di vedere il D.^o Gannal, figlio e successore, che era assistente di suo padre nell’imbalsamazione di Hahnemann, e che si ricorda ancora dell’operazione.

Questa fu fatta secondo lui col solfato di allumina (processo Gannal) sebbene il D.^o Süss-Hahnemann, egualmente testimone oculare pretendeva che l’arsenico sia stato l’agente adoperato. Sui registri della casa Gannal si trovano tutt’ora scritte queste parole: «3 luglio 1843, imbalsamento del Sig.^o D.^o Hahnemann, 2000 franchi.» Oggi il D.^o Gannal è fra gli assistenti ed ha avuto a cuore di essere presente all’esumazione.”

Il Dott. Cartier proseguì il discorso riassumendo in due delicati punti le prove dell’autenticità del corpo di Hahnemann: “. . .

1. Hahnemann è sotterrato nella sepoltura Lethière e non nella sepoltura Hahnemann secondo i registri del cimitero e dello stato civile, secondo il racconto di un testimone oculare, il Dottor Süss-Hahnemann nipote di Hahnemann, secondo l’attestazione della Signora di Bönninghausen figlia adottiva della vedova Hahnemann, e secondo gli scritti di tutti quelli che hanno narrato la vita di Hahnemann.

2. Il feretro di Hahnemann nella sepoltura Lethière è ben quello che porta il n.° 1252, 1° circondario, 1843. Perché:

- a. il n. 1252 è visibile sul feretro, ed è lo stesso che è scritto sul registro del cimitero;
- b. la rue de Milan in cui è morto Hahnemann, attualmente del IX circondario, faceva parte del 1° circondario di Parigi nel 1843;
- c. Hahnemann solo è sepolto nel 1843, nella sepoltura Lethière in cui riposano due altri corpi sotterrati nel 1832, ed il primo in precedenza al 1832;
- d. la stampiglia che porta l'indicazione dell'imbalsamento Gannal è anche un'altra prova.

Infine, signori, per dissipare ancora ogni dubbio ho ottenuto dalla prefettura di polizia l'autorizzazione di aprire il feretro di piombo; noi siamo per assistere ad uno spettacolo ben commovente, unico nella nostra vita; noi contempleremo gli avanzi di colui che è la nostra guida giornaliera, il nostro maestro a noi tutti. — Le fattezze dell'illustre Hahnemann che hanno dormito per cinquantacinque anni, appariranno ancora alla luce per l'ultima volta!”

Dopo il discorso particolarmente dettagliato dell'identificazione della tomba e del corpo di Hahnemann e della seconda moglie, prese la parola il signor Cloquemin, rappresentante dalla signora Bönninghausen, che ringraziò la Società Omeopatica e in particolare il Dott. Cartier, segretario del Comitato parigino, per aver consentito di sistemare i resti della madre della Baronessa Bönninghausen con quelli di Hahnemann al cimitero di Père-Lachaise.

La cerimonia proseguì con il discorso appassionato del presidente della Società Omeopatica Francese, Dott. Léon Simon:

“Signori, grazie al buon volere della Signora Baronessa di Bönninghausen, ai buoni uffici del Signor Choquemin e allo zelo del D. Cartier, noi possiamo onorare la memoria di Samuele Hahnemann, con-

forme ai nostri più cari desideri; la Società Francese di Omiopatia ne esprime ad essi tutta la sua gratitudine. Essa è pronta a ricevere questi due feretri dal comitato che il D. Riccardo Hughes e il D. Cartier qui rappresentano; Voi potete essere sicuri che noi veglieremo premurosamente su questo prezioso deposito. [Infatti il comitato si oppose alla proposta fatta poco dopo, da alcuni omeopati americani, di riesumerare nuovamente i resti di Hahnemann dal cimitero di Père-Lachaise per trasportarli nello splendido Monumento a Washington, inaugurato il 21 giugno 1900, ndr] Due generazioni sono già passate, Signori, dal giorno in cui il nostro Maestro lasciò questo mondo, ed è ai nipoti de' suoi contemporanei che tocca in sorte il compito insperato di offrirgli una tomba meno modesta di quella in cui ha riposato fino ad oggi. Strana vicenda delle cose di quaggiù, la quale prova una volta di più che l'uomo si agita e Dio lo conduce! La quale attesa egualmente che la gloria di Hahnemann resiste alla prova del tempo.

Innanzi tutto egli rivive nel suo nipote che segue fedelmente la via aperta da lui. E poi il suo nome è assicurato contro l'oblio perché invece di lavorare per il presente e per se stesso, egli lavorò per tutti i tempi e per l'umanità intera. Quindi poco importa che il presente, cieco e ingrato, l'abbia sconosciuto e disprezzato; la posteriorità di cui noi siamo l'avanguardia, si prepara a rendergli giustizia.

Salute a te, Hahnemann! Noi c'inchiniamo davanti a' tuoi avanzi venerati, ai quali, più felici dei nostri predecessori possiamo rendere gli onori ad essi dovuti. Pieni di fede nell'avvenire noi facciamo invito innanzi al tuo mausoleo ai medici che assisteranno al Congresso del 1900. La tua tomba apparirà ad essi più bella, illuminata dall'aurora del secolo prossimo che vedrà certamente il trionfo della tua dottrina.”

Terminato l'intervento del Dott. Simon, che commosse profondamente

i presenti, il Dott. R. Hughes di Brighton, pronunciò in francese il seguente discorso:

“Signore e Signori, obbedisco al desiderio de' miei colleghi dirigendovi alcune parole in nome degli omeopatici inglesi e mi perdonerete se io mi esprimo male nella vostra lingua.

L'Inghilterra non può vantarsi di essere il luogo della nascita o della morte di Samuele Hahnemann, ma non meno della Germania e della Francia essa non manca di esser devota alla sua memoria. Le sue istituzioni lo mostrano. L'anno della sua morte essa aveva già fondato il *British Journal of Homoeopathy*. L'anno seguente si formò la « *British Homoeopathic Society* ». Cinque anni più tardi fu aperto il « *London Homoeopathic Hospital* », recentemente ricostruito sopra i suoi fondamenti con la spesa di 48000 sterline che contiene ora cento letti. Il « *Journal* » suddetto sostenne la bandiera dell'omiopatia, per quarantadue anni: la « *Society* » e l'« *Hospital* » continuano l'opera loro fino al dì d'oggi. Come rappresentante di ambedue ed anche dei nostri giornali attuali, io vengo oggi fra voi apportatore dei loro saluti fraterni all'Art Médical, alla Société Française de l'Homoeopathie, e agli Ospedali Hahnemann et Saint-Jaques.

Voi avete ascoltato dal Sig. Cartier ciò che noi abbiamo a fare e ciò che è stato già fatto. I nostri caldi ringraziamenti sono a lui dovuti come alla Società per la quale egli agisce, per avere così bene tolto gli ostacoli sul nostro cammino. Oggi i discepoli del nostro Maestro possono reclamare il suo prezioso corpo, contemplare le sue fattezze sì calme nel grande riposo della morte e toglierlo dalla sua oscura dimora attuale per deporlo fra alcuni dei *Kings of Thought Who wage contention with their times decay, And of the past are all that cannot pass away*.

Ecco il nostro incarico di oggi. Domani ci appresteremo a fare erigere su questi avanzi un monumento degno de' suoi meriti e della nostra venerazione; alla vista del



*Altre soluzioni
per la salute*

Omeopatia • Fitoterapia • Integratori alimentari

Via Tiburtina Valeria, Km 69.300 - 67061 Carsoli (AQ) - www.otiomeopatici.com
e-mail: info@otiomeopatici.com

quale il mondo potrà domandare: chi fu quest'uomo al quale dopo più di cinquant'anni i suoi discepoli hanno fatto tanto onore? Esso domanderà; e quelli che già conoscono chi fu, verranno in pellegrinaggio da tutti i paesi dell'Europa, dell'America Nord e Sud, dalle Indie, dall'Australia, e si rallegheranno di vedere il Maestro così onorato. Ripartiranno armati di nuovo coraggio per seguire la via da esso aperta, per far progredire la sua arte e pel bene de' suoi infermi.

Colleghi francesi! l'Inghilterra si unisce con voi nei vostri voti e nella vostra opera."

Per ultimo prese la parola il Dott. L. Süss-Hahnemann (1826-1914), nipote del Maestro: "Come rappresentante della Germania e della famiglia Hahnemann sono ben fortunato che mi sia permesso di partecipare a questa interessante cerimonia. — Cinquant'anni fa io ero presente alla tumulazione del mio avo che è rimasto qui senza nome e senza monumento per più di mezzo secolo. — Grazie al Comitato Internazionale e particolarmente al Dott. Cartier, Samuele Hahnemann ha trovato un posto di riposo degno del suo nome."

APERTURA DEL FERETRO

Completate le profonde dissertazioni, si arrivò ai momenti indimenticabili in cui l'occhio del pubblico presente all'evento storico raggiunse il massimo grado di sollecitazione: gli operai procedettero all'esumazione del feretro di Hahnemann.

Davanti al Commissario di Polizia presero la bara posta sopra il suolo usando delle corde e l'adagiarono sopra il tavolo che ricopriva l'apertura prodotta per l'esumazione precedente della signora Hahnemann. Il Dott. Gannal che dirigeva magistralmente le operazioni si accorse che il feretro di piombo di Hahnemann era stato avvitato e non saldato, ed espresse davanti ai medici presenti i suoi timori che il corpo non fosse ben conservato. Gli

operai con gesti sicuri svitarono le viti, tuttavia non troppo arrugginite, e tolsero quelle che il tempo aveva consumato. Il coperchio di piombo cominciò ad aprirsi e dall'estremità inferiore gli assistenti scorsero i piedi di Hahnemann verso la parete del feretro avvolti in *pannolini*, sembravano ben conservati. Però aperto completamente il coperchio si notò dell'acqua nella cassa e subito ansia e preoccupazione si impadronirono degli astanti. Ma finalmente il corpo di Hahnemann, ricoperto e avvolto di fasce di seta, apparve nella sua interezza. La sua conformazione sotto le piccole bende dell'imbalsamazione sembrava intatta, solo leggermente affossato. Ma ciò che colpì i presenti fu la piccola statura del Maestro. Intervenero le persone che lo avevano conosciuto a dichiarare che infatti il fondatore dell'Omeopatia era di piccola statura.

Il corpo giaceva nell'acqua. Il liquido non era prodotto dall'imbalsamazione, precisò il Dott. Gannal, ma proveniva dall'esterno, dal particolare terreno

del cimitero di Montmartre, infiltrato dalle acque che scorrono sul fondo argilloso del suolo. Immediatamente nacque una polemica tra i presenti: se il feretro, nel 1843, fosse stato saldato e non avvitato, non ci sarebbe stata penetrazione d'acqua.

L'imbalsamatore aveva avuto cura di ricoprire la testa e le mani con tessuto di lana imbevuto di essenza, ma dopo mezzo secolo questo tessuto appariva imbevuto come una grossa spugna; le mani erano incrociate sul petto.

Il Dott. Gannal rimosse quindi dalla faccia e dalle mani i resti del tessuto, cercando la testa di Hahnemann ... ma non scoprì che una massa di tessuto decomposto e di ossa. Cercò anche gli occhi di smalto introdotti nelle orbite ... il corpo di Hahnemann era in piena decomposizione. Si trovò una treccia di capelli di donna attorno al collo, erano probabilmente i capelli donati da Melania d'Hervilly al momento della morte del marito.

Insomma, nell'impossibilità di riconoscere le fattezze di Hahnemann, il Dott.



Particolare della lapide di Samuel Hahnemann al cimitero monumentale parigino di Père-Lachaise

Gannal fortunatamente fu in grado di trovare nel feretro vari oggetti che accertarono l'autenticità del corpo del Maestro. Fu mostrato ai presenti l'**anello di nozze** d'oro, rinvenuto tra le ossa separate di un metacarpo, formato da due piccoli anelli uniti. Con un utensile questi vennero separati ed in uno erano incise le parole "Samuel Hahnemann, Mélanie d'Hervilly: Verbunden Coethen, 18 janvier 1835." Per ordine del Commissario di Polizia, l'anello venne riunito ad uno delle ossa della mano di Hahnemann.

Ai piedi dei resti fu rinvenuta una bottiglia con turacciolo smerigliato. Il Commissario permise di romperla: conteneva carte relative al processo d'imbalsamazione Gannal, la **medaglia d'oro** offerta dagli omeopati francesi al loro Maestro, coniata nel 1835, anno di arrivo di Hahnemann a Parigi. Sul recto era rappresentato il profilo di Hahnemann, opera di David d'Angers (1788-1856), scultore del famoso busto di Hahnemann che sarebbe poi servito da modello nella riproduzione dei suoi ritratti, sull'altro lato spiccava l'iscrizione "A leur Maître, les Homoeopathistes français. Similia similibus curantur". Dopo aver circolato fra i presenti la medaglia fu riposta nel feretro. Tale medaglia fu coniata anche in bronzo e in quella occasione il Dott. Boyer ne aveva una copia.

Infine fu trovata una **lettera autografa** della vedova Hahnemann, la terza prova dell'autenticità dei resti di Hahnemann. La scrittura autentica della signora Melania d'Hervilly fu riconosciuta senza il minimo dubbio dal signor Cloquemin, rappresentate la famiglia Bönninghausen e dal Dott. Heermann di Parigi. Ecco il testo tradotto: "Cristiano, Federico, Samuele Hahnemann nato a Meissen, in Sassonia il 10 Aprile 1755. Morto a Parigi il 2 Luglio 1843. Sua moglie Maria Melania d'Hervilly lo raggiunge-



rà in questa tomba come egli lo ha desiderato e vi si uniranno queste parole scritte da lui. Heic nostro, cineri cinis, ossibus ossa, sepulcro miscentur, vivos ut sociavit amor."

Alle dieci del mattino, dopo un'ora e mezza di forti emozioni, ebbe termine la toccante cerimonia al cimitero di Montmatre. Gli operai chiusero il feretro in una nuova cassa di legno sulla quale fu inchiodata l'antica piastra, n. 1252, 1° circondario, 1843, ed una nuova piastra di rame con inciso il nome: **SAMUEL HAHNEMANN**.

Le casse mortuarie di Hahnemann e della moglie, collocate su un carro funebre, furono accompagnate da dieci persone in *Chemin du Dragon*, la via del Dragone, forse così battezzata per l'analogia che presentava con i luoghi che si diceva fossero stati frequentati da quell'animale misterioso e imprevedibile.

Il celebre cimitero di Père-Lachaise, dove in ogni angolo è ricordato tutto ciò che lo spirito umano ha prodotto, dalle Scienze alla Musica, dalle Arti, alla Guerra "È un posto ben trovato", ebbe a dire uno degli accompagnatori mentre giungeva in quel luogo.

Gli operai calarono il feretro nella tomba nuova in modo che la testa del Maestro si trovasse alla destra del

monumento e i piedi a sinistra. Infine venne deposto il piccolo cataletto dei resti della vedova, ai suoi piedi. Immediatamente dopo gli operai rinchiusero e colmarono la tomba. Un cancelletto ed una corona saranno i semplici ornamenti posti sopra i resti di Samuel Hahnemann.

Solo dopo due anni, il 21 luglio 1900, grazie alla sottoscrizione collettiva internazionale già ricordata, verrà inaugurato lo splendido monumento in granito rosa alla presenza di una folta rappresentanza di oltre dieci Paesi, fra cui una delegazione italiana.

"**NON INUTILIS VIXI**", scrisse un giorno del 1839 il fondatore dell'Omeopatia. Luminoso aforisma che caratterizza l'intreccio di ricordi e immagini del Genio. Stracciò le convenzioni terapeutiche del tempo e si pose saldamente al centro della Storia medica con la rivelazione **SIMILIA SIMILIBUS CURANTUR**. Elemento catalizzatore di una realtà e di una certezza capace di costruire un passaporto d'autorità che ha saputo resistere all'usura del tempo, ma soprattutto il motto di una rivoluzione Terapeutica fissato per l'eternità!



Sotto il sole della Toscana

Intervista a Franco Del Francia



Da sinistra: F. Del Francia, M. Candegabe

Franco Del Francia, Direttore della Scuola Superiore Internazionale di Medicina Veterinaria Omeopatica “Dott. Rita Zanchi” di Cortona, può essere considerato il padre dell’Omeopatia Veterinaria in Italia.

Cortona è una cittadina della provincia di Arezzo, uno di quegli angoli della Toscana che fanno innamorare i turisti di tutto il mondo, la cui notorietà è aumentata in modo addirittura spropositato grazie al *bestseller* dell'americana Frances Mayes, cortonese di adozione, uscito negli Stati Uniti con il titolo *Under the Tuscan sun*, poi tradotto in non so quante lingue, compreso ovviamente l'italiano, da cui è stato ispirato anche il film omonimo della regista Audrey Wells, con Diane Lane, Raul Bova e Sandra Oh. Il libro è autobiografico. In esso l'Autrice descrive il suo arrivo a Cortona, il restauro della casa acquistata quale occasione di “una seconda vita” e le sue giornate piene di gioie e dolori, molto infarcite di ricette e buona cucina. Prima di questo successo letterario, che risale al 1998, Cortona era conosciuta come una delle tante amabili cittadine toscane con alcune peculiarità interessanti: le importantissime esposizioni di reperti etruschi e di opere artistiche, Lorenzo Cherubini in arte Jovanotti, una sede staccata della Georgia University, la Fiera del Rame, gli Antiquari e ... la Scuola di

Omeopatia Veterinaria che ha cominciato la sua attività nell'ottobre del 1989. Rubando la battuta ad una nota serie storica di telefilm, *Ai confini della realtà*, è proprio il caso di dire: “Quel giorno c'ero anch'io!” Era una bella sera d'autunno nella piazza del Municipio e stazionavo sotto la Loggetta aspettando il segretario della nuova Scuola, il dott. Mario Sciarri: “Vedrai che mi riconoscerai, sono basso e grosso, con i capelli ricci e gli occhiali”, mi aveva detto al telefono prima di partire. Un vero etrusco, pensai. Ed eccolo comparire proprio di fronte, dall'altra parte della piazza, inconfondibile. Alla spicciolata arrivarono altri allievi e subito avemmo tutti l'impressione che una grande avventura stava per iniziare. Imparammo subito che Mario era, ed è tuttora, un grande organizzatore di momenti conviviali, per cui da lì a poco ci trovammo tutti seduti in un ottimo ristorante dove ad attenderci c'era lui, il già mitico direttore Franco Del Francia, toscano tutto d'un pezzo, schietto e diretto, che subito ci conquistò con il suo parlare entusiasta e focoso, con la sua simpatia e la sua presenza istrionica (scoprii molto dopo che in effetti aveva avuto

esperienze di recitazione). C'erano anche il Dott. Mario Aluigi di Rimini, allora collaboratore stretto di Del Francia che lo aveva voluto come docente, ed il Dott. Nazzareno Brizioli, oggi direttore dell'Istituto Zooprofilattico di Lazio e Toscana, anche lui docente ed amico fraterno del direttore. Il resto del corpo docenti era tutto rappresentato dai migliori ex allievi dei corsi itineranti che Del Francia aveva tenuto per l'Italia intera negli anni precedenti. Si respirava già aria di impresa e fu proprio così: nacque in quel momento la prima Scuola stabile di Omeopatia Veterinaria italiana!

Da allora centinaia di Veterinari, italiani e stranieri, hanno conseguito il diploma, molti di essi sono a loro volta diventati docenti, nella Scuola stessa o in altre Scuole, alcuni hanno ottenuto importanti riconoscimenti internazionali.

Franco, mi viene un po' da ridere, dato il rapporto che abbiamo, ma sono stato incaricato da Gustavo Dominici, il direttore de “Il Medico Omeopata”, di farti un'intervista... bisognerà che mi dimentichi di tutti i discorsi che ci siamo fatti in questo quasi ventennio...

Sarà meglio che te li ricordi invece, *sennò te li fo veni'n mente tutti io!* Sei sempre stato un po' impertinente, ma insomma, sopportarti ha dato anche i suoi frutti.

Me la sono proprio cercata! Ma veniamo a noi. In che famiglia nasce e che scuole ha fatto Franco Del Francia?

I miei erano agricoltori nel fiorentino, per cui ho vissuto con la cultura della terra e del

MEDICINA OMEOPATICA

H:. **I.R.M.S.O.**

Istituto Ricerca Medico Scientifica Omeopatica
Scuola di Formazione e Perfezionamento in Omeopatia



F.I.A.M.O.
Dipartimento scuola – formazione – insegnamento

IRMSO **XX CORSO TRIENNALE DI MEDICINA OMEOPATICA**

INIZIO: 6 ottobre 2007

TERMINE: 17 maggio 2008

DURATA DEL CORSO: 3 anni con lezioni teoriche e pratiche.

FREQUENZA: un sabato al mese e Seminari ECM.
Esame finale in presenza di un Rappresentante dell'Ordine.
Attestato e iscrizione al Registro degli omeopati
dell'Ordine dei Medici di Roma al termine del corso.

Richiesti CREDITI FORMATIVI ECM

SEMINARI DI FORMAZIONE CONTINUA IN OMEOPATIA

Tre eventi formativi (15 dicembre 2007 – 12 gennaio; 17 febbraio – 1 marzo; 29-30 marzo 2008) Finalizzati alla conoscenza e all'utilizzazione dell'omeopatia nella pratica clinica medica. Formazione anche a distanza.

Richiesti CREDITI FORMATIVI ECM

9° CORSO ANNUALE DI PERFEZIONAMENTO

Inizio: 6 ottobre 2007 – Cinque incontri sabato mattina e un seminario week-end. Numero chiuso (60). Assegnazione di borse di studio.
Approfondimento della metodologia clinica omeopatica.
Uso del Repertorio computerizzato.

