

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The italian journal of Classical Homeopathy

in questo numero / in this issue

Convegno Nazionale FIAMO

Orvieto, 30-31 Maggio 2009

- Ricordo di Paolo Tambini *di C. Stocchino*
- Deontologia e MNC *di P. Roberti di Sarsina*
- CLI.FI.COL Clinical File Collection *di C.M. Rezzani*

VETERINARIA/VETERINARY

- **Leiomioma in un cane/ Leyomioma in a dog** *di M.I.C. Ferreira, L.F. Pinto*

OMEOPATIA CLINICA/ CLINICAL HOMEOPATHY

- **Adolescenti violenti** *di Autori brasiliani*
- **I Nosodi** *di L. Scheepers, Y. Faingnaert, M. Goossens*
- **Medorrhinum** *di G. Dominici*

Sommario

direttore responsabile
Gustavo Dominici

vice direttori
Antonella Ronchi
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
Luigja Alessandrino
Mario Buttignol
Renata Calieri
Mauro Dodesini
Anna Fontebuoni
Giandomenico Lusi
Paolo Roberti di Sarsina

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 G. Leopardi, 26 – 05100 Terni

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

*hanno collaborato alla realizzazione
di questo numero:*

L. Alessandrino – D. Alvez – C.R. Barollo – F.A.C. Bignardi
M.I. Carvalho Ferreira – N. Chiaramida – G. Dominici
Y. Faingnaert – L. Figuera Pinto – A. Fontebuoni – R. Gava
M. Goossens – F.V. Marino – J.M. Ostelski – C.M.V. Pedalino
C.M. Rezzani – P. Roberti di Sarsina – A. Ronchi
L. Scheepers – C. Stocchino – J.R. Trigo

EDITORIALE *G. Dominici*

I livelli di similitudine 5

LA VOCE DEL PRESIDENTE *A. Ronchi*

FIAMO: siamo ancora qui! 6

RECENSIONI

Per una comunicazione scientifica più efficace *A. Ronchi* 8

Le vaccinazioni pediatriche *N. Chiaramida* 10

VACCINAZIONI *R. Gava*

Le vaccinazioni pediatriche. Etica e potere 12

OMEOPATIA INFORMATICA *C.M. Rezzani*

Cli.Fi.Col. – Clinical File Collection 22

INFORMAZIONE *P. Roberti Di Sarsina*

Dichiarazione di Pechino adottata dal Congresso
sulla Medicina Tradizionale dell'OMS 26

Annotazioni sugli aspetti deontologici e normativi a tutela del paziente
in ambito delle Medicine Non Convenzionali 28

VETERINARIA *M.I. Carvalho Ferreira – L. Figuera Pinto*

Caso clinico di Leiomioma Vaginale in una cagna trattato omeopaticamente 30

CONVEGNO NAZIONALE FIAMO 2009

37

OMEOPATIA CLINICA

Efficacia della terapia omeopatica nel trattamento di bambini e adolescenti
in situazioni di violenza

C.R. Barollo, J.R. Trigo, D. Alves, F.A.C. Bignardi, J.M. Osielski, C.M. V. Pedalino 38

I Nosodi (prima parte) *L. Scheepers, Y. Faingnaert, M. Goossens* 46

Medorrhinum. Un nosode per quadri clinici contemporanei *G. Dominici* 64

NORME PER GLI AUTORI

70

La rivista è consultabile on-line all'indirizzo www.fiamo.it

I livelli di similitudine

Quale cambiamento è possibile con la terapia omeopatica classica?

La Legge dei Simili può essere applicata alla sintomatologia del Paziente a livelli assai differenti. La scelta di posizionarsi ad uno o altro livello differenzia notevolmente l'intento terapeutico ed il risultato. Se, ad esempio, ci arriva una Paziente sofferente di cistite acuta, possiamo esaminare esclusivamente la sintomatologia riguardante la sofferenza fisica, senza curarci della tipologia (temperamento) della Paziente. E' possibile che la nostra prescrizione sia *Cantharis vesicatoria* e che i sintomi della cistite scompaiano. Se però la Paziente non corrisponde a quello che è stato definito *il genio o l'essenza* del medicamento, l'azione terapeutica potrebbe risolversi persino in un danno. E' accaduto al sottoscritto, e non una sola volta. Scomparve la cistite per lasciare il posto ad una pielonefrite acuta. La Paziente era una persona tranquilla, pacata, non troppo attiva, un quadro di certo non corrispondente a *Cantharis*. Questo fenomeno nella dottrina omeopatica classica è definito *soppressione*, e toglie argomenti a coloro che affermano che l'Omeopatia non possa creare danno. Certo che può, ed anche pericolosamente. Non sarà un danno di natura tossica, ma danno sarà. Se non si tiene debitamente in conto *chi è il Paziente*, né della Legge di Guarigione di Hering, i principi omeopatici possono rivelarsi un pericoloso boomerang. In definitiva possiamo affermare che la Medicina Omeopatica può essere applicata solo in senso olistico, non si può cioè trascurare l'individualità di chi si presenta a noi per essere curato. Ciò non implica che per una buona prescrizione occorra necessariamente racco-

La Legge dei Simili può essere applicata alla sintomatologia del Paziente a livelli assai differenti. La scelta di posizionarsi ad uno o altro livello differenzia notevolmente l'intento terapeutico ed il risultato. La ricerca del Simillimum del caso si delinea come l'unica soluzione praticabile per ottenere una guarigione reale, ne è l'approccio più ambizioso, non per questo e non necessariamente il più difficile.

gliere ed analizzare i sintomi mentali, ci si può di certo basare anche o esclusivamente sui sintomi del corpo o sulle modalità, ma non si può ovviare alla conoscenza del Paziente. Lo afferma Hahnemann in un paragrafo dell'*Organon* dove, in una nota, avverte che non possiamo prescrivere *Chamomilla* ad un soggetto tranquillo, né *Aconitum* ad un soggetto senza alcuna paura.

La ricerca del *Simillimum* del caso rimane quindi l'unica soluzione praticabile per ottenere una guarigione reale, ne è l'approccio più ambizioso, non per questo e non necessariamente il più difficile. L'errore, inevitabile e frequente, non risulterà pericoloso, piuttosto genererà un miglioramento di grado minore. Un esempio: se ricevo una telefonata per un bambino che soffre di catarro denso e giallastro delle vie aeree e vengo informato che il piccolo Paziente è particolarmente irritabile ed aggressivo, posso scegliere di prescrivere *Hepar sulphuris*. Quante probabilità ho che tale scelta corrisponda al *Simillimum*? Forse molto scarse. Ciò nonostante, corrispondendo il medicamento sia alla sintomatologia organica che a quella temperamentale, il risultato sarà buono, se non ottimo. L'energia vitale del soggetto, se non troppo malandata, non necessita di uno stimolo perfetto,

quanto di uno stimolo simile, il più simile possibile date le condizioni oggettive. D'altro canto la ricerca della similitudine profonda può dare luogo a modifiche della sintomatologia così radicali ed inaspettate da lasciare sbalorditi. L'articolo dei Colleghi brasiliani sui risultati della terapia omeopatica classica in bambini ed adolescenti in situazioni di violenza ci mostra alcuni di questi risultati. E' evidente che l'ambiente sfavorevole tenderà a riportare la situazione al punto di partenza e che una terapia omeopatica, per quanto mirata, non possa essere sufficiente a cambiare le sorti di questi Pazienti, ma risulta altresì evidente la potenzialità del *Simillimum* prescritto ad alta potenza, anche dal confronto con precedenti terapie omeopatiche inefficaci. Un ulteriore esempio lo fornisce il Paziente del Caso n. 6 del mio articolo su *Medorrhinum*. Il Paziente stesso era sorpreso, se non intimorito dai cambiamenti che vedeva in sé, nell'approccio con se stesso, nella consapevolezza del proprio corpo e del mondo circostante. Tale modifiche non erano frutto di un progetto di miglioramento, né dovute a suggerimenti del terapeuta, ma sorgevano dal profondo, da quella *Essenza vitale* risvegliata dal *Simillimum*. Possiamo fare a meno di considerare tale potenzialità terapeutica? In Scienza e Coscienza rispondo no.



FIAMO: siamo ancora qui!

Le mie riflessioni questa volta partono dal VIII Congresso FIAMO, che si è tenuto a Verona in Novembre, che ha visto nel confronto metodologico e nella sessione su etica e potere i suoi momenti centrali. Tutto il Congresso è stato caratterizzato dall'efficienza, dall'entusiasmo e, permettetemi, dall'amore che tutti gli organizzatori vi hanno profuso. Questo spirito ha reso il confronto metodologico un momento prezioso e costruttivo, che ha dato la misura della ricchezza dell'approccio omeopatico. Per la prima volta si sono potuti confrontare, con civiltà e rispetto, modalità diverse di presa del caso con le differenti valutazioni dei sintomi registrati. Si sono esplicitati criteri e percorsi differenti, uniti dalla ricerca di una logica alla luce della visione omeopatica del percorso di guarigione. Nel Congresso della LMHI di Lucerna il confronto sugli stessi temi aveva portato a conclusioni simili, cioè all'impossibilità di uniformare le metodologie, almeno allo stato attuale delle conoscenze.

Si potrebbe pensare che questa pluralità di voci sia solo un elemento negativo, indice di confusione e approssimazione, ma proprio noi che ci appelliamo al pluralismo nella Scienza dobbiamo a maggior ragione riconoscere che ci possono essere differenti cammini che portano alla stessa meta anche nel percorso di guarigione in Medicina Omeopatica. Certo ci saranno strade più dirette o più affidabili, e man mano, nel corso del tempo, certamente si metteranno in evidenza i percorsi migliori. Questo

La vivace, partecipata Assemblea dei Soci FIAMO che ha avuto luogo il 21 Novembre scorso ha eletto la sottoscritta tra i membri del nuovo Consiglio Direttivo. Così, riconfermata Presidente, eccomi ancora qui a continuare il colloquio con voi. La fiducia accordatami conferma che la FIAMO deve continuare nella linea dell'impegno per la promozione, lo sviluppo e la tutela della Medicina Omeopatica e dei Medici che la praticano con competenza. Il nuovo Consiglio Direttivo si impegna responsabilmente a proseguire in questo compito.

non è un fenomeno inusuale, in tutta la Medicina proliferano le Scuole. E d'altra parte è proprio la possibilità di evoluzione che fa della Medicina Omeopatica una vera scienza, nello spirito autenticamente hahnemanniano. La sessione sull'etica e potere ha scaldato gli animi con l'appassionata, documentatissima relazione di Roberto Gava, farmacologo e tossicologo, sui vaccini; con Gianfranco Domenighetti, esperto di politiche sanitarie svizzero, che ha mostrato quali meccanismi stiano alla base delle scelte in tema di sanità; con Eric Vanden Eynde, Medico Veterinario olandese, che ha esteso il discorso al più ampio tema ambientalista; e con Alain Calmer, che ci ha fatto riflettere su dinamiche e meccanismi di cui spesso non siamo consapevoli, spronando la nostra comunità ad adottare modalità di azione positive e costruttive. Queste approfondite riflessioni ci hanno confermato che il contributo che la Medicina Omeopatica può dare alla cura del paziente è insostituibile e non più differibile, perché implica un ampliamento di paradigma di cui la Medicina Convenzionale sente di aver bisogno.

Un recente articolo su La Stampa, a firma di Gianni Bonadonna, il famoso oncologo passato dalla parte dei malati dopo un devastante ictus, e di cui già in passato vi ho riportato delle significative parole, afferma:

... E poi c'è l'arte del medico. Quella del ragionamento, della logica, dell'interazione di mille tessere diverse di un mosaico che bisogna ricomporre. Quest'arte deve ritornare a brillare nelle nostre università, per accrescere l'efficacia della medicina. Bisogna avvicinare la filosofia e la scienza, rimettere al centro degli studi il malato e la sua interezza...

Queste parole dovrebbero far riflettere particolarmente chi accusa i Medici Omeopati di filosofeggiare, allontanandosi dalla concretezza che è richiesta alla Medicina: senza una riflessione profonda sui temi della salute e della malattia, l'Omeopatia si ridurrebbe a uno strumento tra i tanti nelle mani di un medico, pronto a lasciarlo cadere al primo, prevedibile insuccesso e aggiungerebbe alla medicina presumibilmente solo il vantaggio di una minore tossicità farmacologica.

Tornando al Congresso, le relazioni cliniche sono state numerose, con una ses-

sione veterinaria separata, il che ha tolto la possibilità di seguire tutti gli interventi. Sono stati presentati progetti di ricerca, una stimolante novità, che speriamo diano frutti nei prossimi congressi. Tra questi, segnalo in particolare il progetto del Centro per lo studio delle patologie cancerose, partito da un gruppo di veterinari e allargato a quanti possono dare un contributo operativo. Tra le relazioni che ho avuto modo di ascoltare ho personalmente apprezzato moltissimo quella di Nunzio Chiaramida, che trattava il tema delle relazioni tra medicinali convenzionali e medicinali omeopatici, che è della massima importanza per la cura dei nostri pazienti, spesso politrattati. Da questo Congresso è emersa una realtà viva, multiforme, lontana da quello stereotipo di immobilismo e chiusura su sé stessa che da più parti ci si vorrebbe affibbiare. **Possiamo rivendicare a gran voce che l'Omeopatia moderna è espressa nella FIAMO e nei medici che la compongono, che responsabilmente affrontano tutti i giorni la cura dei loro pazienti.** Non lasciamoci intimidire da

chi cerca di metterci nell'angolo, di relegarci a un ruolo di testimoni del passato! Per questo motivo dobbiamo dare forza a tutte le comunicazioni che possono veicolare la nostra voce. In quest'ottica abbiamo operato un restyling del sito web, che gradualmente diventerà sempre più funzionale e ricco. Stanno nascendo altre eccellenti iniziative, come il blog veterinario, di cui trovate il link sul sito stesso. Anche la giornata mondiale dell'Omeopatia, che la LMHI ha promosso per il 10 aprile, spostata di qualche giorno a causa della concomitanza con la settimana di Pasqua, vedrà l'impegno di molti di noi in diverse città, per un'opera di comunicazione e sensibilizzazione. Questa giornata diventa anche l'occasione per avviare una raccolta fondi, perché la nostra indipendenza ha un grande costo e vogliamo e dobbiamo mantenerla, nonostante tutto. Perfino nel mio studio ho messo proprio in questi giorni un salvadanaio, dove i pazienti possono lasciare un contributo per la ricerca in Omeopatia. Era una proposta emersa in una precedente assemblea FIAMO ed ho de-

ciso di metterla in pratica; vi saprò dire il risultato. In questo momento di crisi economica, in cui i pazienti risparmiano sulle cose superflue, solo la consapevolezza dell'importanza per la salute della medicina omeopatica può garantire il futuro del nostro lavoro. Se l'Omeopatia è solo un qualche cosa di più, se ne può fare anche a meno, ma se è qualche cosa di sostanziale per la salute, allora il paziente non l'abbandonerà. Per concludere un'ultima notazione. Nei mesi scorsi abbiamo inviato all'Istituto Superiore di Sanità le nostre osservazioni sulle linee guida per il trattamento dell'influenza, che affermavano l'inutilità delle MNC in base ai risultati di una revisione sistematica degli studi su Oscillococcinum. Queste nostre osservazioni, che potete leggere sul sito, sono state recepite con attenzione e considerazione e ne è nata una proposta di collaborazione per l'aggiornamento di quelle stesse e la formulazione di nuove linee guida. Mi sembra un risultato importante e impegnativo, che va nella direzione di quel dialogo e di quel rispetto che perseguiamo.

DAL 2009 IMPORTANTI NOVITÀ

radar
TROPICAL PROGRAM
Nuova versione RADAR 10
Sintetizza Essenziale il nuovo espositore accettato da tutti le scuole di omeopatia classica
Sintetizza il 2° Edizione inglese
Sintetizza il 2° Edizione inglese
Sintetizza adattabile anche in francese, tedesco e spagnolo

Encyclopaedia Homeopathica
Nuova versione EN 2.2
oltre 5.000 volumi in varie lingue (francese, tedesco, italiano, inglese, spagnolo e portoghese)

WinCHIP clinical file
Nuova versione WinCHIP 3.1.03
con accesso alla Banca Dati CLIF/COI, Clinical File Database
Abbonati CLIF/COI e puoi utilizzare WinCHIP gratuitamente!

h.m.s. s.r.l. health medicine services
Via Volta, 40 - 22100 Como CO
Tel. 031/24.30.07 Fax 031/22.80.682 E-mail info@hmsar.com

Per una comunicazione scientifica più efficace

Dopo quasi 20 anni di Evidence Based Medicine tale sistema, pur con tutti i progressi che ha comportato, comincia a mostrare i suoi limiti. I clinici si rendono sempre più conto che una medicina “della media” non sempre aiuta a curare i pazienti che sono “individui”. Sulle riviste più autorevoli, quelle che avevano bollato il caso singolo con lo sprezzante aggettivo di “aneddotico”, compaiono ultimamente sempre più spazi e rubriche dedicate ai case report. Si rivaluta il ragionamento diagnostico e si valorizzano le capacità cognitive del medico. Nella scala delle evidenze, d'altra parte, il parere degli esperti e i case report hanno sempre avuto un loro posto, anche se lontano dal golden standard degli RCT. E' il momento per noi omeopati, che sul trattamento dell'individuo basiamo il nostro lavoro, di inserirci in questo processo di rivalutazione, e perché questo sia produttivo dobbiamo farlo nel modo migliore.

Da quando mi occupo anche della Rivista, mi sono resa conto della estrema necessità, mia e dei colleghi omeopati in generale, di migliorare la qualità del nostro lavoro “redazionale”. Sarà perché operiamo prevalentemente in ambito privato e abbiamo meno stimoli al confronto con i colleghi, sarà semplicemente per mancanza di abitudine, ma quello che è certo è che il nostro modo di relazionare i casi e di impostare le nostre presentazioni lascia spesso a desiderare, con le dovute eccezioni. Per questo motivo sono molto lieta di segnalarvi due testi che mi

sembrano particolarmente interessanti al riguardo, entrambi editi da Il Pensiero Scientifico Editore.

Il primo è dell'epidemiologo Milos Jenicek e si intitola: **CASI CLINICI ED EVIDENCE-BASED MEDICINE - Come preparare e presentare case report**. La prima parte affronta il tema della ricerca, distinguendo quella qualitativa, dei casi clinici, da quella quantitativa, simbolizzata dalle meta-analisi.



E' interessante la considerazione che la medicina di base e la psichiatria, oltre che la psicanalisi, sono basate prevalentemente sulla ricerca qualitativa (la medicina si impara al letto del paziente, non in aula) e non è un caso che si tratti di medicine che prendono in considerazione l'uomo nella sua totalità. La seconda parte entra nel dettaglio della preparazione del case report, partendo dall'assunto che: “obiettivo del case report non è di dimostrare la correttezza del lavoro del clinico, ma di fornire tutte le informazioni necessarie per la comprensione del problema illustrato dal caso. Un casista classico ricerca e fornisce tutti i dettagli del caso. Un casista clinico punta alla giugulare, fornendo soltanto le informazioni es-

senziali.” Effettivamente uno dei nostri problemi maggiori è la selezione delle informazioni e la difficoltà a sfrondare! Successivamente l'Autore apre una finestra sui possibili sviluppi della ricerca clinica per casi, mostrando come la possibilità di avvalersi di banche dati conferisca ai nostri casi un valore ben diverso da quello che avrebbero se considerati isolatamente. Anche qui abbiamo sottomano la possibilità, con CLIFICOL, di entrare direttamente in questo processo: perché scegliamo sempre di stare alla finestra?

Il secondo libro, intitolato **DICIAMOLO CHIARAMENTE - Testi, immagini, poster e powerpoint per una comunicazione medico-scientifica efficace**, a cura di Paola De Castro, Silvana Guida e Bianca Maria Sagone, si propone di aiutarci a dare una forma impeccabile ai nostri meravigliosi e immacolati contenuti. Molto spesso osservo che non riusciamo a differenziare un testo per la pubblicazione sulla rivista da quello che dobbiamo presentare a un congresso o addirittura utilizzare per una monografia. Ho visto negli anni proporre bellissimi lavori al nostro Congresso che erano



tagliati sulla pubblicazione monografica (200 pagine), quando la presentazione avrebbe dovuto, in 20 minuti, fornire gli elementi essenziali della propria comunicazione. La richiesta di tagli solleva di solito offese e rimostre, ma ingiustificate: sta a noi adeguarci al contenitore e, al limite, cercarci il contenitore più adeguato, che potrebbe essere non la comunicazione al Congresso, ma una pubblicazione monografica. Questo testo è una miniera di informazioni, di dritte, può essere letto dall'inizio alla fine o usato per consulenze specifiche. L'utilizzo di strumenti adeguati è fondamentale per la qualità del nostro lavoro ed è la condizione basilare, minima per dialogare con la medicina accademica, per in-

staurare un confronto dignitoso. Perché i contenuti molte volte li abbiamo, ma bisogna anche saperli presentare nel modo giusto, come un piatto di alta cucina, senza colpevoli sciatte. Non ho conflitti di interessi nel segnalarvi questi testi. Certamente ce ne sono altri altrettanto utili, ma ho solo avuto l'occasione di conoscere questi frequentando l'anno passato un interessantissimo corso che Il Pensiero Scientifico Editore aveva organizzato sulla valutazione della letteratura scientifica. L'unico mio interesse è quello di far crescere la qualità del nostro lavoro, e, va bene, ammettiamolo, far meno fatica a discutere con gli autori le osservazioni sollevate sui loro articoli. Ebbene, sì: ho un conflitto di interessi!

MILOS JENICEK
CASI CLINICI ED EVIDENCE-BASED MEDICINE

Come preparare e presentare case report

Il Pensiero Scientifico Editore
Pag. 196, € 19,00

P. DE CASTRO, S. GUIDA,
B. M. SAGONE

DICIAMOLO CHIARAMENTE
Testi, immagini, poster e powerpoint per una comunicazione medico-scientifica efficace

Il Pensiero Scientifico Editore
Pag. 325, € 28,00

Commemorazione

Cristina Stocchino Medico Veterinario – Scuola Superiore Internazionale di Medicina Veterinaria CORTONA

c.stocchino@tiscali.it

In ricordo di Paolo Tambini



Quando “ci” muore qualcuno di caro, tendiamo sempre ad elogiarlo e si ricordano solo i pregi, dimenticando i difetti; è normale che sia così. Quello che mi viene adesso da pensare, però, è che non riesco, per quanto mi sforzi, a ricordare quel “qualcosa” da “dimenticare” di Paolo. Era una persona concreta, schietta, sincera, solida. Quando stavi vicino a lui sembrava che nulla potesse creare qualche problema o qualcosa di insormontabile, perché era sì molto riflessivo e serio nell'analisi delle cose, ma anche solare e sorridente. Non ricordo di averlo mai visto in un atteggiamento ombroso nei confronti di qualcuno, o alterato dal nervosismo. Non ricordo nemmeno che qualcuno ce l'avesse in qualche modo con lui, ancorché il suo era sempre l'atteggiamento di colui che è presente, ma mai in prima fila... però è lì, granitico ed attento.

Era appassionato del suo lavoro di omeopata e la passione lo aveva reso bravo, come spesso succede. Le sue lezioni erano impregnate di questa passione che trasmetteva e condivideva con la classe, parlando un linguaggio semplice, con la sua voce calma e roca, da fumatore di sigaro. Quando ho appreso la tragica notizia, non sono riuscita a piangere subito. Mi sembrava impossibile, irrealistico, ingiusto. Poi durante il giorno ho rivisto i momenti passati insieme a lui ed agli altri colleghi a Cortona, e ho realizzato la consapevolezza che non avrei più rivisto quegli occhi malinconici e profondi, quel sorriso misurato, non avrei più sentito la sua risata breve e fragorosa... è stato allora che le lacrime hanno cominciato a fluire senza tregua.

Perché quando muore una persona cara, sono quelli che restano che hanno bisogno di conforto, quelli che sono stati brutalmente privati della sua presenza. Sono sicura di questo. Sicura che lui stia bene e ci osservi, e sorrida, sentendo queste nostre parole, schernendosi perché, come tutte le persone modeste, sarebbe imbarazzato da queste attestazioni di stima, che sono solo un piccolo sunto di tutto quanto è stato detto e scritto dai colleghi che frequentavano la Scuola di Cortona, e da quelli che sono intervenuti sulle varie liste di discussione delle Associazioni scientifiche, esprimendo il loro dolore e la loro disperazione. Vorrei tanto che queste parole riscaldassero un po' il cuore della famiglia, che sento il dovere di stringere insieme a tutti coloro che hanno conosciuto Paolo, in un abbraccio affettuoso. Cristina.

Le vaccinazioni pediatriche

La recente seconda edizione del già famoso volume di Roberto Gava, riveduta ed aggiornata, risulta essere il testo più completo ed esauriente sull'argomento, con 1722 tra note e riferimenti bibliografici, alcuni dei quali molto recenti. Le vaccinazioni sono un argomento importante per gli omeopati, per i quali rappresentano uno dei principali ostacoli alle terapie omeopatiche per la profonda perturbazione delle modalità reattive dei giovani organismi in accrescimento sottoposti a tale pratica preventiva. Il testo, con un linguaggio comprensibile anche ai non addetti ai lavori, affronta il tema mettendo in luce tutti gli aspetti e i dati che provengono dal numero più ampio possibile di fonti, non limitandosi quindi ai dati provenienti dalle Aziende produttrici. Ciò permette di farsi una propria personale opinione basandosi sulla revisione aggiornata del maggior numero di conoscenze scientifiche.

I rapporti rischi/benefici per le vaccinazioni sono esaminati in dettaglio, tenendo conto dei grandi cambiamenti che si sono verificati nel corso degli anni nei paesi industrializzati per le malattie infettive, molte delle quali erano, in realtà, in diminuzione progressiva anche prima della introduzione delle relative vaccinazioni. Si riflette, inoltre, sulla utilità quanto meno dubbia di una strategia preventiva che riguarda alcuni vaccini, come ad esempio l'antipatite B, che interessa una patologia che, tranne casi particolari, avrebbe una estrema difficoltà di contagio attraverso il sangue in lattanti di pochi mesi. In certi casi appare limitato il beneficio

Dobbiamo vaccinare i nostri figli? Alla luce delle profonde modificazioni epidemiologiche delle malattie infettive nel mondo occidentale è tuttora valido un approccio che voglia potenziare in tutta la popolazione l'immunità specifica contro singoli agenti infettivi? Quali rischi si corrono rispetto ai benefici nelle singole vaccinazioni? A queste domande così importanti su uno degli argomenti fondamentali che riguardano la salute, risponde, senza tesi preconcepite, ma con il maggior numero di dati ed informazioni sull'argomento, la recente edizione del libro sulle vaccinazioni pediatriche di Roberto Gava.

vaccinale a fronte di un rischio non trascurabile a cui molte vaccinazioni possono esporre, mancando o essendo molto scarsi gli studi, soprattutto a lungo termine, sulla comparsa di effetti collaterali e di reazioni avverse. Non esiste, inoltre, come accade per gli altri farmaci l'obbligatorietà di studi sulla teratogenesi e mutagenesi nella immisione in commercio dei vaccini e i pochi studi per valutare la tollerabilità che sono effettuati si limitano spesso alla durata di pochi giorni. L'Autore evidenzia inoltre, come nel sistema attuale di farmacovigilanza le reazioni avverse ai vaccini siano solo raramente segnalate, mentre al contrario le segnalazioni aumentano notevolmente laddove si utilizzi un sistema di farmacovigilanza attiva ricontattando i genitori dopo la vaccinazione andando a cercare in questo modo, con maggiore attenzione, tali reazioni avverse.

Altri elementi di riflessione suscita la pratica vaccinale, sempre più diffusa in questi ultimi anni, caratterizzata dalla somministrazione contemporanea di diversi vaccini a lattantini di pochi mesi mediante l'associazione alle vaccinazioni obbligatorie di altre vaccinazioni

facoltative non espressamente richieste dai genitori, moltiplicando così oltre agli ipotetici benefici, i rischi connessi a tale pratica vaccinale, considerato anche l'impatto di tale potente stimolazione antigenica sul sistema immunitario in via di sviluppo del lattante. La associazione della esavalente al vaccino antipneumococcico eptavalente, uno dei più costosi a fronte di un presunto beneficio piuttosto ridotto in tale fascia di età, è in questo caso emblematica, mentre fa riflettere anche il fatto che non sia in commercio una vaccinazione tetravalente con i soli vaccini obbligatori.

Nella seconda sezione del libro sono esaminate in dettaglio le profonde modificazioni che possono intervenire nel sistema immunitario in via di sviluppo del bambino sottoposto a vaccini con tutti i possibili danni da alterazione della risposta immunitaria a seguito di squilibri indotti tra risposte Th1/Th2. In questo modo le vaccinazioni, aumentando le difese specifiche contro i singoli agenti infettivi, possono slatentizzare delle debolezze su altri versanti del sistema immunitario, favorendo reazioni di tipo allergico od au-

toimmune a seconda del tipo di vaccino. Si evidenziano anche tutti i possibili danni da vaccino legati a sostanze tossiche che fino a pochi anni fa erano contenute in alcuni di essi come il mercurio con interessanti riflessioni sul possibile rapporto tra enterocolite autistica e questa sostanza tossica. Vengono prese in considerazione, inoltre, altre sostanze tossiche che si possono trovare nei vaccini come l'alluminio, la formaldeide ed altre sostanze ancora. L'autore, inoltre, mette in luce con particolare attenzione quelle piccole modificazioni del comportamento del bambino che possono verificarsi dopo una vaccinazione. Tali modificazioni sono solo in parte note e corrispondenti a disfunzioni cerebrali minime. Esse vengono definite talvolta come "disturbi caratteriali" e sono spesso misconosciute, non considerate in relazione alle vaccinazioni dai medici dei servizi vaccinali ma sono in realtà un riscontro assai comune da parte di genitori e di medici attenti come gli omeopati.