Richiesti CREDITI FORMATIVI ECM

SEDE DEI CORSI: Istituto Nazareth

via Cola Di Rienzo, 140 – Roma

**PER INFORMAZIONI
SU PROGRAMMI, DATE,
QUOTE DI PARTECIPAZIONE
E ISCRIZIONI:**

I.R.M.S.O.

via Paolo Emilio, 32

00192 Roma

tel: 06.3242843 (ra)

fax: 06.3611963

segreteria@irmso.it

www.irmso.it

DIRETTORE ACCADEMICO: dott. PIETRO FEDERICO

Docenza e programmi a norma dei requisiti della delibera n°51/98 – Ordine dei Medici, dell'E.C.H.(European Committee for Homoeopathy) e della F.I.A.M.O. L'I.R.M.S.O è Membro del Forum Permanente per le Medicine non Convenzionali dell'Ordine dei Medici di Roma.



frantoio. Ho fatto il Liceo Classico a Firenze e quindi Medicina Veterinaria a Pisa. Non so nemmeno io perché. Nessuno in famiglia era o era stato veterinario, ma evidentemente qualcosa di questo mestiere mi attraeva, forse solo per mia natura. Una volta laureato, le prime esperienze professionali le ho fatte nelle zone di Roma, dove anche ho conosciuto molti cari amici che poi sarebbero diventati anche ottimi collaboratori.

Naturalmente devo farti la domanda di prammatica: come ti si è acceso il fuoco dell'Omeopatia?

Ma guarda, anche qui, forse, la risposta è quasi scontata e devo dire che non si è trattato di qualcosa di improvviso e violento, del cosiddetto "colpo di fulmine", piuttosto di una fiammella che via via si è alimentata sempre più fino a diventare un fuoco bello vivo, che tuttora arde bene! Da giovane ero un ragazzo molto alto e magrissimo, la mia magrezza era quasi preoccupante e non mi riusciva di mettere su un etto; ovviamente ero molto sproporzionato per cui la mia situazione veniva notata immediatamente. Un giorno accompagnai una conoscente per una visita dal Dott. Dandolo Mattoli, della famosa stirpe dei Mattoli che tutti gli Omeopati conoscono. Forse tu non lo ricordi, ma egli è stato presidente della Liga (LMHI, n.d.r.) e si recò negli Stati Uniti dove ebbe contatti prolungati e proficui con Kent; potremmo dire che è stato uno dei suoi tanti allievi. Insomma, un personaggio! Ma io allora non ne sapevo nulla: di Kent, di Hahnemann, dell'Omeopatia... Dopo la visita alla paziente da me accompagnata, prima di congedarci, mi guardò per bene e si interessò parecchio a questo mio stato fisico; mi chiese se pensavo che ci fosse qualche ragione specifica di questa mia situazione e mi fece altre domande, che allora mi parvero strane per un medico, sicché mi disse di attendere un attimo, si infilò di nuovo nel suo studio e se ne uscì con un rimedio: "Prendi questo – mi intimò – e

poi sappimi dire come va." Il nome del rimedio non l'ho mai saputo, ma cominciai ben presto a mettere su peso ed il mio fisico, pur restando un longilineo, assunse delle sembianze normali ed anche la mia forza e capacità di lavoro aumentò.

Che vuoi che ti dica? Considerai due cose: la prima, che io non avevo chiesto nulla, eppure quel Dottore aveva voluto interessarsi a me; la seconda, che la cura funzionò egregiamente. Se non sono segnali questi! Mantenni i contatti con Mattoli, mi spiegò parecchie cose... pensa, mi dette addirittura dei libri, che allora erano rari e dei quali era gelosissimo! Così cominciai il mio percorso omeopatico; mica male no?

Altroché! E gli altri tuoi Maestri?

Oltre a Mattoli, ci sono stati Santini, Antonio Santini, lo zio di Gino, e Bruno Beucci di Arezzo. A quest'ultimo sono stato molto affezionato, facevamo assieme delle passeggiate lunghissime durante le quali parlava e spiegava, parlava e spiegava... aveva un passo da bersagliere e nonostante avesse le gambe più corte delle mie, faticavo a stargli dietro! Aveva un'energia incredibile, oltre che una bella testa. A lui debbo la mia prima pubblicazione, il *Trattato di Omeopatia Veterinaria* in due volumi, che infatti assomiglia molto al suo come stile e veste tipografica; mi aiutò a scriverlo ed a pubblicarlo. Con lui finisce anche la prima fase del mio percorso omeopatico. La seconda è rappresentata dall'insegnamento di Alfonso Masi Elizalde, e qui comincia un grande capitolo.

Certo. Avremo modo di parlarne. Quando pubblicasti la tua prima opera insegnavi già; com'è che hai cominciato la carriera di docente?

Subito dopo la laurea andai a lavorare a Roma, come ti ho già detto, e fortemente ispirato dalla storia di Mattoli vissuta in prima persona, cercai altri testi da studiare ed anche altri contatti, ma pensa che allora eravamo davvero in pochi... Così comin-

ciai a curare gli animali con l'Omeopatia a cui si interessò anche l'amico Brizioli. Curavamo inizialmente bovini e cavalli, poi cominciammo anche con i cani, anche se allora non c'era molta cultura veterinaria per i *pets*, figurati se c'era quella veterinaria omeopatica! I risultati però erano molto incoraggianti, visto che ci davano ragione, e l'esperienza aumentava. Sicché fui contattato da De Santis, allora capo della gloriosa OMIT, che pensò bene fosse ora di far conoscere meglio l'Omeopatia organizzando dei corsi per Medici e, per quel che mi riguardava, anche per Veterinari. Cominciò allora la mia attività di insegnamento, naturalmente con Brizioli, cui si aggiunsero Borini e Corradi. Eravamo nel 1975 o '76. L'evoluzione è stata che l'insegnamento diventò itinerante e si crearono altre sedi oltre a Roma: Milano, Firenze e Napoli. Pensa che il tutto era congegnato in questo modo: il corso era di 6 mesi ed ogni *weekend* del mese era dedicato ad una di queste sedi. Praticamente, fra lavoro e docenza non ero mai a casa. Fu un periodo massacrante, ma anche pieno di grandi soddisfazioni. Capii, però, che non si poteva andare avanti così a lungo.

E quindi?

E quindi, sempre il solito De Santis fece arrivare in Italia Masi, per un grande corso con sede a Firenze, a cui ovviamente partecipai...

Ah, ci siamo!

Eh sì. Quella Scuola mi diede una bella "ripulita" e mi fece fare quel balzo che mancava alla mia formazione omeopatica. Il corso durò tre anni, tre appuntamenti l'anno durante i quali si stazionava a Firenze otto giorni pieni. Per la prima volta sperimentai la *full immersion* e debbo dire che ne rimasi entusiasta. Ogni Omeopata che si rispetti conosce Masi e non credo di dovermi dilungare sul suo insegnamento e sui suoi argomenti; posso solo dirti che la *Summa Teologica* di S. Tommaso ci usciva da ogni poro della pelle!

Voglio però sottolineare che una grande lezione per me è stata l'organizzazione didattica, l'approfondimento della dottrina e l'organizzazione di un ragionamento basato sulla coerenza, indipendentemente dal fatto che si possa essere d'accordo o meno sul filtro aristotelico-tomista da lui proposto. Questa lezione di coerenza mi è stata di grande aiuto quando ho dovuto organizzare la Scuola di Cortona. Puoi ben capire che fu quest'esperienza a indurmi a fare anche a Cortona dei seminari *full immersion* e ad organizzare un insegnamento approfondito della dottrina, di cui, se non sbaglio, proprio tu ne sai qualcosa.

Già, mi sa proprio di sì! Allora, Franco, cosa possiamo dire di questa Scuola? Ma prima di tutto: com'è nato il nome?

Il nome è nato da semplici considerazioni e, possiamo dire, intenzioni. Volevo fare qualcosa di qualitativo per la Veterinaria, come ti ho detto, ispirato dalla grande qualità della Scuola di Masi e, proprio per sottolineare questo, sapendo di avere a disposizione le risorse umane per attuarlo, la chiamai "Superiore". In secondo luogo, le esperienze che avevo avuto all'estero, ed in Europa in particolare, fino a quel momento non è che mi avessero entusiasmato più di tanto, per cui pensai che la Scuola avrebbe potuto giovare anche agli stranieri, e da qui "Internazionale"... e di stranieri ne sono venuti parecchi e non solo dall'Europa! La Dottoressa Rita Zanchi era una giovane Collega, mia allieva, che lavorava all'Istituto Zooprofilattico. Le eravamo tutti molto affezionati e quando ci lasciò prematuramente, ci venne molto naturale dedicarle la Scuola... Si dice sempre che un nome deve essere breve ed incisivo e addirittura si fa spesso uso di acronimi per identificarsi: il nostro non si può certo definire tale, però non mi pare che ciò abbia rappresentato uno svantaggio... e poi guarda, oggi, se vuoi risparmiarti il fiato, basta che dici Scuola di Cortona, tre parole, e tutti sanno di che si parla, no?

Per quanto riguarda la seconda parte della



tua domanda, non credo di essere il più adatto a dire qualcosa della Scuola: è una mia creatura, non posso che volerle bene, le ho dedicato quasi vent'anni di pratica ma molti di più nelle intenzioni, ho cercato con Mario (Sciari, n.d.r.) di fare tutto quello che era in nostro potere per portarla in alto, spesso con aspre battaglie. Il bilancio non può che essere positivo. Dal punto di vista didattico ho avuto grandi soddisfazioni; dalle centinaia di ex-allievi sono usciti dei bravi docenti che sono in grado di tenere alto il livello dell'insegnamento in futuro. Dal punto di vista dell'immagine, la Scuola di Cortona è conosciuta in tutto il mondo come una delle più prestigiose Scuole di Omeopatia Veterinaria... Tutto il resto è politica e qui mi fermo, perché non si sa dove si andrà a finire... e poi non è una delle mie materie preferite.

Però, permettimi, visto che hai toccato l'argomento, puoi dirmi cosa pensi della legislazione in Omeopatia?

Non credo che il legislatore abbia capito nulla di come debba essere regolamentata l'Omeopatia, nonostante gli sforzi che anche il Comitato del Consenso per l'umana e l'UMNCV (Unione Medici Non Convenzionali Veterinari, n.d.r.) stanno facendo per arrivare ad avere una Legge degna di tale nome, cioè in grado di tutelare veramente la nostra Arte. Mentre credo che a molti faccia comodo che la situazione resti tale e quale ad ora: si vogliono organizzare le cose in modo complicato, così forse è più facile pescare nel torbido e agevolare i soliti opportuni-

sti che dell'Omeopatia se ne strafregano e vanno dritti dritti verso i loro interessi.

In poche parole, credo che mantenere una linea di purezza sia possibile solo nelle Scuole serie, con i parametri che sono stati stabiliti anche dalla FIAMO e dalla SIMO e che solo queste dovrebbero essere parificate e riconosciute... un'UTOPIA! Il contatto con le Istituzioni è un discorso lungo e difficile. Stiamo cercando di aprire un'ennesima strada con il Centro di Arezzo e l'IZP di Brizioli... bisogna lottare sempre ed illudersi mai... l'unica cosa certa è la Scuola: questa deve rimanere!

Prima hai fatto un accenno alle tue esperienze internazionali, che hai definito "poco entusiasmanti". Puoi raccontarci qualcosa al proposito?

Premetto che si parla degli anni '80, perché poi ho smesso di andare in giro se non per motivi di turismo. Sono stato fondatore assieme ad altri Colleghi europei dell'I.A.V.H., l'Associazione Internazionale di Veterinaria Omeopatica...

A Lucerna in occasione, mi pare, del 20° anniversario della fondazione, ti hanno ricordato durante la cena a cui ero stato invitato. Sei stato anche Vice-Presidente, giusto?

Proprio così, però non sono mai riuscito ad avere dei rapporti costanti con quei Colleghi. Ripeto, parlo di quei Colleghi, oggi non saprei. Che vuoi che ti dica, facevano un'Omeopatia nella quale non mi ci trovavo... Nell'87 partecipai al I

Congresso Mondiale di Omeopatia, a Oxford, con Brizioli. Presentammo alcuni casi clinici, due cani ed un cavallo, che avevano avuto un esito straordinario. L'intenzione era dimostrare che la metodologia di Masi è applicabile anche in Medicina Veterinaria, ovviamente sul caso individuale, non certo in allevamento! Beh, ... se tu avessi visto le facce di quelli... Non fummo minimamente capiti, ci rendemmo conto che erano ancora alla preistoria! L'unico che realizzò l'importanza del lavoro, e che per questo si alzò e ci fece sinceramente i complimenti, fu il Prof. Kennedy, allora Preside della Facoltà e Direttore dell'Ospedale Omeopatico. Se ti ricordi, la stessa impressione l'avete avuta anche tu e Maurizio (Testadura, docente della Scuola, n.d.r.), quando venne il Prof. Mc Leod (Preside della Facoltà di Omeopatia Veterinaria di Londra) a Cortona, nel '92, in occasione della festa di chiusura del primo triennio della Scuola, dopo la consegna dei Diplomi. Lui ed il suo Assistente presentarono il caso di un cavallo, portato avanti in un tempo enorme con delle terapie a base di Decimali, finché la povera bestia si stancò di fare aggravamenti e diede l'impressione di stare meglio. Nella discussione finale, tu e Maurizio avete sollevato delle obiezioni sul metodo, Maurizio, soprattutto sottolineò come, se avessero usato delle alte potenze, avrebbero risolto meglio e senza aggravamenti, creando non poco imbarazzo nell'Assistente, che non aveva argomenti validi da opporre e suscitando l'onesta affermazione di Mc Leod che mi venne a dire: "Caro Del Francia, credevamo di essere venuti a insegnare qualcosa ed invece siete stati voi ad insegnare a noi. Complimenti per la tua Scuola!" La sua onestà e la sua umiltà furono commoventi, qualità dei grandi uomini. Certo che, allo stesso tempo, l'episodio confermò quelle che erano le mie impressioni sull'Omeopatia Veterinaria europea di allora.

Nella Scuola di Cortona si è sempre

fatto molto riferimento alla Scuola Argentina: prima con Masi, a cui dopo la morte è stata dedicata un'aula, poi anche con Eugenio Candegabe, del quale, proprio per tua iniziativa, è stato adottato lo schema prognostico. È chiaro che tutto ciò è stato agevolato anche dalle contingenze, ma volendo a posteriori dare una spiegazione più allargata a questa scelta, potremmo dire "di simpatia", cosa puoi affermare al proposito?

Per prima cosa devo dirti che mi ritrovo in una nota affermazione di Eugenio Candegabe, che mi pare tu abbia anche riportato nel tuo libro, quando dice: "La Dottrina Omeopatica è talmente profonda che non si può dire *questo è vero, questo non è vero*. Tutto si deve meditare. Ogni persona ha la capacità di vedere solo una parte della verità. Studiare il paziente nella sua totalità, per comprenderne l'essenza, comporta sempre un'interpretazione personale. Per questo, come diceva Kent, l'Omeopatia diventa un'Arte e l'Arte è la capacità del Medico di applicare le sue conoscenze allo studio ed alla cura del paziente." Detto questo, l'Omeopatia Argentina, si è sempre sforzata di trovare un metodo che aiutasse il medico ad essere il più obbiettivo possibile, sia nello studio della Dottrina, sia nello studio della Materia Medica, sia nella pratica clinica. Questo si deve all'impronta del grande Paschero, Maestro sia di Masi che di Candegabe. Quello che però è fondamentale, a mio parere, è che la Scuola Argentina, ha stimolato la critica costruttiva al discorso di Hahnemann, attualizzandolo fino ai giorni nostri, ed in questa attualizzazione si legge una grande coerenza.

Come hai conosciuto Eugenio Candegabe?

Lo conobbi a Roma, in occasione di uno di quegli incontri organizzati da Francesco Chianese. Mi impressionò molto questo ometto che dava l'idea di non essere molto

forte ed era sempre molto vestito... Quando cominciavano i lavori ed iniziava la sua esposizione, incantava la platea e soprattutto non si fermava più, trasportato da una passione infinita: aveva una capacità di lavoro inaudita e, naturalmente una profondità di conoscenze straordinaria. Chianese si comportava con lui come una guardia del corpo, proteggendolo continuamente dagli "assalti" dei medici prima e dopo i lavori del seminario: "Il professor Candegabe è stanco, deve riposarsi", diceva ed altre cose del genere, ma dubito molto che fosse veramente così dopo averlo conosciuto: dentro quell'ometto delicato e fragile si nascondono una grinta ed una tenacia insospettabili. In occasione del seminario, feci un intervento esponendo la mia teoria sul "*simillimum* di specie" (un unico rimedio di fondo per animali che possono artificialmente essere considerati tutti uguali per genealogia, condizioni microambientali, alimentazione ed indirizzo produttivo di allevamento, n.d.r.) e lui si dimostrò molto interessato alla cosa, dicendomi fra l'altro che era un ottimo esempio di applicazione pratica della nosologia di Hahnemann riguardo alle malattie collettive. Da allora si affezionò molto alla nostra Scuola. Ci unisce il grande senso clinico che ispira entrambi: in lui lo avverti ad ogni lezione di Materia Medica, quando fa la Diagnosi Differenziale dei rimedi e nell'originale intuizione della Prognosi Dinamica, geniale!

Un ultimo pensiero...

Mi auguro che sia mantenuta la linea di purezza che ci ha sempre caratterizzato. Le cose evolvono, ma c'è modo e modo: dopo Hahnemann e Kent è stata tracciata una linea di progresso coerente, soprattutto in America Latina, ma anche in alcune Scuole Europee, come per esempio in Belgio, nel Centre Liégeois d'Homéopathie di Marc Brunson, che oltre a tutto è un Collega! Cerchiamo di mantenerci sempre su questo binario.

* Scuola Superiore Internazionale di Medicina Veterinaria Omeopatica "Dott. Rita Zanchi" – Cortona www.omeovet.net. Universidad Candegabe de Homeopatia – www.universidadcandegabe.org

Omeopatia Veterinaria nel servizio pubblico

Cronistoria di un'esperienza unica da poco iniziata

È una caratteristica degli omeopati il senso dell'umorismo? Penso di sì, almeno per quelli che ho avuto modo di conoscere io o, forse, più che di umorismo si tratta di una certa serenità data dalla gratificazione di agire nel senso giusto. Per sviluppare la necessaria empatia con i pazienti, un aspetto che ho ben imparato dallo studio e dai Maestri, va coltivata l'umanità ed il senso dell'umorismo ci insegna ad imparare passo passo anche l'auto-critica e soprattutto imparare dai nostri errori. E così ho pensato che potrebbe essere una buona occasione per illustrare la mia esperienza, per ora breve, di omeopata e le attività del Centro di Medicine Naturali della AUSL 11 di Empoli, dove lavoro. Fulminato, come si suol dire, sulla via di Damasco, anzi, seriamente impressionato nel corso della mia attività di libero professionista da alcuni trattamenti omeopatici effettuati con l'aiuto del dott. Roberto Orsi di Pescia (anche lui formatosi alla Scuola di Cortona), decido di approfondire la conoscenza dell'Omeopatia. Forse, se avessi saputo quanto sia complesso e profondo tale studio, avrei desistito. Ma come dice il mio Maestro Franco Del Francia: "l'Omeopatia è una malattia sistemica: quando ti prende sei fregato!" Dopo un primo periodo da autodidatta, decido che non è cosa, manca un *quid* che mi permetta di fare il salto, quel passaggio che serve ad oltrepassare la soglia della comprensione da dove poi cominciare il percorso vero e proprio. Un po' come la cintura nera delle Arti Marziali: più che un punto di arrivo, un punto di partenza. Mi iscrivo dunque alla Scuola di Cortona e scopro ... un mondo. Chiunque abbia effettuato con

"Dai, è tempo che tu scriva qualcosa." L'email del caro amico e collega Brancalion arriva sul desktop del computer del mio ufficio, tra le varie incombenze in corso. Sempre ironico, aggiunge: "Sto organizzando l'inserto riguardante la Scuola per la Rivista della FIAMO; qual è la tua risposta, affermativa?" Sorrido.

coscienza ed apertura mentale il percorso dell'Omeopatia Unicista, ha provato lo sconvolgimento profondo che determina lo studio dei fondamenti dottrinali di questa scienza. L'Omeopatia giova sicuramente, prima di tutto a chi la pratica. Come fa argutamente notare Pierre Schmidt nei suoi scritti, gli omeopati sono profondamente egoisti (in senso positivo), potendo sempre ringiovanire e godere di una disciplina dagli sviluppi infiniti ed imprevedibili. Non potrò mai dimenticare lo stupore generato dalle lezioni di Franco sulle teorie masiane o la delizia della valutazione energetica del soggetto, la Prognosi Dinamica, magistralmente descritta da Brancalion. Intanto, sulla base degli studi praticati, inizio la mia nuova esperienza terapeutica. Viene aperta una Sezione Veterinaria presso il Centro di Medicina Naturale della AUSL 11 di Empoli che è rivolta alla cura degli animali. La regione Toscana e la mia Azienda Sanitaria hanno da sempre un'attenzione particolare per le Medicine Non Convenzionali (MNC), soprattutto secondo un processo di cura integrata. Colgo quindi l'occasione di aprire per la prima volta un centro di cura omeopatico e fitoterapico veterinario in un contesto pubblico.

RIASSUNTO

Viene descritta la prima esperienza italiana riguardante l'attività omeopatica di un Centro Veterinario di Servizio Sanitario Pubblico.

PAROLE CHIAVE

AUSL 11 di Empoli – Centro di Medicina Naturale – Omeopatia veterinaria

SUMMARY

The first experience of homeopathic activity in a Veterinary Centre of Public Health Service is described.

KEYWORDS

AUSL 11 of Empoli - Centre of Natural Medicine - Veterinary homeopathy.

Un riconoscimento importante, che ha aperto poi la strada ad altre esperienze, anche di maggiore portata.

L'attività del Centro è rivolta alla clinica dei piccoli animali, ma anche agli importanti aspetti di ricerca sul campo. Il Centro si pone sempre in sinergia al Veterinario libero professionista che ha in cura l'animale, in un'ottica di collaborazione e, nel tempo, di formazione. Si prevedono infatti iniziative formative e seminariali rivolte ai cittadini ed ai liberi professionisti. In particolare, l'attività è rivolta alla ricerca di protocolli di cura, anche integrati, di patologie croniche con una speciale attenzione alle patologie neoplastiche. È una profonda convinzione, che ho anche avuto modo di esporre nel corso dell'incontro tenutosi nella ulti-



ma edizione di Terra Futura a Firenze, che il supporto di un centro di cura veterinario di MNC che si esprima in un ambito pubblico, come quello che conduco, deve essere indirizzato particolarmente a quelle patologie (e per quegli stadi di tali patologie) che possono mettere in crisi il management dell'ambulatorio del libero professionista, dove è facile lo smacco professionale e dove invece è di grande importanza, non solo la cura (spesso impossibile), ma la palliazione dolce e sicura del dolore e della sofferenza. Quindi nel corso del biennio 2005-2006 sono stati trattati 59 casi cronici riferiti a varie patologie, tra cui il 10% rappresentato da patologie neoplastiche o da gravi stati degenerativi. Nell'85% dei casi trattati è stata osservata la guarigione o comunque un notevole miglioramento dei soggetti, che hanno potuto continuare un'esistenza indipendente e soddisfacente. Nel 15% dei casi i quadri lesionali osservati (purtroppo l'Omeopatia è veramente l'ultima spiaggia, dopo aver percorso tutte le possibili terapie nel bene e nel male) non hanno permesso che un trattamento palliativo come avviene per un paziente in fase terminale. Interessante osservare che nell'ambito della terapia si è utilizzato, nel corso del trattamento dei casi particolarmente gravi, un approccio in prima battuta organicista, con una repertorizzazione rivolta ai sintomi di sofferenza immediata, secondo una valutazione dei livelli energetici propria dei soggetti esaminati. Solo dopo che il terreno era stato positivamente influenzato e ripulito dalle sofferenze immediate, si passava ad una riconsiderazione globale dei soggetti cercando di far emergere il rimedio costituzionale. I padroni degli animali dove è stato possibile attuare questo approccio in due fasi, a fronte di un miglioramento dell'ultimo quadro di sofferenza, erano naturalmente più disposti ad un esame più approfondito e ad avere una necessaria attenzione alla comparsa di quei sintomi peculiari propri del rimedio di fondo. Una notevole attenzione è stata rivolta al trattamento ed alla prevenzione dei tumori *post-injection* che sempre in

maggior misura si stanno manifestando nella popolazione felina. Il numero dei casi trattati però è ancora piccolo per trarre delle conclusioni, anche se i primi risultati sono soddisfacenti. Secondo lo spirito proprio del Centro, è stata fornita totale assistenza gratuita per la prevenzione e la cura degli animali ricoverati nei gattili e canili. Nel nostro canile pubblico è stata effettuata una prevenzione a largo spettro per la Leishmaniosi con risultati molto soddisfacenti, mentre la cura delle patologie tumorali osservate ha segnato il passo, probabilmente per la reale difficoltà di individuare in tali soggetti il rimedio costituzionale. Risultati molto buoni sono stati ottenuti presso il gattile Aristogatti di Empoli dove è stato applicato un protocollo di prevenzione del complesso FIV – FeLV con somministrazione di Silicea 200CH a tutti i soggetti ogni sei mesi e almeno ogni 15 giorni per due mesi per i nuovi arrivati (per un totale di 300 animali in gestione). Questo trattamento generalizzato, unito poi alla cura individuale di circa un 10% della popolazione, ha portato ad un incremento significativo dello stato di salute e di benessere della popolazione felina, dimostrato in maniera evidente dalla diminuzione del 50% delle spese sanitarie effettuate per trattamenti allopatrici. È anche interessante la casistica dei trattamenti individuali dove, a fronte di anamnesi praticamente "mute", è stato possibile in base all'osservazione arrivare comunque ad ottimi risultati, evidenziando alcune spiccate modalità di comportamento. Ma questa omeopatia sul campo, dove dobbiamo veramente lavorare con pochissime notizie, merita un'esposizione a parte, magari prossimamente. Una esperienza, che non sarà l'ultima, è stata condotta anche per la cura e prevenzione delle patologie neonatali degli animali da reddito, in particolare su un gregge di 300 pecore sarde situato nel comune di Volterra, dove si registrava una mortalità neonatale dell'8%, a fronte di quella considerata fisiologica del 3%. In base alla dia-

gnosi clinica di clostridiosi, le terapie allopatriche praticate, oltre a tutte le misure igieniche messe in atto, non avevano in nessuna misura inciso su questa elevata mortalità. L'esame sul campo ha evidenziato una tipica sintomatologia omeopatica, ed il trattamento con *Phosphorus* e *Zincum phosphoricum* XMK ha portato la mortalità all'1% dei soggetti, quindi statisticamente significativa. Il caso sarà anche oggetto di una comunicazione al Convegno ETM 2007 European Traditional Medicine International Congress www.etm-2007.eu che si terrà a Vinci dal 4 al 6 ottobre. In questa sede ci sarà una nutrita rappresentanza di Veterinari Omeopati provenienti da tutto il mondo. Un'altra parte dell'attività è stata rivolta alla cura di patologie comportamentali, in collaborazione con la collega, Dott.ssa Sveva Assempi di Savona, per un totale di 26 casi con un'alta percentuale di risultati positivi, di cui stiamo valutando gli esiti nel tempo e dove, ovviamente, l'impostazione di studio sul *Mind* appreso a Cortona ci ha guidato alla scoperta dei vari rimedi. Mi sono dilungato su numeri e cifre, ma non potevo fare altrimenti: fa parte della mia *forma mentis*. L'Omeopatia è sicuramente una medicina basata sull'evidenza (clinica e strumentale, ma soprattutto clinica) e la veterinaria, proprio per la peculiarità del terreno trattato, è la dimensione di tutto questo. Di un impegno quotidiano, faticoso, di una evidenza che alla fine determinerà l'uso sempre più esteso di questa disciplina anche nelle corsie ospedaliere, in maniera integrata agli avanzati approcci diagnostici e terapeutici attuali, portando però risparmio, minori sofferenze e un innalzamento della qualità del "terreno" di cui sentiamo tutti bisogno. E di questo risultato potranno andar fieri prima di tutto i Medici Veterinari, veri cultori della *evidence based medicine* sul campo. ●

* Scuola Superiore Internazionale di Medicina Veterinaria Omeopatica – Cortona. Direttore Sezione Veterinaria Centro Medicina Naturale AUSL 11 – Empoli

Un modo speciale di agire, sentire e reagire

La sintesi del rimedio costituzionale

RIASSUNTO

In questo lavoro si pone l'accento sull'importanza della dottrina omeopatica nella pratica clinica ed in particolare sull'importanza di un uso intelligente del Repertorio per poter attuare una corretta diagnosi di rimedio.

PAROLE CHIAVE

Omeopatia veterinaria, dottrina omeopatica, rimedio costituzionale.

SUMMARY

The aim of this work is to accent the gravity of homeopathic doctrine in the clinical practice and particularly of the intelligent use of Repertory for a correct remedy diagnosis.

KEYWORDS

Veterinary homeopathy, homeopathic doctrine, constitutional remedy.

INTRODUZIONE

Nella nostra Scuola siamo tutti convinti della fondamentale importanza che riveste il rimedio costituzionale nella pratica omeopatica e che mai sarà possibile curare veramente il paziente se non riusciremo a comprendere la sua sofferenza profonda, cioè come disse il Maestro Paschero, “ciò che deve essere curato in ogni paziente”¹¹. D'altra parte, molti, per non dire moltissimi, fra gli stessi Omeopati sono convinti che in un animale tale *desideratum* terapeutico sia difficilissimo, se non impossibile da raggiungere, e quindi tanto vale adeguarsi subito ad un intervento terapeutico perlopiù basato sull'organotropismo e sui sintomi nosologici. Come la pratica dimostra, però, la corretta applicazione dei suggerimenti di Hahnemann e Kent

sconfessa tale convinzione. Sarà per questo, per combattere questa “pigrizia” o questa resa aprioristica dettata dal volere “una omeopatia facile” (senza fatica e, spesso, a scapito del paziente) che, storicamente, la Scuola di Cortona si preoccupa di dedicare lo spazio di almeno un intero Anno Accademico agli aspetti dottrinali, senza i quali non sarebbe possibile mantenere il binario corretto sia nella presa del caso clinico, che nella sua analisi ed evoluzione durante ogni *follow-up*¹. La conoscenza della dottrina omeopatica è condizione imprescindibile per sperare nella vera guarigione; senza di essa il medico Omeopata non ha sostegno nell'interpretazione delle reazioni al rimedio e facilmente sbaglia, o si scoraggia, o si fa prendere addirittura dal panico, producendo delle azioni che altro non possono se non danneggiare ulteriormente il paziente. Dal punto di vista didattico, un buon caso clinico dà la possibilità di sottolineare vari aspetti dottrinari, dimostrandone la ragione, e di attuare un ottimo studio di Materia Medica, per il rimedio del caso e per gli altri in diagnosi differenziale.

IL CASO DI KALÌ

Kalì è un Pinscher femmina di 12 mesi che viene portata a visita per un gonfiore alle linee mammarie, più grave a sinistra, comparso circa 2 mesi dopo il primo calore. Dopo un mese di vari tentativi, compresi trattamenti ormonali e locali, dimostratisi assolutamente inefficaci, viene proposto l'intervento di ovario-isterectomia, al quale la pro-

prietaria è contraria in quanto vorrebbe farla riprodurre.

ANAMNESI

Per comodità del lettore e per maggiore chiarezza là, ove ritenuto importante, al sintomo raccolto dall'interrogatorio, viene affiancata la rubrica repertoriale ritenuta idonea, in base all'etologia del cane, all'intensità del sintomo ed alla sua storicità¹².

Dall'età di 2 mesi Kalì vive in famiglia con gli attuali proprietari. Quando viveva ancora con i fratelli le fu tagliato accidentalmente un orecchio mentre mangiava. Da allora mangia molto circospetta; inizialmente assumeva l'alimento solo dalle mani dei proprietari; solo recentemente lo assume dalla ciotola.

[MIND - DWELLS - past disagreeable occurrences, on]

Molto agile, salta continuamente. Salta addosso finché non la si accarezza. Gioca volentieri.

Non si deve sentire sola.

[MIND - FORSAKEN feeling]

Ogni volta che può lecca i proprietari (tipico atteggiamento di sottomissione e richiesta di comprensione).

[MIND - DELUSIONS - wrong - done wrong; he has]

Quando mangia è sempre in tensione e se si avvicina qualcuno si allontana dalla ciotola.

[MIND - DELUSIONS - persecuted - he is persecuted]

Quando è in braccio si rilassa e si addormenta come un bambino.

*Il Medico Omeopata deve cercare di comprendere un tipo costituzionale attraverso l'analogia con i biotipi che sono emersi dalle patogenesi. Egli fa la diagnosi di rimedio costituzionale, cioè il simillimum del paziente, non per il fatto che i sintomi del paziente siano coperti dai sintomi di un determinato rimedio, bensì perché un biotipo costituzionale, identificato con il rimedio simile, dà luogo ai sintomi che gli corrispondono e tali sintomi, li abbia o meno riferiti il paziente, sono derivati da questo stato costituzionale che appartiene, come abbiamo detto, a tale medicamento. Non possiamo dire, per esempio, che un paziente presenta sintomi di *Lycopodium*, ma che "è" un *Lycopodium* e pertanto ha questi sintomi come anche altri di *Lycopodium* che non ci ha detto.*

Tomas Pablo Paschero

[MIND - ATTACHED - father; children are attached to the]

Ringhia quando un rumore la spaventa. Se la sgridano si appiattisce e va strisciando a chiedere scusa.

[MIND - DELUSIONS - crime - committed a crime; he had]

Affettuosa, socievole, giocherellona, espansiva.

Mangia di tutto, ama la carne e rifiuta i cibi piccanti.

Beve poco, ha sempre bevuto poco.

[STOMACH - THIRSTLESS]

Non fa volentieri il bagno, neanche al mare.

Dorme molto, notte e giorno.

Dorme coperta, anche in estate. Ama il caldo e il sole.

[GENERALS - HEAT - lack of vital heat]

ANALISI DEL CASO

Pur consci che un caso riferito a terzi ha i suoi limiti nella mancanza dell'osservazione diretta del paziente, su questo caso e su questa Totalità ci sono alcune considerazioni da fare, che lo rendono un ottimo caso didattico.

Per cominciare, Kalì è tranquilla, socievole e non ha alcun risentimento generale. Tuttavia il problema locale, che certamente ha una causa e che non è nor-

male, esiste. È già un segno della Costituzione Morbosa del paziente che ci sta dicendo qualcosa e non sarebbe saggio non tenerne conto².

La seconda considerazione è che il rimedio al quale arriviamo, gode della presenza di un sintomo chiave, un *key-note*, riferito da Kent.

La terza considerazione è che, nonostante il rimedio sia proposto dai sintomi assieme ad altri rimedi, lo studio della Materia Medica in Diagnosi Differenziale giustifica tutti i comportamenti, e il modo di essere del cane, perché questo è il rimedio: un modo speciale di sentire, agire e reagire, caratteristico di ogni individuo, sia che abbia un raffreddore piuttosto che una zoppia, che una congestione mammaria, come la nostra Kalì.

CONSIDERAZIONI

Nel § 153 dell'Organon, Hahnemann ci dà la chiave per capire il segreto dell'esatta prescrizione: "... dobbiamo tenere in conto principalmente ed unicamente, i segni ed i sintomi del caso di malattia da curare che siano più evidenti, singolari, non comuni e peculiari (caratteristici); perché sono principal-

mente questi quelli che devono corrispondere con i più simili della lista dei sintomi della medicina cercata ..."⁸ Storicamente, prima dell'avvento dei Repertori (Boenninghausen e poi Kent), il medico omeopata doveva avere in mente tutta la Materia Medica e, pur tenendo conto che allora la risorsa di rimedi sperimentati era di molto inferiore all'attuale, era comunque impresa ardua e troppo condizionata dalla soggettività del medico. Oggi siamo convinti che non sia possibile lavorare senza il Repertorio, ma come insegna Kent proprio nella prefazione del suo Repertorio, dopo la repertorizzazione è necessario confermare l'esito dell'analisi con la consultazione della Materia Medica Pura⁹, come del resto lo stesso Hahnemann conferma nel § 3 dell'Organon: "Se il medico percepisce con chiarezza quel che vi è da curare nelle malattie, cioè in ogni caso patologico individuale, se percepisce chiaramente quel che di curativo vi è nei medicinali, cioè, in ogni medicamento in particolare... *omissis* ... sarà un vero medico"^{5,8}. È chiaro che i due Maestri si riferiscono al genio del rimedio che deve trovare esatta corrispondenza al genio del paziente e per "genio" si intende il modo di essere, di vivere, le attitudini psico-biologiche, le circostanze in cui il soggetto nasce, vive e muore. Per questo Hahnemann ha dovuto sviluppare la Teoria delle Malattie Croniche, la cui spiegazione sta nell'impronta *miasmatica*, cioè nella causa fondamentale di malattia, all'origine della Costituzione Morbosa individuale, generatrice della costellazione sintomatica caratteristica del paziente. I sintomi hanno valore in quanto facenti parte di una Totalità caratteristica; essi hanno un senso ed un'intenzione che li mette in rapporto logico tra loro. Prendere i sintomi come parole scritte nel Repertorio è come avere una lettera morta che a nulla può portare. I sintomi non debbo-

1.	MIND - DELUSIONS – wrong - done wrong; he has	42
2.	MIND - DWELLS – past disagreeable occurrences, on	77
3.	MIND - DELUSIONS – persecuted - he is persecuted	63
	con. cycl. hyos. op. thuj. verat. aids. positr. ign. aur-m-n.	
	3/4 3/4 3/4 3/3 3/3 3/3 3/3 3/3 2/5 2/4	
1	1 1 1 1 1 1 1 1 2 2	
2	2 1 1 1 1 1 1 1 3 2	
3	1 2 2 1 1 1 1 1 - -	

Reportorizzazione

no essere una somma algebrica di rubriche, ma un insieme di autentica rivelazione della peculiare costituzione del paziente, altrimenti, come dice Eugenio F. Candegabe: “Voi avete registrato un grande numero di sintomi, però non avete un caso”³. Occorre sempre capire cosa c’è veramente da curare e per questo oggi è necessario l’uso corretto del Repertorio, sforzandosi di trovare dei sintomi modalizzati e storici (per quanto possibile); non bisogna prendere delle rubriche con centinaia di rimedi (poco caratteristiche); non bisogna prendere rubriche con meno di 6-7 rimedi (troppo limitanti), a meno che non si sia proprio sicuri; e così è anche automatico che la reportorizzazione non contenga molti sintomi (da 3 a 5, di solito) e che l’analisi presenti, alla pari dei policrest, anche rimedi meno conosciuti, costringendo il Medico ad allargare i suoi orizzonti in sede di Diagnosi Differenziale^{6,7}.

SCelta DEL RIMEDIO

Per Kali, inizialmente era stato pensato a *Pulsatilla*, che quadrava quasi con tutto, ma non quadrava per la “freddolosità” della piccola paziente. Reportorizzando, però, uscì fra gli altri un rimedio assai simile a *Pulsatilla* e che R. Morrison definisce come “una

Pulsatilla freddolosa”¹⁰.

Leggendo il rimedio nelle varie Materie Mediche, veniva confermata l’immagine di Kali, così dolce, così freddolosa, così sempre pronta a chiedere scusa anche quando non ha fatto nulla (leccare!), lei che è stata punita e tagliuzzata senza aver fatto nulla, solo perché stava mangiando. Ma se è stata punita una ragione ci sarà, il senso di colpa atavico ed innato del rimedio, che reagisce chiedendo scusa, leccando, sottomettendosi, o rinchiudendosi in una cupa malinconia, mai aggredendo (non a caso questo rimedio ha paura dei fulmini più che dei tuoni, scagliati da Giove per punire i mortali; la paura della punizione divina)⁴. Senza dubbio era questo genio del paziente, ciò che si doveva curare, il genio di *Cyclamen*. Il sintomo locale modalizzato: gonfiore alla mammelle dopo la mestruazione (in senso lato, intendendo la mestruazione come ciclo sessuale, come spesso facciamo) [CHEST - SWELLING - Mammae - menses - after - agg.] ha un unico rimedio, *Cyclamen*. Ecco la corretta applicazione di un *keynote*, il sintomo che, oltre a dare un indirizzo, conferma l’esito della ricerca.

REPertorizzazione

Questa è la reportorizzazione di Kali,

costituita dai 3 sintomi storici ritenuti fondamentali nella sua dinamica evolutiva, nella sua attitudine, nel suo modo di sentire, agire e reagire. Come si può vedere, vanno attentamente valutati almeno 8 rimedi (fra cui anche i “piccoli” *Aids* e *Positronium*), alla ricerca dell’essenza che copre, questa volta, la Totalità del paziente, e *Cyclamen* potentemente emerge dallo studio della Materia Medica e rappresenta fedelmente il genio della nostra Kali.

CONCLUSIONE

Cyclamen 200 CH in plus per 7 giorni, ha risolto il problema di Kali rapidamente e, soprattutto lasciando intatte le sue capacità riproduttive... e che brava mamma è stata!

BIBLIOGRAFIA

1. BRANCALION A. – Scala LM e Prognosi nella pratica dell’Omeopatia – H.M.S., Como, 2004.
2. BRANCALION A. – La Méthode Argentinienne de l’Homéopathie Pure de Candegabe-Carrara en Médecine Vétérinaire – 61° Congresso LMHI, Lucerna, 2006.
3. CANDEGABE E.F. – Materia Medica Comparata – red Edizioni, Como, 1989.
4. CANDEGABE E.F. – Homeopatia: Estudio Metodológico de la Materia Médica – Editorial Kier, Buenos Aires, 2003.
5. CANDEGABE M.E. – Escritos sobre Homeopatia – Ed. Club de Estudio, Buenos Aires, 1996.
6. CANDEGABE M.E., CARRARA H.C. – Approssimazione al Metodo Pratico e Preciso dell’Omeopatia Pura – Centro Internazionale della Grafica, Venezia, 1997.
7. CANDEGABE M.E., DESCHAMPS I.L. – Bases y Fundamentos de la Doctrina y la Clínica Médica Homeopáticas – Editorial Kier, Buenos Aires, 2002.
8. HAHNEMANN – Organon Sesta Edizione – Trad. 9. GIUSEPPE FAGONE – EHO Italiano Versione 2.2, Archibel SA.
10. KENT J.T. – Repertory of the Homoeopathic Materia Medica – Jain Publishers, New Delhi, 1981.
11. MORRISON R. – Manuale Guida ai Sintomi Chiave e di Conferma – Ed. Bruno Galeazzi, 1998.
12. PASCHERO T.P. – Homeopatia – Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1988.
13. RADAR® – Synthesis, vers. 8 – Archibel SA, Belgio.



Bluetongue in Sardegna: i danni della vaccinazione

La logica dell'Omeopatia e la spiegazione dei fatti

RIASSUNTO

Nel contesto dell'analisi della *bluetongue* e della vaccinazione contro tale malattia degli ovini, il metodo omeopatico aiuta a dare una diversa interpretazione del problema.

PAROLE CHIAVE

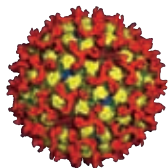
Bluetongue, danni della vaccinazione, omeopatia veterinaria.

SUMMARY

In the bluetongue and vaccination against this sheep's illness argumentation, the homeopathic method aids to give a different matter's explanation.

KEYWORDS

Bluetongue, damages of vaccination, veterinary homeopathy.



INTRODUZIONE

LA MALATTIA

La febbre catarrale degli ovini, meglio conosciuta come *bluetongue*, è una malattia infettiva non contagiosa, trasmessa da insetti vettori appartenenti al genere *Culicoides*. Tutte le specie di ruminanti sono sensibili all'infezione, ma solo gli ovini e, in minor misura, i caprini manifestano la forma clinica della malattia. Il virus appartiene alla famiglia *Reoviridae*, genere *Orbivirus* di cui sono stati identificati 24 sierotipi. Essendo il virus trasmesso da insetti vettori, la malattia è condizionata da fattori ecologico-ambientali ed incide maggiormente nel periodo compreso fra la tarda estate e l'inizio dell'autunno. La malattia è presente nel Nord e Sud America, Australia, Asia e Medio Oriente. In Africa è stata segnalata per la prima volta a fine '800; più recente-

mente ha fatto la sua comparsa in Tunisia, Algeria e Grecia. Nel 2000 è stata segnalata in Sardegna.