Le vaccinazioni per loro natura non tengono conto della individualità delle reazioni biologiche mentre le strategie vaccinali dovrebbero essere il più possibile decise in base al piccolo paziente. La raccolta dell'anamnesi familiare e personale dettagliata assieme ad una visita accurata del bambino dovrebbero essere effettuate prima di ogni vaccinazione, invece sono spesso trascurate. Alcuni vaccini sono, inoltre, diretti contro virus a RNA che per loro natura sono caratterizzati da una tendenza alla estrema variabilità delle proprie caratteristiche genetiche e che dunque facilmente vanno incontro a mutazioni (ad esempio morbillo, rosolia, parotite, influenza ed altri ancora). Una strategia vaccinale aggressiva nei confronti di tali virus potrebbe favorire da un punto di vista evolutivo la comparsa di varianti mutanti ancora più virulenti dei ceppi di partenza come è accaduto in numerosi esempi

citati nel libro. Viene anche descritto il caso dell'improvviso incremento della vaccinazione antimeningococcica nella regione Veneto mediante una campagna mediatica scatenante "una fobia di massa" a fronte di nessun reale incremento dell'incidenza di tale patologia coincidente però in maniera molto precisa con la liberalizzazione delle vaccinazioni pediatriche in tale regione. Sono anche affrontate le problematiche sorte con la recente introduzione della vaccinazione anti-papillomatosi e i limiti di una strategia che voglia prevenire il cancro della cervice uterina vaccinando contro solo due tipi oncogeni di papillomavirus le dodicenni, non esistendo nessuno studio a lungo termine condotto a tal riguardo. Casi come quelli della campagna di vaccinazione antipolio nel 1996 in Albania seguita da un aumento della recrudescenza di tale malattia dovuta proprio al virus vaccino suscitano ulteriori riflessioni sul fatto che tuttora nei paesi del terzo mondo si continui a vaccinare con il vaccino antipolio vivo attenuato Sabin. Altri riflessioni preoccupanti derivano, tuttavia, anche dalla storia della contaminazione del vaccino antipolio Salk con il virus SV-40 oncogeno di scimmia che era stato riscontrato nei tessuti renali di scimmia utilizzati per la crescita del virus vaccino.

Vengono esaminate in tutti gli aspetti le analisi della possibile associazione tra antiepatite B e la sclerosi multipla venuta alla luce in modo eclatante nel sistema di farmacovigilanza francese e della possibile associazione tra il vaccino Morbillo-parotite-

rosolia e l'autismo. A fronte di questa grande quantità di dati non mancano consigli dell'autore, non solo come farmacologo ma anche come padre di famiglia, su come regolarsi nei confronti delle vaccinazioni e su cosa fare in caso di sospetto danno da vaccini con tutti i possibili suggerimenti e proposte terapeutiche da attuare in tali casi.

Negli ultimi anni si è modificato nel tempo il rapporto tra le autorità sanitarie ed i cittadini passando da una cieca fiducia ad un atteggiamento di sospetto alimentato anche da alcuni scandali. In questo senso è importante avere la possibilità di giudizio basandosi su dati certi ed incontestabili. A questo riguardo il libro sulle vaccinazioni pediatriche costituisce una solida base di conoscenze sulle quali riflettere.

La vaccinazione di un bambino dovrebbe essere il frutto di una scelta consapevole e non un'imposizione dettata dalla paura o dalle pressioni dei medici dei presidi vaccinali che talvolta con superficialità rispondono in modo evasivo alla richiesta di maggiori informazioni da parte dei cittadini. È necessario che sia fatto tutto il possibile per rendere ben chiari sia i benefici ma soprattutto i rischi eventuali che potrebbero verificarsi. Non è più sostenibile al giorno d'oggi una situazione in cui tali informazioni fondamentali siano spesso sottaciute o non rese disponibili a chiunque. Per tali aspetti il testo di Gava è quanto di più esauriente ed attuale sull'argomento e a maggior ragione non dovrebbe mancare nella biblioteca di qualunque medico non solo omeopata.

ROBERTO GAVA

LE VACCINAZIONI PEDIATRICHE

Seconda edizione

Salus Infirmorum

Pag. 820 € 33,00



Le vaccinazioni pediatriche

Etica e potere

RIASSUNTO

Forse le vaccinazioni pediatriche hanno svolto in passato un'azione protettiva e preventiva nei confronti di alcune malattie infettive, ma non possiamo attribuire a loro tutto il merito e in ogni caso al giorno d'oggi il rapporto rischio/beneficio di questa comune pratica medica è molto elevato e direttamente correlato all'aumento del numero delle vaccinazioni e alla riduzione dell'età della loro somministrazione nei neonati. Una Medicina applicata in questo modo risponde a motivazioni etiche o alle lobby del potere?

PAROLE CHIAVE

Vaccinazioni pediatriche. Etica. Danni vaccinali. Vaiolo. Epatite B. Morbillo.

SUMMARY

Paediatric vaccinations may have had a protective and preventive effect on some infectious diseases, but we cannot give them all the credit, and in any case, nowadays the risk-benefit ratio of this common medical practice is very high and directly connected to the increase of the number of vaccinations and to the decrease of the age of their administration in newborns. Is medicine applied in this manner a response to ethical considerations or to the lobbies of power?

KEY-WORDS

Paediatric vaccinations. Ethics. Vaccine injuries. Smallpox. Hepatitis B. Measles.

Se dovessimo utilizzare un'ipotetica curva geometrica per raffigurare la perdita di valori attualmente presente nella nostra società moderna tecnologico-industrializzata, dovremmo dire che negli ultimi dieci anni questa curva si è sicu-

ramente impennata. A tale proposito, credo che non solo il mondo della Sanità non faccia eccezione, ma anzi credo che proprio questo, insieme a quello politico-dirigenziale, rappresenti il luogo dove meglio si colgono i contrasti tra etica e potere. Eppure, se è vero che l'Etica rappresenta lo studio del comportamento umano alla luce di valori e principi morali, proprio il mondo sanitario e quello politico-dirigenziale dovrebbero essere quelli dove i fondamenti etici sono irrinunciabili e indiscutibili.

Ma forse il mondo d'oggi non ha più tempo per l'Etica (quella con l'E maiuscola), perché non ha più tempo per disquisizioni sui valori e principi morali, dato che molti problemi apparentemente più "concreti" si sono imposti come prioritari: i costi, il prestigio, i guadagni, sia sociali che economici, che poi sconfinano sempre in quelli personali. Alla fine il discorso si sposta sull'utilità di ogni scelta e quando si parla di utilità è facile che ogni problema umano si spogli di soggettività e di umanità; al massimo rimane l'animalità, che si traduce anche in oggettività... e così l'uomo è diventato un oggetto che può essere usato o gettato, comprato o barattato da coloro che hanno il potere di farlo.

IL POTERE... MA QUALE POTERE?

Non certamente quello etico, che è di volta in volta consentito dalla volontà o dalla disponibilità del singolo soggetto in oggetto, cioè il potere che ogni uomo de-

sidera esercitare nel momento in cui è lecito e consentito dalla legge, specie quella morale; bensì un secondo tipo di potere, quello che chi è "sotto" subisce quando è sottoposto ad un'influenza o ad un dominio per lo più assoluti da chi sta "sopra". No, non è un esagerato pessimismo, ma la cruda realtà delle Politiche Sanitarie odierne. Basta pensare:

- alla spersonalizzazione di ogni trattamento medico, nonostante si parli tanto della necessità di adattare ogni terapia alla realtà del singolo paziente;
- alla subdola imposizione (attraverso strumenti che fanno leva sulla nostra emotività e/o sulla nostra ignoranza specifica) di trattamenti massificati giustificati da linee-guida molto restrittive o da ragionamenti di protezione medico-legale o da trial clinici costruiti ad hoc dall'industria farmaceutica ed elaborati da indagini statistiche sempre più complicate e manipolabili;
- alla confusione tra prevenzione e diagnosi precoce;
- alla diffusione della "legge del godere a 360 gradi" e di quella del "tutto e subito" dove non c'è più spazio per un piccolo malessere, per una rinuncia, per la pazienza, la sopportazione...;
- alla sintomaticità di ogni terapia e alla medicalizzazione di ogni aspetto della vita nel nome di una scienza artefatta che è costruita su tanti discorsi e ragionamenti speculativi belli sono all'apparenza, ma spesso del tutto privi di utilità, di innocuità e di buon senso;

- all'abbassamento di tanti range di "normalità", come i limiti della pressione arteriosa, della colesterolemia, della curva glicemica, della presenza quantitativa della flora microbica di alcune mucose, del tono dell'umore e della sopportabilità, ... con il solo obiettivo di allargare sempre più il campo di utilizzo dei farmaci e convincere i soggetti sani che sono dei malati inconsapevoli;
- alla commercializzazione di molecole incompletamente sperimentate o addirittura meno vantaggiose o meno tollerate di quelle già in uso e che vengono commercializzate per il solo scopo di incrementare i guadagni di pochi, cioè la spesa pubblica di tutti gli altri;
- all'enorme quantità di informazioni scientifiche prodotte e diffuse ad hoc per manipolare le conoscenze e le scelte personali e comunitarie in modo da creare false necessità capaci di attivare dei circoli viziosi patologici allo scopo di aumentare in modo esponenziale ansia e paura, senso di malattia, richiesta di interventi medici, sofferenza mista a benessere momentanei e parcellari e, alla fine, la spesa pubblica e la povertà del singolo (infatti, povertà significa anche debolezza, dipendenza e un buon grado di "moderna schiavitù").

Tutto questo è Potere, un grande Potere che, secondo la precedente suddivisione, appartiene al secondo tipo. In quest'ottica del Potere si inseriscono benissimo le vaccinazioni e in particolare le vaccinazioni pediatriche.

COME DOVREBBERO ESSERE ESEGUITE LE VACCINAZIONI

Secondo una concezione bioetica, la vera etica e il vero potere etico delle vaccinazioni dovrebbe consistere nell'utilizzo delle vaccinazioni con metodo-

logie etiche in una impostazione interdisciplinare di Medicina Preventiva personalizzata, secondo valori e principi morali, nel pieno rispetto della disponibilità, della volontà e della libertà di scelta del soggetto.

Se le cose stessero così, potremmo essere a favore delle vaccinazioni pediatriche condotte:

- secondo le acquisizioni medico-scientifiche più recenti (scienza);
- nel rispetto della salute presente e futura dell'individuo (etica);
- adattate nel loro tipo, numero, età di inizio e modalità di somministrazione in base alle caratteristiche biopatografiche della persona (personalizzazione);
- nel rispetto di bisogni, disponibilità, volontà e libertà di scelta del soggetto (libertà);
- dopo aver ottenuto un vero consenso informato (informazione).

Dovremmo invece essere totalmente contrari a vaccinazioni pediatriche condotte:

- come imposizione coercitiva (obbligo);
- secondo acquisizioni mediche obsolete e non più accettabili (preconetto);
- in modo lesivo per la salute psico-fisica presente e/o futura della persona (danno);
- non adattate nel loro tipo, numero, età di inizio e modalità di somministrazione in base alle caratteristiche biopatografiche della persona (massificazione);
- senza rispetto di bisogni, disponibilità, volontà e libertà di scelta del soggetto (imposizione);
- senza aver fornito corrette e comprensibili spiegazioni dei loro vantaggi e svantaggi, cioè senza aver ottenuto un vero consenso informato (ignoranza).

QUELLO CHE CIVIENE DETTO SULLE VACCINAZIONI PEDIATRICHE

Purtroppo, i genitori che cercano la verità chiedendola ai medici dei Servizi di Igiene Pubblica o sui siti internet ufficiali trovano spesso informazioni completamente di parte che dipingono una realtà vaccinale totalmente positiva, benefica e priva di rischi. Tra i tanti esempi, uno dei più comuni è il sito molto frequentato del NIV (Network Italiano dei servizi di Vaccinazione) attivato presso il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della Azienda ULSS 9 di Treviso: www.levaccinazioni.it.

Entrando in questo sito si leggono le seguenti categoriche affermazioni:

- "I vaccini sono ritenuti una delle più grandi conquiste della Medicina grazie alla loro capacità di proteggere contro molte malattie infettive".
- "Le vaccinazioni agiscono aiutando il sistema immunitario a diventare più forte".
- "Le vaccinazioni causano raramente effetti indesiderati importanti e, comunque, la frequenza di questi effetti è centinaia o migliaia di volte minore di quelli causati dalla malattia naturale".
- "Quando si parla di vaccinazioni è impossibile non parlare del vaiolo. L'eradicazione di questa malattia rappresenta infatti il maggiore successo mai ottenuto con una strategia vaccinale".
- "Il vaccino contro il morbillo raramente può dare effetti indesiderati importanti e comunque la loro frequenza è centinaia o migliaia di volte minore rispetto alla malattia".
- "Il vaccino MPR (contro Morbillo-Parotite-Rosolia) non provoca encefalite e meningite".
- "Era stata fatta l'ipotesi che il vaccino MPR potesse causare autismo. Le ricerche scientifiche eseguite per valutare questa ipotesi hanno invece dimostrato che lo sviluppo dell'autismo non è assolutamente

correlato all'uso del vaccino MPR o di qualsiasi altro vaccino".
 - "Vi è assoluta certezza scientifica che un bambino vaccinato è molto più sicuro di un bambino non vaccinato. La scelta di non vaccinare è rischiosa; è importante aderire alla proposta e proteggere il proprio bambino da malattie, come il morbillo, la parotite e la rosolia, che possono compromettere per sempre la sua salute".
 Ci chiediamo allora: questi messaggi sono figli dell'ETICA o del POTERE?

MA È PROPRIO QUESTA LA REALTÀ?

Nel 1980, un epidemiologo svizzero, che aveva studiato l'evoluzione nel suo Paese della mortalità dovuta alle maggiori malattie infettive da quando erano state registrate le cause di morte, scrisse:

"La mortalità dovuta a TBC, difterite, scarlattina, pertosse, morbillo, tifo, febbre puerperale e gastroenterite infantile iniziò a ridursi molto prima dell'introduzione dei vaccini e degli antibiotici e questo declino è stato causato da diversi fattori legati all'incremento degli standard di vita: miglioramento quali-quantitativo del cibo, migliore igiene pubblica e personale, migliori condizioni di vita domestica e lavorativa, migliore istruzione".¹

In un editoriale del 1999 di una nota rivista di pediatria è stato addirittura scritto che: "Nella storia, la maggior diminuzione della morbilità e mortalità causate dalle malattie infettive non è stata merito dei moderni antibiotici o dei vaccini, ma dell'introduzione dell'acqua pulita e delle fognature".²

Ciò è dimostrato dai dati epidemiologici di queste malattie che indicano un calo numerico chiaramente iniziato già prima che si avviassero le campagne di vaccinazione e manifestatosi in modo sovrapponibile anche tra la popolazione dei Paesi europei che non era

stata vaccinata.
 Ma cosa dicono i dati epidemiologici ufficiali a tale proposito?

DATI EPIDEMIOLOGICI UFFICIALI

Solo per accennare ad alcuni dati (maggiori dettagli possono essere trovati nel libro che ho scritto sulle vaccinazioni peduiatriche³), ricordo che i casi di **epatite virale B** erano in netta discesa ben prima dell'obbligatorietà di questa vaccinazione nei neonati (1991) e questo calo era particolarmente evidente nella fascia di età di 15-24 anni che non erano neppure soggetti all'obbligo (figura 1).
 Inoltre, il calo è avvenuto anche per le epatiti nonA-nonB per le quali non è

disponibile alcun vaccino (tabella 1). Proprio per questo motivo alcuni dicono che le vaccinazioni non hanno fatto altro che salire astutamente su un treno in corsa autoattribuendosi meriti che non hanno mai avuto (questo ovviamente senza negare loro concreti effetti protettivi che però sono ben lontani da quelli che attualmente vengono loro attribuiti).
 Un discorso analogo può essere fatto per il **morbillo**. Infatti, presentando i dati come viene fatto diffondendo curve come quella della figura 2 si può convincere il Lettore a pensare che sia stata la vaccinazione antimorbillosa a ridurre l'incidenza della malattia (in questo caso i dati sono stati presi da quelli americani successivi al 1960). Se però si va a guardare cosa è accaduto nei 50

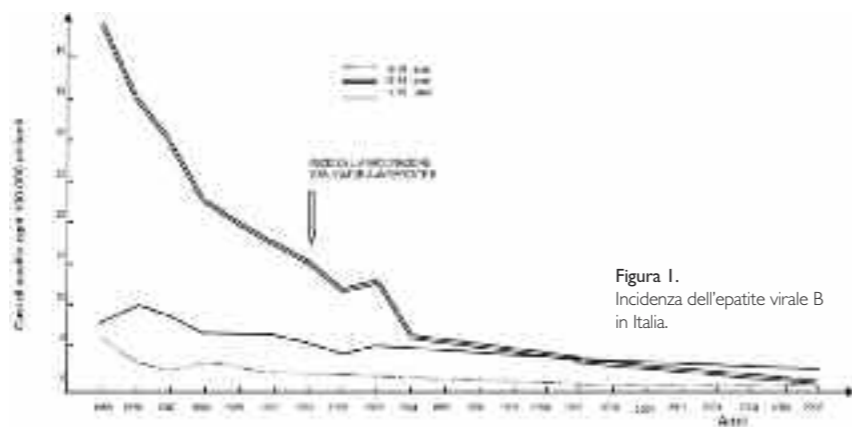


Figura 1. Incidenza dell'epatite virale B in Italia.

Anno	0-14 anni			15-24 anni			≥25 anni		
	Epatite A	Epatite B	Epatite nonA-nonB	Epatite A	Epatite B	Epatite nonA-nonB	Epatite A	Epatite B	Epatite nonA-nonB
1967	29	6	2	16	42	15	2	7	4
1968	4	3	1	7	39	16	3	16	4
1969	6	3	2	6	31	6	1	8	1
1970	4	2	1	7	22	8	1	7	2
1971	2	2	2	4	19	8	2	5	2
1972	2	1	0	2	17	5	2	4	2
1973	3	1	1	7	12	7	3	4	2
1974	11	1	0	12	10	4	2	5	2
1975	9	1	0	11	11	4	3	4	2
1976	11	1	0	14	8	2	2	4	2
1977	5	1	0	6	8	7	1	3	7
1978	10	1	0	18	5	2	3	7	1
1979	31	0,2	0	50	3	1	6	4	1
1980	3	0,4	0	12	4	1	4	3	1
1981	2	0,2	0,2	5	3	1	2	3	1
1982	1	0,1	0,1	5	3	1	1	3	0,7
1983	1	0,1	0,1	4	1,5	1	1	2,3	1
1984	2	0,2	0,1	3	1,3	1	2	2	1
1985	7	0,2	0,1	4	0,8	0,8	3	2,3	0,9
1986	4	0,2	0,1	3,5	0,7	0,4	3	1,5	0,7
1987	5	0,25	0	3	0,6	0,6	1,7	1,8	0,6
1988	2,2	0,22	0,3	1,4	0,7	0,7	1,7	2,7	0,6

Figura 2. Casi di malattia per morbillo negli USA ogni 100.000 abitanti (per PESS si intende la Pan-Encefalite Sub-acute Sclerotizzante).

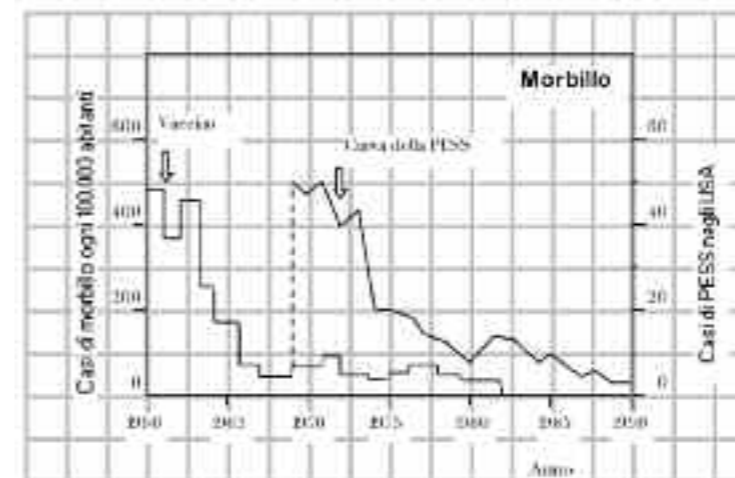


Figura 2. Casi di malattia per morbillo negli USA ogni 100.000 abitanti (per PESS si intende la Pan-Encefalite Sub-acute Sclerotizzante).

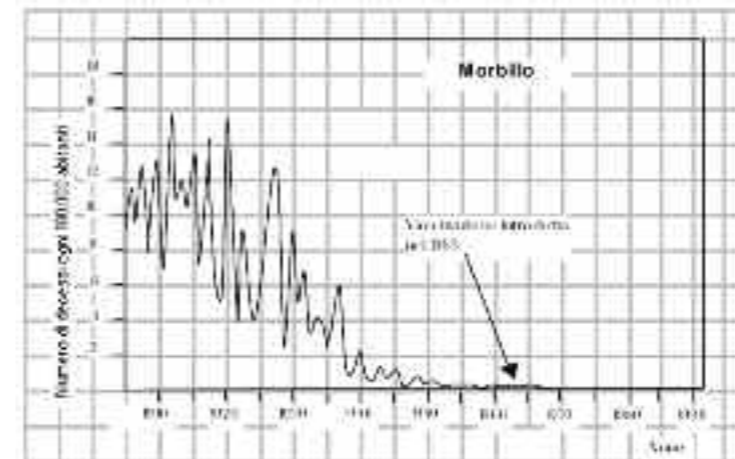


Figura 3. Mortalità per morbillo negli USA.

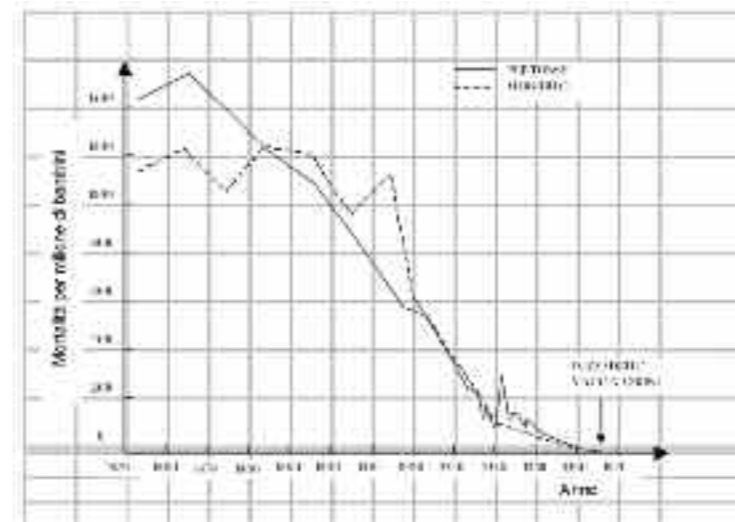


Figura 4. Mortalità per pertosse e morbillo nei bambini al di sotto di 15 anni in Inghilterra e Galles dal 1850 al 1970.

anni (figura 3) o 100 anni (figura 4) precedenti il 1960, si vede come gli eventi (in questo caso la mortalità per morbillo e, nella sola figura 4, anche per la pertosse) erano nettamente in calo e le vaccinazioni sono state iniziate quando questa patologia era nettamente meno frequente e meno pericolosa.

E la poliomielite?

L'Europa è stata certificata "Polio Free" dal 2002 e nel 2005 avrebbero dovuto sospendere questa vaccinazione in tutto il territorio della Comunità Europea, ma, si presume per importanti interessi economici, non è stato così, nonostante da molti anni non ci siano casi di polio selvaggio e i soli casi di poliomielite siano quelli causati dal vaccino vivo orale di Sabin (proprio per questo sospeso in tutta Europa e dal 2003 anche in Italia, ma non sospeso in Africa e in Asia... si dice perché costi meno di quello di Salk preparato con virus morti e somministrato per via parenterale). Proprio per l'uso del vaccino antipolio di Sabin, in questi ultimi anni in molti Paesi del mondo la poliomielite sta riaumentando. Un esempio per tutti ci viene dall'India: l'Indian Medical Association (IMA) ha sollevato forti dubbi sul fatto che dopo un decennio di intensive campagne di vaccinazione antipolio, l'incidenza dei casi di paralisi flaccida acuta da polio sia in continuo aumento; l'incidenza della malattia è aumentata dai 3.047 casi del 1997, quando è stato iniziato il PEI (Polio Eradication Initiative), ai 27.000 casi del 2005 e la malattia ha colpito bambini che erano stati vaccinati. Nel contempo, ci sono rapporti che sostengono la diffusione della polio anche in aree che prima erano esenti da questa malattia.⁴

Anche se questi sono solo alcuni dei numerosi esempi possibili, ci si può veramente chiedere:

SONO STATI IVACCINI A RIDURRE LE MALATTIE INFETTIVE PEDIATRICHE?

Parrebbe proprio di no, ma se le cose sono veramente come le abbiamo descritte, invece di promuovere costose vaccinazioni di massa, non è molto più utile, razionale e corretto adottare misure che potenzino l'immunità specifica e migliorino le condizioni igieniche, sociali e alimentari, riservando la vaccinazione solo a gruppi attentamente selezionati?

La risposta non è difficile se si pensa che proprio agendo nel modo in cui stiamo pubblicamente facendo, la spesa per la salute nei Paesi industrializzati è in continua crescita (nel 2007, negli USA, si è giunti al 16% del PIL) e sappiamo tutti che più soldi girano, più c'è occasione di guadagno e di aumento del potere personale da parte di coloro che fanno girare quel denaro.

LAVACCINAZIONE ANTIVAIOLOSA NON HA DEBELLATO ILVAIOLO

Ci dicono che la vaccinazione antivaiole ha debellato il vaiolo, ma ... secondo un rapporto dell'OMS (*Organizzazione Mondiale della Sanità*), fino all'agosto 1967 in India sono state fatte 537 milioni di vaccinazioni contro il vaiolo (su 511 milioni di abitanti), ma all'inizio del 1967 ci fu l'epidemia più grave di vaiolo con 60.000 casi di malati accertati. Nelle edizioni di quel tempo di una Rivista dell'OMS (*Weekly Epidemiological Record*) si legge che la stessa OMS non aveva mai sostenuto che le vaccinazioni antivaiole di massa erano state la chiave del successo conseguito. Anzi, anche l'OMS notò che nei periodi in cui si incrementarono le vaccinazioni aumentarono considerevolmente le in-

fezioni di vaiolo. Infatti, in India, dopo ogni vaccinazione di massa (come quelle degli anni 1952, 1957, 1958, 1963, 1967, 1973 e 1974) ci fu sempre un aumento dei casi accertati di vaiolo. A causa di questo insuccesso, l'OMS decise di applicare il "programma modificato". Cioè:

- rinunciò ad una vaccinazione di massa incontrollata e dette più importanza:
- ad una precisa vigilanza,
- ad un corretto isolamento dei malati,
- alla quarantena delle persone infette,
- alla disinfezione di tutti gli oggetti entrati in contatto con i malati, ecc.

Anche nella relazione della *Direzione Generale del Comitato Esecutivo dell'OMS* relativa al programma di lotta al vaiolo del 1977 si legge:

"Durante la lotta decennale per l'eliminazione del vaiolo è emerso che il vaiolo può diffondersi anche in una popolazione completamente vaccinata. Pertanto, si è adottata un'altra strategia: le vaccinazioni di massa sono state sostituite da un monitoraggio e da un trattamento mirato della malattia".

Con queste misure di sicurezza fu possibile far sparire il vaiolo in poco tempo e solo in questo modo il programma dell'OMS ebbe successo, però nonostante queste dichiarazioni ufficiali ... si continua a dire che la vaccinazione ha debellato il vaiolo nel mondo!

LAVACCINAZIONE ANTIMORBILLOSA NON DEBELLERÀ IL MORBILLO

Per quanto riguarda il morbillo, in un libretto diffuso gratuitamente alle famiglie e curato dalla *Commissione Vaccinazioni della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica* (SIAIP) si legge: "Purtroppo il morbillo è una malattia temibile che frequentemente causa complicazioni e qualche volta la

morte. Secondo l'*Organizzazione Mondiale della Sanità*, ogni anno si verificano nel mondo 45 milioni di casi di morbillo, responsabili di almeno un milione di morti".⁵ Se fosse vero, la mortalità per morbillo sarebbe addirittura di un caso ogni 45 malati, ma questo fortunatamente non è vero! Inoltre, il suddetto sito internet che reclamizza le vaccinazioni (www.le-vaccinazioni.it) afferma che: "Le vaccinazioni causano raramente effetti indesiderati importanti e, comunque, la frequenza di questi effetti è centinaia o migliaia di volte minore di quelli causati dalla malattia naturale". E afferma anche che: "Il vaccino contro il morbillo raramente può dare effetti indesiderati importanti e comunque la loro frequenza è centinaia o migliaia di volte minore rispetto alla malattia".

Tutte queste affermazioni (apparentemente ufficiali) spaventano e inducono a vaccinare! PERCHÉ?

A pag. 2 della pubblicazione della *Commissione Vaccinazioni* della SIAIP si legge (in corpo piccolo): "Questa pubblicazione è stata realizzata grazie al supporto [economico] di Baxter BioScience, Berna Biotech, GlaxoSmithKline, Novartis, Sanofi Aventis Pasteur, Wyeth", che sono note Case Farmaceutiche produttrici di vaccini pediatrici. ECCO PERCHÉ SI VUOLE SPAVENTARE E FAR VACCINARE!

Inoltre, in passato si diceva che il morbillo poteva causare una encefalite ogni 2.000 malati e che conveniva la vaccinazione perché poteva causare l'encefalite con una frequenza 500 volte inferiore, cioè un caso ogni milione di dosi. La letteratura però fornisce frequenze molto diverse:

- in uno studio inglese pubblicato sul *Lancet* nel 1993 è stato indicato che l'incidenza della meningite asettica è di 1 caso ogni 11.000 dosi di vaccino;⁶
- in uno studio giapponese del 1996 (che è lo studio più accurato in lette-

ratura perché si è basato su dati di *farmacovigilanza attiva* e ha coinvolto un elevatissimo numero di pediatri) ha dato stime di 1 caso ogni 1.430 dosi di vaccino].⁷

In passato si diceva anche che la *PanEncefalite Sclerosante Subacuta* (PESS), una delle complicanze più temibili del morbillo e che è dovuta alla persistenza del genoma virale all'interno del genoma delle cellule nervose cerebrali, era causata solo dalla malattia morbilloso naturale, mentre oggi si sa che può essere causata anche dal vaccino. Uno studio inglese del 2004 e condotto tra il 1990 e il 2002 ha raccolto 47 casi di PESS: 35 dopo morbillo naturale e 12 dopo vaccino.⁸ Anche uno studio croato del 2004 ha riportato 2 casi di PESS in bambini vaccinati nei quali è stato trovato un virus vaccinale ipermutato.⁹ Ebbene, c'è il timore che i casi di encefalite acuta e di PESS possano aumentare tra qualche anno proprio a causa dei vaccini perché:

- la PESS da virus selvaggio colpisce con una frequenza di 1 caso ogni 100.000 malati di morbillo e si manifesta solo in soggetti deboli;
- una ipotetica epidemia importante con 20.000 casi di morbillo (oggi molto poco probabile in Italia dato che attualmente vengono riportati solo circa 500-600 casi di morbillo/anno), forse non avrebbe alcun caso di PESS oppure 1 caso ogni 5 anni;
- la PESS da virus vaccinale colpisce con una frequenza di 0,7 casi ogni milione di dosi di vaccino, ma in Italia si vaccinano 560.000 bambini 2 volte/anno; quindi ci sarebbe all'incirca 1 caso di PESS all'anno, si manifesterebbe in soggetti sani e molto probabilmente, proprio per il fatto che viene reclamizzato che i vaccini fanno solo bene, non sarebbe mai attribuito al vaccino (la tabella 2 riassume questi dati).

Quindi, si può concludere che la vaccinazione crea più malati e più complicazioni della malattia morbilloso che si manifesta spontaneamente.

La differenza tra vaccinati e non vaccinati, però, è ancora maggiore, perché il vaccino contro il morbillo non causa solo *encefaliti/encefalopatie acute* a breve termine e *PESS* a lungo termine, dato che può causare pure: porpora trombocitopenica, convulsioni, sindrome di Guillain-Barré, parkinsonismo, atassia cerebellare, neurite ottica, retinopatia diffusa, sindrome nefrosica, sindrome da shock tossico, morbo di Crohn (3 volte in più) e colite ulcerosa (2,5 volte in più), autismo, ecc.¹⁰ Oltre a questo, quello che più preoccupa è che sono in continuo aumento anche le segnalazioni di ceppi morbilloso che attaccano direttamente certi distretti dell'organismo (in genere non toccati dalla malattia naturale) causando gravi patologie localizzate (per es. patologie renali o del sistema nervoso indotte dal virus morbilloso ipermutato diventato più patogeno e che ha espresso la sua patogenicità non causando la malattia canonica, ma una variante della malattia classica). Ciò accade solo in popolazioni altamente vaccinate (casi di questo tipo non erano noti in era pre-vaccinale), dove sono stati isolati *virus ipermutati*, cioè modificati.

Il normale virus morbilloso induce patologie specifiche e ben conosciute e quando ne causa altre che di solito non provoca, significa che il virus si è modificato e questo è molto frequente con i vaccini a virus a RNA.

MORBILLO	Malattia Naturale		Malattia Vaccinale	
	Anni 1981-80	Anni 2000-05	Anni 1960-70	Anni 1993-95
Casi/anno	100.000	500.000	?	?
Encefaliti	1:2.000	1:1-4 anni	1:1.000.000	1:1.500-11.000 100-700 casi/anno*
Mortalità (95% casi vaccinati)	1:10.000	1:15-20 anni	1:1.000.000	1:7.000-60.000 20-100 casi/anno*
PESS	1:100.000	1:150-200 anni	?	0,7:1.000.000 1 caso/anno*

*: vaccinando 560.000 bambini 2 volte/anno

Tabella 2. Confronto tra la malattia morbilloso naturale e quella vaccinale

A PROPOSITO DI AUTISMO

Va detto che, se i famosi FDA (*Food and Drug Administration*) e CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) americani hanno sempre lavorato molto bene fino agli anni '80, poi sono stati sempre più coinvolti nella promozione dei vaccini e per quanto riguarda la relazione mercurio vaccinale o vaccini pediatrici e autismo, hanno finanziato solo 3 studi epidemiologici (due studi negli USA che hanno riscontrato importanti aumenti dei casi di autismo, ma nonostante ciò non è stato né proposto né fatto nulla di concreto per affrontare o limitare questa situazione; uno studio in Danimarca che, da come è stato impostato, sembra avesse come unico scopo quello di tentare di escludere la correlazione fra l'autismo e la vaccinazione MPR)¹². Inoltre, i CDC hanno sempre negato ogni relazione tra vaccini e autismo; hanno sempre escluso anche il minimo danno imputabile al mercurio vaccinale e ogni relazione tra mercurio e autismo; continuano a dire di non conoscere le cause dell'autismo e si ostinano a non produrre al loro interno alcuno studio di carattere clinico che valuti adeguatamente il problema... e tutto questo come se l'autismo non fosse un vero problema, ... un vero e grave problema sociale.

MA, È VERO CHE L'AUTISMO NON È UN PROBLEMA E CHE NON HA RELAZIONE CON IL MERCURIO CONTENUTO NEI VACCINI E CON GLI STESSIVACCINI PEDIATRICI?

L'incidenza dell'autismo negli USA è in netta crescita (figura 5 e tabella 3) e lo è da quando sono iniziate le multi-vaccinazioni ed è corrispondentemente aumentata l'inoculazione di mercurio nei neonati (tabella 4).

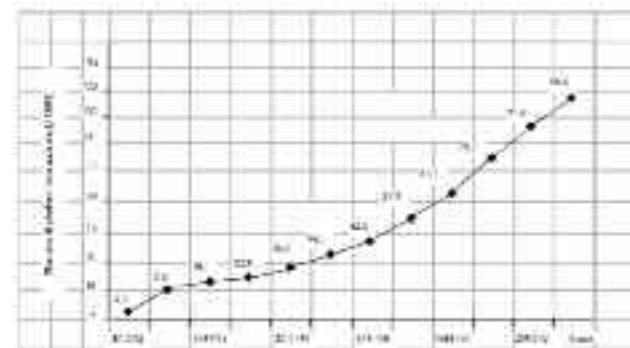


Figura 5. Numero di bambini dai 6 ai 21 anni con diagnosi di autismo che frequentano le scuole USA (tratto da: U.S. Department of Education, 26th Annual Report to Congress on the Implementation of the Individuals with Disabilities Education Act, 2003).

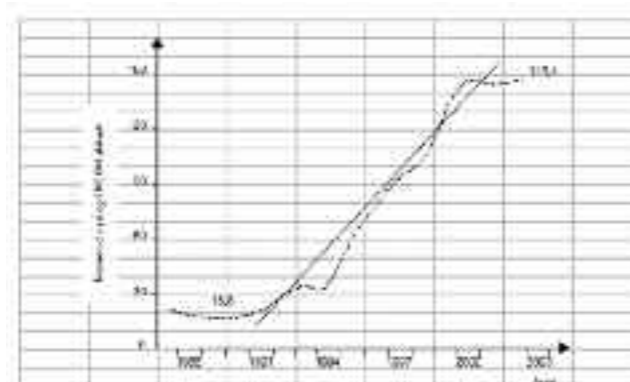


Figura 6. Prevalenza dell'autismo in Danimarca in individui di età inferiore a 15 anni.

Stato degli U.S.A.	Periodo 1992-1993	Periodo 2002-2003
California	5	2082
Alaska	28	2452
Alaska	4	527
Alabama	4	401
Arizona	3	104
New Hampshire	8	491
Ohaio	22	417
Oregon	27	3339
Florida	18	2219
DC	8	170

Tabella 3. Stati USA con il maggiore aumento di studenti con autismo: età da 6 a 21 anni [anni scolastici dal 1992-1993 al 2002-2003] (cfr. U.S. Department of Education, 26th Annual Report to Congress on the Implementation of the Individuals with Disabilities Education Act, 2003).

Numero medio annuo dei casi di autismo per anno di nascita in California	Media del mercurio contenuto nei vaccini pediatrici e somministrati in ogni ciclo vaccinale			
	25-50 mcg	75 mcg	150 mcg	1875 mcg 275 mcg
1943-1952	10			
1953-1962	40			
1963-1972	130			
1973-1982		190		
1983-1992		270		
1993-1998			550	
1999-1999				1220
1995-1998				1820
Primo semestre 1999				0

Tabella 4. Incremento dei casi di autismo infantile in relazione all'aumento dell'esposizione pediatrica al mercurio vaccinale dal 1943 al 1998 nello Stato americano della California [fonte: Environmental Working Group; i dati relativi ai casi di autismo sono stati forniti dal California Department of Developmental Services 2004 (non sono disponibili i dati dopo il 1998); il mercurio fu gradualmente rimosso dai vaccini pediatrici (da agosto 1999 al novembre 2002) e dai vaccini materni (dal 2003)].

Per inciso, ricordo che secondo i livelli di sicurezza del 1999 dell'EPA (*Environmental Protection Agency*), la soglia massima del mercurio oltre la quale potrebbero comparire danni tossicologici è di 0,1 microgrammi/kg di peso corporeo al giorno. Pertanto, un neonato di 2-3 mesi non dovrebbe ricevere più di 0,5 microgrammi al giorno, ma la tabella 4 illustra che negli USA si è addirittura arrivati a somministrare con i vaccini pediatrici ben più di 200 mcg di mercurio a neonati di pochi mesi. Nel 2004 l'Environmental Working Group (EWG) ha pubblicato un documento in cui spiega che i bambini autistici si trovano in una particolare predisposizione biologica che li rende molto suscettibili agli effetti neurotossici del mercurio e di altri composti chimici. L'EWG conclude affermando che il mercurio può contribuire o causare l'autismo e altri disordini dello sviluppo neuronale e che questi dati fanno sorgere grandi perplessità circa tutti gli studi che hanno affermato che il mercurio contenuto nei vaccini sia innocuo.¹³ Nello stesso anno 2004, però, il famoso e autorevole Institute of Medicine americano (controllato dalla FDA) ha concluso una sua pubblicazione affermando che non c'è relazione tra mercurio e autismo e NON dovrebbero essere condotti altri studi per indagare su questa relazione.¹⁴ Alle stesse conclusioni sono giunti anche gli Autori di uno studio danese che ha dimostrato una netta correlazione positiva anche tra autismo e vaccino MPR (figura 6).¹⁵ Pertanto, i dati epidemiologici disponibili ritengono per lo meno fortemente sospette come causa di autismo sia le vaccinazioni pediatriche sia il mercurio contenuto nei vaccini.

QUAL È LA PATOGENESI DELL'AUTISMO DAVACCINAZIONI?

Sappiamo che la glutazione (un antiossidante prodotto sia nel cervello che nel fegato) è il maggiore agente intracellulare deputato alla detossificazione dal mercurio e da altri metalli pesanti e dai danni causati dai radicali liberi che si formano in risposta all'iperproduzione di citochine liberate da una iperattivazione Th1 o Th2 cerebrale indotte a loro volta dalle vaccinazioni neonatali.¹⁶ Quindi, la sintesi della glutazione e della cisteina (un precursore della glutazione) sono cruciali per la "detossificazione cerebrale". Inoltre, sappiamo che i bambini autistici hanno i livelli di glutazione e di cisteina rispettivamente il 46% e il 19% più bassi del normale e ciò ovviamente compromette la loro capacità di detossificarsi.¹⁷ Sappiamo anche che circa il 15% della popolazione ha una suscettibilità aumentata all'esposizione al mercurio e in questi soggetti accade che i livelli di etilmercurio trovati 8 giorni dopo le vaccinazioni pediatriche conducono all'inibizione del 50% dell'enzima metionina-sintetasi.¹⁸ Per questa inibizione enzimatica, alla fine i neuroni diventano incapaci di sintetizzare la cisteina (che è l'aminoacido limitativo indispensabile per la sintesi della glutazione). Ne risulta che i neuroni perdono la capacità di riparare i danni da radicali liberi e diventano più sensibili alla tossicità neurologica del mercurio.¹⁹

La Dr.ssa Elizabeth Mumper, professore associato di Pediatria e Medicina della Famiglia all'Università della Virginia e presidentessa di *Advocates for Children* (una clinica pediatrica di Lynchburg) ha detto: "Ho visto una bibliografia contenente più di mille articoli sul thimerosal [mercurio vaccinale] che dimostra i vari modi in cui è nocivo. ... Le prove ci sono, prove scientifiche buone e attendibili, ma convincere i medici a guardarle è un'altra storia. ... Quello che stiamo vedendo è una generazione di bambini che sono stati avvelenati a causa di negligenza e incompetenza. Non potrei dirlo in modo più chiaro: nella Medicina tradizionale, oggi, non esiste speranza per un bambino che ha l'autismo. Tra vent'anni, il fatto stesso che ci sia stato un dibattito sul legame tra autismo e mercurio sarà considerato semplicemente ridicolo". Ma allora, se i dati scientifici di cui disponiamo sono così espliciti, la massiccia propaganda che viene fatta a favore dei vaccini appartiene all'Etica o al Potere?

FARMACOECONOMIA DEI VACCINI PEDIATRICI ITALIANI

Prima di rispondere, forse è il caso di accennare anche ad un altro argomento strettamente economico sul quale ho iniziato a riflettere nel 2002 e cioè quando i miei pazienti hanno co-

Vaccino	N. vaccini	Costo bambini dall'ingresso ciclo (euro)	Costo nazionale dall'ingresso ciclo (milioni di euro)
- Vaccini obbligatori	4	159,24	75,24
- Vaccino esavalente	6	272,91	147,59
- Vaccino esavalente con i vaccini del meningococco	9	294,70	142,95
- Antipneumococco coniugato esavalente	1	281,07	151,78
- Vaccino esavalente (esavalente + antipneumococco)	7	554,01	299,17
- Rotavirus (vaccini facoltativi) 2 DTP, 2 MPR, antipneumococco 7, antirabbia, antivaricella, anti-papillomavirus, antiinfluenza)	11	1.183,35	490,65
Totale	48	1.737,30	768,83

Tabella 5. Farmacoeconomia dei vaccini pediatrici in Italia.

minciato a riferirmi che gli uffici vaccinali "imponivano" ai neonati l'esavalente invece dei soliti 4 vaccini obbligatori. Questo problema è diventato per me preponderante quando mi sono accorto che nel 2007 i Servizi vaccinali hanno iniziato ad aggiungere all'esavalente il vaccino antipneumococcico e infine, a partire dal 2008, hanno iniziato a raccomandare anche l'antinfluenzale ai bambini di età superiore ai 6 mesi.

Dalla tabella 5 si capisce chiaramente il vantaggio economico per l'industria farmaceutica (e la spesa che ricade su tutti noi) di questa politica pro-vaccini, perché risulta evidente come si sia passati da una spesa annua lorda di circa 75 milioni di euro a 147 milioni di euro per l'esavalente, a circa 300 milioni di euro con l'aggiunta dell'antipneumococcica, fino a circa 800 milioni di euro all'anno se si aggiungono anche le altre vaccinazioni raccomandate.

È ETICA O POTERE?

A questo punto si ripropone con più forza la domanda precedente: *la massiccia propaganda che viene fatta a favore dei vaccini appartiene all'Etica o al Potere?* E a quale Potere? Quello del primo tipo: consentito dalla volontà o dalla disponibilità del soggetto ... o quello del secondo tipo: sottoposto all'esercizio di un'influenza o di un dominio per lo più assoluti? Per non parlare del vaccino contro il papillomavirus, un vaccino che ha infranto quelle che sono state sempre ritenute le indiscutibili leggi della Farmacologia ... che erano anche le Leggi del comune Buon Senso, oltre ad essere quelle della vera Scienza.

IL PAPILOMAVIRUS UMANO (HPV)

Sappiamo che il papillomavirus:

- È un virus normale che si ritrova in soggetti sani.
- Viene trasmesso con il coito, ma anche con contatti pelle-pelle.
- Ne esistono 120 genotipi, 15 dei quali sono potenzialmente cancerogeni.
- Uno qualsiasi di questi 120 genotipi, cancerogeno o meno, può rimanere asintomatico per tutta la vita (10-15% dei casi) o essere eliminato in 12-18 mesi (80-90% dei casi).
- Uno dei genotipi cancerogeni può rimanere asintomatico per tutta la vita (10-15% dei casi) o essere eliminato in 12-18 mesi (80-90% dei casi), ma può anche causare (in circa 5 anni) una displasia (1% dei casi) che eccezionalmente, e solo in circa 20-50 anni, può evolvere in carcinoma del collo uterino (probabilità 1:10.000).
- Questa evoluzione dipende essenzialmente dal sistema immunitario della donna.
- Questo carcinoma è in netto calo nei Paesi ricchi, è facilmente identificabile dal Pap-test ed è eliminabile ambulatorialmente.
- Inoltre, il carcinoma della cervice uterina:
 - Ultimamente ci viene presentato come gravissimo dai media e definito come il 2° tumore maligno femminile ... mentre questa posizione vale solo per il Terzo Mondo dove l'igiene, le tecniche diagnostiche e la cultura sono precarie (da noi è all'8° posto).
 - È il tumore maligno che meno ci dovrebbe preoccupare, perché potrebbe essere eliminato come causa di morte se tutte le donne si sottoponessero ad un Pap-test almeno ogni 3-4 anni (in Italia, il 30% delle donne non ha mai eseguito un Pap-test).
- Circa l'attuale vaccino anti-HPV:
 - Bisogna attendere ancora un tempo

minimo di circa 20 anni prima di sapere se sarà efficace nel prevenire il carcinoma cervicale (perché ha un'incubazione di 20-50 anni dallo stato di displasia).

- Se dovesse essere efficace, sarebbe efficace solo verso i genotipi 16 e 18 e non verso gli altri 13 genotipi cancerogeni di HPV.
- Anche se fosse efficace, non eviterebbe alle donne il Pap-test, dato che altri 13 genotipi possono causare il tumore.
- Può causare varie reazioni avverse anche gravi, inclusa la morte.
- È molto costoso e incute un falso senso di sicurezza/protezione verso il tumore, specie nelle giovani.
- Può causare un aumento di frequenza, virulenza e cancerogenicità dei genotipi non bloccati dal vaccino (è il pericolo più grave, perché si potrebbe tradurre nei prossimi anni in un aumento sia dei casi di tumore da genotipi non coperti dal vaccino, sia in un aumento della velocità di comparsa e della gravità di questo tipo di tumore).

Quindi, dato che soltanto tra almeno 20 anni sapremo gli effetti reali (positivi o negativi che siano) su coloro che si vaccinano oggi, *le attuali vaccinazioni sulle dodicenni possono essere considerate rischiose sperimentazioni di massa su bambine che, per quello che ne sappiamo, oggi vengono trattate da cavie umane.*

Questa è etica o potere? E quale potere?

ALLEVACCINAZIONI DI MASSA C'È UNA SOLUZIONE: L'OMEOPATIA HAHNEMANNIANA

Se questa è la nostra Medicina Moderna, credo che mai come oggi l'Omeopatia Hahnemanniana sia la grande soluzione veramente terapeutica, realmente scientifica, a dimensione d'uomo, personalizzabile, innocua (se ben utilizzata), rispettosa

dell'individuo, non costosa e profondamente efficace non solo a livello organico, ma anche sul piano mentale. La Medicina Omeopatica non si limita a curare l'uomo, ma, come ci ha insegnato la profonda intuizione di Hahnemann, lo libera anche da buona parte di quelle catene che gli impediscono di conseguire il fine ultimo della sua esistenza.

Il problema, eventualmente, è che tutto questo dipende molto da ognuno di noi ...

Ci è stata donata e messa tra le mani una potente Medicina, ma sapremo usarla ... non per accrescere il nostro potere personale, ma per collaborare al ripristino della salute di colui che a noi si affida, accrescendo quel buon potere che nasce dall'uso saggio della propria libertà e che ha le sue radici nella Legge dell'Amore?

Dipende sempre da ognuno di noi... ma io sono sempre stato ottimista, forse anche perché credo negli omeopati d'oggi.

BIBLIOGRAFIA

1. GUBERAN E. *Tendances de la mortalité en Suisse*. Schweiz.

Med. Wschr 1980; 110: 574

2. EDITORIAL. *Zinc, diarrhea and pneumonia*. J. Pediatr. 1999; 135 (6): 66

3. GAVA R. *Le Vaccinazioni Pediatriche. Revisione delle conoscenze scientifiche*. Edizioni Salus Infirmorum, Padova, 2° ed., 2008

4. EDITORIAL. *Drop in the Ocean*. The Times of India. 23 Sep 2006

5. COMMISSIONE VACCINAZIONI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA PEDIATRICA. *Conoscere i vaccini*. Pacini Editore, 2007, pag. 21

6. MILLER E. ET AL. *Risk of aseptic meningitis after measles, mumps and rubella vaccine in UK children*. The Lancet 1993; 341 (8851): 979

7. KIMURA M. ET AL. *Adverse events associated with MMR vaccines in Japan*. Acta Paediatr. 1996; 38 (3): 205

8. MILLER C. ET AL. *The epidemiology of subacute sclerosing panencephalitis in England and Wales 1990-2002*. Arch Dis Child 2004 Dec; 89 (12): 1145-8

9. FORCIC D ET AL. *Detection and characterization of measles virus strains in case of subacute sclerosing panencephalitis in Croatia*. Virus Res 2004 Jan; 99 (1): 51-6

10. THOMPSON N.P., MONTGOMERY S.M., POUNDER R.E., WAKEFIELD A.J. *Is Measles vaccination a risk factor for inflammatory bowel disease?* The Lancet 1996; 345: 1071-1073

11. www.levaccinazioni.it

12. MADSEN M.K. ET AL. *A population-based study of measles-mumps-rubella vaccination and autism*. New Engl J

Med. 2002; 347: 1478

13. ENVIRONMENTAL WORKING GROUP: *Overloaded? New Science, New Insights about Mercury and Autism in Susceptible Children*. Washington, DC: EWG Action Fund; 2004

14. INSTITUTE OF MEDICINE (US). *Immunization Safety Review: Vaccines and Autism*. Washington, DC: National Academy Press, 2004

15. GOLDMAN G. S., YAZBAK F. E. *An investigation of the Association between MMR Vaccination and Autism in Denmark*. Journal of American Physician and Surgeons 2004; 9 (3): 70

16. JAMES SJ, SLIKKER W 3RD, MELNYK S ET AL. *Thimerosal neurotoxicity is associated with glutathione depletion: protection with glutathione precursors*. Neurotoxicology 2005; 26: 1-8

17. JAMES SJ, CULTER P, MELNYK S ET AL. *Metabolic biomarkers of increased oxidative stress and impaired methylation capacity in children with autism*. Am J Clin Nutr 2004; 80: 1611-17

18. WALY M, OLTEANU H, BANERJEE R ET AL. *Activation of methionine synthase by insulin-like growth factor-1 and dopamine: a target for neurodevelopmental toxins and Thimerosal*. Mol Psychiatry 2004; 9: 358-70

19. ENVIRONMENTAL WORKING GROUP. *Overloaded? New Science, New Insights about Mercury and Autism in Susceptible Children*. Washington, DC: EWG Action Fund; 2004

FIAMO/ La voce forte della medicina dolce

Iscriviti o rinnova la tua iscrizione per il 2009

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. 2009

Le quote di iscrizione sono le seguenti:

- **Soci ordinari* Medici**/ Iscrizione F.I.A.M.O.-LIGA/ € 100,00
- **Soci ordinari* Medici**/ Iscrizione F.I.A.M.O.-LIGA-ECH/ € 125,00
- **Soci ordinari* Veterinari**/ Iscrizione F.I.A.M.O.-LIGA/ € 80,00
- **Soci aggregati**/ Allievi Scuole del Dipartimento Fiamo**
Iscrizione Fiamo/ € 50,00 - Iscrizione Liga € 12,00
- **Soci Sostenitori/** da € 200,00 in su

* **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.

PACCHETTO SPECIALE

- **Soci ordinari* Medici** (iscrizione F.I.A.M.O.-LIGA + 3 edizioni -100 copie per numero- della rivista Il Granulo + iscrizione all' E.C.H. - European Committee for Homeopathy)/ € 180,00
- **Soci ordinari* Veterinari** (iscrizione F.I.A.M.O.-LIGA + 3 edizioni -100 copie per numero- della rivista Il Granulo + iscrizione all' E.C.H. - European Committee for Homeopathy)/ € 160,00
- **Soci aggregati**/ Allievi** (iscrizione F.I.A.M.O.-LIGA + 3 edizioni -100 copie per numero- della rivista Il Granulo) € 160,00

È possibile effettuare il pagamento della quota tramite RID che assicura con puntualità le ISCRIZIONI alla F.I.A.M.O., evitando disagi postali e possibili dimenticanze. Le spese per l'attivazione del RID e i costi delle operazioni a favore di Associazioni "no profit", hanno "Costo Zero". Collegandoti all'ABI trovi l'elenco aggiornato delle Banche che aderiscono all'iniziativa "RID anch'IO": http://www.abi.it/manager?action=show_document&portalId=1&documentId=9294%20. Se anche la tua Banca è tra queste, la domiciliazione bancaria delle donazioni è da considerarsi gratuita.



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

Cli.Fi.Col. – Clinical File Collection

Una Banca Dati per l'Omeopatia

UN PO' DI STORIA...

Questo progetto, nato circa 20 anni fa, epoca in cui l'informatica in medicina muoveva i primi passi, è oggi finalmente operativo nella sua prima versione che ci auguriamo possa essere migliorata col contributo di tutta la comunità scientifica.

I medici omeopati che hanno contribuito alla realizzazione di questo progetto, sempre hanno posto l'accento su tre aspetti:

- di fronte all'esigenza di regolamentazione dell'omeopatia da parte di istituzioni e governi, il mondo omeopatico non disponeva e non dispone di casi clinici ben documentati: questi rimangono "sepolti" nelle cartelle dei singoli omeopati.
- I Repertori e le Materie Mediche, pur avendo una grande validità, spesso presentano delle lacune sia per la mancanza di una verifica clinica dei sintomi, sia perché sono privi di nuove informazioni.
- I casi clinici, sia quelli presentati ai congressi che quelli pubblicati, evidenziano il problema che le differenti metodologie utilizzate dai medici non vengono mai esplicitate e questa situazione genera, anche tra gli stessi medici, la percezione che la metodologia clinica omeopatica sia frammentata e non uniforme.

LE FINALITÀ DI CLI.FI.COL....

SONO QUELLE DI TUTTI GLI OMEOPATI

Alla luce delle considerazioni sovraespresse la necessità quindi di centralizzare una casistica clinica era ed è più che mai attuale, ma il poter disporre di una quantità rilevante di dati clinici può costituire un patrimonio solo a condizione che questi casi siano qualitativamente ben raccolti e documentati.

ALCUNE DIFFICOLTÀ E SOLUZIONI ADOTTATE

- Una prima difficoltà incontrata è stata quella dell'**impatto linguistico**. Si è deciso di creare dei codici, a volte mutuati dalla medicina convenzionale (ICD, ICPC), ma più spesso creati appositamente per la pratica clinica omeopatica; tali codici permettono l'interscambio dei dati superando la barriera linguistica.
- Per facilitare in controllo dei dati da inviare si sono creati degli

CLO.FICOL. – CLINICAL FILE COLLECTION A DATA BANK FOR HOMEOPATHY

A LITTLE INTRODUCTION...

This project started about 20 years ago, when the first steps were being taken to introduce computer science into the study of medicine, is finally operative in his first version, that we hope can be improved thanks to the contribution of the entire scientific Homeopathic community. Homeopathic physicians who contributed to the realization of this project have always stressed this three aspects:

- Homeopathic word needs a legislation from governments and institution and the homeopathic community hasn't got well documented clinical cases, that, in fact, remain in the single doctor's medical record.
- Repertories and Materia Medica are still good instruments but they are often imperfect because of the lack of a clinical review of symptoms and because of the impossibility of adding new information
- Clinical data, presented at the congress or edited, show that among the work of homeopathic physicians are used different methodologies which are not well expressed and this situation creates the feeling that the homeopathic clinical methodology is fragmented.

THE PURPOSES OF CLI.FI.COL... ARE THE PURPOSES OF ALL HOMEOPATHIC PHYSICIANS

The need to centralize case studies became imperative, but the quantity of clinical data collected can be a resource only if the cases are well documented and well collected

DIFFICULTIES AND APPLIED METHODS

- One of the first difficulty found was the linguistic impact. It was decided to create codes, in some cases borrowed from conventional medicine (e.g. ICD, ICPC), but more often created for the clinical homeopathic practice itself. These codes enable a good communication, crossing the linguistic barrier.
- To facilitate the control of the data that are going to be uploaded there were created quality standards (changeable and flexible) that define if the presented case satisfy quality requirements. This clinical material could also be used for comparison with conventional medicine and not only for research within purely homeopathic parameters. That is the reason why all the cases must be provided with an accurate collection of Family History, Past Medical History, information about the reason of consultation, diagnosis and finally prescriptions with the explanation of the Follow Up.

standard di qualità (modificabili e flessibili) che definiscono se il caso soddisfa le condizioni di qualità richieste. Tale dati, validando anche il caso secondo criteri convenzionali, rendono la casistica clinica utilizzabile sia per un confronto con la medicina convenzionale che per ricerche all'interno di tematiche strettamente omeopatiche. Per questo motivo i casi devono essere correlati dalla raccolta dell'anamnesi familiare, patologica remota e fisiologica, del motivo della visita con la relativa diagnosi, della prescrizione con la relativa spiegazione e di un adeguato Follow-Up.