L'incubazione varia fra i 4 e i 7 giorni e la gravità dipende dal sierotipo e dalla razza degli animali colpiti; la fotosensibilizzazione intensifica i sintomi congestivi. La letalità varia dall'1 al 30%.

SINTOMATOLOGIA

Il primo segno clinico è la febbre, la cui durata varia da 4 a 7 giorni. Già dal secondo giorno cominciano a comparire iperemia ed edema a carico della regione orale, oculare e, più raramente, auricolare. In alcuni casi la lingua edematosa e cianotica protrude dalla bocca; emorragie papillari interessano tutta la superficie linguale, in particolare quella ventrale. L'edema tende ad interessare anche le regioni mandibolare e sottomandibolare, a volte causando difficoltà respiratorie. Sul margine linguale e mucosa gengivale si possono manifestare erosioni a tendenza necrotica. La saliva è schiumosa; lo scolo nasale, prima sieromucoso, diventa muco-purulento ed intorno alle narici si formano croste che, se rimosse, rivelano una superficie erosa. Sul cercone coronario si osservano striature emorragiche fino a vere e proprie emorragie. Le lesioni podali sono più frequenti agli arti posteriori. La coronite può esitare nella rottura dello zoccolo. Si possono avere degenerazione necrotica e calcificazione del tessuto muscolare, con conseguente dolorabilità.

LE VACCINAZIONI

I problemi relativi alle vaccinazioni possono essere così sintetizzati:

danni economici da reazioni vaccinali; danni epidemiologici da introduzione di sierotipi, altresì assenti, nel territorio regionale ed in aree diversamente non raggiungibili dal virus (le aree montagnose sono inadatte al soggiorno degli insetti vettori); fra quest'ultimo gruppo di problemi va annoverata la difficoltà di poter poi discernere fra soggetti affetti da *bluetongue* o vaccinati, che viene parzialmente ovviata dagli animali sentinella non vaccinati. Infatti esiste anche la difficoltà oggettiva di differenziare l'immunità naturale da quella vaccinale; sfiducia degli allevatori nei confronti dei Veterinari che praticano manualmente l'intervento vaccinale, ai quali vengono imputati i danni subiti non fosse altro perché sono gli unici con i quali l'allevatore può rapportarsi; per questo tutte le decisioni imposte dall'alto si ripercuotono inevitabilmente su tutti i soggetti implicati nella vaccinazione, allevatori e veterinari.

Soprattutto la campagna vaccinale del 2003 è stata disastrosa: l'utilizzo della vaccinazione combinata con i tre sierotipi ha creato un effetto positivo, in termini immunitari, solo nei confronti del sierotipo 2, (per cui si era già vaccinato negli anni precedenti), mentre per il sierotipo 4 (mediamente patogeno) e 16 (scarsamente patogeno) ha esclusivamente potenziato le reazioni vaccinali o, meglio si potrebbe asserire, vista la sintomatologia, ha indotto in più della metà dei soggetti vaccinati, la malattia artificiale. Questa non è affatto più lieve di quella naturale. Distinguiamo per essa:

1. problemi considerati transitori, ma gravi dal punto di vista economico, come:

- calo produttivo;
 - ipofertilità e ipofecondità, comprendente aborti, parti ritardati, natimortalità e danni teratogeni);
 - danni oculari e cheratiti, che possono complicarsi fino alla cecità;
 - danni permanenti o tendenti alla cronicizzazione, fra cui la zoppia e l'anchilososi articolare;
2. mortalità dei capi.

Quest'ultimo aspetto è il più drammatico: la mortalità attribuita a reazione vaccinale è stata di 3.061 ovini e 22 caprini! L'altro aspetto che sorprende e salta agli occhi è quello di aver totalmente ignorato il ruolo chiave della popolazione bovina, che ha invece due peculiarità importantissime:

a) pur non ammalandosi, se non sporadicamente, è serbatoio del virus;

b) i grossi problemi di movimentazione dei capi sono sorti non nei confronti dei capi ovini, bensì di quelli bovini, settore che in Sardegna era già stato messo in ginocchio da precedenti gravi problemi sanitari.

Il ruolo dei bovini è quindi considerato "chiave" in altri Paesi, ad esempio l'Australia, ove si è scelto di vaccinare i capi bovini e non quelli ovini, che fra l'altro costituiscono buona parte del patrimonio zootecnico nazionale.

Nonostante quel che si vuole far credere, la prevenzione contro una malattia infettiva come la *bluetongue* non è solo vaccinale. Anzi, visto che le altre possibili misure di profilassi sono state ignorate o relegate ad un ruolo marginale, e dato il fallimento della profilassi vaccinale, soprattutto le prime dovrebbero essere riconsiderate:

- la lotta contro gli insetti vettori;
- il ricovero degli animali al chiuso dopo il tramonto;
- l'utilizzo di zanzariere;
- il miglioramento dello stato sanitario delle greggi, che consentirebbe ai capi ovini di superare la malattia, naturale o artificiale, senza grossi danni.

A sostegno di ciò sta il fatto che le prove di pre-vaccinazione sono state effettuate

Tabella 1 e 2 (sotto) – Repertorizzazione dei sintomi più frequenti della malattia naturale

1	GENERALS - LIGHT; from - agg. - sunlight	44
2	GENERALS - WEATHER - warm weather - wet - agg	41
3	GENERALS - FEVER - before	46
4	EXTREMITIES - INFLAMMATION - Toes - Nails - Under	2
5	MOUTH - SWELLING - Gums	147
6	MOUTH - SWELLING - Tongue	135
7	MOUTH - MUCOUS MEMBRANE - inflamed	5
8	MOUTH - INFLAMMATION - Gums	73
9	MOUTH - INFLAMMATION - Tongue	78
10	MOUTH - SALIVA - frothy	79
11	MOUTH - PAPILLAE of tongue - erect	49
12	FACE - SWELLING - Jaws - Lower	35
13	FACE - SWELLING - Chin	8

	lach. 10/20	phos. 10/17	sil. 10/16	ars. 9/16	bell. 9/13	merc. 8/15	nat-m. 8/15	acon. 8/13	sulph. 8/13	caust. 8/10
1	1	1	1	1	1	-	1	1	2	-
2	3	1	2	-	1	-	1	-	1	1
3	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1
4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
5	3	2	2	3	1	3	3	3	3	3
6	2	2	1	2	3	3	2	3	-	1
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	1	3	3	1	1	2	3	1	1	-
9	3	1	2	2	1	2	2	2	2	1
10	1	1	1	1	1	1	2	1	1	-
11	2	2	-	2	3	2	-	-	-	1
12	3	3	2	1	-	1	-	1	1	1
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

su un gregge che non ha manifestato grossi problemi post-vaccinali, ma che sicuramente non è rappresentativo dello stato sanitario della media dei greggi ovini sardi; infatti l'entità dei danni post-vaccinali subito dagli allevatori ha avuto un andamento assai diverso a seconda del distretto regionale colpito e, aggiungo, in virtù delle condizioni igienico sanitarie e ambientali dei singoli allevamenti. Una campagna vaccinale di massa, inoltre, ha effetto se riesce a coprire a tappeto tutto il territorio. Il suo valore diminuisce notevolmente se il numero degli allevamenti non idonei alla vaccinazione, è significativamente elevato. La campagna vaccinale del 2004 ha interessato il 30% della popolazione ovina.

**MALATTIA NATURALE
E MALATTIA ARTIFICIALE**

Guai se noi Omeopati non fossimo curiosi e guai se ci fermassimo in "superficie" a considerare i fatti! Analizzare le seguenti due repertorizzazioni, una per i sintomi più frequenti della malattia naturale e l'altra per quelli della malattia artificiale, risulta molto interessante: [Tabella 1, 2, 3 3 e 4.](#)

Naturalmente per i Colleghi Omeopati non sarà sorprendente, come per il profano, il fatto che, pur inserendo sintomi differenti nelle repertorizzazioni della malattia naturale e artificiale (unico sintomo comune è: EXTREMITIES - INFLAMMATION - Toes - Nails - Under), ben 6

Tabella 3 e 4 - Repertorizzazione dei sintomi più frequenti della malattia artificiale

1	FEMALE GENITALIA/SEX - ABORTION										135
2	FEMALE GENITALIA/SEX - STERILITY										110
3	EYE - INFLAMMATION - Cornea										49
4	EXTREMITIES - ARTHROSIS										9
5	CHEST - MILK - decreased										5
6	EXTREMITIES - INFLAMMATION - Toes - Nails - Under										2
7	GENERALIS - VACCINATION; ailments after										38
	sil.	sulph.	merc.	sep.	apis	calc.	ars.	phos.	thuj.	bell.	
	5/10	4/10	4/9	4/9	4/8	4/8	4/6	4/6	3/8	3/7	
1	2	2	2	3	3	2	1	2	1	3	
2	2	1	2	3	1	2	1	2	-	-	
3	1	3	3	2	2	3	2	1	3	2	
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
7	4	4	2	1	2	1	2	1	4	2	

rimedi (Sil., Sulph., Merc., Ars., Phos., Bell.) compaiono nei primi 10 posti di entrambe. Si potrebbe quasi pensare che la malattia non venga dall'esterno, ma sia solo stimolata dal fattore esogeno, che sia frutto cioè di una reazione dell'organismo colpito, aggredito, dal virus o dal vaccino, poco importa. Vero? Quando nella patogenesi della malattia si leggono frasi del tipo: "la malattia è condizionata da...", oppure: "reazione disordinata dell'organismo", penso sempre che sia una follia continuare a curare le malattie concentrandosi sui sintomi reattivi dell'organismo, per annullarli: non sono i sintomi a dover essere annullati, i sintomi sono solo un grido d'aiuto e non ci resta dunque che aiutare l'organismo a modulare le sue reazioni ed indirizzare i sintomi verso la strada giusta.

CASO CLINICO

Ovino razza sarda adulta di 4 anni, gravida a termine.

Il proprietario mi chiede un rimedio che le permetta di partorire senza problemi, comunque verrà abbattuta perché affetta da bluetongue. L'appetito è conservato ma non riesce ad alimentarsi a causa di una miriade di vescichette sulle labbra e lin-

gua. Nei 5 minuti che la osservo, urina diverse volte, piccole quantità, sembra con dolore; il soggetto appare molto agitato.

Nella repertorizzazione, effettuata velocemente in allevamento, mi è stata di grande aiuto la presenza di sintomi "concomitanti". Nelle loro materie mediche, Morrison e Sankaran danno una grande importanza a tali sintomi; si tratta in genere di piccoli rimedi che possono avere attinenza con diversi distretti organici e che caratterizzano il tropismo d'organo o di apparato di quel rimedio. Nel caso specifico, inoltre, sono stata colpita dai seguenti passi:

"...Le infiammazioni che *Cantharis* produce di solito sono associate ad irritazione della vescica (W. Boericke)."

Ed ancora: "... tendenza a violente e rapide infiammazioni di qualsiasi mucosa ed organo, ma soprattutto dell'apparato genito-urinario e cute. Lingua bruciante (bordi linguali rossi) ed afte brucianti nel cavo orale (F. Del Francia)."

La presenza contemporanea di vescichette sulle labbra e la lingua e dello sforzo con dolore manifestato dall'animale all'emissione di piccole quantità di urina, mi hanno convinto della prescrizione di *Cantharis* 30 CH in plus per via

orale 5 volte al dì per 3 giorni, che ha ridotto notevolmente l'infiammazione del cavo orale e la disuria, con ripresa della funzione alimentare. Il parto è avvenuto spontaneamente ed in seguito l'animale è stato riformato.

CONCLUSIONI

Naturalmente *Cantharis* non compare fra i 6 rimedi più frequenti proposti dalle "finte repertorizzazioni" della malattia naturale e artificiale, perché in questo caso sono stati presi i sintomi del malato, com'è giusto che sia. Tuttavia è innegabile che alcuni fra i rimedi comparsi nel lavoro a tavolino siano suggestivi e più volte invocati da altri Colleghi come panacea per la bluetongue; essi sono *Apis*, *Ars.*, *Bell.*, *Lach.*, *Merc.* e *Sulph.* Pur ammettendo la difficoltà di repertorizzare individui appartenenti a grossi gruppi animali, fra un rimedio scelto a tavolino e un rimedio scelto sulla base di sintomi reali e comuni ad un gruppo di animali di una stalla, la differenza risulta notevole. Tuttavia lo studio a tavolino ha dato la possibilità di una comprensione più approfondita della malattia anche, e soprattutto, per le considerazioni che riguardano la sua eziopatogenesi ed i dubbi relativi alla vaccinazione. L'Omeopatia risulta così anche uno strumento utile a spiegare i fatti, a dimostrazione delle solide basi su cui poggia.

BIBLIOGRAFIA

1. Ordinanza Ministeriale 8 febbraio 2005 – Bluetongue: campagna di vaccinazione 2004/2005 e regolamentazione dello spostamento degli animali sensibili – Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 2005.
2. PURSE, BETHAN V.; MELLOR, PHILIP S.; ROGERS, DAVID J.; SAMUEL, ALAN R.; MERTENS, PETER P. C.; AND BAYLIS, MATTHEW (2005) – *Climate change and the recent emergence of bluetongue in Europe* – Nature Reviews Microbiology 3 (2).
3. Sistema informativo della Bluetongue – http://gis2.izs.it:7777/pls/izs_bt/bt_gestmenu.bt_index
4. EH¹ - Versione 2.2 Italiano – Archibel SA, Belgio
5. RADAR¹ - Versione 8 – Archibel SA, Belgio.

Dario Deni Medico Veterinario – Omeopata AREZZO
dario.deni@izslt.it

Giuseppina Brocherel Medico Veterinario –
Omeopata AREZZO g.brocherel@libero.it
Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e
Toscana – Sezione di Arezzo

Franco Del Francia Medico Veterinario – Omeopata
Scuola Superiore Internazionale di Medicina Veterinaria
Omeopatica – Cortona
francodelfrancia@libero.it

Miglioramento delle performance riproduttive nell'allevamento cunicolo intensivo, attraverso l'impiego di farmaci omeopatici

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, l'allevamento cunicolo ha subito una radicale trasformazione, incentrata sul miglioramento delle performance produttive e riproduttive. Attualmente le fattrici rappresentano la categoria commerciale più importante ed ogni problema delle loro capacità riproduttiva si ripercuote negativamente sull'economia aziendale. L'allevamento intensivo è caratterizzato dalla costante ripetizione di fasi (gravidanze) ed interventi (fecondazioni), che seguono un programma preordinato, mirato allo sfruttamento zootecnico dell'animale, determinando nella fattrice uno stress cronico, con ripercussioni a carico del sistema immunitario (immunodepressione) e della sfera riproduttiva (mortalità embrionale e neonatale). A questo si aggiungono anche processi patologici specifici a carico dell'apparato genitale, spesso sostenuti da fattori ambientali negativi e manageriali nonché da infezioni da agenti patogeni. I disturbi riproduttivi vengono ormai considerati come malattie multifattoriali condizionate e sono alla base degli elevati indici di rimonta (100%-120%).

È stata effettuata una prova sperimentale attraverso l'impiego di rimedi omeopatici, in un allevamento cunicolo a

ciclo chiuso in provincia di Arezzo, con l'obiettivo di migliorare le performance riproduttive delle fattrici.

MATERIALI E METODI

L'allevamento è situato nel Comune di Anghiari (Arezzo) ad un'altitudine di 450 mt (slm) in una zona caratterizzata da un clima continentale con inverni rigidi ed estati calde. L'allevamento è suddiviso in due strutture: una destinata alla riproduzione e l'altra all'ingrasso. I locali sono climatizzati e dotati di impianti tecnicamente avanzati. La produzione annuale è di circa 6.000 conigli destinati al mercato locale.

RIMEDI OMEOPATICI UTILIZZATI

Nella prova sono stati utilizzati i seguenti rimedi omeopatici: *Calcarea phosphorica* e *Phosphorus*, a potenze diverse.

CALCAREA PHOSPHORICA

È il sale più abbondante nell'organismo ed è presente in due forme:

- fosfato tricalcico, stabile ed insolubile, presente in tutti i tessuti del corpo (ad eccezione del tessuto elastico), con predominanza nel tessuto osseo e nei denti. È contenuto nei globuli rossi, in quantità maggiore in quelli immaturi;
- fosfato monocalcico, solubile, presente nei liquidi corporei (linfa, plasma, sangue, saliva, succo gastrico, latte, sperma) e negli essudati sierosi.

RIASSUNTO

Gli Autori riportano una sperimentazione effettuata in un allevamento cunicolo intensivo, con particolare riferimento alla fase riproduttiva della fattrice, utilizzando *Calcarea phosphorica* e *Phosphorus* a potenze diverse. La prova ha messo in evidenza che l'impiego dei rimedi omeopatici ha consentito di registrare dei miglioramenti delle performance riproduttive utilizzando due modelli di somministrazione, ugualmente validi, che si possono adattare alle diverse esigenze dell'allevamento.

PAROLE CHIAVE

Allevamento cunicolo, *Calcarea phosphorica*, *Phosphorus*, problemi riproduttivi.

SUMMARY

The Authors bring an experimentation effected in a rabbits intensive breeding with particular reference to the reproductive phase, using *Calcarea phosphorica* and *Phosphorus* in different potencies. The test shows that the homeopathic treatment underlines of the reproductive performance improvements. Two models of administration, equally valid and adaptables for the breeding demands, are used.

KEYWORDS

Breeding of rabbits, *Calcarea phosphorica* and *Phosphorus*, reproductive problems.

Azione generale del minerale - *Calcarea phosphorica* è ottenuta dall'unione di carbonato di calcio e fosforo, pertanto l'azione biochimica del sale deriva dalle rispettive azioni dei minerali di partenza. Il calcio (Ca) è necessario per il cor-

retto funzionamento di numerosi processi intracellulari ed extracellulari, compresa la contrazione muscolare, la conduzione dell'impulso nervoso, il rilascio ormonale e la coagulazione del sangue. In aggiunta, lo ione Ca svolge un ruolo fondamentale nei meccanismi di comunicazione cellulare ed è coinvolto nella regolazione dell'attività di numerosi enzimi. Favorisce l'accrescimento, formando la base principale dei tessuti di nuova formazione. Il metabolismo del Ca e quello del fosforo (P) sono strettamente correlati. La regolazione dell'equilibrio del Ca e del P è fortemente influenzata dai livelli circolanti di ormone paratiroideo (PTH), di vitamina D e, in misura minore, di calcitonina. Le concentrazioni del Ca e del P inorganico sono legate anche alla loro capacità di reagire chimicamente fra loro per formare fosfato di calcio $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$. È fondamentale per il mantenimento dell'omeostasi dell'organismo. Azione generale del rimedio - È un rigeneratore del plasma e dei globuli (macrofagi e leucociti in particolare). "La donna non ha miglior amico di *Calcarea phosphorica*. Questo infatti spesso fa fronte alle sue sofferenze al momento della pubertà, quando è in ritardo nello sviluppo"¹⁵. Il rimedio viene utilizzato con successo nei casi di ipotrofia ovarica, soprattutto nelle primipare; questa azione è confermata da numerose esperienze terapeutiche di campo, soprattutto nella cura dell'ipofertilità bovina.⁹ Il rimedio *Calcarea Carbonica* nella donna presenta debolezza sessuale e sterilità, fino a giungere all'incapacità riproduttiva¹⁵. Il rimedio presenta difficoltà e debolezza durante la gravidanza e subito dopo il parto, con frequenti minacce di aborto.

PHOSPHORUS

Il fosforo è un metalloide che in natura non esiste allo stato libero, infatti nel regno minerale è presente sottoforma



Veduta della cittadina

di fosfati (principalmente di fosfato di calcio o fosforite e apatite, e di fosfato di ferro o vivianite). Negli organismi viventi il fosforo è presente per l'85% nel tessuto osseo e per il 15% nei tessuti molli e nei liquidi extracellulari (parenchimi viscerali e tessuto nervoso). Azione generale del minerale - Fa parte dei fosfolipidi, degli acidi nucleici (DNA ed RNA), della molecola di ATP, di alcuni enzimi e partecipa alla regolazione dell'equilibrio acido-base dell'organismo ed alla trasmissione intracellulare di messaggi ormonali. È un elemento delle nucleoproteine (costituenti essenziali delle albumine dei nuclei cellulari). Il fosforo è indispensabile per il funzionamento di ogni nucleo cellulare (nutrizione e riproduzione cellulare). L'esperienza mostra che, se si priva artificialmente un organismo unicellulare del proprio nucleo, continua a vivere, risponde ancora agli eccitamenti, ma è incapace di assimilare; non può più rigenerarsi né riprodursi, si disintegra progressivamente e finisce per morire. Quindi la stessa vita cellulare non può fare a meno di questo elemento ed ogni turba del metabolismo fosforo si ripercuote nell'economia dell'intero organismo. La sfera d'azione del fosforo, sarà dunque estremamente generale e comprendiamo così perché questo rimedio è un policresto di primordine.

Azione generale del rimedio - Il fosforo condiziona indirettamente anche le funzioni di riproduzione, in relazione alla stimolazione del sistema nervoso; stimola anche il metabolismo e le funzioni nutritive. La sua azione elettiva si estrinseca sul sistema nervoso, l'apparato circolatorio, il sistema osseo, l'apparato digerente, apparato respiratorio e la nutrizione¹⁰. Ha come indicazioni cliniche la sterilità. Quadro individuale caratteristico: il paziente fosforo è molto sensibile a tutte le sensazioni provenienti dall'esterno, odori, rumori e contatti leggeri¹⁵.

PROTOCOLLO SPERIMENTALE

Sono state scelte 27 fattrici omogenee per età e standard produttivi. Le fattrici sono state divise con criterio randomizzato in tre gruppi di ugual numero. I gruppi non sono stati trattati con sostanze farmacologicamente attive nell'intero periodo della sperimentazione, che è iniziato con la fecondazione di ogni fattrice ed è terminato dopo due cicli produttivi. I rimedi omeopatici (soluzione idroalcolica al 20%) sono stati nebulizzati giornalmente in quantità pari a 20 ml ogni 20 Kg di mangime). I tre gruppi sono stati sottoposti ai seguenti protocolli di somministrazione:

GRUPPO A

1° settimana: *Calcarea phosphorica* 200 CH e *Phosphorus* 30 CH giornalmente; Dopo 15 giorni dose unica *Calcarea phosphorica* MK e *Phosphorus* 30 CH; Dopo 15 giorni dose unica *Calcarea phosphorica* XMK e *Phosphorus* 200 CH, da ripetere una volta al mese.