A tutti i dati (campi) è stato attribuito un valore da 0 a 3:

- 0 = dato che può essere escluso cioè di nessuna importanza
- 1 = dato accessorio
- 2 = dato importante ma non obbligatorio di cui si incoraggia la raccolta
- 3 = dato fondamentale e quindi obbligatorio

- Altro punto fondamentale è stato il rispetto della **privacy** dei pazienti. I dati vengono inviati criptati, privati di ogni dato che possa identificare il paziente, e in Banca Dati vengono attribuiti al medico che li ha inviati. Quindi non vengono inviate informazioni anagrafiche, fotografiche, sonore o filmate che possono violare le norme sulla privacy. I dati clinici del paziente quindi, quando inviati alla Banca Dati, risultano anonimi.

IL COMITATO SCIENTIFICO

È stato costituito un comitato scientifico internazionale in cui sono stati affrontati aspetti etici, culturali e gestionali.

- Dal punto di vista etico è stato creato un **documento di consenso** che ogni medico deve far firmare al paziente per l'autorizzazione all'invio dei dati (sia personali, sia di familiari minorenni); è previsto anche l'invio di casi veterinari nello stesso database con possibilità di consultazione mista (casi veterinari e umani) o separata ed in un prossimo futuro è previsto anche l'invio dei dati di Proving.
 - Il comitato ha stabilito **tre modalità per l'invio dei casi**:
 - Tutti i Casi**: vengono inviati tutti i casi, per studi epidemiologici, statistici, etc.
 - Casi Selezionati**: vengono inviati tutti i casi ben documentati su particolari rimedi, patologie o aspetti di metodologia o dottrina.
 - Studi Prospettici**: vengono inviati casi per studi prospettici su patologie scelte secondo diversi criteri.
- Per ogni gruppo viene definito un controllo specifico nello standard qualitativo. Un caso può soddisfare una o più delle condizioni sopradescritte. Attualmente si è deciso di porre l'accento sulla raccolta di "Casi selezionati" (opzione 2).

- Altri compiti svolti dal comitato sono:



HE & HI
Homoeopathia Europea & Internationalis
in collaboration with all the homeopathic
physicians from Mexico and South America



ECH
European Committee
for Homeopathy



UHB
Unio Homeopathica Belgica



LMHI
Liga Medicorum Homeopathica
Internationalis

To all corresponding data (fields) a value between 0 and 3 was assigned:

- 0 = item which may be left out, i.e. of no importance
- 1 = minor item
- 2 = item which is important, but not necessary, whose collection is encouraged
- 3 = fundamental, and therefore compulsory, item

- Another important point was patient's privacy. The data sent to the database are encrypted and don't contain any information that could identify the patient, since they are associated to the physician posting them. Therefore nor photographic, audio or video material, that could violate these privacy rules, can be sent. Once in the Data Bank, the patient's clinical data are anonymous.

THE SCIENTIFIC COMMITTEE

Cultural, ethical and administrative issues were tackled through the creation of a Scientific Committee.

- Concerning ethical issues, it was drawn up a consensus docu-

- Validare i casi** prima di un utilizzo scientifico per studi, pubblicazioni ecc.
- Stabilire gli **studi prospettici** coi relativi criteri di inclusione e successiva verifica.
- Definire implementazioni e suggerimenti sul **funzionamento** per l'interrogazione della Banca Dati.
- Definire le linee guida per la **relazione con gli sponsor, i finanziamenti** ecc.

L'INVIO DEI CASI

È stato creato un grande database con struttura "scalare" cioè suscettibile di ampliamento senza che si debba modificare tutta la struttura; successive aggiunte non influenzeranno i dati già inviati. A questo database si accede tramite internet con un "browser" che serve anche per la raccolta e il controllo qualitativo dei dati da inviare. Tale browser è **WinCHIP** (prossimamente disponibile anche su piattaforma nativa MAC) che a tutti gli effetti è da considerarsi l'attuale *client* di CLI.FI.COL..

L'invio di un caso avviene in questo modo:

- quando un medico dispone di un caso che soddisfa uno dei tre criteri sopradescritti, cliccando sull'icona CLI.FI.COL., verifica della completezza delle informazioni raccolte
 - se il caso soddisfa lo standard di qualità richiesto viene inviato, altrimenti viene aperta una finestra che indica quali dati mancano e il programma invita il medico a completare meglio il lavoro.
- Questo controllo risulta utile non solo per l'invio del caso/i a CLI.FI.COL. ma per tutta la casistica presente in cartella, aiutando così anche il medico a perfezionare il proprio lavoro. Il caso inviato è disponibili "in linea", cioè a disposizione di tutta la comunità scientifica, dopo circa 10 minuti dall'invio!

LA CONSULTAZIONE DELLA BANCA DATI

Ogni medico quando è abilitato all'invio di casi, ha anche accesso alla consultazione.

Nella Banca Dati è possibile effettuare ricerche per:

- generare statistiche
- selezionare un caso secondo diversi criteri e scaricare tutto la storia clinica in formato PDF:
- ad esempio un caso di tumore osseo in un bambino, o un caso clinico del rimedio *Mangifera* prescritto secondo una determinata analisi del caso e con una conseguente strategia
- visualizzare particolari relazioni: ad esempi frequenza di alcuni sintomi repertoriali
- ricercare sintomi guida non ancora inclusi nel repertorio

In futuro è prevista l'interfaccia tra il sintomo repertoriale e le relative parole utilizzate dal paziente con lo stesso sintomo e parole

ment. It was decided that each physician should make his patient sign a release form before his data (personal data, as well as for their family members) could be collected. Moreover, the same database can be used for veterinary data, that can be consulted separately or jointly. In the next future will be planned also a consensus document for proving data.

- The committee has fixed three ways to send the cases:
 - All case studies:** all case studies that can be used for epidemiological, statistical research etc.
 - Selected case studies:** only case studies that illustrate particular treatments, pathologies, methodologies or theoretical points
 - Case studies for perspective studies:** cases that can be used for perspective studies according to specific criteria

For each group there is a different control of quality standard. A case study can satisfy one or more of the condition described above. Nowadays it was decided to focus on the collection of "Selected case studies" (option 2)
- Other specific duty of the committee are:
 - Validating case studies before they can be scientifically used for studies, publication etc.
 - Identifying perspective case studies, verification and consequent inclusion criteria
 - Defining rules and methods to consult the Data Bank
 - Defining guidelines for relationships with sponsors, financing...

POSTING CASE STUDIES

It has been created a large database with a scalable structure, that can be expanded without modifying the structure itself; subsequent addition will not affect the data previously stored. It is possible to access this database via Internet by means of a "browser" that is also used for the collection and for the qualitative control of the data that will be sent.

This browser is called WinCHIP (soon available even on Mac) and it has to be considered as the actual client of CLI.FI.COL.

This is how to post a case:

- when a physician has got a case that satisfies one of the above mentioned criteria, he asks for the validation of the case simply by clicking on the "Clifcol" icon.
- if the case really satisfies the required quality standard, it will be posted; otherwise will be asked to fulfill the work by a window indicating which information are missing.

This kind of control makes the physician improve his job because it checks both the cases that will be sent to Data Bank and all the cases contained in the folder:

The study is then available "online" to the whole scientific community after about ten minutes from the upload!

HOW TO CONSULT THE DATA BANK

Each physician entitled to post case studies is also entitled to consult the database.

esprese nei Proving.

Tali dati potranno essere utilizzati dal medico per studio personale, come materiale didattico, ma non potranno essere utilizzati per pubblicazione o ricerche senza il consenso scritto del Comitato Scientifico.

UTILITÀ

L'utilità di una Banca Dati così strutturata offre essenzialmente diverse possibilità di ricerca, perfezionamento e ampliamento dei nostri strumenti.

- La possibilità di verificare clinicamente l'efficacia dei nostri rimedi in diverse situazioni cliniche diventerà un grande risorsa a difesa dell'Omeopatia.
- L'ampia documentazione clinica su rimedi prescritti con diverse strategie offrirà la possibilità di un nuovo e aggiornato patrimonio vivente di Materia Medica e Metodologia Clinica.
- Le modificazioni cliniche dei sintomi guida offrirà la possibilità di arricchire i nostri repertori favorendo:
 - una conferma clinica dei sintomi esistenti o una loro rivalutazione
 - una creazione di una nuova scala di valorizzazione più raffinata rispetto al 1°, 2°, 3° e 4° grado degli attuali Repertori. A tale proposito infatti è prevista in WinCHIP e in CLI.FI.COL. la possibilità di inviare casi raccolti per l'analisi statistica dei sintomi nella popolazione generale e nei vari rimedi come richiesto dal gruppo olandese coordinato da Lex Rutten.
- Potremo analizzare i sintomi repertoriali legati alle parole espresse dal paziente in modo da rendere più ricco il linguaggio repertoriale con maggiore possibilità di efficacia prescrittiva e prossimamente interfacciare queste informazioni con la Banca Dati dei Proving.
- Le strategie prescrittive accumulate nella Banca Dati potranno far luce sui nostri successi e insuccessi, arricchendo il nostro patrimonio dottrinario.

COME ADERIRE AL PROGETTO

Il progetto sponsorizzato dalla L.M.H.I e dall'E.C.H. è aperto a tutte le istituzioni e a tutti i medici che vogliono arricchire la Banca Dati con diverse metodologie.

Aderire al progetto è semplice: basta possedere un computer, una connessione internet e la cartella clinica WinCHIP. Con la sottoscrizione di un abbonamento annuale di 100 Euro (sottoscrizione che nella fase iniziale durerà fino alla fine del 2010) è possibile far parte del progetto. Chi non ha disponibilità della cartella Clinica WinCHIP può far richiesta di uso gratuito a condizione che si impegni a inviare almeno due casi all'anno. Per informazioni sulle modalità di abbonamento basta inviare una mail a clifcol@hehi.org. Vi aspettiamo!

The Data Bank can be consulted for the following purposes:

Produce statistic

- Select a case study according to different criteria and download the complete case history in .PDF format: i.e. a case of bone tumor in a child or a clinical case concerning the remedy mangifera, prescribed according to a particular case analysis and a specific strategy
- Visualize specific information: i.e. the frequency of some repertorial symptoms
- Search for guiding symptoms that are not included in the repertory yet

In the future there will be an interface between the repertorial symptoms and the relative words used by patients with the same symptoms and word expressed by the provers.

These data could be used by the physician for personal study and for teaching practice, but not for publication or research without a written consensus of the Scientific Committee.

USEFULNESS

A Data Bank that is structured in this way, opens up many new possibilities for research, improvement and growth of our professional knowledge.

- The possibility of verifying the clinical effectiveness of our remedies in different clinical situations will become an asset in defending homeopathy
- The many clinical records on remedies, combined with different prescription strategies, represent a new updated living heritage of Materia Medica and Clinical Methodology
- Clinically observed changes of guiding symptoms will give the possibility of enriching our repertories, in direction of:
 - The clinical validation or review of existing symptoms
 - The creation of a new and more defined scale of valorization other than 1°, 2°, 3°, 4° grades of current Repertories.

Inside WinCHIP and inside CLI.FI.COL. in fact, there will be the possibility of posting case studies regarding the statistic analysis of symptoms found among general population and in the several remedies as required by Dutch group coordinated by Lex Rutten.

HOW TO JOIN THE PROJECT

The project, sponsored by L.M.H.I and by E.C.H. is open to all institutions and to all the medical doctors who would like to enrich the Data Bank through different methodologies.

It is very simple to join the project: the only things needed are a computer, an Internet connection and the WinCHIP Clinical file. With the annual subscription, that costs 100€ (at the beginning will last until the end of 2010) it is possible to join the project.

Who hasn't already got WinCHIP, can ask for a free use on condition that he will post at least two cases per year. For further information it is possible to send an email to clifcol@hehi.org.

We are waiting for you!

Dichiarazione di Pechino

adottata dal Congresso sulla Medicina Tradizionale dell'OMS

Pechino, 8 novembre 2008

partecipanti al Congresso sulla Medicina Tradizionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, riuniti a Pechino in data odierna, 8 novembre 2008;

Ricordando la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, tenutasi ad Alma Ata trent'anni fa, e sottolineando che le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla pianificazione e alla messa in atto della propria assistenza sanitaria, che può includere l'accesso alla medicina tradizionale;

Ricordando le risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità volte alla promozione della medicina tradizionale, compresa la risoluzione WHA56.31 sulla Medicina Tradizionale (maggio 2003);

Rilevando che l'espressione "medicina tradizionale" copre un'ampia gamma di terapie e pratiche che possono variare significativamente fra i diversi paesi e le diverse regioni, e che la medicina tradizionale può anche essere definita medicina alternativa o complementare;

Riconoscendo che la medicina tradizionale è una delle risorse che i servizi di assistenza sanitaria primaria hanno a disposizione allo scopo di accrescere la disponibilità e l'accessibilità a livello economico, nonché di contribuire al miglioramento della situazione sanitaria, compresi i punti citati negli Obiettivi di Sviluppo del Millennio;

Riconoscendo che gli Stati Membri hanno legislazioni, approcci, responsabilità normative e modelli di erogazione diversi;

zione diversi;

Rilevando che i progressi compiuti nel campo della medicina tradizionale sono stati messi a segno in una serie di Stati Membri attraverso la messa in atto della Strategia sulle Medicine Tradizionali dell'OMS 2002-2005;

Esprimendo la necessità di azione e cooperazione da parte della comunità internazionale, dei governi, nonché dei professionisti e degli operatori sanitari al fine di assicurare un utilizzo corretto della medicina tradizionale come componente significativa per la salute di tutti i popoli, in conformità con le capacità, le priorità e le leggi attinenti dei singoli paesi;

In conformità con le capacità, le priorità, le leggi attinenti e le circostanze dei singoli paesi, formulano la seguente Dichiarazione:

I. La conoscenza della medicina, delle terapie e delle pratiche tradizionali dovrebbe essere rispettata, tutelata, promossa e comunicata ampiamente e correttamente in base alle circostanze dei singoli paesi.

II. I governi hanno una responsabilità nei confronti della salute dei rispettivi popoli e dovrebbero formulare delle politiche, delle norme e dei criteri nazionali nell'ambito dei sistemi sanitari nazionali complessivi al fine di garantire un utilizzo corretto, sicuro ed efficace della medicina tradizionale.

III. Riconoscendo i progressi compiuti finora da molti governi nell'integra-

zione della medicina tradizionale nei rispettivi sistemi sanitari nazionali, ci appelliamo a quelli che ancora non l'hanno fatto affinché agiscano in tal senso.

IV. La medicina tradizionale dovrebbe essere sviluppata ulteriormente sulla base della ricerca e dell'innovazione, in linea con la "Strategia e piano di azione globale in materia di salute pubblica, innovazione e proprietà intellettuale" adottati nel 2008 in occasione della LXI Assemblea Mondiale della Sanità all'interno della risoluzione WHA61.21. I governi, gli organismi internazionali e le altre parti in causa dovrebbero collaborare alla messa in atto della strategia e del piano di azione globale.

V. I governi dovrebbero istituire dei sistemi volti alla qualificazione, all'accreditamento o alla concessione delle licenze ai professionisti che praticano la medicina tradizionale. I professionisti che praticano la medicina tradizionale dovrebbero sviluppare ulteriormente le proprie conoscenze e competenze in base ai requisiti nazionali.

VI. La comunicazione fra i fornitori di assistenza sanitaria basata sulla medicina tradizionale e su quella ortodossa dovrebbe essere rafforzata, e dovrebbero essere istituiti dei corsi di formazione appropriati rivolti ai professionisti sanitari, agli studenti di medicina e ai ricercatori interessati.

Annotazioni sugli aspetti deontologici e normativi a tutela del paziente in ambito delle **Medicine Non Convenzionali**

Sono trascorsi otto anni da quando il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), viste la Risoluzione n. 75 del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997 e la Risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999 "Sullo statuto delle medicine non convenzionali", ha riconosciuto, per il loro rilievo sociale, 9 Medicine Non Convenzionali: Agopuntura, Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Ayurvedica, Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Omotossicologia, Fito-terapia, Chiropratica e Osteopatia. Le sopracitate nove Medicine Non Convenzionali sono state riconosciute di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra in quanto "a tutti gli effetti atto medico" (Linee guida della FNOMCeO sulle medicine e pratiche non convenzionali, Terni 18 maggio 2002). Nel Codice di Deontologia Medica in vigore dal 2006 (come nel precedente emanato nel 1988) viene dedicato un articolo (art. 15 in tre commi) alle Medicine Non Convenzionali. L'art. 15 così recita:

- Il ricorso a pratiche non convenzionali non può prescindere dal rispetto del decoro e della dignità della professione e si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale del medico.
- Il ricorso a pratiche non convenzionali non deve comunque sottrarre al cittadino a trattamenti specifici e scientificamente consolidati e richiede sempre circostanziata informazione e

acquisizione del consenso.

- E' vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire l'esercizio di terzi non medici nel settore delle cosiddette pratiche non convenzionali.

La posizione, espressa dal massimo organismo della professione medica, ribadisce che le uniche figure abilitate ad esercitarle sono i medici chirurghi e odontoiatri resi esperti attraverso rigorosi e specifici percorsi formativi. Nel 2003 la Federazione Nazionale degli Ordini Veterinari (FNOVI) ha emanato analogo documento col quale vengono riconosciute 5 discipline quale atto medico veterinario (Agopuntura, Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Omeopatica, Omotossicologia, Fito-terapia) e anche il Codice di Deontologia Veterinaria dedica un articolo (art. 30 in due commi) alle Medicine Non Convenzionali. L'art. 30 così recita:

- La pratica delle Medicine Non Convenzionali in ambito veterinario è di esclusiva competenza del Medico Veterinario.
- Questa deve essere svolta nel rispetto dei doveri e della dignità professionali e nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale, acquisito il consenso del cliente debitamente informato.

Nel 2003, a seguito della sottoscrizione del Documento di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia, fu costituito, alla presenza dell'allora vice presidente vicario della FNOMCeO, il Comitato di Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia, aperto a tutte le componenti sanitarie,

nelle sedi rappresentative della professione medica, alle Istituzioni della Repubblica sia nazionali che regionali e territoriali, nonché nei confronti delle associazioni dei cittadini per tutelare le MNC e promuoverne il riconoscimento sulla base del Documento di Terni. Il sopracitato articolo 15 del Codice di Deontologia Medica sottolinea il principio di autoregolamentazione della responsabilità professionale del medico, che assume carattere più incisivo laddove si tratti di medicine non convenzionali. Il medico dovrà impegnarsi a far sì che il cittadino non si sottragga a specifici trattamenti di comprovata efficacia. Come è noto, le prestazioni sanitarie e l'esercizio professionale delle Medicine Non Convenzionali sono un argomento che ha investito direttamente la Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, il cui Consiglio nazionale nel 2002 emanò "Le Linee Guida delle Medicine e Pratiche Non Convenzionali". In Italia – pur in assenza di una legge quadro nazionale sulle MNC, richiesta a tutti gli stati membri dell'Unione europea da specifiche risoluzioni del Parlamento europeo (n. 75/1997) e del Consiglio d'Europa (n. 1206/1999) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità –, sia la Suprema Corte di Cassazione sia la Corte Costituzionale hanno emanato sentenze inequivocabili sia sulle responsabilità professionali e sulla esclusività dell'esercizio delle medicine non convenzionali dei soli laureati in medicina. Infatti la Suprema Corte di Cassazione (1982, 1999, 2003, 2005, 2007) ha sancito che l'agopuntura è atto me-

dico; che il prescrittore di prodotti omeopatici deve essere medico; che costituisce esercizio abusivo della professione medica praticare le Medicine Non Convenzionali da parte di soggetto che non abbia conseguito la laurea in medicina e chirurgia. La Suprema Corte ha chiarito definitivamente la necessità di tutelare la salute pubblica stabilendo che l'esercizio di tutte le Medicine Non Convenzionali devono essere praticate solo dai medici. L'esercizio di tali attività, pertanto, deve essere subordinato al controllo, di natura pubblicistica, dell'esame di abilitazione e dell'iscrizione all'albo professionale e, prima ancora, al conseguimento del titolo accademico della laurea in medicina. La Corte Costituzionale (2005, 2006, 2007, 2008) ha sentenziato che le Regioni non possono legiferare sull'individuazione delle figure professionali e l'istituzione di nuovi albi, competenze che sono riservate allo Stato, cioè non possono legiferare su nuovi profili sanitari non normati e riconosciuti da preesistente legge nazionale.

La Corte Costituzionale ha affermato, in ordine alla questione di legittimità costituzionale di disposizioni di legislazione regionale aventi ad oggetto la regolamentazione di attività di tipo professionale, che la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle "professioni" deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, rientrando nella competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale. Tale principio, al di là della particolare attuazione ad opera dei singoli precetti normativi, si configura infatti quale limite di ordine generale, invalicabile dalla legge regionale. Ne consegue l'illegittimità costituzionale delle Leggi regionali sottoposte, nel caso di specie, al vaglio del Giudice delle leggi. Il sistema ordinistico, la FNOMCeO, mette a disposizione dei cittadini l'anagrafe sanitaria di tutti i medici e gli odontoiatri italiani sul proprio sito in-

ternet qualora un cittadino voglia verificare se il professionista a cui si rivolge è un medico o un odontoiatra. In caso di dubbi, dunque, basta un click: sul sito della Federazione degli Ordini dei Medici c'è infatti l'anagrafe sanitaria e il cittadino può verificare che il proprio specialista di riferimento sia effettivamente iscritto all'Ordine. Oltre a ciò il cittadino si può rivolgere direttamente all'Ordine della provincia in cui risiede e chiedere se il proprio specialista è un medico. Dato che l'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri è un organo di diritto pubblico periferico ausiliario dello Stato nel dirimere, gestire e risolvere i problemi della Sanità e quindi l'Ordine provinciale ha il dovere di fornire tale informazione.

* Paolo Roberti di Sarsina, Esperto per le Medicine Non Convenzionali del Consiglio Superiore di Sanità; componente dell'Osservatorio per le Medicine Non Convenzionali della Regione Emilia-Romagna; coordinatore del Comitato per le MNC in Italia



SERVIZIO FARMA-EXPRESS
consegna a domicilio in tutta Italia

06.89013476
ORDINI TELEFONICI

FARMA POINT

Farma Point s.r.l.
Ufficio Ordini: Via Marziale, 3 - 00136 Roma - Tel 06.89013476
Punto Vendita: Circ.ne Trionfale, 9 - 00195 Roma
Tel 06.7851326 - 06.78388703 - www.farmapointsrl.com
email Info@farmapointsrl.com - ordini@@dini@farmapointsrl.com

Caso clinico di Leiomioma Vaginale in una cagna trattato omeopaticamente

Traduzione a cura di Pietro Gulia, guliapt@libero.it

Articolo pubblicato su *International Journal of High Dilution Research*,
v. 7, issue 24, p. 152-158, September 2008 – ©2008 GIRI152

RIASSUNTO

I leiomiomi ed i fibromi sono le più comuni neoplasie vaginali in cagne anziane. Sebbene il trattamento d'elezione sia l'asportazione chirurgica, esso non elimina le eventuali complicazioni che possono condurre alla morte o compromettere la qualità della vita. Questo articolo descrive il caso di un Doberman femmina, di 9 anni d'età, affetta da leiomioma vaginale con colporragie profuse e recidivanti, trattata omeopaticamente tra il Marzo ed il Dicembre del 2005. L'approccio omeopatico fu del tipo messo a punto presso l'Unità Omeopatica dell'Ospedale Veterinario, Università Federale Rurale di Rio de Janeiro, Brasile.

L'evoluzione della patologia fu valutata mediante analisi clinica, esami di laboratorio ed ecografia. L'emorragia si ridusse contemporaneamente ad un miglioramento dello stato clinico generale dell'animale. Dopo 7 mesi di trattamento omeopatico, il tumore fu eliminato spontaneamente con violente contrazioni addominali e conseguente ristabilimento dello stato di salute dell'animale.

PAROLE CHIAVE

Omeopatia; medicina veterinaria; tumori; leiomioma vaginale; cani.

SUMMARY

The most common vaginal neoplasias in old dogs are leiomyoma and fibroma. Although surgical excision is the indicated treatment, it does not eliminate potential complications that may lead to death or poor quality of life. This paper reports the case of a 9 year-old female Doberman dog with vaginal leiomyoma attended by copious and recidivating colporrhagia homeopathically treated between March and December 2005. Homeopathic approach was the one designed at Homeopathic Unit of the Veterinary Hospital, Rural Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. The progress of disease was assessed through clinical evaluation, laboratory exams and ultrasonography. Hemorrhage decreased while the general clinical state of the animal improved. After 7 months of homeopathic treatment, the tumor was spontaneously eliminated through violent abdominal contractions, which was followed by recovery of the animal's state of health.

KEYWORDS

Homeopathy; Veterinary medicine; Tumors; Leiomyoma; Vaginal; Dogs

HOMEOPATHIC TREATMENT OF VAGINAL LEIOMYOMA IN A DOG: CASE REPORT

INTRODUCTION

Neoplasias of the female genital system in dogs are rare [1] and occur mainly in old animals [2,3]; early detection is difficult as in most cases, coexistent chronic diseases mask the initial signs of neoplasia [4-6]. The main tumors involved are leiomyoma and fibroma, that may develop in extraluminal mode and therefore, affect the function of neighboring organs [7]. Surgical excision is the first therapeutic choice when total ablation is possible [8] and can be associated to castration [9]. Radio- and chemotherapy, alone or associated to surgery had also been employed, with low therapeutic rates of success [10-13]. In such cases, survival time and duration of remission show unfavorable rates in old animals [14]. Homeopathic therapy has been used to revert adverse effects of chemo and radiotherapy [15-17], improve quality of life [18,19] and as specific treatment of some tumors, e.g. chondrosarcoma [20], skin neoplasias [21] and malignant hystiocitoma [22].

Reports of homeopathic treatment of human female genital tumors point out to favorable outcomes in uterine fibroma, with decrease of pain and endometrial hemorrhage [23], and leiomyosarcoma [24]. It is presented the report of a case of vaginal leiomyoma in an old dog subjected to homeopathic treatment.

CASE REPORT

9 year-old Doberman female dog presenting leiomyoma, followed up from March to December 2005. Homeopathic approach was the one described by Pinto [25] Homeopathic prescription was based on the correlation of the clinical homeopathic diagnosis and the clinical, repertory and pathogenetic picture presented by the patient. Main complaint was vaginal bleeding. The animal had presented an initial episode of copious colporrhagia in April, 2004, a tumoral mass was then detected on the vaginal floor:

Ultrasonography revealed the presence of a heterogenous mass in the vaginal canal, measuring 15 x 4,5 cm, extending from the vaginal fornix to the vestibule. (Figure 1). Since that moment, the patient had present repeated episodes of colporrhagia, which had not improved with neither conventional nor homeopathic (Arnica montana 6cH, Cactus grandiflorus 1cH and Phosphorus 100cH) treatments. It was brought to our clinic in March 2005, presenting

INTRODUZIONE

Le neoplasie del sistema genitale femminile nelle cagne sono rare (1) e si verificano principalmente in animali anziani (2,3); è difficile un loro riscontro precoce poiché, nella maggior parte dei casi, coesistenti malattie croniche mascherano i segni iniziali della neoplasia (4-6). I tipi principali di tumore implicati sono i leiomiomi e i fibromi, che possono svilupparsi in sede extraluminal e, pertanto, compromettere le funzioni degli organi vicini (7).

L'asportazione chirurgica rappresenta la prima scelta terapeutica qualora sia possibile l'ablazione totale (8) a cui è possibile associare la castrazione (9). Sono state anche impiegate la radio e la chemioterapia, da sole o in associazione alla chirurgia, ma con basse percentuali di successo terapeutico (10-13). In tali casi, il periodo di sopravvivenza e la durata della remissione presentano indici sfavorevoli in animali anziani (14).

La terapia omeopatica è stata utilizzata per far regredire gli effetti avversi della chemio e della radioterapia (15-17), per migliorare la qualità della vita (18,19) e come trattamento specifico di alcuni tumori, per esempio condrosarcoma (20), neoplasie cutanee (21), l'istiocitoma maligno (22).

Casi clinici di tumori dell'apparato genitale femminile umano trattati omeopaticamente evidenziano risultati positivi nel trattamento di fibromi uterini, con riduzione del dolore e dell'emorragia endometriale (23), e di leiomiosarcomi (24).

Si presenta il caso clinico di leiomioma vaginale in una cagna anziana sottoposta a trattamento omeopatico.

STORIA CLINICA

Doberman femmina di 9 anni con leiomioma vaginale, seguita dal Marzo al Dicembre 2005. L'approccio omeopatico è stato del tipo descritto da Pinto (25). La prescrizione omeopatica si basò sulla correlazione tra la diagnosi clinica omeopatica e il quadro clinico, repertoriale, patogenetico, presentato dalla paziente.

Il disturbo principale era costituito dal sanguinamento vaginale. L'animale aveva presentato un episodio iniziale di profusa colporragia nell'Aprile 2004 con riscontro di una massa tumorale sul pavimento vaginale.

L'esame ecografico documentò la presenza di una massa eterogenea nel canale vaginale, dalle dimensioni di cm. 15 x 4,5, estesa dal fornice vaginale al vestibolo. (Figura 1).

A partire da quella data, la paziente aveva presentato ripetuti episodi di colporragia, che non erano migliorati né con terapie convenzionali né con terapia omeopatica (Arnica montana 6CH; Cactus grandiflorus 1CH, Phosphorus 100CH). Fu condotta presso la nostra clinica nel Marzo 2005, in presenza di nuovi episodi di colporragia. Il proprietario riferì che tali episodi tendevano a ve-



LUIZ FIGUERA PINTO

Dottore Medico Veterinario. Professore nel Reparto di Medicina e Chirurgia della Rural Federal University di Rio de Janeiro (Brasile). Professore Responsabile per l'Ostetrica Veterinaria e l'Omeopatia Veterinaria, Responsabile per il Settore Omeopatico dell'Ospedale Servizio Clinico Medico Veterinario. Vice Presidente dell'Istituto Hahnemanniano del Brasile.

new colporrhagia episodes. The owner told that such episodes tended to occur most frequently in the evening and were preceded by a state of physical restlessness and followed by prostration. The animal was also sensitive to changes in climatic conditions; urination and evacuation required intense strain.

Table 1. Clinical symptoms and repertory correlations [39].

Clinical symptoms	Repertory rubrics
It is always near the owner	Mind, Company, desire of
Urinary retention	Bladder, Retention urine
Vaginal tumoral mass	Feminine, Metrorrhagia, fibromas by*
Copious vaginal bleeding of dark blood with clots.	Feminine, Dark metrorrhagia blood* Feminine, Metrorrhagia clots* Feminine, Tumors vagina
Constipation	Rectum, Constipation, difficult defecation
Anemia	Generalities, Anemia
Bleeding	Generalities, Hemorrhage dark blood
Dark blood with coagulum	Generalities, Hemorrhage blood coagulum
Change of weather aggravates	Generalities, Weather changes agg.
Tumor	Generalities, Tumors fibroma hemorrhagic

Physiological antecedents disclosed the patient was primipare, proestrus characterized by intense hemorrhage and estrus, by intense tumefaction of the vulva. The animal had been subjected to standard medical prophylaxis procedures, including quarterly use of vermicides and vaccinations (rabies, cinomosis, hepatitis, leptospirosis, canine coronavirus, canine parvovirus, influenza, tetanus and canine infectious tracheobronchitis). Previous illnesses included giardiasis at-

rificarsi più di frequente di sera ed erano preceduti da uno stato d'irrequietezza fisica e seguiti da uno stato di prostrazione. L'animale, inoltre, era sensibile ai cambiamenti delle condizioni climatiche; la minzione e l'evacuazione intestinale richiedevano uno sforzo intenso.

Tabella 1. Sintomi clinici e relativa repertorizzazione (39).

Sintomi clinici	Rubriche repertoriali
Se ne sta sempre vicina al proprietario	MIIND, Company, desire of
Ritenzione urinaria	BLADDER, Retention urine
Massa tumorale vaginale	FEMALE, Metrorrhagia, fibroids by*
Emorragia vaginale profusa di sangue scuro con coaguli	FEMALE, Metrorrhagia, dark blood* FEMALE, Methrorrhagia, clots* FEMALE, Tumors, vagina
Stitichezza	RECTUM, Constipation, difficult stool
Anemia	GENERALS, Anemia
Emorragia	GENERALS, Hemorrhage dark blood
Sangue scuro con coaguli	GENERALS, Hemorrhage blood clots
Aggravata dai cambiamenti di tempo	GENERALS, Weather changes agg.
Tumore	GENERALS, Tumors fibroma hemorrhagic

All'anamnesi fisiologica si rilevò che la paziente era primipara, il pre-estro caratterizzato da emorragia intensa e l'estro da notevole tumefazione della vulva. L'animale era stato sottoposto alle procedure di profilassi medica standard, compreso l'uso trimestrale di vermifughi e vaccinazioni (rabia, cinomosi, epatite, leptospirosi, coronavirus canino, parvovirus canino, influenza, tetano, tracheobronchite canina contagiosa). L'anamnesi patologica remota includeva giardiasi con enterorragia (nel 1996), ehrlichiosi, sublussazione cervico-caudale – sindrome di Wobbler (nel 2001), piometrite con castrazione (nel 2002).

Tra gli antecedenti familiari, degno di nota che la madre dell'animale era morta all'età di 11 anni per insufficienza cardiaca congestizia e aveva sofferto anche di neoplasia mammaria. Il padre era stato soppresso all'età di 9 anni a causa d'ipotiroidismo, piodermite generalizzata e setticemia. La nostra paziente aveva coabitato con altri cani della stessa razza e aveva ricevuto regolari cure veterinarie.

All'esame obiettivo si rilevò un animale molto aggressivo, di caratteristica biotipologia razziale, tronco rotondeggiante con ossa e muscoli ben sviluppati; ossa degli arti esili e con atteggiamento in iperestensione; l'angolo costo-sternale inferiore a 90°. L'animale presentava pallore della lingua e delle mucose orali e oculari. Presenza di profusa colporragia di sangue scuro con coaguli, preceduta da intense contrazioni addominali con gemiti.

All'esame con lo speculum si rivelò la presenza di una massa tumorale aggettante nel canale vaginale.

Su queste basi, si formularono le seguenti diagnosi:



Figura 1. Ecografia che documenta la presenza di massa vaginale eterogenea, di cm. 15x cm. 4,5/ USG disclosing vaginal heterogeneous mass with 15cm x 4,5cm of dimension.

tended with enterorrhagia (in 1996), ehrlichiosis and cervical caudal subluxation – Wobbler's syndrome (in 2001) and pyometritis with castration (in 2002).

Among significant familiar antecedents, the animal's mother had died at age 11 from congestive cardiac insufficiency and had also presented mammary neoplasia. Its father had been sacrificed at age 9, due to hypothyroidism, generalized pyodermitis and septicemia. Our patient had cohabited with other dogs of the same race and had received regular veterinary care.

Examination showed a very aggressive animal, of a peculiar racial biotypology with well developed muscles and bones; round trunk; bones in limbs had low development and presented support in hyperextension; the costo-sternal angle was less than 90°. The animal presented paleness of tongue, oral and ocular mucosae. Presence of copious colporrhagia of dark blood with clots, preceded by intense abdominal contractions attended with moaning.

Examination with speculum revealed the presence of a projected tumoral mass in the vaginal canal. On these grounds, the following diagnoses were established: 1) Clinical: vaginal tumor and Wobbler's syndrome; 2) Dynamic clinical prognosis: severely lesional / incurable; 3) Biopathographical factors: previous illnesses, hysterectomy and vaccinations; 4) Biotypological: mixed phosphoric and carbonic constitution; 5) Temperamental: atrabiliary; 6) Diathesis: sycosis.

Therapeutic priority was given to genital hemorrhage. Selection and analysis of symptoms are presented on Table 1; resulting remedies, in Table 2. Clinical management and evolution are described in Table 3.

Table 2. Repertory analysis (Coverage/Punctuation) [39]

Homeopathic Medicines (covering/punctuation.)

Phosphorus 10/19	Nitricum acidum 10/16	Sulphur 9/17	Lycopodium 9/15
Mercurius solubilis 9/14	Calcarea carbonica 8/15	Sabina 8/13	Sulphuric acidum 8/10
Platina 7/14	Silicea 7/13	Secale cornutum 7/11	Calcarea phosphorica 5/8
Chamomilla 5/8	Thlaspis bursa pastoris 5/8	Trillium pendulum 4/6	Hydrastis canadensis 3/5

Clinica: tumore vaginale e sindrome di Wobbler;
Prognosi clinica dinamica: lesione grave /incurabile;
Elementi biopatografici: precedenti patologie, isterectomia e vaccinazioni;
Biotipologica: costituzione mista fosforico-carbonica;
Temperamentale: atrabiliare;
Diatesica: sicosi.

Fu data priorità terapeutica all'emorragia genitale.

La Tabella 1 illustra i sintomi selezionati e analizzati; la Tabella 2 presenta i rimedi risultanti dalla repertorizzazione. La Tabella 3 riporta la gestione clinica e l'evoluzione del caso.

Tabella 2. Analisi repertoriale € Rimedi omeopatici: Somma dei sintomi/ordinamento/grado (39)

Phosphorus 10/19	Nitric acidum 10/16	Sulphur 9/17	Lycopodium 9/15
Mercurius solubilis 9/14	Calcarea carbonica 8/15	Sabina 8/13	Sulphuric acidum 8/10
Platina 7/14	Silicea 7/13	Secale cornutum 7/11	Calcarea phosphorica 5/8
Chamomilla 5/8	Thlaspis bursa pastoris 5/8	Trillium pendulum 4/6	Hydrastis canadensis 3/5

DISCUSSIONE

La diagnosi clinica di leiomioma vaginale basata sull'esame obiettivo ed ecografico fu confermata dall'esame istologico (26).

Lo sviluppo del leiomioma nelle femmine è influenzato dagli ormoni sessuali (27): ciò può rendere ragione della relativamente bassa frequenza di neoplasie vaginali in cagne castrate (1,28).

Nel caso in esame, comunque, sebbene la cagna fosse stata castrata, una massa tumorale si era sviluppata causando interferenze meccaniche sugli organi adiacenti, che determinavano ritenzione urinaria e stipsi, che sono fenomeni rari (7).

Non fu possibile procedere all'intervento chirurgico a causa delle dimensioni e della sede del tumore, che rendevano impossibile un'escissione completa, e considerato che l'età e le condizioni cliniche della paziente costituivano ulteriori fattori di rischio (7,29-31). Da un punto di vista strettamente omeopatico, alcune considerazioni vanno evidenziate. Innanzi tutto, la condizione temperamentale atrabiliare della paziente – determinata sulla base di mancanza di plasticità e tonicità – inerente all'età e alla patologia in atto (32) contribuì a decidere per un trattamento omeopatico in questo caso, anche se un precedente approccio omeopatico, differente dal nostro, si era concluso con un fallimento.

In secondo luogo, sebbene lo stadio attuale della malattia così come la sua localizzazione, l'età della paziente e il suo stato clinico deponevano per una prognosi infausta (lesione grave/incurabile da un punto di vista dinamico), il trattamento omeopatico si risolse in completa remissione, contro ogni nostra iniziale aspettativa.

DISCUSSION

The clinical diagnosis of vaginal leiomyoma grounded on clinical examination and ultrasonography was confirmed by histological analysis [26]. Development of leiomyoma in females is influenced by sexual hormones [27], which may explain the relatively low occurrence of vaginal neoplasias in castrated dogs [1,28]. However, in our case, although the dog was castrated, a tumoral mass developed causing mechanical interference on the adjacent structures resulting in urine retention and constipation, which are rare occurrences [7].

Surgery was not performed due to the size and localization of the tumor; that made complete excision impossible, whereas the age and clinical state of the patient added risk factors [7,29-31]. From a strict homeopathic standpoint, some considerations are in order. First, the atrabiliary temperamental condition of the patient – established on the basis of lack of plasticity and tonicity – inherent to its age and ongoing disease [32] contributed to decide for a homeopathic treatment in this case, even though a previous homeopathic approach, different from ours, had failed. Then, although the current stage of the disease, as well as its localization, the age of the patient and the clinical state indicated poor prognosis (severely lesional/incurable from a dynamic point of view), the homeopathic treatment resulted in full remission, against our initial expectation.

Table 3. Clinical management and evolution

Date	Clinical evolution	Prescription
3/3/05		Euphorbia tirucalli 6CH + Thlas 6CH + Myoma 6CH, 5 drops, once daily for 1 month.
3/4/05	Bleeding stopped, faster than with previous treatments.	
3/6/05	Colporrhagia returned.	Addition of Phos 6CH. Bleeding stopped 2 hours after.
6/21/05	Colporrhagia returned. Asked complete blood analysis.	No medication
10/10/05	Steady clinical state with occasional bleeding.	Myoma 6CH + Nit-ac 6CH 5 drops, once daily for 15 days.
10/18/05	Leukorrhoea followed by intense bleeding.	Medication kept
10/23/05	Episode of copious colporrhagia; yellow-green nasal secretion of odd odor, with formation of adherent crusts.	Thlas 6CH + Euph-t 6CH 5 drops, once daily for 6 days.
10/26/05	Fetid leucorrhoea	Owner gave enrofloxacin for 3 days
10/29/05	Fetid leucorrhoea persists; abdominal contractions as from childbirth followed by vaginal elimination of 2 tumoral masses (12 x 4 cm and 3.5 x 2.5 cm) of firm consistency and an area of necrosis in the grain stalk of the larger one, with discrete bleeding. (Figures 2, 3, 4). Material was collected for histopathological analysis: leiomyoma. Ultrasonography: no alterations (figure 5).	Myoma 6CH for 15 days
11/4/05	Good clinical conditions, but urinary incontinence; some bleeding in the mornings.	Thlas 6CH 5 drops in single dose.
11/5/05	Good clinical state; urinary incontinence.	No medication.
12/27/05	No complaints, good clinical conditions.	Discharge

Tabella 3. Gestione clinica ed evoluzione del caso

Data	Evoluzione clinica	Prescrizione
3/3/05		Euphorbia tirucalli 6CH + Thlas 6CH + Myoma 6CH, 5 gtt, una volta/die per 1 mese.
4/3/05	Stop dell'emorragia, più veloce rispetto ai precedenti trattamenti.	
6/3/05	Ricomparsa della colporraggia	Aggiunta di Phos 6CH. Stop dell'emorragia due ore dopo.
21/6/05	Ricomparsa dell'emorragia. Richiesta di esame analisi del sangue.	Nessuna prescrizione.
10/10/05	Condizione clinica stazionaria con sanguinamento occasionale	Myoma 6CH + Nit-ac 6CH 5 gtt/ una volta/die per 15 giorni
18/10/05	Leucorrea seguita da copioso sanguinamento	Continua precedente terapia
23/10/05	Episodio di colporraggia profusa; secrezione nasale giallo-verdastra di strano odore, con formazione di croste aderenti	Thlas 6CH + Euph-t 6CH 5 gtt/ una volta/die per 6 giorni
26/10/05	Leucorrea fetida	Il proprietario somministrò enrofloxacin per 3 giorni
29/10/05	Persistenza della leucorrea fetida; contrazioni addominali come da parto seguite da eliminazione per via vaginale di 2 masse tumorali (12 x4 cm e 3,5 x 2,5 cm) di consistenza dura e con un'area di necrosi nel peduncolo basale di quella più grande, con sanguinamento di discreta entità (figure 2, 3, 4). Il materiale fu raccolto per essere inviato all'esame istopatologico: leiomioma. Ecografia: assenza di alterazioni (Figura 5).	Myoma 6CH per 15 giorni
4/11/05	Condizioni cliniche buone, eccetto che per incontinenza urinaria	Thlas 6CH 5 gtt in dose unica
5/11/05	Condizione clinica buona; incontinenza urinaria	Nessuna prescrizione
27/12/05	Nessun disturbo, buone condizioni cliniche.	Dimessa.

In terzo luogo, i dati biopatografici evidenziavano antecedenti sifilitici (giardiasi, erlichiosi) e sicotici (piometrite, leiomioma) (25). La sindrome di Wobbler non ha ricevuto ancora una classificazione diatesica. Questa paziente, dunque, aveva sofferto in passato di una interazione sifilitico-sicotica, il leiomioma, in quanto patologia in atto indicava una prevalenza funzionale di natura sicotica: ciò fu di aiuto nel selezionare i rimedi omeopatici adatti (25). La costituzione mista fosforico-carbonica era in rapporto alla razza piuttosto che essere di tipo adattativo. Questo fatto può indicare incompatibilità strutturali tra modelli di reattività diatesica. Tale opinione rinforza la necessità di affrontare condizioni cliniche come quella che abbiamo davanti ricorrendo a rimedi omeopatici antisicotici (33). Il medicamento principale selezionato tra quelli risultanti dalla repertorizzazione era *Thlaspis bursa pastoris*. Tale rimedio era compati-



Figura 2. Colporraggia: espulsione di coagulo scuro/ Colporrhagia with dark coagulum



Figura 3. Protrusione della massa tumorale attraverso la vulva/ Protrusion of tumoral mass through vulva



Figura 4. Massa tumorale dopo l'eliminazione, con area di necrosi nel peduncolo/ Tumoral mass after elimination with area of necrosis in the grain talk

Third, biopathographical data pointed out to luetic (giardiasi, erlichiosi) and sycotic (pyometrite, leiomioma) antecedents [25]. Wobbler's syndrome has no diathesis classification yet. Therefore, this patient had suffered in its past from a luetic-sycotic interaction, leiomyoma as ongoing disease pointed out to a functional prevalence of sycosis, which helped in the selection of the suitable homeopathic remedies [25]. The mixed phosphoric – carbonic biotopological constitution was of racial and not of adaptive origin. This occurrence may point out to structural incompatibilities between diathesis reactivity patterns. This notion reinforces the need to deal with this kind of clinical situations with anti-sycotic homeopathic remedies [33].

The main circumstantial medicine chosen among those indicated by repertory analysis was *Thlaspis bursa pastoris*. This remedy was compatible with both the main complaint and diathesis of the patient, as it is indicated in genital hemorrhage associated to tumors [25,34]. Alternation of *Thlaspis bursa pastoris* with *Euphrasia tirucalli* and *Myoma* might be the responsible for the clinical recovery of the patient, as the former is used in the treatment of cancer and its clinical complication (367) and regarding the latter, biotherapeutic may be used, in general, as immunomodulators.(378). After 7 months of using those remedies, *Nitric acidum* was introduced, as a remedy directed against sycosis. This, however, elicited worsening of the hemorrhage and the general state; for this reason it was discontinued after 13 days of use and the earlier therapeutic scheme was introduced.

bile sia con la patologia principale sia con la diatesi della paziente, in quanto risulta indicato in emorragie genitali associate a presenza di tumori (25,34). L'alternanza di *Thlaspis bursa pastoris* con *Euphorbia tirucalli* (NdT) e con *Myoma* potrebbe essere responsabile della guarigione clinica della paziente in quanto il primo è utilizzato nel trattamento del cancro e delle sue complicazioni cliniche (36,37), mentre, per quanto riguarda il secondo, un bioterapico, lo si può usare, in genere, come una sorta di immunomodulatore (37,38). Dopo 7 mesi d'utilizzo di questi rimedi, s'introdusse *Nitric acidum* in quanto rimedio diretto contro la sicosi. Ciò, però, indusse un peggioramento dello stato emorragico e dello stato generale; per tale motivo, dopo 13 giorni di somministrazione, fu interrotto e si tornò all'iniziale schema terapeutico utilizzato.

La guarigione clinica completa si verificò 6 giorni dopo la sospensione di *Nitric acidum* e l'eliminazione spontanea della massa tumorale. Questo andamento cronologico fornisce marcato sostegno al sospetto che sia stato proprio questo stesso rimedio ad aver favorito l'evento definitivo, sospetto rinforzato dalla considerazione che *Nitric acidum* possiede una particolare azione sulle neoplasie genitali sanguinanti al minimo contatto (35) e che ci sono descrizioni della sua efficacia nel trattamento di tumori genitali (23,38). In letteratura non ci sono documentazioni di eliminazione terapeutica di leiomioma in cagne.

CONCLUSIONI

L'esito positivo di questo caso indica che l'omeopatia può essere una valida risorsa nel trattamento di tumori vaginali nella cagne. Ciò acquista un maggiore significato qualora il trattamento convenzionale sia fallito e l'intervento chirurgico non sia un'opzione attuabile. D'altra parte, questo caso costituisce un'ulteriore prova della validità del nostro protocollo terapeutico se si confronta il successo terapeutico ottenuto grazie ad esso con il fallimento di precedenti trattamenti omeopatici fondati su altri presupposti.

NOTE DELL'AUTORE

1) EUPHORBIA TIRUCALLI

L'*Euphorbia tirucalli* (Avelós) è stata utilizzata presso gli Ambulatori dell'IHB (www.ihb.org.br) per oltre 10 anni come medicamento complementare in pazienti immunodepressi o affetti da cancro. I benefici principali che derivano dal suo uso consistono nella riduzione del dolore, nell'aumento dell'appetito e del peso. Per ulteriori informazioni consultare i seguenti articoli: VARRICCHIO MCBN, PINTO LF, ANDRADE EM, PELLAGGIO SS. *Employment of Dynamized Aveloz (Euphorbia tirucalli) in Cancer Treatment*. Braz.Homeopathic J. 2000; 6(1): 64-67.

AQUINO CL, BARBOSA GM, BARBOSA GM, VARRICCHIO MCBA, VEIGA VF, KUSTER R, ZANCAN P, SOLA-PENNA M, QUARESMA CH. *High dilutions of Euphorbia tirucalli L. (AVELOZ) modify the viability and glycolytic metabolism of cell lines*. Int J High Dilution Res [serial on the WWW]. 2008 [cited YYYY Month DD]; 7(24): 132-139. VARRICCHIO MCBN, PEREIRA C, SALES F, GOMES T, DAUDT E, AQUINO CL, BARBOSA GM, GOMES N, PYRRHO AS, HOBAICA PEM, BRANCO MC, KUSTER R, HOLANDINO C. *Chronic toxicological effects of high diluted*



Figura 5. Ecografia che documenta il canale vaginale lineare, con pareti conservate e regolari senza alterazioni ecografiche/ USG showing linear vaginal canal with preserved and regular walls, without ecographic alteration

Complete clinical recovery occurred 6 days after discontinuance of *Nitric acidum* and spontaneous elimination of the tumoral mass. These chronology supplies strong indexes to suspect that it was this same remedy which promoted the defining event, which is strengthened by the fact that *Nitric acidum* has particular action on genital neoplasias which bleed on the slightest contact [35] and there are reports of its efficacy in the treatment of genital tumors [23,38]. There are not reports in the literature about therapeutic ejection of leiomyoma in dogs.

CONCLUSIONS

The favorable outcome in this case shows that homeopathy may be a valuable resource in the treatment of vaginal tumors in dogs. This is particularly significant as conventional treatment had failed and surgery was not a viable option. On the other hand, this case constitutes one further evidence for our therapeutic protocol, in the face of its success and the failure of earlier homeopathic treatment grounded on other considerations.

solutions of Aveloz (Euphorbia tirucalli L.) on healthy mice: a preliminary study. Int J High Dilution Res [serial on the WWW]. 2008

2) Ulteriori informazioni sul protocollo diagnostico utilizzato nell'articolo citato in bibliografia al n. 25: PINTO LF. *Homeopathic veterinary clinical protocol*. In: BONAMIN LV, editor. *Signals and images II: contributions and contradictions about high dilution research*. New York: Springer; 2008.

BIBLIOGRAFIA/ REFERENCES

- [1] SODERBERG SF. *Vaginal disorders*. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice* 1986; 16(3):543-559.
- [2] DORN CR, PRIESTER WA. *Epidemiology*. In: THEILEN GH & MADEWELL BR. *Veterinary Cancer Medicine*. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1987.
- [3] SILVERBERG E, LUBERA JA. *Cancer statistics*. *Cancer* 1988; 38:11-23.
- [4] MORRISON WB. *Diagnosis and treatment of cancer in aged animals*. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice* 1989; 19:137-154.
- [5] ROBIE PW. *Cancer screening in the elderly*. *Journal of the American Geriatrics Society* 1989; 37:888-893.
- [6] KITCHELL BE. *Cancer therapy for geriatric dogs and cats*. *Journal of American Animal Hospital Association* 1993; 29:41-48.
- [7] GROOTERS AM. *Ovariopattias e uteropattias*. In: BIRCHARD SJ & SHERDING RG. *Manual Saunders: Clínica de pequenos animais*. São Paulo: Roca 1998.
- [8] SALOMON JF, DENEUCHE A, VIGUIER E. *Vaginectomy and urethroplasty as a treatment for non-pedunculated vaginal tumours in four bitches*. *Journal of Small Animal Practice* 2004; 5(3):157-161.
- [9] THACHER C, BRADLEY RL. *Vulvar and vaginal tumours in the dog: a retrospective study*. *Journal of American Veterinary Medical Association* 1983; 183(6):690-692.
- [10] BEGG CB, CARBONE PP. *Clinical trials on drug toxicity in the elderly*. *Cancer* 1983 52:1986-1992.
- [11] AUCCOIN DP. *Drug therapy in the geriatric animal: The effect of aging on drug disposition*. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice* 1989; 19:41-48.
- [12] PHISTER JE, JUE SG, CUSACK, B.J. *Problems in the use of anticancer drugs in the elderly*. *Drugs* 1989; 37:551-565.
- [13] BALDUCCI L, MOWREY K, PARKER M. *Pharmacology of antineoplastic agents in older patients*. In: BALDUCCI L, LYMAN GH, ERSHLER WB. *Geriatric Oncology*. Philadelphia: JB Lippincott; 1992.
- [14] HOLMES FF. *Clinical evidence for change in tumor aggressiveness with age*. In: BALDUCCI L, LYMAN GH, ERSHLER WB. *Geriatric Oncology*. Philadelphia: JB Lippincott; 1992.
- [15] THOMPSON EA. *Using homeopathy to offer supportive cancer care, in a National Health Service outpatient setting*. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 1999; 5(2):37-41.
- [16] BALZARINI A, FELISI E, MARTINI A, DE CONNO F. *Efficacy of homeopathic treatment of skin reactions during radiotherapy for breast cancer: a randomized, double-blind clinical trial*. *British homeopathic journal* 2000; 89(1):8-12.
- [17] MARK P. *Carcinoma of breast and panic attacks*. *British Homeopathic Journal*. 2000, 89(1):35-36.
- [18] BRADLEY GW, CLOVER A. *Apparent response of small cell lung cancer to an extract of mistletoe and homeopathic treatment*. *Thorax* 1989; 44 (12):1047-1048.
- [19] SPENCE DS, THOMPSON EA, BARRON SJ. *Homeopathic treatment for chronic disease: a 6-year, university-hospital outpatient observational study*. *Journal of Alternative Complementary Medicine* 2005; 11:793-798.
- [20] PHILLIPS WG, GRANT J, CALONJE JE. *Chondrosarcoma of the finger*. *J Pathol* 1996; 178 (suppl): 56A.
- [21] METZGER H, KURTZ B, AHLEMANN L. *Osteolytic bone manifestations in mycosis fungoides*. *Rofo. Fortschr Geb Roentgenstr. Neuen. Bildgeb. Verfahr.* 1980; 133(3):331-333.
- [22] JESUS MH, COSTA LR, CARDOSO ES. *Conium maculatum in the treatment of histiocytoma in canis familiaris*. *Revista do IHB* 1992; 1,(1):41-44.
- [23] POPOV AV. *Homeopathy in treatment of patients with fibromyoma of the uterus*. *British Homeopathic Journal* 1992; 81(4):164-167.
- [24] MONTFORT, H. *A new homeopathic approach to neoplastic diseases: from cell destruction to carcinogen induced apoptosis*. *British Homeopathic Journal* 2000; 89(2):78-83.
- [25] PINTO LF. *Homeopathic veterinary clinical protocol*. In: BONAMIN LV, editor. *Signals and images II: contributions and contradictions about high dilution research*. New York: Springer; 2008.
- [26] CAIN JL, DAVIDSON AP. *Sistema reprodutivo e próstata*. In: GOLDSTON RT & HOSKINS JD. *Geriatrics e gerontologia cão e gato*. São Paulo: Roca; 1999.
- [27] MIETTINEN M, FETSCH JF. *Evaluation of biological potential of smooth muscle tumors: Review*. *Histopathology* 2006; 48(1):97.
- [28] GONZÁLEZ CRUZ G, SÁNCHEZ BUITRAGO CA, VÉLEZ HERNÁNDEZ ME, Buen Nade. *Neoplasias en aparato reproductivo en perras: estudio retrospectivo a 6 años / Neoplasias in the reproductive system in female dogs: retrospective study of 6 years*. *Veterinaria México* 1997; 28(1):31-34.
- [29] HARVEY HJ. *Surgery*. In: THEILEN GH & MADEWELL BR. *Veterinary Cancer Medicine*. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1987.
- [30] WITHROW SJ. *Surgical oncology*. In: WITHROW SJ & MACEWEN EG. *Clinical Veterinary Oncology*. Philadelphia: JB Lippincott; 1989.
- [31] TANAKA R, HOSHI K, YAMANE Y. *Partial bladder resection in a bitch with urinary retention following surgical excision of a vaginal leiomyoma*. *Journal of Small Animal Practice* 2001; 42(6):301-303.
- [32] KOSSAK-ROMANACH A. *Homeopatia em 1000 conceitos*. 3rd ed. São Paulo: Elcid; 2003.
- [33] CARILLO JUNIOR, R. *Homeopatia, medicina interna e terapêutica*. São Paulo: Livraria Editora Santos; 2000.
- [34] KURODA K, AKAO M, KANISAWA M, MIYAKI K. *Inhibitory effect of Capsella bursa-pastoris extract on growth of Ehrlich solid tumor in mice*. *Cancer Research* 1976; 36:1900-1903.
- [35] VANNIER L, POIRIER J. *Tratado de matéria médica homeopática*. 9th ed. São Paulo: Andrei; 1987.
- [36] VARRICCHIO MCBN, PINTO LF, ANDRADE EM, PELLAGIO SS. *Emprego do Avelós (Euphorbia tirucalli) dinamizado no tratamento do câncer*. *Homeopatia brasileira* 2000; 6(1):64-67.
- [37] PINTO, LF. *Bioterápicos*. Rio de Janeiro: Instituto Hahnemaniano do Brasil, 2007.
- [38] BUCHI DF, DEL VECCHIO M. *Qualidade de vida para pacientes com câncer e Aids*. *Mita'y* 2002; 1:33-38.
- [39] FAVILLA JP. *SIHORE: Sistema de Homeopatia Reper-torial Versão 2004*. CD-Rom. Support:

Efficacia della terapia omeopatica nel trattamento di bambini e adolescenti in situazioni di violenza

Traduzione a cura di Luigia Alessandrino, luiales@libero.it;
note a cura di Francesco Marino, dr.fmarino@libero.it

Tratto da: *Revista Cultura Homeopática – arChivos da Escola de Homeopatia*, vol. 21 Out-Nov-Dez 2007-Publicação da Escola de Homeopatia- São Paulo-www.escoladehomeopatia.org.br

RIASSUNTO

Gli autori presentano i risultati di uno studio clinico condotto su bambini ed adolescenti in situazioni di violenza. L'approccio è stato di tipo unicista in accordo ai parametri della proposta hahnemanniana-kentiana-elizaldiana. Allo stesso tempo sono stati seguiti attraverso l'evoluzione clinica ed i questionari di Conners e lo SNAP-IV per il Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività e Impulsività e con i criteri diagnostici per i Disturbi Oppositivo-Provocatori (DSM-IV 312.8;313.81).