GRUPPO B

Calcarea phosphorica 200 CH e *Phosphorus* 30 CH per sette giorni continuativi, ripetuti una volta al mese.

GRUPPO C: controllo

PARAMETRI RIPRODUTTIVI VALUTATI

Per valutare la prolificità delle fattrici, abbiamo considerato il numero di nati ed il numero di svezzati in due cicli riproduttivi consecutivi.

TEST DI FISCHER

Per l'elaborazione statistica dei risultati è stato utilizzato il test di Fischer, un test non parametrico, per verificare se i dati dicotomici di due variabili nominali, divise ciascuna in due categorie riassunti in una tabella di contingenza 2x2, siano compatibili con l'ipotesi nulla (H0) e che le differenze osservate con i dati non siano dovute semplicemente al caso. La significatività statistica è raggiunta per $p < 0,05$. Sono state calcolate le differenze tra il rapporto numero nati/numero svezzati alle due date di parto tra i vari gruppi secondo il seguente schema:

n. svezzati/n. nati alla prima data parto tra:

- 1) gruppo A vs gruppo B
- 2) gruppo A vs gruppo C
- 3) gruppo B vs gruppo C

n. svezzati/n. nati alla seconda data parto tra:

- 4) gruppo A vs gruppo B
- 5) gruppo A vs gruppo C
- 6) gruppo B vs gruppo C



RISULTATI

L'elaborazione statistica ha evidenziato una differenza significativa nella seconda data di parto della percentuale di svezzati sui nati tra i gruppi trattati omeopaticamente e quello di controllo (tabella 1).

Tabella 1: tabella di contingenza Test di Fischer per differenze significative ($p < 0,05$)

	Gruppo A	Gruppo C	totale
Non svezzati	2	9	11
svezzati	74	66	140
totale	76	75	151
p esatto Fisher			p = 0,0265

	Gruppo B	Gruppo C	totale
Non svezzati	0	9	9
svezzati	82	66	148
totale	82	75	157
p esatto Fisher			p = 0,0010

Nessuna differenza significativa è emersa tra i gruppi omeopatici.

CONCLUSIONI

Il lavoro intende rappresentare un punto di partenza per l'utilizzo dell'Omeopatia nell'allevamento cunicolo, per il miglioramento delle performance riproduttive delle fattrici e per la riduzione dell'utilizzo di principi ormonali di sintesi. La prova ha messo in evidenza che l'impiego dei rimedi omeopatici ha consentito di registrare dei miglioramenti delle performance riproduttive della fattrice in un allevamento cunicolo intensivo. Questo risultato, sebbene preliminare e per il quale sono necessari ulteriori studi per periodi di tempo più lungo, rappre-

senta un punto di partenza per l'utilizzo dell'omeopatia in questo settore zootecnico diminuendo l'impiego di trattamenti ormonali di sintesi. Nella prova sono stati utilizzati due modelli di somministrazione dei rimedi ugualmente validi che si possono adattare alle diverse esigenze dell'allevamento.

BIBLIOGRAFIA

1. B.BEUCCI. Trattato di terapia omeopatica. Siderea, Roma, 1979.
2. W. BOERICKE. Materia medica with repertory. Homeopathic Book Publisher; Londra, 1998.
3. W. BOERICKE. Compendio dei principi di omeopatia. Scuola Superiore Internazionale di Medicina Veterinaria Omeopatica "Rita Zanchi", Cortona, 1995.
4. A. BRANCALION. Scala LM e Prognosi nella pratica dell'Omeopatia. H.M.S., Como, 2004.
5. J.H. CLARKE. Dizionario di farmacologia omeopatica clinica. Nuova Ipsa Ed., Palermo, 1994.
6. F. DEL FRANZIA. Trattato d'Omeopatia Veterinaria. Siderea, Roma, 1991.
7. F. DEL FRANZIA. Omeopatia Veterinaria, principi e terapia per la cura degli animali domestici e allevamenti. Red/studio redazionale, Como, 1985.
8. Docenti della Scuola di Cortona. Collezione di quadri essenziali dei Rimedi Omeopatici. H.M.S., Como, 2005.
9. H. DUPRAT. Materia Medica Omeopatica. Palombi, Roma, 1980.
10. D. GRANDGEOERGE. Lo spirito del rimedio. Ed. Proposte Nuove. MIRDAD, Torino, 1996.
11. C. S. F. HAHNEMANN. Organon dell'arte del guarire. Red/studio redazionale, Como, 1985.
12. C. S. F. HAHNEMANN. Le Malattie Croniche. EDIUM, Milano, 1980.
13. G. HODIAMONT. Trattato di farmacologia omeopatica.
14. J. T. KENT. Materia medica. Red/studio redazionale, Como, 2003.
15. H. A. ROBERTS. Omeopatia, i principi e l'arte del curare. Edizioni Mediterranee, Roma, 1993
16. F. SCHROYENS. Synthesis, repertorium Homeopathicum Syntheticum. Homeopathic Book Publishers London.
16. L.VENNIER. L'Omeopatia nelle Malattie Acute. Palombi, Roma, 1976.

Un caso di reflusso gastroesofageo curato con Mezereum

IL CASO CLINICO

ANAMNESI

Prima visita il 9 marzo 2006. La paziente di anni 72 presenta una diagnosi di reflusso gastroesofageo in gastrite cronica *Helicobacter* positiva. Il primo episodio di gastrite si era verificato all'età di 18 anni, per cui è stata trattata negli anni con i vari prodotti che la farmacologia man mano metteva a punto, dagli antiacidi ai primi anti H₂ per poi passare agli inibitori della pompa protonica. Altre patologie in anamnesi sono: ipertiroidismo trattato nel 2003 con radioiodoterapia, al momento della visita risulta eutiroidea e non usa nessuna terapia sostitutiva. Qualche anno fa intervento per cataratta nucleare. Al momento della visita è in terapia con Rabeprazolo 40 mg e Lorazepam 1 mg.

SINTOMATOLOGIA

Il primo sintomo di cui si lamenta è un bruciore dietro lo sterno, che dal petto sale fino alle orecchie:

- Chest, pain, extended ear, burning¹;
- Throat, pain, burning, esophagus, extending to, upward.

Il secondo sintomo è meno aderente alle parole della paziente, ma più vicino alla realtà della fisiologia del reflusso; e poi, mentre il primo sintomo contempla solo *Bamb-a.*, il secondo presenta *Cocc.*, *Crot-t.* e *Mez.*. In genere il momento peggiore è alle 5 del pomeriggio. Soffre anche di gonfiore dello stomaco dopo mangiato, tanto che spesso deve allentare la gonna:

- Stomach, distension, eating after;

RIASSUNTO

In questo articolo si evidenzia come una attenta valutazione repertoriale, unita ad uno studio della materia medica, può condurre alla prescrizione di un rimedio, Mezereum, in patologie non usuali per la sua prescrizione. La paziente, affetta da molti anni da gastrite cronica e in seguito da esofagite da reflusso, oltre che migliorare dai disturbi fisici migliora anche dall'ansia e dall'insonnia, utilizzando la medicina in dosi ripetute e a potenza crescente.

PAROLE CHIAVE

Mezereum, esofagite da reflusso, insonnia, dose ripetuta.

SUMMARY

The paper highlights how the careful repertorization and the study of materia medica, leads to prescription of a remedy, Mezereum, in unusual pathology for its prescription. The patient suffering chronic gastritis and GERD with this remedy improve also anxiety and sleeplessness, using repeated dose and increasing potencies.

KEYWORDS

Breeding of rabbits, *Calcarea phosphorica* and *Phosphorus*, reproductive problems.

Un sintomo strano è che quando beve sente come un bruciore lungo l'esofago

- Throat, pain burning, esophagus, drinking while.

Un sintomo invece, tipico del reflusso è la tosse, che la paziente manifesta alla sera sdraiandosi a letto

- Cough, lying, bed aggr.

Dal punto di vista alimentare non presenta particolari problemi, unico sintomo riferito è una totale avversione per il latte

- Generals, food and drinks, milk aversion

Altro importante problema che la accompagna fin da bambina è l'inson-

nia, da ragazza restava a leggere fino alle 3 della notte e tuttora rimane sveglia fino alle 3 della notte;

- Sleep, sleeplessness, midnight before, until 3 h.

Se non riesce a dormire le viene l'ansia e questo le peggiora l'insonnia e allora legge. È da sempre ansiosa, sobbalza ogni volta che squilla il telefono, non per il rumore, ma perché ha paura che possa succedere qualcosa:

- Mind, fear, happen something, will.

Con l'ansia sente come se si stringesse la gola (throat, tension) e l'addome (abdomen, constriction), è come se sentisse l'ansia alla gola e alla pancia. Sente sempre la bocca secca, ma non ha sete, non sente l'esigenza di bere (Mouth, dryness, thirstless). Pur avendo 72 anni continua a lavorare come segretaria in un ufficio, perché, pure se lavorare la mette in ansia, starebbe peggio se fosse costretta a smettere. È nubile per scelta, perché non ha mai sopportato l'idea di poter perdere la sua libertà, perciò, pur avendo avuto relazioni di lunga durata, ha sempre preferito non vivere nella stessa casa con un uomo (Mind, fear marriage? Irresolution, marry, to?). Finché ha avuto il mestruo era molto facile alle lacrime, era sufficiente che le dicessero la minima cosa perché piangesse, dopo la menopausa non piange più, anzi, non si commuove nemmeno per i bambini che muoiono di fame o per la guerra, però se c'è da prestare il proprio aiuto lo fa. Fino a qualche anno addietro ha fatto volontariato, per sei anni, presso la pediatria di un importante ospedale milanese, come animatrice per i bambini.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
1 MIND - FEAR - happen, something will (130) 1	3	1	2	3	2	3	2	1	-	2	-	2	2	1	1	1	1	3	-	-	2	2	-	-	1	1	1	1	-	1	-	1	-	1
2 MIND - INDIFFERENCE (22) 1	2	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 MOUTH - DRYNESS - thirstless (82) 1	2	1	2	1	2	-	1	1	4	1	3	1	2	-	1	1	-	1	2	-	1	-	-	-	1	1	-	1	1	2	4	2	2	-
4 THROAT - PAIN - Esophagus - burning - spit... (3) 1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 THROAT - PAIN - Esophagus - drinking egg... (4) 1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 THROAT - TENSION (44) 1	1	1	-	1	1	-	-	-	-	1	3	2	-	1	2	1	1	1	2	-	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 STOMACH - DIGESTION - eating - after - ac. (80) 1	3	-	1	2	-	2	1	2	2	3	3	-	-	1	2	-	3	-	1	2	-	1	2	-	1	1	-	1	2	2	-	-	-	-
8 ABDOMEN - ANXIETY in (80) 1	2	1	2	1	1	-	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-
9 COUGH - LYING - see in - egg (70) 1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-
10 CHEST - PAIN - extending to - Ear - right - bc. (1) 1	-	-	1	2	1	1	1	3	1	-	1	1	1	2	1	-	2	1	2	2	1	1	-	1	1	1	3	-	2	-	-	-	-	
11 SLEEP - SLEEPLESSNESS - anxiety, non (74) 1	-	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 SLEEP - SLEEPLESSNESS - night - midnight (28) 1	-	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 GENERALS - FOOD and DRINKS - milk - w. (120) 1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Reportorizzazione

PRESCRIZIONE

Prendendo in considerazione i sintomi che sono evidenziati e riportati come sintomi repertoriali e mettendo in diagnosi differenziale Natrum muriaticum, Sulphur, Nux vomica, Mezereum, Sepia e Calcarea carbonica, la prescrizione ricade su *Mezereum*, che prescrivo alla potenza M K, in gocce, da assumere due volte al giorno, dopo succussione.

FOLLOW UP

Il 21 marzo la sento per telefono: non ha più il nodo alla gola, quel senso di ansia che la stringeva. Il bruciore all'esofago permane uguale. La notte dorme meglio e più a lungo, sente meno l'ansia. Meno intensa la secchezza della bocca. Ha sospeso anche l'assunzione del rabeprazolo e del lorazepam, dal giorno in cui ha iniziato la cura omeopatica. Decido di passare alla prescrizione dello stesso *Mezereum* ad una potenza XM K, sempre due volte al giorno. Questa decisione di progredire nella potenza della medicina prescritta è legata all'evidenza, accumulata negli anni, che quando un paziente risponde prontamente alla prescrizione con un miglioramento progressivo dei sintomi, in assenza di aggravamenti o sintomi non coerenti con il suo stato complessivo, un aumento della potenza accelera il processo di guarigione e riduce nettamente il rischio di ricadute.



Un mese dopo, il 20 aprile, torna in studio per una visita di controllo. Sono presenti ancora episodi di bruciore tra la gola e l'esofago, che si presenta un paio d'ore dopo il pranzo. Alla sera il bruciore è meno intenso. Durante la visita si ricorda che da tempo soffre di una specie di gorgoglio in gola quando beve (throat, gurgling, drinking when) sintomo non noto per *mezereum*. L'ansia è meno intensa, non sente più stringere in gola, non sobbalza più sentendo squillare il telefono. Da qualche giorno sente la pelle secca, che si desquama, le sembra una carta pecora, obiettivamente si rileva solo una lieve desquamazione, dovuta ad una certa secchezza, (Skin, dry) la bocca le sem-

bra ancora secca, anche se beve. Lo stomaco dopo il pranzo è meno gonfio, non deve più slacciare la gonna. A questo punto la prescrizione è *Mezereum* LM K, tre gocce due volte al giorno.

Il 19 maggio 2006, ad un aggiornamento telefonico, riferisce di non avere più bruciore allo stomaco e all'esofago, l'ansia è sparita quasi del tutto. Non più secchezza alla bocca, non sente più il gorgoglio alla gola bevendo. Si riduce la frequenza di somministrazione di *Mezereum* LM K ad una sola volta al giorno. Il mese successivo, mantenendo il benessere, riduce la frequenza di assunzione a giorni alterni e dopo ad una volta alla settimana.

Il 16 ottobre alla valutazione di controllo sta bene, non assume nulla da agosto 2006. Non presenta bruciori gastrici né altri sintomi di reflusso esofageo, non sente più la bocca secca, la pelle si è normalizzata e non ha più desquamazione. Raramente episodi di ansia, che comunque tende a risolversi in breve tempo. A questo punto non assumerà nulla, se non in occasione di qualche disturbo, se dovesse avere problemi gastroesofagei o ansia, assumerà *Mezereum* LM K.

CONCLUSIONI

Mezereum in genere è considerato un rimedio cutaneo e di nevralgie, in specie legate all'herpes zoster, oppure di



algie ossee ed articolari.² Meno noto per sintomi gastrici e soprattutto per l'ansia e l'insonnia, si rivela in questo caso rimedio utile per la totalità della paziente. Tutte le Dafne, specie cui appartiene Mezereum, sono piante estremamente tossiche, anche se i fiori sono profumati e le loro bacche di aspetto vivace e attraente, tanto che non è raro osservare irritazioni mucose e cutanee anche solo per brevi contatti, con eruzioni di vescicole

arrossamenti e pruriti urenti. Ha proprietà purgative, ma così intense che era riservato solo a soggetti molto forti, mentre in Francia era usato per prevenire nei bambini alcune malattie tipiche della loro età, a tal fine si introduceva un pezzetto di corteccia di mezereo nel lobo dell'orecchio per provocare uno scolamento.³ Kent nella sua materia medica⁴ riportava per Mezereum uno stato di indifferenza verso tutto e tutti legato ad una storia di eruzioni cutanee, che richiama ciò che la paziente dice quando si riferisce alla sensibilità verso la sofferenza degli altri. Nel repertorio Mezereum è presente in ben sette sotto-rubriche del sintomo *Indifference*, ma ciò che sembra mancare in questo caso è un precedente disturbo cutaneo. È probabile che un eventuale problema cutaneo, anche di modesta entità, quando non un esantema infantile, in vero possa esserci stato, ma non è ricordato dalla paziente mentre è ricordato dall'organismo che

come ultima manifestazione esonerativa presenta una desquamazione pruriginosa che si risolve assieme alla risoluzione dei disturbi fisici e mentali.

In particolare in questo caso è possibile valutare la rapidità di risoluzione del caso in virtù dell'uso in successione ravvicinata delle potenze sempre più alte della medicina, man mano che il miglioramento dei sintomi progredisce, come a voler seguire da vicino ogni variazione dello stato dinamico della paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHROYENS F., *Synthesis repertorium homeopathicum syntheticum*, edition 8.1, Homeopathic Book Publisher, London
2. VERMEULEN F., *Concordant material medica*, Emrys bv Publishers, Haarlem, The Netherlands, 1994
3. LIEUTAGHI PIERRE, *Il libro degli alberi e degli arbusti*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 1982
4. KENT J.T. *Materia Medica*. RED edizioni, Como, 1990

L'Omeopatia Italiana che fa la differenza.
www.hering.it

Epatite C

Studio retrospettivo di 16 casi clinici

RIASSUNTO

L'epatite C è una infezione virale del fegato. L'Autore esamina i risultati ottenuti in sedici casi con follow up da 2 a 15 anni. In tutti i casi la terapia ottiene un miglioramento dello stato generale ed un abbassamento delle transaminasi, ma non l'eradicazione del virus dall'organismo, per cui l'Autore conclude che la terapia omeopatica è in grado di ottenere rilevanti miglioramenti, ma non la completa guarigione.

PAROLE CHIAVE

Infezione virale. Fegato. Miglioramento. Mancata guarigione.

SUMMARY

Hepatitis C is a viral infection of liver. The Author esteems the results of 16 cases of illness with a follow up from 2 to 15 years. These results show an improvement of general condition and a transaminasi reduction. As the virus wasn't eradicated, the Author concludes that the homeopathic therapy can improve the patients, but can't obtain a complete recovery.

KEYWORDS

Viral infection. Liver. Improvement. Failed recovery.

INTRODUZIONE

L'epatite C, che in passato veniva chiamata *Epatite non-A non-B*, è oggi la forma di epatite virale che più danneggia il fegato, compromettendone a volte le funzioni vitali. Nella maggior parte dei casi la malattia è asintomatica, questo significa che molte persone si accorgono di avere contratto l'infezione spesso dopo molti anni, anche 10-15 anni, ed a volte quando il fegato ha già subito danni notevoli. La forma cronica può sfociare in cir-

rosi e nel cancro al fegato nell'arco di 15-35 anni. L'insufficienza epatica derivante dalla cirrosi da epatite C è la causa principale di trapianto di fegato negli Stati Uniti e forse in tutto il mondo. L'epatite C è causata da un virus, che è stato visto per la prima volta al microscopio elettronico nel 1995, ed è costituito da un singolo filamento lineare di RNA grande circa 40-50 nanometri. Questo virus presenta numerose varianti genetiche che sono suddivise in genotipi e sottotipi. Si trasmette tramite il sangue infetto.

Le terapie convenzionali (Interferone, Ribavirina ecc) hanno lo scopo dichiarato di eradicare il virus dall'organismo; ciò si paga a caro prezzo in termini di effetti collaterali, e le garanzie di riuscita sono molto incerte, ma è noto che alcune volte avviene la guarigione completa.¹ Lo scopo di questo lavoro è comprendere quali sono le possibilità che può offrire la terapia omeopatica alle persone ammalate di epatite C.

MATERIALI E METODI

Questa casistica comprende 16 casi di persone affette da Epatite C, con un tempo di osservazione (follow up) variabile da 3 anni (10 casi), a 5 anni (3 casi), a 15 anni (3 casi). Il gruppo è costituito da 11 donne e 5 uomini, di età compresa tra i 35 e 70 anni. Due di loro in passato erano stati tossicodipendenti; per altri due si è potuto risalire ad episodi trasfusionali; per tutti gli altri non si è potuta risalire alla modalità del contagio e la diagnosi è stata effettuata a seguito di reperti ematochi-

Il lavoro che segue è stato presentato al VII Congresso Nazionale FIAMO tenutosi a Roma nel Novembre 2006.

mici di transaminasi lievemente elevate controllando i markers per le epatiti che hanno rilevato la positività per l'epatite C. Alcuni pazienti del gruppo esaminato vengono in visita per il trattamento specifico della malattia epatica, altri per altre patologie. I pazienti sono stati visitati circa due volte l'anno; a volte ci sono stati lunghi periodi senza terapia. I soggetti esaminati sono tuttora in trattamento.

Il metodo terapeutico adottato è stato quello della presa del caso, cioè la classica visita medica omeopatica, dando particolare valore alla totalità dei sintomi, e completando l'esame con relativa repertorizzazione¹ i principali i sintomi mentali, generali e locali; infine prescrivendo il rimedio omeopatico risultante dalla repertorizzazione stessa.

Considerando il periodo protratto di terapia con ognuno di questi pazienti sono stati sperimentate diverse modalità di somministrazione delle dosi e delle potenze dei rimedi omeopatici utilizzati, ricercando così una metodica più efficace rispetto la posologia e farmacopollasia omeopatiche classiche. I risultati di questa ricerca sono illustrati nel libro: *Sull'uso delle dosi e delle potenze omeopatiche*². I pazienti trattati inizialmente hanno assunto per lo più dosi uniche, secondo quando suggerito da



Kent, iniziando dalla 200K ed a seguire: 1000K, 10000K, 50000K, 100000K. In seguito sono state utilizzate le dinamizzazioni LM in gocce con ripetizione della dose; in seguito le basse dinamizzazioni e le decimali. Sono state effettuate dunque una serie di test individuali per comprendere quale potesse essere la potenza e la modalità di somministrazione migliore, valutandola sulla base della risposta clinica.

Il risultato a cui si è giunti è che il criterio da utilizzare per la scelta tra un'unica somministrazione e somministrazione ripetute dipende dal tipo di patologia: se si tratta di una patologia funzionale o di uno stato acuto spesso è sufficiente una sola dose; se si tratta di una patologia cronica strutturata si sceglie sin dall'inizio le dosi ripetute. In questo secondo caso esistono numerose eccezioni. Possono esserci pazienti cronici che instaurano una reazione al rimedio fin dalla prima assunzione e quindi la somministrazione del rimedio viene sospesa. Nel caso di pazienti affetti da epatite C, trattandosi di una patologia cronica, più di recente si è scelto di iniziare il trattamento con dosi ripetute.