PAROLE CHIAVE

Comportamento anti-sociale. Violenza. Delinquenza infantile-giovanile. Schemi di comportamento. Omeopatia.

SUMMARY

It is presented the outcome of a clinical study conducted on children subject to violent conditions treated with Homeopathy. The approach employed was unicist, according to the parameters of the criteria supplied by Hahnemann, Kent and Elizalde. They were also through the clinical evolution, as well as the Questionnaire of Conners and the SNAP-IV, for Attention Deficit Disorder with Hyperactivity and Impulsivity (ADDHI), and the diagnostic criteria for Behavior Disorder and Oppositional Defiant Disorder (DSM-IV 312.8;313.81).

KEYWORDS

Antisocial disorders. Violence. Infant-juvenile crime. Behavior patterns. Homeopathy.

INTRODUZIONE

Il problema della violenza che coinvolge bambini ed adolescenti e la sua prevenzione è una preoccupazione crescente in tutto il mondo, compreso il nostro paese;¹ le proposte per trattare i bambini ed adolescenti che infrangono la legge variano dalla reclusione in strutture chiuse a comunità alternative non istituzionalizzate.²⁻⁴ Abbiamo scelto per il nostro oggetto di osservazione, trattamento e ricerca, la terminologia di "bambini ed adolescenti in situazioni di violenza", piuttosto che "pre-criminalità" come comunemente si usa, poiché si tratta di individui che soffrono a causa della violenza nella società e nell'ambiente che li circonda e che, di riflesso, reagiscono con violenza contro se stessi e contro persone e cose. Questa definizione soddisfa la proposta di trovare soluzioni pacifiche, non coercitive e pedagogiche per coloro che vivono situazioni di rischio, che noi consideriamo in condizioni di auto, etero ed eco violenza, per analogia con l'autoformazione tripolare proposta dalla transdisciplinarietà⁵. La violenza è particolarmente allarmante nella scuola dove, secondo la ricerca realizzata dall'UNESCO, 1/5 dei 33.655 alunni e

3.099 professori intervistati in 14 capitali brasiliane, hanno riferito di aver subito aggressioni o percosse nelle scuole di appartenenza. I professori ed i direttori hanno affermato che è frequente trovare alunni in possesso di coltelli, pugnali e temperini⁶. Il fenomeno viene osservato sia nelle scuole pubbliche che private, dalle elementari alle superiori.⁷⁻⁸ Inoltre sembra che esista una relazione tra il disertare la scuola ed il fenomeno della delinquenza.⁹ Martins¹⁰ definisce la delinquenza come il risultato di una influenza perturbatrice che alcuni fattori ambientali esercitano sullo sviluppo delle capacità di relazionarsi con il proprio simile. La delinquenza esprime un disturbo della personalità generato dal conflitto cronico con i genitori, con le persone che rappresentano l'autorità e con la società in generale. Pertanto la situazione a rischio di violenza scaturisce da entrambi i lati della bilancia: quello socio-economico e quello familiare. La classica e cronica assenza del padre¹¹ ed ora anche della madre, costretta ad andare a lavorare, finisce per delegare alla scuola il ruolo educativo e la trasmissione dei valori umani e sociali; la difficoltà della società moderna di muoversi tra desideri e limiti finisce per condurre ad una perdita

dei freni inibitori nel comportamento infantile-giovanile, causando angoscia e sofferenza. Dall'altro lato il problema è aggravato dal cambiamento della struttura familiare, molto frequente nella nostra società, e dalla mancanza di programmi sociali, di politiche educative e sanitarie che, unite alla crisi economica ed alla carenza di opportunità di lavoro, lasciano questa fascia di popolazione alla mercé del crimine e della droga. A questo scenario sfavorevole si somma la disperazione delle costanti scene di violenza, trasmesse quotidianamente dai media e incoraggiate anche dai videogiochi.¹² Il comportamento violento è la combinazione di vari fattori: pressioni psicologiche, sociali, urbanistiche e familiari ma, soprattutto, è un problema di salute, una predisposizione alla criminalità che deve essere trattata. In altri termini esiste qualcosa che precede l'azione a delinquere, qualcosa che rende vulnerabile o predispone l'individuo, come dimostra una ricerca rivolta a minori che infrangono la legge ed ai loro fratelli, che ha studiato i motivi che conducono i giovani ad intraprendere strade differenti¹³. Possiamo considerare la predisposizione al crimine come una malattia da trattare, similmente alla predisposizione alle tonsilliti ricorrenti, trattate con antibiotici (crimini trattati con la reclusione), a cui segue un'altra crisi (altro crimine).¹⁴ Stando così le cose il presente studio ha lo scopo di valutare il possibile effetto del trattamento omeopatico in bambini in condizioni di violenza.

MATERIALI E METODI

Nello studio sono stati inclusi bambini in situazioni di violenza, con comportamenti aggressivi, seguiti dal Settembre 2004 nella Associazione Comunitaria Monte Azul (ACMA), senza fini di lucro, che partecipano ad un programma socio-

culturale integrativo. I bambini sono stati sottoposti a trattamento omeopatico unicista, con l'autorizzazione degli affidatari. I medicinali sono stati scelti in accordo alla totalità sintomatica, in conformità alla proposta Hahnemanniana-kentiana-elizaldiana,¹⁵⁻¹⁸ seguendo l'evoluzione clinica, tenendo conto dei parametri propri della tecnica omeopatica: aggravamento, prognosi clinico-dinamica e seconda prescrizione. E' stato utilizzato come parametro evolutivo del Disturbo di Deficit dell'Attenzione (TDA), il Test SNAP-IV*¹⁹ ed il Test di Conners**²⁰⁻²² nella versione abbreviata per i genitori. Il Disturbo del Comportamento (TC) ed il Disturbo da Deficit Oppositivo (TDO) sono stati studiati secondo i criteri diagnostici del DSM-IV (312.8;313.81).²³ I test sono stati eseguiti prima e dopo il trattamento a 12, 24 e 36 mesi.

CASI CLINICI

Paziente n. 1

7 anni - maschio - 6° di sette figli.
Prima consultazione: Settembre 2004.
Storia clinica - Da un anno, il bambino ha febbre, otiti e sinusiti frequenti, trattate sempre con antibiotici. Ha mal di testa quasi tutti i giorni. E' sempre agitato, peggiora col tempo; quando era in culla scalcia e batteva la testa, si gettava sul pavimento quando contrariato. È collerico e morde (persone e cose), sputa e dà calci, risponde aggressivamente ed i compagni lo chiamano "il pitbull". Anche il padre ed il fratello maggiore sono violenti e lo fomentano molto. Quando si arrabbia, digrigna i denti, piange, trema, diventa rosso e ha una forza che nessuno contrasta. Lancia qualsiasi cosa alle persone, perfino pietre, si scontra con tutti, tira fuori il coltello e minaccia di uccidere, insulta tutti per la strada, nessuno può guardarlo o parlargli poiché immediatamente reagisce picchiando. Prende le forbici e taglia

tutto ciò che vede. Adora giocare col fuoco; ha già dato fuoco alla casa della vicina due volte. Mangia le unghie fino a distruggerle e farle sanguinare, passa tutto il tempo a scrostarsi e tirarsi le pellicine. Balbetta molto, è lento nell'apprendimento, bugiardo, non manifesta paure. Protegge gli animali. Sonno: agitato, mentre dorme piange e parla, digrigna i denti, enuresi quotidianamente, si sveglia imbronciato, dice parolacce.
Sogni: «*Serpenti che mi mordono ed il bicho papão*». (NdT: un mostriciattolo che spaventa i bambini).

Evoluzione - Da Settembre 2004 ad Ottobre 2005 è stato trattato con: *Chamomilla, Tarentula, Belladonna, Mercurius, Lachesis, Stramonium e Aconitum*; miglioramento parziale solo con *Aconitum*. Ad Ottobre 2005 è stato prescritto *Hepar sulphur 200 CH* in dosi ripetute; sono migliorati di tutti i sintomi. Durante l'evoluzione del trattamento sono ritornate le crisi infettive ricorrenti, che sono migliorate con lo stesso medicamento. Successivamente sono state necessarie potenze crescenti fino alla 200.000 FC.

Paziente n. 2

10 anni, maschio, 5° di 7 figli, fratello del Paziente n. 1.
Prima consultazione: Settembre 2005.
Storia clinica - Appena nato ha sofferto di piaghe con pus in tutto il corpo, trattate con antibiotici; a nove mesi ha avuto una polmonite dopo la quale ha cominciato a soffrire di sinusiti ricorrenti (trattate con antibiotici), mal di testa e dolori lombari. Si arrabbia molto, litiga e picchia i fratelli, aggressivo, piange per qualsiasi cosa, temperamento mutevole: a volte è calmo, presente ed improvvisamente diventa distante, aggressivo. Bravo alunno, sonno tranquillo, enuresi frequente. Paura del temporale e della pioggia; vuole stare abbracciato. Si ferisce molto, le ferite diventano grandi e tardano a cicatrizzare, anche con gli antibio-

tici non migliorano. Da Gennaio 2005 ha una ferita all'orecchio che non guarisce. Sogni di mostri e belve che lo perseguitano.

Evoluzione - Da Ottobre 2005 a Marzo 2006 è stato trattato con *Sulphur*, con miglioramento parziale dei sintomi fisici e mentali. Prescritti in seguito: *Stramonium*, *Lycopodium*, *Nux vomica* e *Belladonna* senza modifiche del quadro. A Giugno 2006 viene prescritta *Staphysagria 200 CH* dose unica: migliora l'enuresi, è molto più calmo, meno pianti, ma in Agosto quando cominciano i problemi con i fratelli maggiori (invischiati nella droga) torna a peggiorare. Viene prescritta *Staphysagria 1000 CH*, dose unica, tutti i sintomi migliorano. Da allora è stato medicato periodicamente con lo stesso medicamento (fino alla 10.000 FC), tutte le volte che presentava qualche sintomo fisico (tonsillite o sinusite - ritorno dei vecchi sintomi), oppure quando cominciano a tornare i sintomi di comportamento aggressivo/enuresi, sempre con miglioramento di tutti i sintomi.

Paziente n. 3

10 anni, maschio, genitori separati. Prima consultazione: Luglio 2005.

Storia clinica - Disinteresse per la scuola, mancanza di concentrazione, molto aggressivo; tonsilliti a ripetizione, rinite cronica, raucedine costante da 3 anni (trattati con antibiotico). E' molto nervoso, capriccioso, inquieto, grida molto, sonno agitato, digrigna i denti, litigioso. La madre riferisce che lui protesta perché pensa che non gli vuole bene e che non gli presta attenzione, vuole stare e dormire abbracciato a lei, crea sempre confusione, piange per qualsiasi cosa, batte i piedi quando contrariato, geloso della sorella più piccola, picchia lei ed i compagni. Totale disinteresse per la scuola, vuole sempre giocare, disorganizzato, non fa i compiti, fa tutto cantando e ballando, tutto è un gioco,

parla molto; quando «*ho paura divento rauco*». Sogni: inseguito dai fantasmi, dalla morte, dal lupo mannaro.

Evoluzione - Da Luglio 2005 ad Aprile 2006 è stato trattato con *Nux vomica* e *Sulphur* con miglioramento parziale dei sintomi, ma a partire dal Maggio 2006 il comportamento è peggiorato sempre più, mal di testa frequenti e rinite costante, aggressivo con la sorella, sonno agitato ed incubi. Viene medicato con *Tarentula 200 CH*, dose unica. Sono ritornate per 2 giorni le vecchie lesioni cutanee che poi sono migliorate. Successivamente sono migliorate la rinite, il mal di gola e la raucedine. Ha cominciato a leggere meglio, ha cominciato ad andare a scuola senza protestare, porta e fa i compiti a casa. E' migliorata la paura del buio, non vuole più dormire avvinghiato, ha smesso di gridare e piangere per qualsiasi cosa, è meno inquieto ed ha smesso di litigare a scuola ed in casa. Da Aprile 2006 è stato trattato con potenze crescenti di *Tarentula* (fino alla 100.000 FC) quando ritornavano i sintomi guida, sempre con miglioramento della totalità dei sintomi.

Paziente n. 4

7 anni, maschio.

Prima consultazione: Settembre 2004.

Storia clinica - Da un anno presenta bronchiti ogni 3 mesi e tonsilliti ogni 15 giorni, ha dovuto ricorrere agli antibiotici. Rimane anche una settimana senza evacuare ed all'improvviso *se la fa addosso* senza accorgersene. Lamenta sempre mal di testa, enuresi quotidiana. E' pauroso, impressionabile, pigro in tutto, mani sempre umide. Molto fermo, inattivo, sempre buttato per terra, ha vertigini ed astenia, ha bisogno di aiuto per vestirsi. A scuola va malissimo, ha l'abitudine di mentire. Sogna cani neri che aggrediscono la madre ed altri incubi simili.

Evoluzione - Trattato con *Calcarea carbonica*, in potenze crescenti, con miglioramento franco dei sintomi, ma

senza risoluzione completa. Giugno 2006: la madre non gli ha permesso di partecipare ad un programma in TV e dopo 15 giorni ha manifestato convulsioni e perdita di controllo degli sfinteri; ricoverato per accertamenti (EEG ha rilevato un focolaio irritativo del lobo temporale destro) è stato dimesso in terapia con *Fenobarbital 100mg/die*. Dopo il ricovero è peggiorato ulteriormente nel comportamento, non può essere contrariato, grida, piange, aggredisce fisicamente il fratello ed i genitori, tenta di scappare di casa, tira oggetti, offende tutti, è costantemente inquieto, malmena i compagni, ha picchiato l'insegnante già due volte. Sono stati prescritti in successione *Ignatia*, *Belladonna* e *Stramonium* senza miglioramento. Ad Agosto 2006 viene prescritta *Nux Vomica 30 CH*. Dopo 5 giorni ha una leggera crisi convulsiva dopo aver smesso di assumere il rimedio. Da Giugno a Novembre 2006 ritorna ad assumere *Nux vomica 30 CH*, dosi quotidiane, e comincia a migliorare l'aggressività a scuola ed in casa, ritorna a fare i compiti, il sonno diventa più calmo. Ad Ottobre 2006 viene modificato il trattamento allopatico con *carbamazepina 300mg/die*. Da Novembre 2006 ritornano le bronchiti e le riniti che migliorarono con *Nux vomica 30 CH*. A Dicembre 2006 nuova leggera crisi convulsiva. A Febbraio 2007 medicato con *Nux vomica 200CH*, una dose a settimana. Da Aprile 2007 una dose al mese: remissione delle crisi convulsive e della bronchite, miglioramento totale del comportamento a scuola ed a casa. A Giugno 2007 è tornato ad essere irritato e dopo 15 giorni manifesta una crisi convulsiva lieve; la madre lo porta dal neurologo il quale raddoppia la dose di *carbamazepina*; dopo 3 giorni una nuova crisi, ma non grave. Non è ritornata la bronchite. Medicato con *Nux vomica 1000 CH*, dose unica, nello stesso giorno due crisi convulsive,

successivamente torna ad essere calmo.

Condotta: osservazione.

Paziente n. 5

7 anni, maschio.

Prima consultazione: Dicembre 2004.

Storia clinica - A due anni ha avuto una bronchite, ma ora ha solo crisi di rinite e sinusiti (trattate con antibiotici), epistassi frequenti. Totale disinteresse e comportamento aggressivo a scuola, mancanza di concentrazione. Agitato in classe, litigioso. Dà pugni ai compagni, alle pareti ed alle porte, non percepisce il pericolo (si è ferito il braccio con una porta a vetri). Diventa furioso, comincia a gridare e picchia l'insegnante e le assistenti. Sonno molto agitato e cade sempre dal letto, parla e litiga nel sonno. Sogni: di fare il vigile del fuoco, di spegnere incendi, vampiri che gli succhiano il sangue, animali selvaggi.

Evoluzione - Trattato con *Belladonna 30 CH*, non ha avuto epistassi per un mese, ma dopo sono ritornate. Nel 2005 ha una polmonite, viene investito da una motocicletta e morso da un ragno. E' molto ansioso, inquieto, ha problemi a scuola, il sonno è agitato, batte la testa al muro, aggressivo, epistassi frequenti e rinite. E' stato visto dal neurologo, ha fatto una TAC che è risultata normale. Viene prescritta *Belladonna 30 CH*, dose unica. Ad Ottobre 2006 tutto è migliorato al 100%: il sonno, il comportamento, la scuola. Le cefalee passano rapidamente. In Agosto ha avuto un incubo ed in seguito ha avuto febbre e mal di testa; la madre somministra un antipiretico. Prescritta *Belladonna 200 CH* dose unica, migliorano tutti i sintomi. A Giugno 2007 migliora al 100%, non ha più avuto crisi di nervi, è più maturo, non si è più ammalato, non ha incubi. Senza medicamento.

Paziente n. 6

7 anni, femmina.

Prima consultazione: Settembre 2004.

Storia clinica - Dermatite atopica da quando aveva 4 anni. Fa iniezioni di *Diprosan®* (dipropionato e fosfato disodico di betametasonone) (l'ultima a Dicembre 2003) e sta bene per 6-8 mesi. La dermatite è ritornata da 4 giorni. Ha sempre rinite e mal di denti (molte carie) ed a volte ha febbre con tosse e tonsillite. Prende antibiotici. Tutto è cominciato quando la madre era incinta del fratello più piccolo: diventò molto aggressiva, non voleva mangiare e buttava il piatto sul pavimento, sputava sul muro, aveva molte crisi di gelosia. È ancora maleducata, insolente, litiga a scuola. Non ha appetito. Ha paura dei vermi. Sogni di streghe. Il padre è alcolista e picchia la madre.

Evoluzione - Prescritto *Lachesis 30 CH*, dose unica. Novembre 2004: dopo 10 giorni compare febbre e al pronto soccorso le somministrano *Diprosan*. Nel frattempo compare una "pallina" sul dente, appena uscito il pus cessa il dolore. L'allergia migliora e diventa più calma e obbediente per una settimana, poi torna a peggiorare. Prescritta *Lachesis 1000 CH* dose unica. Ottobre 2005: l'allergia migliora e non è più aggressiva, ma da una settimana sta ritornando la dermatite, all'esame scabbia (ritorno di un vecchio sintomo). Sogni: la casa viene distrutta e tutti i familiari diventano mendicanti (durante le ultime piogge la sua casa è stata inondata); che il padre e la madre sono al bar ubriachi. Prescritta *Lachesis 200 CH* dose unica.

Febbraio 2006: l'allergia è migliorata ed è tornata solo da una settimana. E' migliorata a scuola. Incubo: un uomo che ammazza tutta la famiglia con un coltellaccio. Prescritta *Lachesis 500 CH* dose unica. Marzo 2007: da Dicembre è tornata l'allergia, per il resto sta bene. Prescritta *Lachesis 500 CH* dose unica. Agosto 2007 continua a stare bene, calma, senza allergia, con buon appetito, senza rinite, meno aggressiva, senza incubi, senza medicazione.

Paziente n. 7

8 anni, maschio.

Prima consultazione: Ottobre 2004.

Storia clinica - Fino a 2 anni fa aveva sempre la gola infiammata, è migliorata, ma sono cominciati i mal di testa che peggiorano di notte, grida dal dolore. Due mesi fa è stato molto forte, con vomito e febbre per 8 giorni. Da quando è nato ha preso molto spesso antibiotici. Da 6 mesi sono cominciati i mal di pancia con la sensazione che c'è una "palla" nella pancia, lui si agita, piange, diventa matto (all'esame si evidenzia ernia ombelicale e diastasi importante dei retti addominali). Un mese fa ha preso un rimedio per i vermi, ma non è migliorato, non ha appetito (il bambino è molto pallido, mucose molto pallide +++, aspetto abbattuto, molto triste, non sorride). E' stato operato di fimosi 3 anni fa, si infiamma sempre ed esce pus, è molto sensibile e non può sfiorare gli indumenti. Da neonato fino ai 3-4 anni ha avuto bronchiti. Ha varie verruche sulle mani. Alla scuola va molto bene, sempre tra i primi della classe, non è un bambino che fa chiasso, ma parla molto. E' molto nervoso, diventa cieco dalla rabbia, trema, attacca, tira ciò che ha nelle mani, rompe le cose, ama calciare con tutto. Vuole vendicarsi della sorella quando lei lo provoca, non si controlla; non tollera di essere richiamato; quando i genitori lo picchiano fugge da casa, dice che va ad uccidersi. Da due mesi sta peggio. Quando non è così, è carino, aiuta in casa, timido, solitario, pudico. A 6 anni se la fece addosso perché aveva vergogna di chiedere di andare al bagno. Molti incubi.

Evoluzione - Viene curato con *Hyo-sciamus* senza miglioramento. Prescritto allora *Belladonna 30 CH*: migliorano i sintomi digestivi e la cefalea. Non ha mai avuto crisi di rabbia, fino a 20 giorni fa. Senza medicazione.

Marzo 2005: non ha avuto più attacchi di collera, non ha più litigato a scuola; le crisi dolorose sono meno frequenti e più lievi

fino ad una settimana fa; pene ancora molto sensibile, la diastasi dei retti è migliorata. Prescritta *Belladonna 100 CH* dose unica. Giugno 2005: è stato bene fino ad una settimana fa, mangia meglio, le verruche sono cadute, il pene è ancora sensibile, dorme bene, senza incubi, senza crisi di furia, ma allegro e felice. Intestino molto compromesso, senza evacuare per una settimana. Prescritta *Belladonna 200 CH* dose unica. Agosto 2005: tutti i sintomi relativi a crisi dolorose sporadiche stanno migliorando (prende *Belladonna* e migliore), è migliorata la sensibilità del pene, le verruche sono sparite, è molto tranquillo e felice, parla e sorride. Luglio 2007: non ha più avuto crisi di dolore, lievi accenni di mal di testa che subito migliorano; è in forze, buon appetito, è ingrassato, non ha incubi. Paziente dall'aspetto sano, colorito e soprattutto felice. Senza medicamento.

Paziente n. 8

11 anni – maschio. Prima consultazione: Settembre 2004. **Storia clinica** - Convulsioni dall'età di 7 anni (tipo grande male) fino ad un anno fa. La prima volta è successo durante una lite a scuola. Dopo le convulsioni vuole fuggire di casa. E' stato sempre litigioso, crea confusione a scuola e per strada tutti i giorni ed ultimamente sta peggiorando. E' nervoso e aggredisce, tira pietre agli altri, rompe e ruba oggetti in casa di altre persone, sfida tutti, risponde volgarmente, vuole sempre essere il primo della fila. Maltratta tutti gli animali della strada, è maldestro, strappa i quaderni e distrugge il lavoro dei compagni, non tollera di essere contrariato, piange per qualsiasi cosa, accusa gli insegnanti ed i compagni di cose orribili. Minaccia col coltello, pietre e bastoni, sputa sui muri e sulle persone, non partecipa alle attività e ride cinicamente, mente e fa cattiverie tutto il tempo. Non sa leggere e

scrivere, lento nel pensiero, non ha coordinazione motoria, mostra inquietudine estrema. Mal di testa e di orecchie frequentemente, rinite e costanti tagli sulle labbra, mangia le unghie fino a farle sanguinare. E' costantemente afflitto da ferite nel corpo a causa delle continue lesioni, che si infiammano e non cicatrizzano; è sempre sporco, va per la strada fino a tarda notte, su cavalli sporchi e nei rifiuti del quartiere. Paura e sogni di stupro. Sonno agitato, parla e litiga dormendo, si sveglia imbronciato, scalcia nel letto. La madre è completamente disorientata nel tempo e nello spazio, ha avuto 6 figli con differenti uomini e ne ha dati 3 in adozione, sta tutto il giorno per strada, sempre molto sporca. Una sorella con ritardo mentale, il nonno materno soffre di convulsioni e la nonna materna (che si prende cura dei bambini) è anch'essa disorientata. Il patrigno attuale è molto violento. Il paziente è stato abusato sessualmente. **Evoluzione** - Trattato con potenze successive di *Belladonna* è diventato più calmo, meno aggressivo, ma le convulsioni sono ritornate, ha cominciato a prendere il fenobarbitale. Sono stati prescritti in sequenza: *Cina*, *Nux vomica*, *Nitricum acidum*, *Tarentula*, *Hepar sulphur* e *Mercurius*. Da Aprile 2007 medicato con *Stramonium 1000 CH*, è più calmo, solidale con i compagni, ha smesso di maltrattare gli animali e di andare nei rifiuti, meno contuso, meno reattivo se provocato, aspetta il suo turno quando è in fila. Da Giugno 2007 ha smesso di prendere il rimedio ogni settimana e già sta nuovamente litigando. Non è ritornato per la consultazione di Agosto. Continua a prendere il fenobarbitale, senza crisi convulsive.

RISULTATI

I pazienti 1, 2, 3, 4, 5 e 8 all'inizio presentavano, oltre le malattie comuni, frequenti in questa fascia d'età, diagnosi di

TDA (Deficit dell'Attenzione). Nel caso dei pazienti 1, 2, 4, 5 e 8, è stata posta diagnosi di TC (Disturbo del Comportamento) e nei pazienti 1, 3, 4, 5, 7 ed 8 diagnosi di TDO (Disturbi Oppositivo-Provocatori), in accordo con i criteri diagnostici del DSM- IV. La sintesi delle diagnosi e del trattamento è rappresentata nella tabella 1. L'evoluzione clinica dei sintomi organici è stata riportata per ogni caso ed i risultati dei test utilizzati prima e dopo il trattamento sono rappresentati nelle tabelle 2 e 3.

DISCUSSIONE

La remissione dei sintomi di malattia e la netta trasformazione del comportamento in 6 degli 8 pazienti suggeriscono che il trattamento omeopatico può contribuire alla risoluzione del problema di auto-etero ed eco-violenza in bambini ed adolescenti. In letteratura abbiamo trovato solo due osservazioni: una di Barrault²⁴ per il quale, a differenza della nostra esperienza, la applicazione omeopatica è molto limitata nel trattamento della violenza e sociopatia degli adolescenti, e l'altra di Treutler,²⁵ che descrive il caso di un detenuto trattato con l'omeopatia con una buona evoluzione clinica e miasmatica. Il paziente 4, che è migliorato nei sintomi organici con *Calcarea*, ma peggiorato nel comportamento, soprattutto quando si sono presentate le convulsioni, può servire come esempio dell'alternanza fra sintomi fisici e sintomi del comportamento o mentali. (NdT n. 1) I comportamenti in bambini predisposti a sviluppare un atteggiamento violento sottolineano la presenza di metastasi morbosa dopo l'uso ricorrente di antibiotici. Con il trattamento omeopatico ritornano gli episodi infettivi ricorrenti (sempre trattati con lo stesso medicamento che si sta assumendo), nella misura in cui il com-

Tabella 1. Sintesi: diagnosi e trattamento

N.	Diagnosi formulate ad inizio trattamento: riepilogo	Medicamento prescritto
1	Otiti, sinusiti, cefalee frequenti, ADHD, Disturbo del Comportamento e Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Hepar Sulphur
2	Piodermite, sinusiti, cefalee ricorrenti, con ADHD di grado lieve, Disturbo del Comportamento e Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Staphysagria
3	Tonsilliti a ripetizione, rinite cronica, raucedine, ADHD, Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Tarentula Hispanica
4	Rinite, bronchite, tonsilliti ricorrenti, ADHD, Disturbo del Comportamento e Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Nux Vomica
5	Rinite, epistassi, bronchite e tonsilliti ricorrenti, ADHD, Disturbo del Comportamento e Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Belladonna
6	Dermatite atopica, Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Lachesis
7	Sinusite, emicranie, colite, Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Belladonna
8	Rinite, epilessia, otite, ADHD, Disturbo del Comportamento e Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Stramonium

Tabella 2. Evoluzione dell'Indice di Conners e SNAP-IV

Caso	Età	Indice di Conners*		SNAP-IV**			
		INIZIO TRATTAMENTO	FINE TRATTAMENTO	INIZIO TRATTAMENTO D.A.	I.A.	FINE TRATTAMENTO D.A.	I.A.
1	7	30	6	9	9	0	0
2	10	21	4	7	8	0	0
3	10	26	6	8	9	0	0
4*	7	24	2	4	0	0	0
5	7	30	3	9	9	0	0
6	7	8	1	0	4	0	0
7	8	1	0	0	0	0	0
8*	11	30	25	9	9	9	9

LEGENDA
 D.A.: disturbo Attenzione I.A.: IperAttività
 * L'indice di Conners può variare da 0 a 30; nella versione abbreviata per i genitori, un risultato di 18 o più indica iperattività.
 * Nel caso 4 la nuova valutazione è stata fatta dopo 12 mesi di trattamento; negli altri dopo 36 mesi; solo nel caso 8 il Questionario di Conners è stato posto all'insegnante.
 ** Lo SNAP-IV si basa su 5 parametri. I risultati del parametro A sono mostrati in tabella: Disturbo dell'Attenzione (DA) e Impulsività / Iperattività (II); questi disturbi sono presenti quando il risultato è > di 6 (il totale per ogni gruppo è 9). I criteri B, C e D erano presenti in tutti i casi ed il criterio E non si applica.

Tabella 3. Evoluzione del Disturbo del Comportamento e dei Disturbi Oppositivo-Provocatori (Oppositive Challenging) in ciascun caso (DSM-IV).