È stato sempre somministrato un unico rimedio per volta, ma nel corso del trattamento in tutti i casi il rimedio utilizzato è stato modificato e sostituito da un

altro, in funzione dei sintomi che il paziente presentava alla visita. Non c'è stato un solo caso del gruppo esaminato in cui sia stato utilizzato un solo rimedio. I rimedi che sono utilizzati sono: Lycopodium, Phosphorus, Sulphur, Thuja, Pulsatilla, Ignatia, Carcinosimum, Sepia, Arsenicum album, Kali carbonicum, Magnesia sulphurica, Hyosciamus e Lachesis. Fra questi il più frequentemente usato è stato Lycopodium, seguito da Phosphorus.

RISULTATI

ANALISI DEI RISULTATI

Miglioramento significativo in tutti i casi dello stato generale, sia dal punto di vista psichico che fisico.

Miglioramento dei valori di funzionalità epatica con normalizzazione delle transaminasi in 10 casi su 16. Questa normalizzazione è avvenuta progressivamente nel corso di alcuni mesi, con a volte dei piccoli rialzi, ed in seguito una tendenza alla stabilità con parametri normalizzati. Miglioramento dei valori di funzionalità epatica con abbassamento delle transaminasi in 6 casi, con valori che sono rimasti finora appena superiori alla norma. I valori delle transaminasi iniziali in tutto il gruppo erano circa il doppio della norma, nei pazienti in cui non si sono normalizzate, sono rimaste

all'incirca una o due decine di unità superiori alla norma.

In diversi casi era presente un lievissimo aumento della bilirubinemia, che poi si è normalizzata.

Nessuna sostanziale azione sulla viremia, che si è mantenuta oscillante in tutti i casi, con a volte degli abbassamenti dei valori, a volte degli innalzamenti. La viremia può essere dosata tramite la PCR, che significa reazione a catena delle polimerasi (polymerasi chain reaction), che consiste nell'amplificare enormemente attraverso una reazione a catena, il poco HCV RNA presente nel sangue esaminato, in modo da renderlo riconoscibile e dosabile. Quindi, il test dell'HCV RNA quantitativo misura l'ammontare del virus che circola nel torrente sanguigno di una persona. Questo test ci permette di sapere se il virus è scomparso dall'organismo, e quindi la guarigione definitiva della malattia.

Non è stata riscontrata nel piccolo gruppo in analisi, nessuna evoluzione clinica verso la cirrosi o il cancro al fegato. Da evidenziare però che i dati per l'analisi di questa evoluzione clinica sono scarsi, in quanto solo un paziente ha effettuato una biopsia epatica, e pochi hanno effettuato anche ecografie di controllo.

Analisi delle dosi e delle potenze usate. Sono state utilizzate tutte le differenti potenze: CH, LM, K, DH. Sono state utilizzate differenti modalità di somministrazione: in dose unica, in dose unica ripetuta nel tempo con aumento della potenza, con somministrazioni liquide con aumento della quantità di gocce ad ogni somministrazione. I risultati ottenuti hanno suggerito che le potenze che hanno manifestato di avere una maggiore efficacia in questa patologia, valutata con l'abbassamento delle transaminasi e il miglioramento dello stato generale, sono state le DH a somministrazione ripetute con quantità aumentata. In quattro casi, ad esempio, il rimedio era

stato somministrato alla potenza 1000K e 10000K in dose giornaliera a quantità aumentata senza alcuna apprezzabile azione; lo stesso rimedio, somministrato in potenza decimale ed in quantità aumentata, ha dato un abbassamento delle transaminasi ed un miglioramento generale.

DISCUSSIONE

Il principale quesito che sorge è: come mai sono state le potenze decimali a dare i migliori risultati in questi casi trattati? Una ipotesi possibile è che l'epatite C sia un tipo di patologia cronica con sintomatologia sfumata, e quindi il malato non percepisce bene quali siano i sintomi patologici e quali no. Ci troviamo quindi in una situazione di iposensibilità. La sensibilità è la capacità di sentire, di riconoscere e di distinguere i cambiamenti più piccoli e più sottili dello stato di salute. Quando la sensibilità è alta, come si verifica per esempio nelle malattie acute, le potenze da utilizzare possono essere anche molto alte, in quanto la persona percepisce la minima variazione ed il minimo stimolo. Quando ci troviamo in condizioni di iposensibilità bisogna aumentare la forza dello stimolo affinché possa essere avvertito e si possa creare una reazione ad esso che porti verso la guarigione (effetto secondario o reattivo). Infatti le basse potenze hanno una azione di stimolo più forte e sono indicate in condizioni di patologia cronica con poca sensibilità; naturalmente per essere efficaci devono sempre essere prescritte sulla totalità dei sintomi fisici e mentali, esattamente come se si prescrivesse un'alta potenza, in questo modo esse riescono a stimolare cambiamenti, anche nello stato mentale, non ottenibili a volte con la alte potenze.

A questo proposito Jahr³ scrive: *Poiché qualunque sia l'aumento di energia ottenuto dai nostri medicinali mediante l'attrito, e le scosse, non è meno vero che nel*



tempo stesso deve esservi diminuzione di forza, di modo che un volume qualunque della trentesima diluizione sarà sempre più debole di un uguale volume della prima. La cosa è evidente qualora si paragonano gli effetti prodotti da dieci gocce di tintura madre di Arsenico a quelli che risultano da dieci gocce della trentesima diluizione. Ma anche per le sostanze dette inerti nel loro stato naturale, l'osservazione è la stessa, in quanto che, se si prendesse un grano di Licopodio o di carbone puro, ma sufficientemente macinato per divenire attivo, questo grano agirebbe più di un volume uguale della trentesima diluizione di questa sostanza.

Le parole di Jahr permettono di comprendere che l'azione di una sostanza farmacologicamente attiva, cioè il suo effetto primario, è tanto più energica quando più la potenza è bassa. Un effetto primario più forte può essere utilizzato in terapia in alcune condizioni. Le condizioni che richiedono uno stimolo più energetico, sono principalmente le situazioni patologiche, sia fisiche che mentali, che presentano una strutturazione che tende a resistere al cambiamento, patologie fisiche

come cancro, alterazioni fisiche organiche, oppure stati mentali perduranti talmente da lungo tempo che la persona non li considera più patologici, ma facenti parte del proprio carattere. In queste condizioni le basse potenze hanno un'azione superiore alle alte, perché il malato sente lo stimolo ricevuto, e può reagire con un effetto reattivo verso la guarigione.

CONCLUSIONI

La terapia omeopatica effettuata su questo piccolo gruppo di pazienti esaminati ha dato dei risultati di miglioramento dello stato generale e dei parametri di funzionalità epatica, ma non ha portato nei casi esaminati alla scomparsa del virus dall'organismo, verificata con il test dell'HCV RNA quantitativo e quindi non si può parlare di guarigione completa, ma di miglioramento.

Una spiegazione su quanto clinicamente verificatosi in questo gruppo di pazienti potrebbe essere questa⁴:

Poiché l'infezione cronica da virus dell'epatite C è un'infezione praticamente silente, c'è una grande difficoltà di cogliere la sintomatologia legata a questo miasma cronico, perché questa si confonde con i sintomi legati allo stato costituzionale psicofisico come pure ai sintomi legati ad un danno epatico aspecifico, quindi la terapia realizzata è stata forzosamente una terapia con rimedi omeopatici probabilmente simili, che hanno prodotto dei miglioramenti ma non la guarigione.

BIBLIOGRAFIA

1. F. SCHROJENS – Synthesis 8.1 - ARCHIBEL, Assesse (Belgio), 2002.
2. S. COCO - Sull'uso delle dosi e delle potenze omeopatiche – Cemon, Napoli, 2000.
3. JAHR - Materia medica omeopatica – LUIMO, Napoli, 1988.
4. I. GARDINI - Epatite C L'epidemia silenziosa - Franco Angeli, 1999.

Un caso di Filariasi da *Mansonella perstans*

INTRODUZIONE

LE FILARIE

Le filarie sono nematodi capaci di diffondersi attraverso il sangue e di invadere i tessuti connettivi e le cavità sierose dei vertebrati. Sono lunghe e sottili. La maggior parte delle filarie ha una importanza in medicina umana e veterinaria in quanto provoca patologie nell'uomo ed in diversi animali domestici; sono trasmesse da vari insetti vettori, comprese le zanzare. Necessitano di un ospite intermedio per completare il loro ciclo vitale. Le femmine sessualmente mature liberano nel sangue le microfilarie, stato pre-larvale (o forma embrionale) del nematode. La maggior parte delle specie è oovivipara ed alcune hanno microfilarie "inguainate" (rivestite da una guaina protettiva). Le filarie che parassitano l'uomo sono: *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, *Brugia timori*, *Loa loa*, *Onchocerca volvulus*, *Mansonella perstans*, *Mansonella streptocerca*, *Dipetalonema streptocerca*.

Seconda le specie, le filarie adulte possono vivere nei vasi linfatici, nei tessuti connettivi profondi, nel tessuto sottocutaneo, nelle membrane sierose. L'invasione di questi tessuti solitamente provoca una reazione infiammatoria che costituisce un segno tipico della filariasi umana. In alcuni casi si arriva ad evidenti deformità del distretto colpito ("elefantiasi"). Si ritiene che all'incirca un miliardo di persone nei paesi tropicali e subtropicali sia esposto al rischio di contrarre una infestazione da filaria e almeno 200 milioni di persone sono

effettivamente colpiti da questa malattia. Le specie responsabili del maggior numero e dei più gravi casi di filariasi umana sono: *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, *Brugia timori*, *Loa loa* e *Onchocerca volvulus*.

Scarsi lavori sono stati pubblicati sull'efficacia ed utilità del trattamento omeopatico in casi di filariasi umana¹ ed animale^{2,3}.

LA MANSONELLA PERSTANS

Il genere *Mansonella* comprende specie che provocano forme cosiddette "minori" di patologia. Esse possono essere riscontrate in aree geografiche in cui *Wuchereria bancrofti*, *Loa loa*, *Onchocerca volvulus*, cioè le filarie responsabili di forme cliniche più gravi, sono ugualmente presenti; per tale motivo è necessario differenziarle da queste ultime forme più patogene di microfilaria. Per la verità pochi studi sono stati effettuati sulla epidemiologia dell'infestazione da *M. perstans*, tuttavia sono state descritte aree ad alta prevalenza. Dati pubblicati⁴ indicano che in alcune popolazioni come i Fulani della Nigeria Settentrionale ed in alcune aree dell'Uganda^{5,6} e del Congo⁷ la *M. perstans* costituisce un importante problema di sanità pubblica, in quanto è un'infestazione umana diffusa e cronica, responsabile di disturbi persistenti quali: prurito diffuso, periodici stati di confusione, stordimento e vertigini, cefalea, dolori articolari e al rachide, dolori toracici, severi dolori addominali specialmente nell'area epatica, gonfiore delle caviglie e febbre. Moltissimi casi, peraltro, sembrano decorrere del tutto asintomatici.

Il lavoro che segue è stato presentato al VII Congresso Nazionale FIAMO tenutosi a Roma nel Novembre 2006.

RIASSUNTO

Viene presentato un caso di filariasi umana da *Mansonella perstans*. Tale filaria è responsabile di forme cosiddette "minori" di patologia parassitaria rispetto alle filarie maggiori, cui è spesso associata e da cui va, in ogni caso, differenziata nelle forme isolate. Il caso clinico riguarda una donna adulta che contrasse l'infestazione in Africa Occidentale (Sierra Leone). Fu trattata secondo la metodologia unicista omeopatica e, malgrado errori diagnostici e prescrittivi iniziali, con completa risoluzione del caso in tempi sovrapponibili alla terapia farmacologica convenzionale (che può provocare effetti collaterali fastidiosi o gravi) e più rapidamente rispetto alla possibile (ma niente affatto certa) risoluzione spontanea del caso.

PAROLE CHIAVE

Filariasi – *Mansonella perstans* – Microfilaremia - Africa – Omeopatia.

SUMMARY

A clinical case of human filariasis due to *Mansonella perstans* is described. *M. perstans* causes "minor pathologies" compared to main filarias, but it must be differentiated from more pathogenic filarias, to which it is sometimes associated. The woman caught the infestation in Sierra Leone. She was prescribed homeopathic remedies and – in spite of first mistaken diagnosis and prescription – recovered quicker than the possible spontaneous recovery. Besides, the homeopathic treatment proved useful as the conventional therapy, which is burdened with bothersome or serious side effects.

KEYWORDS

Filariasis – *Mansonella perstans* – Microfilaremia - Africa - Homeopathy



Figura 1 - Microfilaria di *M. perstans* [colorazione con Giemsa – da Peters & Gilles⁹]

MORFOLOGIA – I vermi adulti hanno forma cilindrica e misurano in lunghezza e diametro rispettivamente 35-45 mm x 0,06 mm, i maschi e 70-80 mm x 0,12 mm le femmine. Dopo l'accoppiamento vengono prodotte le microfilarie, prive di guaina, di lunghezza e diametro rispettivamente di 200 x 4,5 micron. Le microfilarie hanno la capacità di allungarsi e contrarsi cambiando così dimensione e forma. Le microfilarie di *M. perstans* sono più piccole di quelle di *W. bancrofti* e l'estremità caudale è smussa e contiene un nucleo terminale (figura 1).

CICLO VITALE – La *M. perstans* è trasmessa all'uomo allo stato larvale da insetti della specie *Culicoides* (grandi come moscerini), quali il *Culicoides grahami* e il *C. austeni*. All'interno del corpo le larve migrano verso le cavità sierose (pleurica, peritoneale, pericardica), il mesentero, gli spazi peri-renali e retro-peritoneali e diventano vermi adulti. La larva raggiunge lo stato adulto all'interno del corpo umano, le microfilarie circolanti nel sangue vengono assunte dall'insetto vettore durante un pasto ematico; all'interno del corpo dell'in-

setto le microfilarie raggiungono lo stato larvale e sono di nuovo in grado di infestare un altro ospite umano al successivo pasto del *Culicoide*.

AREA DI DISTRIBUZIONE – La *Mansonella perstans* è ampiamente diffusa in vaste zone dell'Africa Centrale ed Occidentale. In alcune aree del Congo (ex Zaire), Nigeria, Ghana, Sierra Leone, Costa d'Avorio, Zambia, Uganda, un'altezza proporzionata degli abitanti presenta i segni della infestazione. È stata riscontrata anche nel Sud America; in Venezuela, Trinidad, Guyana, Surinam, Argentina Settentrionale, Amazzonia.

PATOLOGIA – La *M. perstans* causa disturbi, dovuti alle microfilarie, quali: prurito, febbre transitoria, dolori addominali, dolori articolari o toracici, gonfiore sottocutaneo. L'ipereosinofilia è comune. La *M. perstans* può essere patogena anche per alcune specie di scimmie.

DIAGNOSI DI LABORATORIO – Le microfilarie di *M. perstans* sono riscontrabili nel sangue. Nella diagnosi di laboratorio di filariasi hanno particolare importanza l'anamnesi del paziente (in primis, in quale paese ha soggiornato) e

la sua sintomatologia: in base a ciò è possibile stabilire il momento più adatto per il prelevamento del campione ematico da esaminare, tenendo conto della periodicità differente di ciascuna specie di filaria ad essere presente, e riscontrabile, nel sangue (tabella 1).

METODI DI RILEVAMENTO – Filtrazione su membrane di policarbonato: tecnica altamente sensibile, in grado di rilevare microfilarie anche in caso di bassissima parassitemia. È la tecnica più largamente usata.

METODI DI COLORAZIONE – Le diverse tecniche di colorazione utilizzate (Giemsa, ematossilina ecc.) permettono di studiare e valutare i caratteri differenziali delle varie specie di microfilarie, quali le dimensioni, la presenza od assenza di guaina, la presenza od assenza di nuclei nella parte finale della coda.

TERAPIA CONVENZIONALE – La Dietilcarbamazina (Hetraza[®], Banocide[®], Notezine[®]) e l'Invermectina (Mectizan[®]) sono inefficaci nel trattamento della infestazione da *M. perstans*¹⁰. Tali farmaci erano i soli proposti all'epoca del caso (1991) per il trattamento della *M. perstans*. Il Mebendazolo (Vermox[®]) è efficace nell'eliminare le microfilarie alla dose di 100 mg 2-3 volte al giorno per 28-45 giorni^{10,11}. Un caso clinico rispondente al mebendazolo, e che presenta una qualche attinenza con quello di seguito riportato, è citato in letteratura¹².

L'Albendazolo (Zenten[®]) 400 mg due volte al giorno per 10 giorni provoca una riduzione efficace ma lenta, da 1 a 3 mesi, della microfilaremia^{10,13}.

CASO CLINICO

BREVE ANAMNESI E STORIA CLINICA

19 FEBBRAIO 1991 – Paziente donna di 33 anni, medico: dopo una permanenza di 40 giorni (dicembre '90 – gennaio '91) in Sierra Leone, durante la quale aveva effettuato profilassi antimalarica con Cloroquina (2cpr x2/settimana) e Proguanil (1 cpr/die) contraendo, malgrado ciò, una febbre malari-

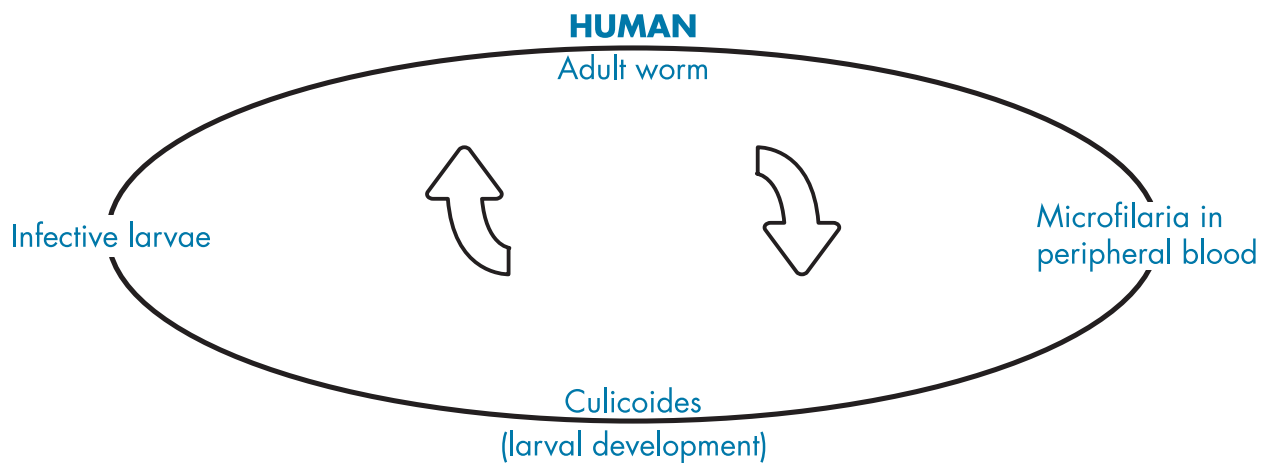


Figura 2 - Ciclo vitale della specie Mansonella. [da "A-Z Guide to Parasitology"]

ca grave con coma ipoglicemico, trattata con Halfan®, paracetamolo e flebo glucosate, rientra in Italia. È fortemente dimagrita, il colorito è cereo con sfumatura giallognola; mostra uno stato di eccitazione accompagnato a facile stancabilità. Il fegato deborda di due dita dall'arcata costale; il polo inferiore di milza è palpabile in ipocondrio sinistro. Per questa situazione, considerata anche la pregressa crisi malarica (caratterizzata da: nausea, cefalea lancinante, forte tremore alle gambe con sensazione di sbandamento, brividi con marcata fredolosità ma bisogno di applicazioni fredde sulla testa, svenimenti, sete intensa, dolore alle articolazioni e muscoli, debolezza estrema) si prescrive: ARSENICUM ALBUM 30 CH - 2 granuli in plus/48h/8gg., senza evidenti modificazioni del quadro.

28 FEBBRAIO 1991 – Pallida e dimagrita, mangia poco e cerca cibi salati; ha molta sete; si stanca facilmente, con affanno. Malinconica, ha nostalgia dell'Africa, avverte un forte senso di colpa verso le popolazioni che ha dovuto lasciare, venir via è stato per lei un gran dispiacere, sente di aver subito un torto. Fegato e milza continuano ad

essere ipertrofici come nella precedente visita. NATRUM MURIATICUM MK – Un tubo dose

30 MARZO 1991 – 10 giorni dopo Natrum, dopo due mesi di assenza ricompaiono le mestruazioni, ma è ancora astenica, pallida e sente molto freddo; la sete si è mitigata, l'appetito è lievemente aumentato, ma i pasti sono seguiti da gonfiore addominale dolente; dolente il punto colecistico. Nella convinzione pregiudiziale, basata sulla deduzione, che si tratti di postumi malarici, si prescrive: CHINA 0/30LM, dose unica.