Caso	Disturbo del Comportamento*		Disturbi Oppositivo-Provocatori (Oppositive Challenging)**	
	INIZIALE	DOPO IL TRATTAMENTO	INIZIALE	DOPO IL TRATTAMENTO
1	8	1	8	0
2	5	1	3	0
3	2	0	7	0
4	3	0	5	0
5	7	0	8	0
6	2	0	3	0
7	1	0	4	0
8	10	10	8	8

*Il Disturbo del Comportamento viene valutato da 3 o più parametri (per un massimo di 15)
 **Oppositive Challenging da 4 o più (per un massimo di 8).

portamento sta migliorando. Il paziente 8 è stato il più difficile da seguire e da trattare, a causa delle condizioni familiari sfavorevoli e per il fatto di non poter contare sulla madre. Questo, probabilmente, è uno dei maggiori ostacoli alla cura nel programma di trattamento omeopatico di bambini in situazioni di violenza. Nei nostri pazienti, la prescrizione è stata progressivamente adeguata, nella misura in cui le madri percepivano ciò che era importante riferire; in tal modo fornivano i particolari che permettevano la prescrizione del miglior medicamento. Abbiamo osservato che le madri di pazienti socialmente carenti ricorrono meno a medicinali soppressivi (principalmente antipiretici) durante gli aggravamenti. Questa condizione ha contribuito al successo del trattamento, facilitando il miglioramento del comportamento ed una maggiore stabilità clinica.

CONCLUSIONI

Nella prospettiva omeopatica la delinquenza e la predisposizione alla criminalità, nei suoi differenti livelli di gravità, corrisponde ad una moltitudine di manifestazioni del disequilibrio vitale che generano quadri di comportamento anti-sociale. Il medicamento omeopatico prescelto a seconda del profilo comportamentale di ciascun paziente, insieme agli altri sintomi, si prospetta come uno strumento terapeutico adeguato a determinare il cambiamento.²⁶ In altri termini il rimedio risulta essere dotato di un potenziale in grado di modificare - per similitudine, quando applicato secondo il modello omeopatico - la dinamica vitale dell'individuo che infrangela legge o che potrebbe infrangerla. Nei casi trattati omeopaticamente abbiamo verificato che, mediante il medicamento adeguato alla individualità ed alla totalità sintomatica, è possibile interferire con successo nella dinamica

vitale e nel comportamento dei bambini e degli adolescenti in situazioni di violenza, anche se le condizioni socio-economiche e culturali nelle quali vivono rimangono inalterate. (NdT n. 2) L'esperienza del trattamento omeopatico dei bambini e degli adolescenti in condizioni di rischio di violenza residenti nella periferia della città di San Paolo, in una delle zone più violente della città ed in condizioni socio-economiche precarie, hanno evidenziato che esiste la possibilità di contribuire ad una soluzione, per quanto parziale, mediante la terapia omeopatica, data l'evidenza della sua azione sul comportamento.

NdT

1) IL CONCETTO DI ALTERNANZA E DI METASTASI MORBOSA

Per tradizione storico-culturale ed esperienza personale, ogni buon omeopata sa che il processo di malattia può presentarsi sotto forma di sintomi "stabili" (es.: asma) o "alternanti" (asma e diarrea), continui o "periodici" (ogni mese, settimana, etc.), in ragione sia dello stato emuntoriale che del tipo di "stimolo" applicato (simillimum, soppressione farmacologica, etc.). Anche un medicinale omeopatico, soprattutto se poco indicato o dotato di similitudine parziale, potrebbe dar luogo a tale fenomeno, come nel caso del paziente 4: Calc., infatti, avrebbe migliorato i sintomi "fisici" ma a scapito di quelli mentali/comportamentali, dando luogo ad una tipica "alternanza sintomatologica".

Sappiamo inoltre che il processo di guarigione e quello di malattia viaggiano in direzione opposta: centrifugo il primo, centripeto il secondo. E' il caso delle c.d. terapie "soppressive" (es.: ripetute somministrazioni di cortisonici/antibiotici) che mirano a cancellare i sintomi di superficie per farli "riapparire" in profondità, in forma più o meno stabilizzata. E' questo il concetto di "metastasi morbosa" che, però, nulla ha a che vedere col concetto di colonizzazione neoplastica: essa, infatti, indicherebbe la direzione, sempre più centripeta e quindi profonda, del processo patogeno.

2) OMEOPATIA E AMBIENTE

Dall'anamnesi omeopatica emerge con chiarezza la precisa coerenza che esiste tra storia clinica e vissuto esistenziale di ogni individuo: coerenza che il processo di malattia tende

ad esaltare sul piano clinico (sintomi) ma che lo stimolo informativo di tipo omeopatico tende a riportare allo statu quo (guarigione). In altri termini, non ci ammaliamo per caso; così come, per poter guarire, è necessario che lo stimolo omeopatico, per quanto potente, agisca in condizioni ambientali favorevoli. Ove ciò non fosse possibile, l'efficacia dell' Omeopatia tenderebbe a disperdersi e quindi ad esprimersi in modo "parziale", come gli Autori hanno giustamente sottolineato. Il dato importante, alla luce del loro lavoro, è il fatto che l' Omeopatia induce **comunque** una spinta verso il cambiamento, pur in presenza di condizioni socio-culturali ed ambientali sfavorevoli: l' azione risanatrice dell' Omeopatia può dunque essere limitata e finanche annullata ma non senza prima aver lasciato il proprio segno.

BIBLIOGRAFIA

SEDH 2006. *Levantamento da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do adolescente*/SEDH, baseado em informações fornecidas pelos estados. Comparacao entre 2004 e 2006 (http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/.arquivos.pdf). Acesso em julio de 2007

BENTES ALS. *Tudo como Dantes no D'Abrantes: estudo das interações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. 1996. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

DIAS MDF. *Fatores de risco para o comportamento dos infratores*. 2002. Dissertação (Mestrado). Departamento de Clínica, UNIFESP. São Paulo

TOLEDO GW. *A delinquência juvenil no estado de São Paulo: características, evolução e tendências observadas entre os anos de 1950, 1960, 1979, 1985, 1995, 2000, 2001, 2002, 2006*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, (FFCLRP). Ribeirão Preto

GALVANI P. *Autoformação: uma perspectiva transpessoal, transdisciplinar e transcultural*, in "Educação e Transdisciplinaridade II, São Paulo: Triom, 2002

ABRAMOVAY M, RUIA MG. *Violências nas escolas*. Brasília: UNESCO, 2002

SHELTON TL, BARKLEY RA, CROSSWATT C, MOOREHOUSE M, FLETCHER K, BARRETT S ET AL.: *Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive-impulsive-inattentive behavior*. Journal of Abnormal Child Psychology 1998; 26(6): 475-494

ZAGURY T. *O professor refém*. Rio de Janeiro. Record, 2006

OLIVEIRA CA. *A fuga da escola como preditor do fenômeno delinquential*. Aletheia, 2002; 15: 27-36

MARTINS C. *Bases psicodinâmicas da Delinquência*. Revista

Brasileira de Psicanálise. 1991; 25 (1):164-175

BLY R. JOÃO DE FERRO: *um livro sobre homens*. Rio de Janeiro. Elsevier, 2005

GROSSA D. *Psicologia do matar e o condicionamento de crianças*. Aliança pela infância no Brasil (www.aliancapela infancia.org.br/biblioteca/textos/detalhe.asp?nt=6). Acesso em Julho 2007

ASSIS SG, SOUZA ER, *Raising Cain and Abel: thinking on juvenile delinquency prevention*. Ciênc. Saúde coletiva. 1999, 4 (1): 131-144

HAHNEMANN S. *Doenças Crônicas: sua natureza e sua cura homeopática*. 2a ed. São Paulo. Grupo de estudios homeopáticos de São Paulo "Benoit Mure", 1984

HAHNEMANN S. *Organon da arte de curar* – 6° ed. São Paulo, Robe, 1996

KENT JT. *Lições de Filosofia Homeopática*. 2a ed. São Paulo. Organon 2002

MASI ELIZALDE A. *Actas del Instituto de Altos Estudios Homeopáticos* "J. T. Kent", No 1-8. Buenos Aires, 1988

MASI ELIZALDE A. *Homeopatia: teoria e prática*, Rio de Janeiro: Luz Menescal, 2005

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO SNAP-IV. (www.tdah.org.br). Acesso em 30/07/2007

BARBOSA GA, GOUVEIA VV. *O fator hiperatividade do questionário de Conners: validade conceitual e normas diagnósticas*. Temas. 1993; 23 (46): 188-202.

BARBOSA GA. *Transtornos hipercinéticos: validação do questionário de Conners em escolares de João Pessoa*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1994; 43 (8): 445-453

ANDRADE ER, SCHEUER C. *Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2004, 62 (1); 81-85.

DSM-IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000

BARRAULT M. *Violence et sociopathie de l'adolescent*. Cahiers de Biotherapie. 1999; 157: 38-40

TREUTLER G. *Hoemopathy in prison*. Homeopathic Links, 1991; 3: 23-24

BIGNARDI FAC, RAMOS LR, FREITAS V, KULLER AI, AUGUSTO S, GARCIA E. *The role of Homeopathy as a behavioural medicine instrument, to recognize wellness and health: a corporate approach*. 2nd International Conference of the Association for Behavioural Analysis. Campinas, 2004. 191 (106)

ARAÚJO EC. *Uma abordagem da pessoa no processo de adoecimento*. Cultura Homeopática. 2003; 5: 8-14

Data di presentazione: 04/08/07

Data di accettazione: 23/10/07

Non è stato dichiarato conflitto d'interesse

I Nosodi (prima parte)

Traduzione a cura di Anna Fontebuoni, anna.fontebuoni@poste.it

RIASSUNTO

In generale è abbastanza facile fare una prima prescrizione corretta. Ma, cosa fare se il primo rimedio non è più efficace e vi sono solo pochi sintomi che indicano il rimedio giusto seguente? Dopo l'iniziale entusiasmo al vedere messa in pratica la legge di similitudine, sia il paziente sia il medico possono subire una cocente delusione, tanto da pensare persino ad abbandonare l'omeopatia. A questo punto è estremamente importante riallacciarsi alle intuizioni di Hahnemann e dei suoi seguaci sulle malattie croniche. È fondamentale che ogni omeopata abbia la possibilità di eliminare lo strato miasmatico prescrivendo un nosode. Eppure, al giorno d'oggi, a causa di normative nazionali sulla sicurezza microbiologica più rigide, è diventato problematico preparare e vendere nosodi. In alcuni paesi non è più consentita la loro produzione, perché il metodo di preparazione non è perfettamente conforme alle nuove restrizioni. I produttori di rimedi omeopatici devono affrontare sempre più ostacoli per rifornirsi di materiale biologico di origine umana. Per questo motivo il gruppo di lavoro belga "Calcarea carbonica" ha deciso di intraprendere uno studio sui nosodi. Data la vastità dell'argomento abbiamo deciso di limitare lo studio ai seguenti nosodi: nosodi classici (Psorinum, Syphilinum), nosodi non classici (Anthracinum, Lyssinum), nosodi intestinali (Colibacillinum, Proteus). Presentando alcuni casi clinici vogliamo dimostrare l'importanza di una stabile disponibilità di questo genere di rimedi per la comunità omeopatica. Siete tutti invitati a partecipare allo studio.

PAROLE CHIAVE

Nosodi in pericolo; disponibilità dei nosodi nella pratica quotidiana; studio su sei nosodi.

Questo lavoro è stato presentato in una sua sintesi al 63° L.M.H.I. World Congresso Mondiale LMHI di Ostenda (Belgio), nel Maggio del 2008. Desideriamo farlo conoscere agli Omeopati italiani per la sua importanza. Verrà pubblicato in tre parti. Ringraziamo gli Autori e l'Associazione CALCAREA - Homœopathia Europea.

INTRODUZIONE

Lo sviluppo della teoria dei miasmi di S. Hahnemann è avvenuto parallelamente alle scoperte di Edward Jenner, che introdusse il concetto di 'vaccinazione' nel 1796. Egli utilizzò per primo un vaccino contro il vaiolo coltivato su tessuto mammario bovino. Due eventi contemporanei, apparentemente senza legami, ma di significato identico o simile.

L'omeopatia procede lungo la strada della ricerca di individualità: una medicina per ogni individuo. L'allopatria, invece, ignora il concetto di individualità: un solo farmaco è per tutti.

All'inizio del XIX° secolo, John Hunter vaccina se stesso con il pus di un uomo affetto da gonorrea. Le conseguenze sono che non solo contrae la gonorrea, ma anche la sifilide.

Al tempo di Hahnemann era ben nota la capacità di trasmissione delle malattie, ma quando Hahnemann (1755-1843) sviluppò la teoria dei miasmi, nel 1828, non erano ancora stati scoperti i batteri. La scoperta dei microrganismi responsabili della trasmissione avvenne dopo la morte di Hahne-

mann. Tuttavia già nel 1677 Van Leeuwenhoek aveva visto al microscopio 'animalucules', ma solo nel 1867 Robert Koch scoprì il bacillo dell'antrace, relativamente grosso e ben visibile al microscopio, e lo collegò alla malattia.

Seguirono altre scoperte:

1880: Bacillo del tifo, scoperto da Ebert,

1882: Bacillo della tubercolosi, scoperto da Koch,

1883: Bacillo del colera, scoperto da Koch,

1883: Bacillo della difterite,

1886: Pneumococco ecc.

NOSODI IN PERICOLO

La comunità omeopatica si trova in un momento di grande difficoltà: in alcuni paesi i nosodi non vengono più prodotti a causa di normative nazionali più restrittive in fatto di sicurezza microbiologica e dovunque le aziende produttrici di rimedi omeopatici devono affrontare sempre più ostacoli per rifornirsi di materiale biologico di origine umana.

Sarebbe auspicabile che la comunità dei medici e farmacisti omeopatici raggiungesse un accordo sulla definizione degli specifici nosodi dal punto di vista scientifico, in modo da stabilire una nomenclatura coerente, scientifica e non ambigua. I farmacisti, comprese le industrie farmaceutiche, dovrebbero rendere noti i dati tecnici e di produzione, di controllo di qualità, i metodi di preparazione dello stock ecc. È solo mantenendo una qualità uniforme e standardizzata che si potrà salvaguar-

dare la disponibilità di questo gruppo di rimedi omeopatici, che dovrebbero costituire una categoria di medicinali ben definita.

SITUAZIONE ATTUALE

I nosodi sono una categoria di rimedi omeopatici non omogenea. Possono essere ottenuti da:

Organi o tessuti patologici o secrezioni di infezioni batteriche (Tuberculinum, Syphilinum), o parassitiche (Psorinum), o da materiale non infettivo, come tumori (Carcinosinum), e altri tessuti e organi malati;

Vari veicoli di infezione, come sangue e saliva (Lyssinum, Pfeiffer), o da animali o uomini malati;

Piante malate (Secale cornutum);

Colture in vitro di microrganismi patogeni (Staphylococcinum, Enterococcinum);

Vaccini (Influenzinum), sieri (Diphtherinum, Siero di Yersin), tossine (Diphtherotoxinum) e anatossine (Staphylotoxinum).

Nonostante siano stati usati ampiamente in omeopatia negli ultimi cento anni, il materiale da cui prendono origine non è ancora specificato chiaramente:

Il materiale d'origine dello stesso nosode ha subito variazioni da autore a autore;

I produttori a volte hanno cambiato il materiale di origine;

Ci sono differenze da nazione a nazione;

I materiali d'origine a volte sono stati mescolati.

Non è facile per i produttori di rimedi omeopatici reperire materiale biologico di origine umana. Oltre alla necessità di procurarsi materiale ben definito e standardizzato, di origine affidabile, ottenuto da pazienti privi di gravi malattie concomitanti, ne dovrebbe essere assi-

curato un rifornimento costante e ad un prezzo ragionevole.

Al momento attuale la sicurezza microbiologica è un problema di estrema importanza. Vengono prese misure sempre più drastiche per prevenire il rischio di contaminazione. L'ultima legge sulla trasfusione, del 1998, sottopone a rigidissime norme la produzione, manipolazione e vendita di tutti i prodotti di origine umana. In Germania si ricavano dal sangue alcuni nosodi: Syphilinum (alcune ditte usano sangue di pazienti sifilitici e non campioni di tamponi eseguiti sull'ulcera), Morbillinum, Scarlatinum (alcune ditte usano sangue di pazienti affetti da scarlattina e non campioni di tamponi eseguiti sulla gola infiammata), Toxoplasmosinum, Varicella, Hepatitis ecc. Soddisfare i rigidi requisiti di legge comporterebbe costi tanto enormi, milioni di euro, che molte ditte non sarebbero più in grado di produrre questi nosodi. Effettivamente alcune aziende farmaceutiche hanno già abbandonato la produzione di nosodi di derivazione ematica.

I nosodi di origine patologica umana devono affrontare numerose difficoltà: prima di tutto la legislazione in fatto di donazioni, poi il fatto che sono miscugli di batteri, o virus o funghi, cellule ematiche, cellule di tessuti, siero, proteine, immunoglobuline e altri componenti biochimici di pus e altre secrezioni dell'ospite, praticamente impossibili da standardizzare.

La Materia Medica dei nosodi si basa soprattutto su dati clinici ottenuti in terapie con preparazioni più o meno diverse da quella del proving, perché il produttore ha dovuto sottostare a normative che non erano vigenti ai tempi dei primi proving.

Le domande che ci poniamo sono: un rimedio omeopatico dovrebbe essere, se possibile, simile a quello su cui è stato

fatto un proving? Significa forse che le attuali terapie cliniche eseguite con preparazioni (leggermente ?) diverse dalle vecchie non sono affidabili?

E poi: si può sostituire un prodotto dell'infezione con microrganismi isolati? Preparazioni omeopatiche come Gonococcinum o Gonotoxinum, contenenti batteri di Neisseria gonorrhoea, non sono esattamente la stessa cosa di Medorrhinum, secrezione uretrale di paziente gonorroico non trattato, che contiene i prodotti della reazione dell'ospite al germe, eppure vengono usati nella pratica clinica al posto di Medorrhinum. Sono molto più facili da standardizzare, anche se alcuni autori affermano che le secrezioni patologiche furono usate come materiale di partenza perché a quel tempo gli agenti infettivi originari non erano conosciuti o disponibili. Come dovrebbe essere definito Medorrhinum, dal punto di vista dell'origine, dell'identità e del materiale di partenza? Come si fa a standardizzare delle secrezioni uretrali (numero di batteri/ml, numero di leucociti ecc.)? È evidente che l'elemento distintivo di ogni nosode è il tipo specifico di batterio/virus/fungo e non i leucociti, le emazie, le cellule tissutali ecc. che contiene. Anzi, tali elementi potrebbero essere considerati come contaminanti.

Potrebbe essere lecito, per continuare il discorso, usare culture batteriche di Mycobacterium tuberculosis invece di Bacillinum, culture di Mycobacterium bovis invece di Tuberculinum bovinum? Culture di Treponema pallidum invece di Syphilinum/Luesinum? O di virus della rabbia invece di Lyssinum?

Altri autori sostengono che l'inclusione dei prodotti di reazione dell'organismo contro un agente infettivo è inestricabilmente legata al quadro del rimedio e alla sua efficacia. Anche noi che abbiamo scritto questo articolo siamo profondamente convinti che sia necessario mantenere i prodotti originali.

STUDIO SUI NOSODI

Data l'ampiezza dell'argomento, abbiamo deciso di limitare il nostro studio ai seguenti nosodi:

Psorinum: 11 casi clinici;

Syphilinum/Luesinum: 14 casi clinici.

Anthracinum: 2 casi clinici;

Lyssinum/Hydrophobinum: 4 casi clinici;

Colibacillinum: 2 casi clinici;

Proteus: 4 casi clinici;

Vediamo quali sono le caratteristiche dei materiali biologici di cui sono costituiti i nosodi scelti:

Anthracinum, Colibacillinum e Proteus:

Sono nosodi preparati da culture batteriche, quindi la loro origine è chiara e non ci sono dubbi sul materiale di partenza:

Anthracinum: preparato da culture di *Bacillus anthracis*;

Colibacillinum: preparato da culture di *Escherichia coli*;

Proteus: preparato da culture di *Proteus mirabilis*.

Luesinum/Syphilinum:

È meglio la denominazione Luesinum o Syphilinum? È meglio prepararlo a partire dal sangue del paziente sifilitico (in Germania non è possibile, dopo la legge sulle trasfusioni di sangue) o dall'ulcera? Come standardizzarlo?

Lyssinum/Hydrophobinum:

Come definire Lyssinum, dal punto di vista della sua origine, identità e materiale di partenza? Al momento attuale è di fatto impossibile procurarsi la saliva di cani rabbiosi. Ma è indispensabile? Oppure possiamo usare, in alternativa, il Lyssavirus isolato o il vaccino antirabbia? Esso soddisferebbe anche alcuni requisiti di sicurezza. Il vantaggio di usare il vaccino invece del nosode è il seguente: (a) si inattiva fa-

cilmente, (b) è quantificabile con accuratezza, (c) l'origine è precisa quindi il materiale di partenza è identificabile, (d) è riproducibile e relativamente standardizzabile, (e) non è superato. Il problema degli additivi contenuti in un vaccino va approfondito, ma talvolta si trovano vaccini liofilizzati che non contengono additivi. Talvolta si può usare materiale virale derivato da colture cellulari e contenente solo il terreno di coltura, senza antibiotici o fungicidi. Il Lyssinum della Staufen Pharma è vaccino antirabbia inattivato. Questa è la discussione in atto. Da parte nostra, pensiamo che il materiale di partenza di Lyssinum non dovrebbe essere altro che saliva di cane rabbioso.

Psorinum:

Il proving originale di Hahnemann fu eseguito con una preparazione derivata da materiale sieroso purulento contenuto in vescicole di scabbia. L'indagine mise in luce il segno patognomonico della scabbia, descritto come una papula bianca o grigia filiforme, lineare, ondulata, con un punto nero a un'estremità. Il punto nero è l'acaro femmina. Ci domandiamo se la vescicola non contenga, oltre all'acaro della scabbia (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*), un aracnide del genere *Acarus* e/o le sue secrezioni, anche dei batteri. Alcuni autori hanno affermato che si tratta di un miscuglio dal punto di vista batteriologico. Cosa dovrebbe contenere la preparazione ideale di Psorinum? Come standardizzarlo? Inoltre, è un nosode o dovremmo considerarlo un rimedio da insetto?

PERCHÉ I NOSODI SONO COSÌ IMPORTANTI NELLA PRATICA QUOTIDIANA?

In generale è piuttosto facile fare una prima prescrizione corretta. Ma, cosa fare se il primo rimedio non è più efficace e ci sono solo pochi sintomi per

prescrivere un secondo rimedio? Dopo l'iniziale entusiasmo al vedere gli effetti tangibili della legge di similitudine, sia il paziente sia il medico possono rimanere delusi e arrivare persino ad abbandonare l'omeopatia. A questo punto è molto importante seguire gli insegnamenti di *Hahnemann* e dei suoi seguaci sulle malattie croniche.

Riuscire a vedere il paziente durante l'acutizzazione della malattia è fondamentale per trattare con successo un caso cronico. Quando il rimedio che pensavate fosse il costituzionale non funziona più in una particolare situazione acuta, si può trovare un rimedio 'acuto' per la fase acuta, ed esso risulta essere il rimedio costituzionale di quel particolare paziente per lungo tempo. Ma talvolta il fallimento del rimedio costituzionale non dipende dal fatto che è sbagliato, ma dal carico ereditario e miasmatico del nostro paziente. A volte, oltre alla malattia miasmatica vera e propria, può essere presente un fattore esterno di disturbo, che si stratifica sulla malattia.

Secondo alcuni, una volta trovato il rimedio costituzionale, esso dovrebbe risolvere qualsiasi condizione acuta. Non solo: se il costituzionale non funziona, significa che non è il rimedio costituzionale giusto. Il rimedio costituzionale deve risolvere tutto. Ma quanti pazienti riusciamo a guarire completamente prescrivendo un solo rimedio, il simillimum? Nella maggior parte dei casi è necessario somministrare parecchi rimedi, più o meno consecutivi prima di arrivare alla prescrizione del simillimum. O, se il simillimum è stato prescritto dalla prima volta, spesso è necessario sostenerlo con rimedi intermedi. Lo scopo di ogni omeopatia consiste nel cercare e trovare il rimedio costituzionale per ogni paziente, che possa aiutarlo per tutta la vita. D'altra parte, a volte pensiamo troppo in fretta di non aver trovato il rimedio costitu-

zionale quando vediamo che non funziona in situazioni acute.

Il fatto che un rimedio costituzionale possa guarire un episodio acuto dipende, a mio avviso, da due fattori.

- Prima di tutto dalla forza vitale del paziente. Sappiamo tutti che alcuni pazienti hanno una forza vitale fortissima. I miasmi influiscono poco o nulla su di loro. Possiamo dar loro tranquillamente il rimedio costituzionale in qualsiasi situazione acuta. Ma la maggioranza dei pazienti che va dall'omeopata non è così fortunata. Anzi, in generale il medico omeopata vede pazienti che hanno una forza vitale debole. Per esempio, ai bambini che hanno una buona forza vitale non succede niente se prendono ogni tanto degli antibiotici. E non sono nemmeno disturbati da vaccinazioni o altre terapie della medicina tradizionale, se necessarie. Invece dagli omeopati capitano bambini che non migliorano, anche dopo aver preso molti antibiotici. Ciò avviene perché hanno una forza vitale debole. A quattro anni, con alle spalle già venti cicli di antibiotico-terapia e aerosolterapia, arriva il momento che i genitori li portano dall'omeopata. Potete immaginare quanto è più complessa la situazione di una persona di 30 o più anni la prima volta che va da un medico omeopata? Quanti strati bisogna eliminare! Non solo strati di terapie convenzionali che ha fatto durante la vita, ma anche strati dovuti alle malattie che ha avuto e infine a strati di origine miasmatica. Sappiamo tutti che i pazienti 'psorici' reagiscono benissimo a un solo determinato simillimum, ma, quando la malattia è multimiasmatica, è necessario prescrivere tutta una serie di rimedi.

- In secondo luogo dipende dalla forza dello strato acuto: quando lo strato della malattia acuta è troppo forte, il rimedio costituzionale a volte non è in grado di curarlo. Quando una persona subisce

una forte commozione cerebrale e ha sintomi molto evidenti di Arnica, non importa più qual è il suo rimedio costituzionale, ci vorrà Arnica per eliminare lo strato acuto. Analogamente, a volte dobbiamo intervenire con i nosodi per eliminare uno strato acuto o cronico.

In una persona con una forza vitale debole e un'ereditarietà familiare molto forte, dovremo eliminare molti strati. Strati che potrebbero evidenziarsi attraverso 'false' malattie acute. Se il rimedio costituzionale non riesce a risolvere tutti questi problemi, non significa che non sia il rimedio giusto. Anzi, dovremmo continuare il trattamento col costituzionale, quando necessario, in modo da migliorare la forza vitale del paziente. In questo modo potremmo renderlo sempre più forte e sensibile al suo costituzionale durante le malattie acute. In conclusione, dobbiamo cercare di riconoscere il carico ereditario e miasmatico che grava sul nostro paziente e da esso ottenere una chiara indicazione per la terapia da effettuare.

Ogni malattia ha un background miasmatico e bisogna sempre valutarlo. Hahnemann definisce il miasma come lo **stato patologico costituzionale fondamentale dell'individuo**. L'intera costituzione psicofisica del paziente è alterata da questa tendenza morbosa dinamica. Ogni organismo è predisposto a particolari malattie e a perturbazioni varie con caratteristiche e modalità proprie. Miasma è un termine paragonabile a diatesi, discrasia, costituzione o terreno. *Hahnemann* riconobbe tre miasmi, che chiamò Psora, Sifilide e Sicosi. Allen vi aggiunse la Pseudopsora, o diatesi tubercolinica, una sintesi di Psora e Sifilide. E ultimamente Vannier ha definito diatesi cancerinica uno stato trimiasmatico.

Nelle malattie gioca un ruolo fondamentale una forza eterea o stato vibra-

**LÉON SCHEEPERS**

Medico Chirurgo – Omeopata ANTWERP (Belgio)

1980: Laurea in Medicina a KUL-Leuven

1981: Istituto Tropicale di Antwerp (Belgio).

1982: "Medici senza frontiere": Aranyaprattet (Tailandia), ha lavorato per 6 mesi nel campo per rifugiati cambogiani Kao I.

1982: inizia la libera professione ad Antwerp. 1987: diploma alla VSU, Flemish school for Classical Homeopathy.

1987: inizia l'insegnamento alla VSU.

1987: membro di Calcareia carbonica (Homeopathia Europea), un gruppo di studio dell'Omeopatia Classica.

1991: concepisce una nuova clinica (www.homeoca.be).

Attualmente lavora insieme a cinque medici che praticano l'Omeopatia Classica. Nel suo Centro lavorano inoltre: due osteopati, un agopuntore, due psicologi, un dietologo, un terapeuta che pratica massaggio Shiatsu, un fisioterapista che pratica la terapia del rilassamento ed un terapeuta che pratica terapia psico-energetica.

Tiene regolarmente lezioni al S.H.O. (Scuola in Olanda).

Relazioni ai Congressi L.M.H.I. in: Brasile (Salvador de Bahia, 1999), Romania (Sibiu, 2001), Russia (Mosca, 2002), Austria (Graz, 2003), Argentina (Buenos Aires, 2004), Germania (Berlino, 2005), Belgio (Ostenda, 2008).

Relazioni a Chambéry (Francia, 2002), San Pietroburgo (Russia, Giugno 2007).

Ha condotto il proving di Insulinum con Guido Mortelmans (2005).

Direttore dei provings di *Lobelia cardinalis* (2006) e *Galium aparine* (2007).

Segretario della UNIO Homeopatia Belgica Delegato belga per il subcommittee Politics dell'E.C.H.