15 APRILE 1991 – Nessuna modificazione positiva: molto più debole; prostrazione; volto incavato con sfumatura terrea; compare saltuariamente del prurito sul corpo. Qualche giorno dopo la dose di China, di notte, violentissimo spasmo addominale, dolore lacerante con necessità di piegarsi in due e premere fortemente sulla pancia: COLOCYNTESIS 6CH, 2 granuli ogni dieci minuti, riesce a calmare il dolore in meno di un'ora. Viene ripetuta CHINA 0/30LM in plus, sette giorni dopo la prima dose, ma risulta del tutto inefficace. Il quadro clinico peggiora con

astenia ancora più intensa, colorito decisamente terreo, PRURITO INTENSO, TORMENTOSO, CHE PEGGIORA DI NOTTE E COL CALDO. Alla palpazione, fegato e la milza sono rientrati nei limiti fisiologici. Vengono eseguiti i programmi accertamenti ematologici e strumentali. L'ecografia epatosplenica e l'Rx del torace non documentano alterazioni; l'ECG è nei limiti fisiologici; la goccia spessa per malaria è negativa; vi è discreta anemia, i markers per HBV, HCV, HIV sono negativi, ma l'eosinofilia è al 24% (17 Aprile 1991). La paziente stessa e colleghi tropicalisti dell'Istituto di Clinica delle Malattie Tropicali ed Infettive dell'Università "La Sapienza" di Roma, propendono per una forma di filiasi, tenuto conto dell'anamnesi geografica, della sintomatologia lamentata (compresa la crisi addominale notturna), dell'eosinofilia. Il sospetto è che possa trattarsi di oncocercosi (Onchocerca volvulus), endemica nell'area dove la paziente ha soggiornato. Il 22 Aprile l'eosinofilia è al 22%. Per individuare la filaria responsabile si eseguono prelievi ematici dopo riscaldamento (per favorire passaggio

Specie	Distribuzione geografica	Periodicità	Momento del prelievo
<i>Wuchereria bancrofti</i>	Aree Tropicali (Asia, Africa, America e Pacifico)	Nottuma	h.12 pm
<i>Brugia malayi</i>	SE Asiatico, India SO, Sud e Centro della Cina	Nottuma	h.12 pm
<i>Brugia timoni</i>	Indonesia	Nottuma	h.12 - mezzanotte
<i>Onchocerca volvulus</i>	Africa Centrale e Sud America	Non periodica	Qualsiasi ora
<i>Loa loa</i>	Africa occidentale e Centrale	Diurna	h.1 pm
<i>Mansonella perstans</i>	Africa - Sud America	Non periodica	Qualsiasi ora
<i>Mansonella ozzardi</i>	America Centrale e del Sud	Non periodica	Qualsiasi ora

Tabella 1 - Periodicità ed ora consigliata del prelievo ematico per la ricerca di microfilarie umane 9.

ematico delle microfilarie e loro individuazione) che risultano negativi; ugualmente negative le biopsie cutanee (prelievi di frammenti epidermici di qualche millimetro dal cinto pelvico ecc) alla ricerca delle microfilarie Viene sconsigliata l'effettuazione del *test di Mazzotti alla dietilcarbamazina* per il consistente rischio di violente manifestazioni allergiche dovute all'immediata morte delle microfilarie indotta dal farmaco. Il 26 Aprile, dopo una terza dose di CHINA 0/30LM, la sintomatologia soggettiva peggiora ulteriormente (aggravamento dei sintomi sopra descritti); il 29 Aprile l'eosinofilia è al 26%, il 2 Maggio sale al 28%.

3 MAGGIO 1991 - La paziente si è convinta che non ci sia niente da fare per lei (MIND - *Despair recovery*) È esausta (GENERALITIES - *Weariness*) e pensa che sta per morire (MIND - *Death thoughts of*), ma non ha paura di morire. Il prurito è tormentoso ed estenuante (MIND - *Despair, itching of the skin, from*), non la fa dormire, è capriccioso e variabile di sede; peggiora decisamente di notte, quando si riscalda a letto. (SKIN - *Itching, warm, on becoming, in bed*). Ha un forte appetito (STOMACH - *Appetite, ravenous*) ma, dopo mangiato, ha dolore all'ipo-

condrio destro (ABDOMEN - *Pain, eating*), *after* - *Hypochondria, eating after*) e gonfiore addominale (ABDOMEN - *Distension, eating after*). Sente tantissimo freddo, malgrado il clima di Roma in quei giorni (GENERALITIES - *Heat, vital lack of*), ma non tollera il minimo contatto con la lana (GENERALITIES - *Clothing, intolerance of, woolen*) che le induce prurito fastidiosissimo (SKIN - *Itching, wool agg.*). Il colorito è terreo. (FACE - *Discoloration, earthy*). Il quadro sintomatologico¹⁴ e la Repertorizzazione mediante il Repertorio di Kent¹⁵ suggeriscono come rimedio Psorinum [in corsivo i sintomi mentali, generali e fisici modalizzati, considerati come predominanti, straordinari, peculiari, singolari del caso, secondo il § 153 d e l l ' O r g a n o n ¹⁶] . PSORINUM 200K - Un tubo dose Dopo Psorinum il prurito scompare immediatamente. Migliora il tono fisico generale e la paziente si sente più fiduciosa. L'eosinofilia è al 22% il 19 Maggio; ancora negativa la ricerca delle microfilarie nel sangue e nei frammenti epidermici. Qualche giorno dopo, compare di nuovo un leggero e saltuario prurito; l'eosinofilia ancora al 24% il 23 Maggio. La paziente è

migliorata ma non certamente guarita. 10 GIUGNO 1991 - All'ennesimo controllo ematologico, finalmente, si individuano microfilarie della specie *Mansonella perstans*.

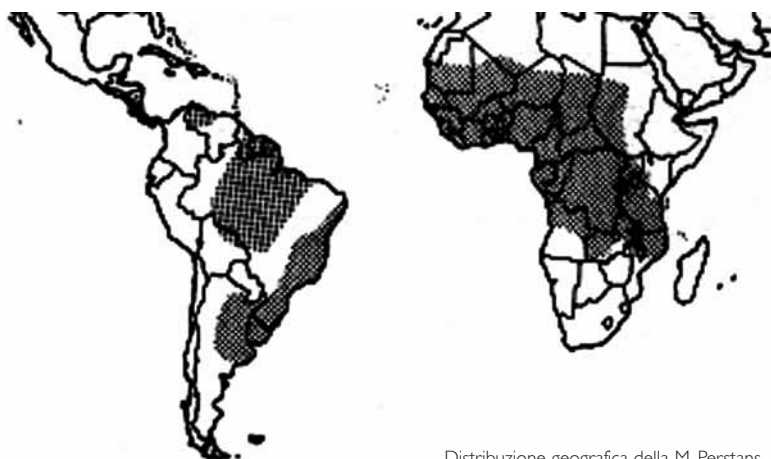
14 GIUGNO 1991 - Quadro clinico: facile stancabilità e colorito pallido; umore variabile; freddolosità; eosinofilia 20%. Inoltre, sono riemersi sintomi che la paziente presenta da tempo, oscurati durante la fase più intensa della malattia parassitaria, quali:

- eccessivo senso di colpa (MIND - *Anxiety of conscience*);
- si rammarica troppo per non essere rimasta ad aiutare chi ne aveva bisogno (MIND - *Reproaches herself*);
- bisogno di essere incoraggiata, pur essendo molto capace non si sente mai all'altezza dei suoi compiti, che svolge in maniera eccellente (MIND - *Confidence want*);
- tende ad essere decisamente attenta ad ogni particolare (MIND - *Fastidious*), precisa ed ordinata (MIND - *Conscientious about trifles*), ma anche molto frettolosa (MIND - *Hurry*), si muove in fretta (anche ora, nonostante la stanchezza) (MIND - *Hurry, movements; occupation*);
- non sopporta l'umidità, il freddo umido la paralizza mentalmente, la fa ammalare, le provoca rigidità e dolore delle articolazioni (GENERALITIES - *Cold, wet weather agg.*);
- non può mangiare le cipolle che subito le provocano dolori colici addominali e diarrea. (GENERALITIES - *Food, onions agg.*; RECTUM - *Diarrhoea, onions after*).

La Repertorizzazione secondo il Repertorio di Kent¹⁵ suggerisce Thuya, rimedio che in passato è già stato utilizzato con efficacia dalla paziente:

- THUYA OCCIDENTALIS MK - Un tubo dose.

Il miglioramento è netto e progressivo: rapidamente scompaiono l'astenia, le crisi residue di prurito, la freddolo-

Distribuzione geografica della *M. Perstans*

sità, l'umore variabile, incostante, vale a dire i sintomi più recenti insorti corrispondentemente alla filariasi. Il 19 giugno, 5 giorni dopo Thuya, l'eosinofilia è al 14%; il 4 luglio, 20 giorni dopo, è scesa al 7%; un mese più tardi l'eosinofilia è perfettamente normale. Per più di 6 mesi dopo la dose di Thuya la paziente ha goduto di buona salute, si è sentita in forze e molto vitale.

DISCUSSIONE

Chiunque abbia praticato l'omeopatia per un tempo sufficiente non crede più al caso o alle fortuite e fortunate coincidenze. Il caso clinico, pur non volendo assolutamente sostenere la tesi che la terapia omeopatica possa essere sempre efficace in qualsiasi caso di malattia infettiva e parassitaria, ripropone alcune considerazioni di carattere metodologico generale avvalorate dagli errori commessi nella gestione del caso, errori evidenziati nei punti c)-d)-e):

a) anche in casi in cui la diagnosi nosologica appare incerta, i sintomi del paziente rappresentano la guida che indica come agire;

b) la diagnosi nosologica DEVE essere effettuata, in ogni caso, ricorrendo alle tecniche di semeiotica strumentale a

disposizione e avvalendosi della qualificata consulenza di specialisti;

c) nella pratica clinica omeopatica si deve evitare di agire per consuetudine, ricordando che ogni caso è un caso a se stante. Non sempre China, Arsenicum o Natrum muriaticum sono rimedi adatti a curare una crisi malarica o i suoi postumi. L'individualità morbosa e medicamentosa sono principi irrinunciabili.

d) Il comportamento clinico svincolato dalla guida dei sintomi – basato sulla mera esperienza di casi “analoghi” - è un errore metodologico che non rispetta il principio dei simili né le raccomandazioni riportate nel § 5 dell'Organon¹⁶. In pratica il volere tracciare delle linee prescrittive solamente in base al nome della patologia affrontata rappresenta, di fatto, un venir meno ai canoni metodologici clinici dell'Omeopatia.

e) Non ostinarsi, come raccomandato da Kent¹⁷ e Ortega¹⁸, a ripetere un rimedio che non ha funzionato o, peggio, che sembra aggravare.

f) I sintomi e la loro evoluzione sono la guida: possono anche indicare – nell'evoluzione del caso – una successione di rimedi da somministrare sempre in maniera singola. Tale successione

esprime la reattività dinamica del soggetto trattato; in altri termini, i sintomi con la loro connotazione miasmatica esprimono il miasma dominante (talora una commistione miasmatica) e la loro evoluzione e modificazione rappresentano la rotazione miasmatica osservabile in moltissimi casi, che può richiedere la ripetizione dello stesso rimedio o la prescrizione di un rimedio diverso dal primo.

g) A questo proposito il saper aspettare ed individuare il momento appropriato per cambiare rimedio o ripetere lo stesso è uno dei momenti più delicati dell'applicazione del metodo e richiede rispetto dei principi e perspicacia o intuito clinico.

h) Infine, in questo caso, la malaria, gli antimalarici, lo stress fisico e psicologico costituiscono fattori ambientali (§ 5-74-75¹⁶) che sembrano aver favorito, insieme alla *M. perstans*, un'attivazione del miasma psorico della paziente.

I sintomi della fase iniziale della filariasi da *M. perstans*, descritti in precedenza, hanno una connotazione psorica marcata ed il rimedio Psorinum (nosode psorico) è stato efficace nell'indurre l'inizio del miglioramento della paziente ed avviare il processo di guarigione concluso da un rimedio essenzialmente sicotico quale Thuya, somministrato in base a sintomi sicotici, caratteristici della paziente, riemersi dopo che Psorinum aveva contribuito ad eliminare la fase psorica inizialmente prevalente (§ 5-73-153¹⁶).

CONCLUSIONI

La *Mansonella perstans* è una filaria cosiddetta “minore”, in altre parole induce quadri clinici non gravissimi come le filarie più patogene, ma i disturbi che provoca sono fastidiosi, possono minare lo stato di salute generale del paziente e possono persistere per tempi prolungati⁴. La terapia farmacologica convenzionale prevede



ESAMI DELLA FACULTY OF HOMEOPATHY OF UNITED KINGDOM IN ITALIA

La Faculty of Homeopathy of United Kingdom è la struttura incaricata dal Governo Inglese per la formazione specialistica obbligatoria in Medicina Omeopatica del personale sanitario che opera negli Ospedali ed Ambulatori omeopatici del Sistema Sanitario Nazionale (NHS); i titoli erogati dalla Faculty, previo superamento degli esami e dopo aver ottemperato alle modalità associative, risultano quindi ottenuti presso una struttura didattica riconosciuta legalmente da un paese ed un governo della Comunità Europea. L'Associazione Omeopatica Dulcamara è Centro Accreditato e parte della Faculty of Homeopathy of U.K. con la delega a poter organizzare in Italia ed in lingua Italiana corsi ed esami per il conseguimento dei titoli della Faculty stessa per Medici, Odontoiatri, Veterinari e Farmacisti. Non è necessario aver frequentato i corsi dell'Associazione Dulcamara per poter sostenere gli esami ed ottenere i titoli della Faculty.

SESSIONI ITALIANE D'ESAME 2008

**Sedi d'Esame: Genova e Roma
Giugno ed Ottobre 2008**

L'Associazione Omeopatica Dulcamara, in collaborazione con CSOA e con il Dipartimento Didattico dell'Ospedale di Glasgow, organizza un **percorso didattico triennale** strutturato in tre stages di durata settimanale con **rilascio di diploma finale internazionale**

**STAGE SEMINARIALE FULL-IMMERSION
RIVOLTO AI MEDICI DI TUTTA ITALIA
presso il GLASGOW HOMEOPATHIC HOSPITAL**

Ogni stage si terrà nel mese di luglio presso l'Ospedale di Glasgow con programma differenziato:
I anno - Il Bambino (Patologie Pediatriche)
II anno - L'Adulto (Patologie dell'Età adulta)
III anno - L'Anziano (Patologie Geriatriche)

Per dettagli circa date, sedi, programmi e modalità d'esame, nonché per ulteriori informazioni sullo stage seminariale, rivolgersi a:

Segreteria Organizzativa CSOA

Via Firenze, 34
20060 Trezzano Rosa (MI)
Tel. e Fax 02 90967233
(ore 8.30-12.30; 13.30-17.30)
e-mail: info@csaa-milano.it
sito web: www.csoa-milano.it

Segreteria Associazione Dulcamara

Via Corsica, 19A cancello - 16128 Genova
Tel. 010 5702988 - 010 565458 - Fax 010 8682935 (ore 14.30-18.30)
Responsabile informazioni: Lissia Rasetto
(cell. 334 7604906 ore 9.00-13.00)
e-mail: lissia.rasetto@dulcamara.org info@dulcamara.org
sito web: www.dulcamara.org

si ringrazia per la collaborazione

IMO

l'utilizzo del mebendazolo¹¹ per un lungo periodo, da 4 a 7 settimane oppure, in alternativa, l'uso dell'albendazolo per 10 giorni ma con lenta - da 1 a 3 mesi - remissione della microfilaremia¹³. Si ritiene che l'infestazione da *M. perstans* possa essere autolimitantesi nel tempo: cioè spegnersi autonomamente dopo un periodo non inferiore ai 6 mesi. Opere citate in bibliografia^{1,4,5,6,7} documentano come possa persistere per anni. Nel caso esposto è del tutto verosimile che l'infestazione sia stata contratta nel mese di gennaio (la paziente rientra in Italia a fine gennaio). Dopo un periodo d'incubazione, i sintomi iniziano a manifestarsi in aprile (dolore addominale, prurito ecc.). A metà giugno (dopo la dose di Psorinum il 3 Maggio e quella di Thuya del 14 giugno) il miglioramento clinico è netto e l'eosinofilia torna a valori normali all'inizio di luglio. In totale, in tre mesi dall'esordio della sintomatologia attribuibile alla parasitosi, la paziente supera la filariasi. Soprattutto è da sottolineare il netto miglioramento dello stato di salute seguito alla somministrazione dei due rimedi: ciò non può essere attribuito al caso ma all'applicazione clinica del principio dei simili. Il caso esposto suggerisce che un trattamento omeopatico adeguato, vale a dire basato sui principi dell'omeopatia unicista hahnemanniana, può determinare la guarigione dall'infestazione da microfilarie di *M. perstans* in tempi più brevi rispetto ad un'eventuale spontanea remissione dell'infestazione e in tempi sovrapponibili a quelli della terapia convenzionale antiparassitaria senza esporre al rischio di effetti tossici o collaterali da farmaci chimici, con un rapido recupero della condizione di salute da parte del paziente.

RINGRAZIAMENTI

Un doveroso ringraziamento va al prof. Antonio Negro, decano dell'Omeopatia italiana, senza la cui sagace consulenza e i perspicaci consigli questo caso clinico non sarebbe stato affrontato con la necessaria competenza ed il cui contributo è stato fondamentale per il successo clinico conseguito.

Un sentito grazie anche alla paziente che, non solo ha acconsentito alla presentazione della sua esperienza, anzi, l'ha proposta e stimolata convinta che l'Omeopatia possa svolgere un ruolo importante, quando correttamente utilizzata, anche nel trattamento di patologie che affliggono larga parte della popolazione mondiale.

BIBLIOGRAFIA

1. KUMAR A., MISHRA N. – Effect of homoeopathic treatment on filariasis. A single blind 69-months follow-up study in an endemic village in Orissa (India) – British Homoeopathic Journal, Vol.83 – October 1994, No. 4, 216-219.
2. VIVANI G.M. – Terapia omeopatica in un caso di filariasi cardiopolmonare (FPC) – “il Medico Omeopata” - Sezione Veterinaria, Aprile 2004, N.25, 45-47.
3. SUKUL N. C., Sarkar P, Sukul A., Sinhababu S. P. – Antifilarial effect of Artemisia nilagirica extract and its ultra high dilutions against canine dirofilariasis – Jpn J Trp Mef Hyg 27: 477-481; 1999b.
4. ANOSIKE JC, DOZIE INS, ONWULIRI COE, NWOKE BEB, ONWULIRI VA – Prevalence of Mansonella perstans infection among the nomadic Fulanis of Northern Nigeria - Ann Agric Environ Med 2005, 12, 35-38.
5. SASA M. – Human filariasis. A global survey of epidemiology and control – University of Tokyo Press, Tokyo 1976
6. FISCHER P, KILLIAN AHD., BAMUHIIGA J., KIPP W & BUTTNER DW – Prevalence of Mansonella perstans in western Uganda and in detection using the QBC-fluorescence method - Appl. Parasitol 1996; 37:32 – 37
7. NOIREAU F., CARME B., APEMBET JD. & GOUTEUX JP. – Loa Loa and Mansonella perstans filariasis in the Chaillu mountains, Congo ; parasitological prevalence - Trans R. Soc Trop Med Hyg 1989; 83: 529-534.
8. PETERS W., GILLES HM. – Tropical Medicine & Parasitology - Wolfe Medical Publication LTD, 1995.
9. ARCARI M., BAXENDINE A, BENNETT C.E. – A-Z Guide to Parasitology: The Blood Nematodes (Vol.10).
10. COOK G. C., ZUMLA A. – Manson's Tropical Diseases – 21st Edition – Saunders, Elsevier Science, Health Science Division, London 2003.
11. HOEGAERDEN MV, IVANOFF B., FLOCARD F., SALLE A. & CHABAUD B. - The use of mebendazole in the treatment of filariasis due to Loa Loa and Mansonella perstans - Ann Trp. Med. Parasitology 1997; 81:275-282
12. KIEFER G, BATTEGAY M, GYR N., HATZ C., (Schweizerisches Tropeninstitut Basel) – Mansonella perstans filariasis after stay in Cameroon. A 19-year-old patient born in Cameroon, in Switzerland for the last 10 years. - Schweiz Rundsch Med Prax 2002 Jan 16,91 (3):61-6
13. DUONG T. H., KOMBILA M., FERRER A., NGUIRIC & RICHARD-LENOBLE D. – Decrease in Mansonella perstans microfilaremia after albendazol treatment – Trans R Soc. Trop Med Hyg 1998; 92-459.
14. KENT J.T. – Lectures on Homoeopathic Materia Medica – B. Jain Publishers, New Delhi, 1983.
15. KENT J.T. – Repertory of the Homoeopathic Materia Medica - B. Jain Publishers, New Delhi, 1991
16. HAHNEMANN S. – Organon dell'Arte del Guarire - VI Edizione – a cura della L.U.I.M.O., Napoli 1987.
17. KENT J.T. – Lezioni di Omeopatia – EDIUM, Milano 1978
18. ORTEGA P.S. - Introduzione alla Medicina Omeopatica – IPSA Ed., Palermo 2001.

Polmonite atipica primaria

Due casi risolti con la terapia omeopatica

INTRODUZIONE

Fra Giugno e Luglio 2006 ho affrontato due casi di polmonite atipica primaria, probabilmente conseguenza della stesso agente patogeno. Nella mia attività di medico omeopatico ho affrontato circa 30 casi di polmonite, sempre con buoni risultati. Nei casi in cui la fiducia nella terapia omeopatica da parte dei Pazienti era troppo limitata dalla paura per la malattia o l'ambiente familiare era troppo avverso, fatta la diagnosi comunicavo loro che non c'erano le condizioni sufficienti perché mi occupassi del caso. Col senno di poi mi comporterei allo stesso modo. La terapeutica omeopatica ed un buon conoscitore di essa sono mezzi sufficienti per guarire questi casi, evitando complicazioni ed una lunga convalescenza. Certamente occorrono dedizione, cura ed una certa esperienza per evitare che la situazione sfugga di mano.

Ho potuto verificare che, nel quadro globale della cura di un Paziente, un episodio broncopolmonare spesso segna un momento determinante. Intendo dire che tutta la problematica del Paziente, le sue varie patologie e la sua condizione in toto, possono sfociare in un episodio acuto e profondo quale una broncopolmonite, alla cui soluzione spesso segue un significativo miglioramento dei sintomi più gravi della malattia cronica. I due casi che seguono sono assai esplicativi di questo concetto.

POLMONITE ATIPICA PRIMARIA

La dizione di Polmonite Atipica o Polmonite Atipica Primaria viene da

tempo usata in medicina per indicare tutte le forme di polmoniti virali o da microrganismi con caratteristiche intermedie tra i virus ed i batteri (Mycoplasma e Clamidio); poiché le polmoniti virali sono polmoniti che colpiscono l'interstizio del polmone, vengono anche dette Polmoniti Interstiziali: quindi il termine Polmonite Atipica può essere sinonimo di Polmonite Virale o di Polmonite Interstiziale. È così chiamata per differenziarla da quella tipica, cioè quella lobare. (...) È causata da vari microrganismi: Mycoplasma Pneumonie, Clamidia Pneumonie, Rickettsie, Virus influenzali tipo A e B, Virus respiratorio sinciziale, Adenovirus, Rhinovirus, Virus parainfluenzale, Virus della varicella, Virus della rosolia. Ciascuno di questi agenti può causare una semplice infezione delle vie aeree superiori o una infezione più grave delle basse vie respiratorie che è associata a elementi favorenti (età avanzata, malnutrizione ...). (...) Una caratteristica della polmonite atipica è la cosiddetta dissociazione clinico-patologica, cioè il fatto che alla sintomatologia clinica non corrispondano reperti all'esame obiettivo o questi sono molto scarsi (l'RX invece dà una immagine ben visibile)¹. I sintomi iniziali ricordano l'influenza con malessere generale, mal di gola e tosse secca, di intensità crescente con il progredire della malattia. Si possono presentare episodi parossistici di tosse, con produzione di un escreato mucoso, mucopurulento o striato di sangue. (...) La sintomatologia acuta di solito persiste da 1 a 2 sett.

RIASSUNTO

Per Polmonite Atipica Primaria si intendono tutte le forme di polmoniti virali o da microrganismi con caratteristiche intermedie tra i virus ed i batteri. Il trattamento antibiotico riduce il periodo febbrile e gli infiltrati polmonari e accelera la risoluzione dei sintomi, tuttavia non provoca una guarigione microbiologica. Molti pazienti continuano a lamentare una sintomatologia sistemica con astenia e malessere generale per diverse settimane. L'articolo mostra due casi clinici trattati omeopaticamente. Con la terapia omeopatica è possibile ottenere una guarigione completa, a volte più veloce, sempre priva di complicanze e senza prolungate convalescenze. Spesso al superamento della malattia fa seguito un miglioramento delle patologie croniche del Paziente.

PAROLE CHIAVE

Polmonite – Terapia antibiotica - Convalescenza – Terapia omeopatica - Guarigione

SUMMARY

Primary Atypical Pneumonia is meant to be all wide range of viral pneumonias or microorganisms that are something in between virus and bacteria. The antibiotic treatment reduces indeed the fever period and the pneumonia infiltrates and it speeds the improvement of symptoms, but it doesn't really provoke a microbiological recovery. Many patients keep on complaining asthenia and general uneasiness over weeks. The article shows two homeopathic cases: it is possible to get a real recovery by using homeopathic therapy and in some cases the recovery is even quicker, always without any serious consequences. Getting the disease over is followed to a general improvement of Patient's chronic diseases.

KEYWORDS

Pneumonia – Antibiotic Therapy – Convalescence – Homeopathic therapy – Recovery

ed è seguita da una graduale regressione, sebbene molti pazienti continuano a lamentare una sintomatologia sistemica con astenia e malessere generale per diverse settimane. La malattia di solito non è grave e la risoluzione spontanea è la regola. Tuttavia, alcuni pazienti presentano delle gravi polmoniti, che talora portano a una sindrome da distress respiratorio dell'adulto. Le complicazioni extra-polmonari sono frequenti e comprendono anemia emolitica, complicanze trombo-emboliche, poliartrite o sindromi neurologiche, quali la meningoccefalite, la mielite trasversa, le neuropatie periferiche o l'atassia cerebellare. (...) I farmaci di scelta sono le tetracicline o l'eritromicina 500 mg PO q 6 h per gli adulti o l'eritromicina 30-50 mg/kg/die per i bambini con < 8 anni. La claritromicina e l'azitromicina sono anch'esse efficaci. Il trattamento antibiotico riduce il periodo febbrile e gli infiltrati polmonari e accelera la risoluzione dei sintomi. Tuttavia, gli antibiotici non provocano una guarigione microbiologica; i pazienti trattati continuano a essere portatori del microrganismo per diverse settimane². Nella pratica clinica classica il più delle volte il Paziente assume antibiotici da 2 a 4 settimane, a volte cambiando anche il tipo di farmaco a causa della scarsità di risposta o tentando una combinazione di più farmaci. Forse anche per questo la ripresa completa delle normali condizioni è tardiva e stentata.

CASI CLINICI

BRONCOPOLMONITE IN UN BAMBINO

Bambino di 6 anni, di origine brasiliana, adottato 3 anni prima insieme ad una sorella maggiore. I genitori erano tossicodipendenti. Lo ho in cura da poco dopo l'adozione. Di temperamento solare, allegro, simpatico, brillante, un vero attore! Dicono di lui i genitori. Sin

dall'inizio voleva toccare tutto, assaggiare tutto, ma particolarmente i DOLCI. Sempre un ottimo sonno, anche nel pomeriggio, scadente controllo dell'alvo, epistassi, autonomo; tutti i vaccini incluso BCG e febbre gialla: *Sulphur* è la prima prescrizione. Presto il bambino evidenzia una debolezza respiratoria che si manifesta con crisi asmatiche frequenti oltre a laringiti ed altre infiammazioni quali faringiti ed otiti. Anche un'aggressività rilevante; picchia, sfida; anche balbuzie, catarri cronici ed epistassi. Viene curato con *Chamomilla* e *Mercurius* nel corso di un anno. La sua condizione migliora, anche l'aggressività e, dall'Aprile 2005, per una sintomatologia che include i sintomi di: seduttività, loquacità sfrenata e vanità, oltre alle crisi asmatiche, seppure diradate, inizia ad assumere *Lachesis mutus* a varia potenza.

17 LUGLIO 2006 – IN STUDIO

Ha trascorso un anno fantastico!

Tre settimane or sono ha iniziato ad essere irritabile, nervoso, contrariante.

Nel frattempo il bambino chiacchiera, interviene, è molto mobile, tocca tutto, estremamente vivace, eccitato, su di giri. Continua la madre:

Poi è arrivata la T a 39°C, allora ho utilizzato Lachesis mutus 200K in gocce, come sempre quando ammalava, ma questa volta non abbiamo avuto lo stesso risultato. Ha anche avuto dolore ad un dente e sangue dal naso per 2-3 giorni. Da qualche giorno ha tosse grassa; prima era secca, poi grassa, poi ancora secca, quasi convulsa ... E comunque ha febbre oramai da 8 giorni!

Visito il bambino e trovo una condizione di bronchite asmatica, situazione piuttosto comune nella sua storia, meno nell'ultimo anno e sempre risolta velocemente da *Lachesis mutus*; inoltre la febbre costante complica il quadro, in contrasto con la vitalità del bambino, che sembra non risentire di tutto ciò. La madre continua a comunicarmi dei dati:

Balla molto e bene. E' inarrestabile, brucia, brucia, brucia ...

Riflettendo sui sintomi seleziono quattro possibili medicinali: *Lachesis* a potenza superiore; *Iodum*; *Sulphur iodatum* e *Tarentula*. Scelgo IODUM 200K e le chiedo di tenersi quotidianamente in contatto.

21 LUGLIO 2006 – IN STUDIO

Dopo l'assunzione del medicamento ebbe un'accentuazione della già intensa agitazione, poi ancora epistassi, poi esacerbazione della febbre, che successivamente è scomparsa e da ieri ancora tornata. Per nulla convinto della bontà del risultato ho chiesto una Rx del torace (Figura 1 e 2): *Ili congesti bilateralmente. A sinistra, in corrispondenza della piramide basale, sono visibili degli addensamenti peribronchiali con relativo affastellamento del disegno bronchiale specie a livello epifrenico; riconoscibile l'ispessimento della scissura pleurica ed una parziale obliterazione del seno costo frenico sul versante posteriore laterale. Immagine cardio-aorto-mediastinica nei limiti. Seno pleurico destro libero. Regolare lo scheletro visibile.*

Sostanzialmente una broncopolmonite sinistra con risentimento pleurico. La madre è preoccupata, ma disponibile. Raccoglio i sintomi:

Verso le 16-17 sale la T, fino a 38,7°C, poi inizia a scendere.

Ha tosse secca e grassa, in particolare la sera, a letto. Rimane raucedine.

Alle 11 ha vomito di cibo. Ieri ha avuto diarrea.

Un herpes al labbro inferiore.

Sudorazione notturna.

E' senz'altro meno agitato. Abbraccia e bacia la madre ed il padre, più del solito. Tranquillizza gli altri. E' preoccupato per gli altri se stanno male.

Chiede quasi esclusivamente gelati.

All'esame obiettivo rilevo chiaramente la broncopolmonite al lobo inferiore sinistro e lingua a carta geografica.



Repertorizzo alcuni dei sintomi raccolti³:

CHEST - INFLAMMATION - Lungs - left

CHEST - INFLAMMATION - Lungs - left - Lower lobe

MOUTH - MAPPED tongue

GENERALS - FOOD and DRINKS - ice cream - desire

Il risultato, in ordine di completezza dei sintomi, è: *Sulphur, Tuberculinum, Phosphorus, Calcarea c., Natrum sulphuricum*. Tenendo conto dello stato d'animo del bambino - l'affettività e la preoccupazione per gli altri - scelgo: PHOSPHORUS 30 CH, 3 granuli ogni 4 ore circa per le prossime 48 ore.

FOLLOW UP

Ci fu un miglioramento veloce e graduale, con scomparsa della febbre e fluidificazione delle secrezioni. A seguire fu prescritto PHOSPHORUS 200K, che poi venne ripetuto a distanza di qualche giorno, dopo aver rilevato che il miglioramento clinico stava rallentando. Il giorno 31 fu effettuata un'altra Rx (Figure 3 e 4) col seguente risultato: *All'esame attuale non sono evidenti le piccole aree di riempimento alveolare confluenti che, in campo medio di sx, erano presenti nell'esame precedente portato in visione. Il seno costofrenico di sx risulta al momento oblitterato. Se ne sarebbe dovuta effettuare un'altra, ma le condizioni cliniche erano così rassicuranti, nessun sintomo più presen-*

te, che insieme alla madre decidemmo di soprassedere.

DUE MESI DOPO - In concomitanza con l'inizio della scuola è tornata una tosse persistente associata a raucedine e febbricola. Lo visito, escludo complicazioni bronco-polmonari e faccio diagnosi di laringo tracheite. La madre afferma: *Quando sta male diventa una pila impazzita!* Il bambino parla, non sta fermo, è veramente logorroico. Prescrivo TUBERCOLINUM DI KOCH 200K, ma il miglioramento conseguente non porta alla guarigione.

TRE SETTIMANE DOPO - E' senza febbre ma sempre alle prese con la tosse, che a volte è continua, strana, apparentemente nervosa, comunque solo di giorno. Egli afferma che: *il canale è stretto* - si riferisce alla gola - *e non gli passa l'aria*. Allegro, solare, eccitato, logorroico, seduttivo e attratto precocemente dall'altro sesso. LACHESIS MUTUS MK. Qualche settimana dopo, telefonicamente, LACHESIS MUTUS XMK. Il bambino migliora, la tosse scompare, ma compare un'eruzione allo scroto, molto fastidiosa e terribilmente stabile. Ho la complicità materna e così riesco ad evitare interventi locali che sarebbero stati deleteri. D'altronde il bambino non ammalia più e non solo di asma, è più gestibile, sta bene.

DICEMBRE 2006 - Tutto bene, eruzione presente. LACHESIS MUTUS LMK.

LUGLIO 2007 - L'eruzione è scomparsa. Non più asma né tosse. Herpes ricorrenti al labbro. Un orzaiolo alla palpebra superiore sinistra. Da qualche giorno è nervoso, urla al padre, sfida, non si calma con nulla, irascibile per sciocchezze. Ieri un episodio di epistassi. Crescita ottima. LACHESIS MUTUS MK. Nessun altro problema rilevato al momento.

Figura 3



Figura 4

**BRONCOPOLMONITE IN UN ADULTO**

Donna di 37 anni, in terapia da quattro anni per: insufficienza tiroidea da esiti di tiroidite autoimmune; metrorragie; sindrome ansioso fobica. Inoltre la Paziente soffre di esiti di gravidanza extrauterina con conseguente asportazione della tuba destra; le è stato asportato anni fa un melanoma in situ. La condizione più difficile risulta essere il suo stato psichico, che può essere considerato border line. Con la terapia non ha più sofferto di emorragie uterine ed ha eliminato gli ormoni tiroidei sostitutivi, riuscendo a compensare con difficoltà la deficienza ghiandolare. Nonostante questi benefici la Paziente trova serie difficoltà a gestire la quotidianità, facilmente destabilizzata da emozioni e frustrazioni anche di lieve entità. Soffre spesso di insonnia anche grave e necessita di assistenza terapeutica assidua. La prognosi risulta comunque favorevole per la fiducia che la Paziente mantiene costante nella terapia omeopatica e nel terapeuta, che rende la terapia possibile e fruttuosa. Negli ultimi mesi del 2005 riceve due dosi di *Carcinosinum 200K* e il 5 Giugno 2006 *Carcinosinum MK*.

21 GIUGNO 2006 - Dopo circa due settimane dall'inizio cura si è manifestata una febbriola senza particolari caratteristiche in concomitanza con un periodo emotivamente impegnativo. La visita, non riscontro elementi organici di rilievo, prescrivo *Carcinosinum 35K* più volte al giorno e le chiedo di mantenersi in contatto.

26 GIUGNO 2006 – Alla visita rilevo una sintomatologia più chiara e definita. La febbre è diventata importante, arrivando la sera ad oltre 39°C. Lei è pallida, rauca, con sensazione di svenimento e molta debolezza. Si è evidenziata una tosse produttiva, in particolare durante la febbre. Richiedo una Rx toracica, che evidenzia una chiara broncopolmonite

del lobo inferiore sinistro. Nei giorni seguenti prescrivo PHOSPHORUS 30 CH, tre granuli x 4 volte al giorno.

30 GIUGNO 2006 – E' turbata, pallida, compressa da numerose emozioni inesprese e confuse. Estremamente colpita da influenze esterne. La temperatura è diminuita, al momento 36,7°C, migliorata anche la tosse. Segue la terapia.

Nel frattempo, anche a causa della diagnosi, tutte le persone intorno alla Paziente si sono mobilitate per una terapia differente. La Paziente, nonostante la sua fragilità, regge la situazione, ma ha molta difficoltà a gestire le emozioni contrastanti ed una rilevante paura. Tutto ciò contribuisce ulteriormente a modificare costantemente lo stato d'animo della Paziente, per cui è difficile rilevare un miglioramento o peggioramento chiaro della condizione psichica ed utile a guidare la terapia, sono costretto a basarmi quasi esclusivamente sulla sintomatologia fisica e sui rilievi organici, polmonari in particolare.

5 LUGLIO 2007 – La temperatura rimane su livelli accettabili, con febbriola serale. La Paziente è però affetta da una tossetta e da difficoltà a respirare in profondità. Al mattino ha tosse grassa, ma la sera torna secca e la sensazione di *sentirsi chiusa*. Piange spesso, si sente abbandonata, è pallida, debole, spaventata. La sua condizione psichica rimane estremamente mutevole e sensibile agli avvenimenti esterni, anche ai più insignificanti. Ha una sensazione molto intensa di morte e un pensiero costante *ossessivo* di avere un cancro ai polmoni. In effetti parla solo di questo. Prescrivo ARSENICUM ALBUM 30 CH.

10 LUGLIO 2007 – La sento telefonicamente quasi tutti i giorni, anche più volte. Ogni giorno o in diversi orari dello stesso presenta stati d'animo differenti, a volte diametralmente opposti,

perfino gioia e fiducia, alternata a disperazione, lacrime e senso di abbandono, debolezza e scoramento. La VARIABILITÀ SINTOMATOLOGICA diventa sintomo determinante da prendere in considerazione per una reale soluzione del caso. Nei giorni precedenti è tornata la febbre, proprio mentre la condizione polmonare sembrava stesse per risolversi, così ho chiesto un'altra Rx che questa volta ha evidenziato un focolaio di broncopolmonite al lobo destro. Anche questo va a rafforzare la variabilità del caso. Alla visita si mostra spaventata, con senso di solitudine, ed estrema mutevolezza, anche all'interno della visita stessa. Soffre anche per nausea ed acidità di stomaco, ma nonostante ciò desidera mangiare prevalentemente PROSCIUTTO. In base a questi due sintomi – l'estrema mutevolezza ed il desiderio di prosciutto – prescrivo TUBERCOLINUM DI KOCH 200K.

FOLLOW UP

La condizione globale migliora in modo più coerente e stabile. Dopo 7 giorni prescrivo ancora un tubo dose 200K; dopo altri 7 giorni TUBERCOLINUM DI KOCH MK. Dopo alcuni giorni, quando la condizione clinica lo rende consigliabile, chiedo ancora una RX che mostra la completa e definitiva guarigione.

6 OTTOBRE 2006 – La condizione globale si è mantenuta buona. Ha trascorso bene l'estate, emotivamente più stabile e senza soffrire delle gravi insonnie estive che l'affliggevano. La rivedo in studio, anche con gli esami ematochimici, che sono perfetti, parametri tiroidei compresi. Rimane afflitta da un pensiero ossessivo: la paura di avere una malattia polmonare che la porterà a morte. Nonostante la scomparsa dei sintomi toracici la paura rimane. Prescrivo TUBERCOLINUM XMK.

DICEMBRE 2006 – Sul finire dell'anno inizia a soffrire per una febbriola ed una

lieve ma persistente tosse.

Telefonicamente prescrivo in base ai sintomi *Gelsemium 200K* e successivamente *MK*, con risultati determinanti, tanto da escludere un accertamento radiografico. OTTOBRE 2007 – Torna in visita dopo molti mesi. Sono rimasto sorpreso dalla quasi assenza di telefonate. La trovo in buone condizioni, in particolare dal punto di vista psichico. Si è stabilizzata affettivamente, ha definito il suo lavoro, non si mostra affatto succube dei suoi travolgenti e passeggeri stati d'animo. Mi parla di febbriola ovulatoria, di qualche episodio d'insonnia non grave, di qualche frustrazione e della sua episodica paura di malattia polmonare, ma afferma: *mi tornano quei pensieri negativi, ma poi li scaccio!* Adora prosciutto, cotto e crudo, e salsicce. Prescrivo TUBERCOLINUM DI KOCH XMK.

Nota: per mancanza di spazio non sono state inserite le tre Rx toraciche, che sono disponibili a richiesta.

CONCLUSIONI

L'esame dei due casi clinici porta ad alcune considerazioni importanti.

L'Omeopatia può guarire condizioni patologiche profonde, senza gli effetti collaterali della terapeutica classica ed anche in tempi più brevi. La rapida risoluzione è evidente nel primo caso, meno nel secondo, il cui prolungarsi fu probabilmente dovuto alla mancata prescrizione del medicamento che risulterà poi determinante ed alla condizione di base dalla Paziente. Spesso la difficoltà dell'elaborazione dei sintomi ed i limiti del terapeuta ritardano la prescrizione del *Simillimum* allungando i tempi di risoluzione, riuscendo però, con medicinali parzialmente simili al caso, a mantenere la condizione clinica del Paziente comunque fuori da pericoli di complicanze o aggravamenti.

Sia nel primo che nel secondo caso la soluzione della broncopolmonite è stata seguita da un miglioramento profondo e stabile del soggetto. Nel primo caso, infatti, il bambino ha sofferto ancora di tosse, ma non più di episodi asmatici; nel secondo caso, molto più delicato, la Paziente ha potuto godere di un miglioramento della sua condizione psichica, che risultava fortemente instabile. Si può concludere che la terapia omeopatica della malattia acuta, non sintomatica, cioè non centrata esclusivamente sulla sintomatologia organica, ha la potenzialità di risolvere non solo la malattia in questione, ma l'intera condizione patologica, donando al soggetto malato un miglioramento stabile del suo livello di salute. La patologia organica acuta quindi, oltre ai problemi che implica, ci offre la possibilità di una determinante svolta terapeutica del caso in toto.

BIBLIOGRAFIA

1. MEDISTUFFNET

<http://medistuff.net/2007/06/23/polmonite-atipica.aspx>

2. MANUALE MERCK

Malattie dell'apparato respiratorio <http://www.msdi-italia.it/altre/manuale/sez06/0730659.html>

3. F. SCHROJENS – Synthesis 8.1 - ARCHIBEL, Assesse (Belgio), 2002.

ERRATA CORRIGE/ il medico OMEOPATA numero 35

Nel n. 35 della rivista "il Medico Omeopata" il Direttore Accademico della Scuola IRMSO di Roma compare erroneamente con il nome della dott.ssa Lissia Rasetto. Confermiamo che, com'è noto, il Direttore della Scuola è il **Dott. Pietro Federico**. Ci scusiamo con il suddetto Direttore e con i lettori per l'involontario errore.

La Redazione

INFO FIAMO TOSCANA

Invitiamo tutti alla compilazione del questionario pubblicato sul sito Fiamo (www.fiamo.it) promosso da FIAMO – Associazione Lycopodium – Homeopathia Europea. I dati raccolti saranno al più presto trasmessi e pubblicati sul sito della FIAMO. Ringraziamo vivamente per il contributo.

ACQUA PLOSE



- bassissimo residuo fisso=21 mg/l
- bassissimo effetto tampone con pH=6,6
- presenza irrilevante di sodio e nitrati

In **omeopatia** è particolarmente indicata per la diluizione dei farmaci e come acqua di regime.

Plose, l'acqua di alta montagna leggerissima con un residuo fisso di soli 21,0 mg/l. e un pH fisiologico ottimale di 6,6 è ora disponibile nella nuovissima confezione **Easy Box**, per soddisfare meglio le esigenze dei suoi clienti.

MINSAN 903012363





cemon
curare senza nuocere

LABORATORI FARMACEUTICI OMEOPATICI

FARMACOPEA OMEOPATICA TEDESCA (H.A.B.)

QUALITÀ DELLE SOSTANZE

GAMMA DELLE POTENZE ULTRAMOLECOLARI



dal 1971

Ce.M.O.N. S.r.l.

- per la visita di un ISF
- per la brochure informativa sui nostri Unitari
- per campioni gratuiti*

scriva a servizioscientifico@cemon.eu
o telefoni al 081 2482376 - Fax 081 2482346

*la consegna di campioni gratuiti potrà avvenire a norma dell'art. 125 DLGS 219/06 solo tramite ISF previa consegna di richiesta scritta.


dynamis[®]

Dynavel[®]


UNDA

www.cemon.eu