Vice-presidente LMHI per il Belgio.

zionale, intrinseco o estrinseco, che agisce direttamente sulle cellule viventi sensibili, e ciò avviene perché la contaminazione ereditaria, come ad esempio il carico miasmatico, si presenta senza che intervengano la sostanza materiale o la cellula vivente. Spesso, però, l'infezione è dovuta anche a un microrganismo patogeno, come postulato da *Louis Pasteur*. Quindi la teoria di *Samuel Hahnemann* e *Louis Pasteur* non sono in realtà opposte. Ma il causa principale di una malattia è la suscettibilità insita nelle cellule dell'organismo, che dipende in parte da fattori ereditari.

In caso di "Non è più stato bene da quando" o "Quando un rimedio ben scelto non ha effetto", pensate a un nosode. Secondo noi, questo vale anche per i nosodi che non hanno ancora un quadro mentale. Nella nostra professione abbiamo prescritto spesso *Cytomegalovirus*, *Diphtherinum*, *Epstein Barr*, *Influenzinum*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Virus Respiratorio Sinciziale*, *Staphylococcinum*, *Streptococcinum*, *Toxoplasmosinum*, *Pertussinum* ecc. come rimedi intermedi per risolvere il caso. Di nessuno dei nosodi citati esiste, finora, una descrizione di sintomi mentali e generali. È ben noto a tutti, per esempio, il quadro mentale di *Lyssinum*, preparato con la saliva di cane affetto da rabbia. Perché non abbiamo un analogo quadro mentale, per esempio, di *Pertussinum*, preparato con la saliva e il sangue di una bambina morta di pertosse?

Come afferma *John Henry Clarke* nel Dizionario di *Materia Medica Pratica*, vol. III, pag. 1621-1622, scritto all'inizio del XX° secolo: "Pertussinum (*Coqueluchin*) è un rimedio che non ha proving, tranne che ogni caso di malattia è un proving...". Cento anni dopo, la situazione è rimasta la stessa. Solo *Julian* ci può dare delle informazioni sul rimedio. *Clarke*, uno dei nostri maggiori

omeopati, afferma: "In tutti i casi di pertosse sospetta o conclamata, io do sempre il rimedio alla 30ch ogni quattro ore e di solito funziona bene". Usando i nosodi meno noti, ci formiamo sempre più un loro quadro 'clinico'. Naturalmente andrebbero fatti dei proving per perfezionarlo.

Diamo un'occhiata a *Carcinosinum*. Negli 'Scritti minori' *Kent* ha definito così *Carcinosinum*: "La preparazione di *Carcinosinum* che ho usato per molti anni era stata ottenuta da un tumore alla mammella". La preparazione originaria fu usata da *Foubister* e da *Templeton*. *Foubister*, nel 1952, lo prescrive praticamente solo in base a sintomi generali e locali. Egli elenca: Ca in famiglia; Migl. o pegg. al mare; Desiderio/Avversione per sale/latte/uova/grassi e frutta; Posizione genupettorale; Sclere cianotiche, carnagione 'caffelatte' e nei; Rimedi ben scelti non hanno effetto. Ancora non era stato creato un quadro mentale del rimedio, come lo conosciamo adesso. Vedete quanto tempo ci è voluto per ottenerlo. All'inizio *Carcinosinum* veniva prescritto solo per sintomi generali o locali. Ora invece è considerato un rimedio importante, con un quadro completo.

Non dobbiamo sottovalutare l'influenza dei medicinali soppressivi della medicina tradizionale e l'inquinamento ormai diffuso in tutto il mondo. La natura si adatta con le mutazioni. Ne consegue che ci confrontiamo sempre più con virus/batteri molto aggressivi e in generale vediamo, nella nostra professione, sempre più infezioni virali gravi. L'attuale situazione (medicinali convenzionali soppressivi, sempre maggiori esigenze di una società in cui entrambi i genitori lavorano, inquinamento dell'ambiente) è

completamente diversa da quella in cui vivevano *Hahnemann* e colleghi. Pur nel pieno rispetto del genio di tutti i nostri predecessori, pensiamo che esercitare l'omeopatia di questi tempi comporti molti più problemi. Ci sono sempre più fattori esterni disturbanti che formano uno strato sulla malattia miasmatica di base. I virus della mononucleosi, toxoplasmosi, citomegalovirus, *Candida albicans*, *Chlamidia trachomatis* ecc. formano strati sempre più aggressivi. Ora, per esempio, la mononucleosi compare sempre più anche in bambini piccoli. In passato si presentava quasi esclusivamente durante l'adolescenza. I pazienti spesso ci dicono di non essere più stati bene da quando... Siamo convinti che lo strato di queste infezioni esterne sia a volte così forte che sia necessario somministrare un nosode per eliminarlo, specialmente quando rimedi ben scelti non hanno alcun effetto.

Secondo la nostra esperienza, la terapia a base di nosodi è molto importante per prevenire/trattare la sindrome da affaticamento cronico. Molto spesso questi pazienti raccontano di non essersi mai ristabiliti bene da un'influenza o mononucleosi o toxoplasmosi. I genitori vi dicono che tutto è cominciato dopo la vaccinazione. Quando *Thuya* o altri rimedi non hanno alcun effetto, pensate a *Tetanotoxinum*, *Diphtherinum* ecc.

Psorinum, *Syphilinum*, *Anthraxinum*, *Lyssinum* e *Proteus* hanno già un ampio quadro mentale e generale. Ma che dire del quadro mentale di *Colibacillinum*? Per ottenere un quadro mentale di nosodi come *Colibacillinum*, *Epstein Barr*, *Toxoplasmosinum* o *Mycoplasma pneumoniae* sono necessari dei proving.

Riassumendo:

Più è forte la forza vitale, più possiamo risolvere la malattia col rimedio costituzionale.

Più è forte lo strato acuto, più abbiamo bisogno di un rimedio 'acuto' (nosode o altro) per eliminare lo strato. Ciò vale anche per le persone con forte forza vitale.

Meno è forte la forza vitale, più il rimedio costituzionale ha bisogno di rimedi intermedi di supporto (nosode o altro) per eliminare lo strato.

Quando il rimedio che ritenete sia il costituzionale non ha effetto in una o più situazioni acute, non pensate subito di aver fatto la scelta sbagliata.

Il rimedio costituzionale è più efficace se prescritto dopo il nosode giusto.

Il nosode prescritto è più efficace se prescritto dopo il rimedio costituzionale.

A questo punto è evidente che sarebbe pressoché impossibile esercitare l'omeopatia senza i nosodi. A molti pazienti sarebbe negata la cura.

EPIGENETICA: IL PUNTO DI CONTATTO TRA LA SCIENZA MODERNA E L'APPROCCIO MIASMATICO

Le conoscenze della biologia sull'ereditarietà sono arrivate a un giro di boa. La scoperta di influssi epigenetici occulti sui geni potrebbe influenzare ogni aspetto della nostra vita. Studiando il genoma, gli scienziati hanno scoperto che il numero di geni era inferiore a quello che si sarebbero aspettati in base alle loro numerose funzioni. La sequenza genomica non è sufficiente a comprendere la nostra diversità e complessità. Ecco perché dobbiamo rivolgere la nostra attenzione anche alle reazioni chimiche che avvengono intorno alla molecola del DNA.

Al centro di questo nuovo campo di indagine sta un concetto semplice ma controverso: quello della 'memoria' dei geni, cioè che la vita dei nostri nonni, l'aria che hanno respirato, quello che hanno mangiato, anche le

cose che hanno detto, possano agire direttamente, decenni dopo, su di noi, nonostante non siamo mai stati a contatto con quelle cose. Ma anche ciò che facciamo noi durante la vita potrebbe avere un'influenza sui nostri nipoti. L'epigenetica ritiene che i geni siano plasmati in parte dalle esperienze di vita dei nostri antenati.

Nel libro 'Il gene egoista', *Richard Dawkins*, nel 1976, parlò già di un tipo di 'geni culturali', i memi, responsabili della trasmissione di idee da una generazione all'altra, come l'idea di 'Dio'. Il problema sta nel fatto che un gene è chiaramente definibile, mentre un meme no. Tutta la Bibbia è un meme? Oppure è formata da numerosi memi, uno dei quali è la storia della creazione? Un meme può essere considerato una specie di memoria genetica. Parlando di geni, *Dawkins* dice: "essi hanno la capacità di replicarsi e noi siamo le loro macchine di sopravvivenza. Appena terminato il nostro compito, ci mettono da parte. Ma i geni fanno parte del tempo geologico: sono immortali".

Se *Galilei* ha privato l'essere umano della sua posizione centrale nell'universo, *Darwin* ha detto di essere un animale fra animali e *Freud* ha provato l'inaffidabilità della mente, *Dawkins* ha dato il colpo di grazia alla magia dell'umanità. Persino il 'corpo', l'unica cosa rimasta, finisce per essere niente più che un mezzo di trasporto temporaneo dei geni.

Durante la discussione avvenuta all'interno del gruppo di lavoro *Calcarea carbonica*, una dei partecipanti ci ha raccontato un avvenimento successo a suo figlio. Quando aveva cinque anni, all'improvviso, dopo cena, ha detto: "Abbiamo mangiato tutto quello che abbiamo pagato?" la stessa espressione che usava il nonno, morto un anno prima che lui nascesse.

Siamo abituati a pensare che il DNA trasporti tutte le informazioni di ereditarietà e che, durante la vita di una persona, non venga trasmesso biologicamente niente ai figli. Ma i geni sono così immutabili? Molti scienziati ritengono l'epigenetica un'eresia, eppure dovremmo mettere in dubbio anche il concetto ormai comunemente accettato della sequenza genomica, una pietra miliare della biologia moderna.

L'epigenetica ritiene che i geni, oltre al DNA, siano rivestiti di un altro strato. Propone un sistema di controllo a 'interruttori', che accendono o spengono i geni, e sostiene che le esperienze della vita, come l'alimentazione e lo stress, riescano a controllare questi interruttori e a provocare nell'uomo effetti ereditabili.

Marcus Pembrey, professore di Genetica clinica all'Institute of Child Health di Londra, cominciò a studiare questa materia perché affascinato dal paradosso che la mancanza di una parte del cromosoma 5 provocava la sindrome di Prader Willy quando ereditata dal padre e la sindrome di Angelman quando ereditata dalla madre. Quindi, anche quando la sequenza genomica era la stessa, il tipo di sindrome dipendeva dal fatto che fosse ereditata dal padre o dalla madre. Egli concluse che i geni hanno una memoria delle proprie origini. Cioè che un unico gene e un'unica malattia non bastano a spiegare tutto.

Trovò poi conferma alla sua radicale teoria in una remota cittadina della Svezia settentrionale. Sepolti nei registri anagrafici della parrocchia di Överkalix e nei loro particolari stanno segreti che sconcertano il pensiero scientifico tradizionale. In collaborazione con il ricercatore svedese *Lars Olov Bygren*, trovò, nei documenti, l'evidenza di un effetto dell'ambiente che si era trasmesso di generazione in

generazione. I due scienziati dimostrarono che un periodo di carestia vissuto dai nonni influenzava l'aspettativa di vita dei nipoti. Si tratta della prima evidenza che un effetto ambientale può essere ereditato dalla specie umana.

L'effetto epigenetico si trasmette attraverso la nonna quando è ancora nell'utero, dal nonno prima della pubertà, durante il periodo di crescita lenta fra 9 e 12 anni.

Quindi i fattori ambientali lasciano una traccia, attraverso una risposta transgenerazionale, durante l'oogenesi, la gravidanza, la spermatogenesi e prima della pubertà.

Fino a questo momento si pensava che il processo di evoluzione darwiniana per errori casuali nel DNA seguiti da una selezione naturale che assicura l'adattamento della specie umana ai cambiamenti dell'ambiente fosse l'unico processo evolutivo a lungo termine capace di coinvolgere molte generazioni. È sempre più evidente un altro meccanismo che nessuno aveva considerato, cioè l'introduzione nello sperma di esperienze infantili del padre, che ha un'influenza sui geni trasmessi ai discendenti.

I nuovi sistemi di ereditarietà diversi dal tradizionale genoma stanno venendo alla luce un po' in tutto il mondo. E si comincia a capire qual'è il meccanismo di questa straordinaria scoperta.

Il prof. *Wolf Reik*, del Babraham Institute di Cambridge, ha passato anni a studiare questo mondo nascosto e ha trovato che basta manipolare embrioni di topi per accendere o spegnere gli interruttori dei geni.

Sono madri come Stephanie Mullins, che ha avuto il primo figlio con la fecondazione artificiale, che risentono delle maggiori conseguenze. È possibile infatti che sia stata proprio questa tecnica a far nascere suo figlio Ciaran con la sindrome di Beckwith-Wiede-

mann, una malattia rara legata a un'espressione genetica anomala dei geni che regolano l'accrescimento sul cromosoma 11, nello specifico 11p15, o da errori dell'imprinting genomico. Si stima che la frequenza di casi nel mondo sia di 1:13.700 nati vivi. Dal punto di vista clinico questi pazienti presentano onfalocela, un difetto della parete addominale in cui l'intestino, il fegato e a volte altri organi rimangono in una sacca all'esterno dell'addome, dovuto a un mancato sviluppo della muscolatura della parete addominale, macroglossia nell'80% dei casi, che spesso richiede una tracheotomia, perché le vie aeree sono molli, e macrosomia, cioè sovrappeso alla nascita. Si possono notare anche organomegalia, citomegalia adrenocorticale, emiipertrofia e ipoglicemia neonatale. L'incidenza è maggiore nei neonati nati da fecondazione artificiale, che hanno tre-quattro volte più probabilità di sviluppare la sindrome. Il solo fatto di allontanare l'embrione dal suo normale habitat può essere sufficiente a scatenare la malattia. Dobbiamo quindi concludere che i nostri geni non sono immutabili, ma un evento accidentale è in grado di provocare un mutamento.

Il lavoro di Reik è andato avanti con la dimostrazione che gli interruttori stessi si possono ereditare. Ciò significa che la 'memoria' di un evento si può tramandare di generazione in generazione. Un semplice effetto ambientale potrebbe accendere o spegnere i geni e trasmettere il cambiamento. Le ricerche di Reik hanno dimostrato che i geni e l'ambiente non sono a sé stanti ma si intrecciano inestricabilmente o influiscono gli uni sugli altri.

Il concetto che l'ereditarietà non dipende solo dai geni, ma da quali geni vengono accesi o spenti è la nuova frontiera della biologia. Le sue impli-

cazioni fanno sorgere domande fondamentali su quali effetti ambientali determinano l'apertura/chiusura dei geni, a cui la ricerca dovrà rispondere. Dopo i tragici eventi dell'11 settembre 2001, *Rachel Yehuda*, una psicologa della Mount Sinai School of Medicine di New York, ha studiato gli effetti dello stress su un gruppo di donne gravide che erano dentro o vicino al World Trade Center. I risultati, pubblicati insieme a quelli di un medico di Edimburgo, *Jonathan Seckl*, dimostrano che gli effetti dello stress si possono trasmettere da una generazione all'altra. La produzione di cortisolo nella saliva di questi bambini era inferiore a quella della saliva materna. I bambini avevano difficoltà nel gestire lo stress e mostravano sintomi di disturbo post traumatico da stress. Anche una ricerca condotta nello stesso periodo alla Washington State University mette in evidenza che effetti tossici, come il contatto con fungicidi o pesticidi, può causare nei ratti mutazioni biologiche che persistono per almeno quattro generazioni.

Il lavoro sembrerebbe molto promettente per la comprensione di moderne malattie epidemiologiche, come obesità, malattie cardiovascolari e tumori. La visione epigenetica sembra essere una delle più interessanti della biologia all'inizio del XXI° secolo. C'è addirittura un boom di ricerche in epigenetica e gli studi sono passati da 2500 negli anni '90 ai 6500 fra il 2005 e il 2006, focalizzati specialmente sui tumori. La ULB, Libera Università di Bruxelles, nel 2006 ha istituito un laboratorio di epigenetica applicata al cancro. Uno degli studi che si stanno portando avanti riguarda i disordini della metilazione del DNA, presenti nel 65% dei tumori. Perché certi geni che sopprimono i tumori si metilizzano in modo anomalo e si inattivano? Questa alterazione chimica specifica

del DNA ha cause epigenetiche, perché modula l'azione del genoma senza però modificarne direttamente la sequenza. Era già stato scoperto nel 1948, ma poi era stato dimenticato. Ora ritorna all'attenzione perché è sempre più evidente che la metilazione anomala del DNA gioca un ruolo fondamentale nella cancerogenesi. Disturbi della metilazione conducono all'inattivazione dei geni che sopprimono il tumore e allo sviluppo del cancro. Gli epigenetisti pensano attualmente che una ipermetilazione del DNA sia un elemento chiave nello sviluppo del cancro. Nel 2006, *Mello e Fire* hanno ricevuto il premio Nobel per la loro scoperta di un fenomeno chiamato **interferenza dell'RNA, che regola l'espressione dei geni**. Il nostro genoma agisce mandando istruzioni di fabbricazione delle proteine dal DNA nel nucleo della cellula al sistema di sintesi proteica nel citoplasma. Le istruzioni sono trasmesse da un materiale genetico diverso, detto RNA messaggero (mRNA). Nel 1998, *Mello e Fire* pubblicarono su *Nature* un articolo che descriveva nei particolari come piccoli frammenti di RNA ingannano la cellula e le fanno distruggere l'RNA messaggero del gene prima che sintetizzi una proteina, interrompendo l'attività di geni specifici (http://en.wikipedia.org/wiki/Craig_C._Mello). In teoria questo processo potrebbe servire ai ricercatori per interrompere l'attività di geni dannosi all'organismo. La motivazione del premio Nobel è stata: "I vincitori del Nobel di quest'anno hanno scoperto un meccanismo fondamentale di controllo del **flusso di informazione genetica**". L'interferenza dell'RNA è un fenomeno comune nelle piante e negli esseri umani. Gioca un ruolo essenziale nel mobilitare le difese dell'organismo contro l'infezione e nel mantenere sotto controllo i geni instabili. Si tratta

di un processo già ampiamente usato nelle scienze come metodo di studio delle funzioni dei geni. Gli scienziati hanno ipotizzato che il meccanismo sia sviluppato centinaia di milioni di anni fa per proteggere l'organismo contro i virus patogeni, che, replicandosi, a volte formano un doppio filamento di RNA. Il prof. *Hastie* ha detto che si pensava che l'RNA avesse un ruolo di secondo piano nella regolazione dei geni, anzi da molti era considerato niente più che un sottoprodotto. Un noto libro sull'epigenetica scritto da *Sharon Moalem*, 'Survival of the Sickest' [Sopravvivenza del più malato] sostiene che le sofferenze dell'umanità potrebbero essere un compromesso dell'evoluzione, che ci ha aiutato a sopravvivere dai tempi più remoti.

Il neurogenetista *Sharon Moalem* rivela che il disordine metabolico detto emicromatosi, che provoca un sovraccarico di ferro talora fatale, potrebbe essere stato perpetuato dalla peste nera. Chi soffre di emicromatosi ha troppo ferro nell'organismo, ma non nei macrofagi, i poliziotti del sistema immunitario. Per sopravvivere devono fagocitare batteri e i funghi patogeni che contengono ferro. Se ne sono privi, i macrofagi muoiono. Perché selezioniamo un gene che ci farà morire da adulti? Perché esso ci protegge da una malattia, la peste nera, di cui sono morte altre persone molto prima di raggiungere l'età adulta.

Il diabete potrebbe essere nato per difenderci dal freddo delle glaciazioni. Lo zucchero è un antigelo naturale, quindi, durante le glaciazioni, era necessario avere molto zucchero nel sangue per sopravvivere. Le persone che hanno una spiccata predisposizione genetica per il diabete provengono da zone soggette a glaciazioni. Essere diabetici allora era utile!

Il favismo, reazione mortale al consumo di fave, ha protetto da una ma-

lattia ancor più mortale, la malaria. Il favismo era diffuso specialmente nell'area mediterranea, dove si mangiano molte fave. Perché? Chi soffriva di questa malattia aveva una maggiore resistenza alla malaria di altri. Si sta attualmente studiando la minor incidenza di eventi cardiovascolari in persone affette da morbillo.

Tutti questi lavori non sono altro che l'avanguardia di un cambiamento paradigmatico del pensiero scientifico, che porterà a una diversa visione delle cause delle malattie, ma anche a dare più importanza allo stile di vita e ai rapporti all'interno delle famiglie. Vivere in un certo modo non solo influisce sulla propria salute, ma anche su quella di figli e nipoti nei decenni a venire. Quindi se le esperienze possono alterare l'ereditarietà genetica, dobbiamo cominciare a prevedere le conseguenze a lungo termine del nostro comportamento sulle generazioni future. Come dice *Marcus Pembrey*: "Siamo tutti guardiani del nostro genoma".

EPIGENETICA E OMEOPATIA

I risultati delle ricerche di epigenetica eseguite finora ci permettono di ipotizzare l'esistenza di una specie di 'memoria' trasmessa di generazione in generazione. L'informazione genetica viene considerata, nell'ambiente scientifico, più come qualcosa di fluido che di statico. Il concetto di 'flusso dell'informazione genetica' corrisponde al concetto di miasmi in omeopatia. Come omeopati, conosciamo tutti l'importanza dell'anamnesi familiare e dello stato della madre durante la gravidanza. Se consideriamo che in Francia nel 1924 sono morti 60.000 neonati di sifilide e più di 36.000 prima di compiere 15 anni, la malattia ha sicuramente creato una 'memoria', o 'miasma', transgenerazionale. L'eziopatogenesi è uno dei pilastri delle nostre prescrizioni, anche

per pazienti anziani. Ricordo un paziente di 48 anni, che soffriva di numerose fobie trattate con antidepressivi. Sua madre aveva avuto precedentemente un aborto e durante la gravidanza era terribilmente ansiosa di perdere un altro figlio. Il paziente aveva risposto bene ad Aconitum e poi a Sulphur. Sappiamo che anche lo stato mentale del padre può indirizzare a una prescrizione omeopatica. Una volta mi portarono un bambino di quattro anni che soffriva di tosse ricorrente e raffreddamenti diagnosticati come bronchite, spesso con febbre alta e trattato già con molti antibiotici. Scoprii alla fine che il padre, un profugo iraniano, aveva sposato la madre solo per ottenere il permesso di soggiorno e l'aveva lasciata quando era rimasta incinta. Il bambino non mangiava cibo solido, bisognava passare tutto. Medorrhinum risolse il disturbo. Marcus Pembrey conclude: "ciò che facciamo non influenza solo noi stessi, ma può avere un effetto sulla salute anche dei nostri figli e nipoti nei decenni a venire". Noi omeopati conosciamo ed applichiamo già questo concetto.

A parte l'approccio miasmatico, il concetto di 'memoria' è molto importante in omeopatia in un altro contesto, cioè in quello che viene chiamato 'la memoria dell'acqua', una delle spiegazioni dell'effetto dei rimedi omeopatici dinamizzati. Tale concetto era stato confermato dalle ricerche di P.W. Bridgman, professore di Harvard, premio Nobel 1946. Nel libro 'The physics of high altitudes' [La fisica delle alte pressioni], egli afferma che l'acqua che congela ad alta quota cristallizza in modo diverso della stessa acqua che congela a bassa quota. L'acqua proveniente dallo scioglimento di ghiaccio gelato ad alta quota, quando congelata a bassa quota, dà lo stesso modello di cristal-

izzazione dell'acqua gelata ad alta quota. Rustum Roy, ricercatore di uno dei più stimati istituti di fisica degli Stati Uniti, sostiene che la struttura dell'acqua può essere modificata da una pressione simile a quella che si applica durante il processo omeopatico di dinamizzazione, in cui ha luogo un forte scuotimento ('La struttura dell'acqua liquida; nuovi concetti derivati dalla ricerca sui materiali; possibile importanza in omeopatia' Rustum Roy et al. In Matrice Technology, 2005).

Ciò si spiega con il fenomeno della epistassia, cioè del trasferimento di informazioni strutturali della superficie, 'epi', di una sostanza, di solito solida, a un'altra, di solito liquida. Roy conferma che sicuramente durante il processo di dinamizzazione ha luogo un trasferimento di informazioni, indipendentemente dal fatto che la concentrazione sia sopra o sotto il numero di Avogadro.

In 1948 il concetto di metilazione del DNA era già stato scoperto, ma era stato messo da parte per molti anni, finché, di recente, è stato di nuovo oggetto di attenzione da parte degli epigenetisti.

L'inevitabile cambiamento di paradigma nel pensiero scientifico indotto dalla ricerca in epigenetica è l'anello di collegamento con l'approccio miasmatico dell'omeopatia.

Speriamo che anche le ricerche del prof. Bridgman siano oggetto dell'attenzione che meritano, perché è sempre più evidente che la memoria dell'acqua gioca un ruolo fondamentale nella trasmissione di informazioni e che questa trasmissione potrebbe spiegare l'effetto dei medicinali omeopatici dinamizzati.

Il principio "similia similibus curentur" non ha bisogno di essere 'sperimentato', perché noto in natura, osservato già da Paracelso e Ippocrate

e applicato anche nella medicina moderna (vaccinazioni, uso del Ritalin ecc.).

Aspettiamo fiduciosi il momento in cui la scienza medica e l'omeopatia troveranno un terreno comune nell'epigenetica e nel concetto di 'memoria dell'acqua'.

PSORINUM

INTRODUZIONE

Psorinum è il primo nosode usato da Hahnemann in seguito a una sperimentazione omeopatica, pubblicata per la prima volta da Stapf nel 1833. Hahnemann usò la secrezione siero purulenta di vescicole di scabbia, la cosiddetta 'psora umida'. In seguito Gross usò scaglie di una macchia di pitiriasi per la preparazione della cosiddetta 'psora secca'.

Il nosode è preparato da tessuto infetto non trattato. Tale tessuto è talmente sotto l'influenza dell'infezione che ha perso l'individualità della persona, ma rappresenta solo il processo dell'infezione. Nel caso della scabbia, una delle qualità che ha il tessuto è che lotta contro l'infezione della scabbia.

La parola 'psora' fu usata per la prima volta nel 'Vecchio Testamento' per descrivere una malattia della pelle e la relazione fra Dio e l'essere vivente. In questo contesto la psora è una punizione divina, la ragione per cui l'essere umano diventa sporco. Egli perde protezione, sicurezza, salute e vita eterna. Si ritrova in un mondo freddo, ecco perché cerca calore, copertura e sostegno. Il motivo della contesa è l'ambiente. Non è un problema specifico e può riguardare la religione, i soldi, l'accettazione o l'amore per l'ambiente stesso.

Segue a pagina 56

OCCHI ROSSI?



E SE PROVASSI L'OMEOPATIA?

Creazione artistica di Mauro Bergemoli

Euphrasia officinalis 3 DH e Chamomilla vulgaris 3 DH, componenti del collirio Euphrasia, sono tradizionalmente utilizzate in omeopatia nei diversi disturbi dell'occhio: infiammazione, bruciore, lacrimazione, irritazione, fotofobia, prurito, sensazione di corpo estraneo, secchezza, palpebre agglutinate, dolore. La loro azione è anche dimostrata da uno studio clinico.*

Il collirio Euphrasia, costituito esclusivamente dalle diluizioni omeopatiche e da eccipienti isotonici (sodio cloruro 0,9% e acque purificate), garantisce il rispetto delle caratteristiche fisiologiche del liquido lacrimale e non causa irritazione o bruciore alla somministrazione.[†] Confezionato in contenitori monodose di polietilene morbido senza additivi,[‡] è prodotto con tecnologia Botalpack[®], che garantisce la sterilità senza l'uso di conservanti.[§]

Per tutte queste caratteristiche, il collirio Euphrasia può essere utilizzato in modo continuativo e prolungato da tutti, anche bambini,[¶] donne in gravidanza^{||} e portatori di lenti a contatto.[¶]

Il morbido e pratico contenitore monodose rende facile e sicura l'istillazione oculare: 1 o 2 gocce 2-3 volte al dì. Al bisogno anche più volte al giorno.

Servizio Informazioni Boiron: numero verde 800-032203; info@boiron.it; www.boiron.com - www.boiron.it



* Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate. Non a carico del SSN.

† Therige D., Jacaze L., Ribeiro R., Sant'Ana C., Passarino A. e outros. Medico omeopatia. Medicina Integrada. Recife (Brasil). 2014. (1). Disponível em: <http://www.medicinaintegrada.com.br>. Acesso em: 10/03/2014.

‡ Maggiore S., Vagstad L., O'Neil K., Barnum H., Ruggiero L. Lo sviluppo del disordine da occhio rosso con il collirio monodose Botalpack[®] a base di Euphrasia Chamomilla Boiron: dati osservazionali e clinici. Università degli Studi Roma Tre. Scienze della Medicina. Corso Dottorato Internazionale. Dottorato Anno III - 19-20-21 della R. Facoltà di Farmacologia, Roma. Esposizione Internazionale di Specialità di Farmacologia e di Chimica. 2005. 195-202.

§ Maggiore S. Farmacologia. 1-14. Farmacologia Farmaci a Strumenti, Diagnostici, Preventivi e Cura. Farmacologia Integrata. Roma. 2012.

¶ Maggiore S. Farmacologia. 1-14. Farmacologia Farmaci a Strumenti, Diagnostici, Preventivi e Cura. Farmacologia Integrata. Roma. 2012.

|| Maggiore S. Farmacologia. 1-14. Farmacologia Farmaci a Strumenti, Diagnostici, Preventivi e Cura. Farmacologia Integrata. Roma. 2012.

LABORATOIRES
BOIRON[®]

REG. ANFA IN CLASSE 05/04/2006

CASI CLINICI

1. Tania, bronchite ricorrente

Età: 3 anni. Ostruzione nasale con evoluzione in bronchite. Muco: giallo. Tosse di giorno. Non ha dispnea. **Otite ricorrente**, con udito indebolito. **Eczema nell'incavo dei gomiti e delle ginocchia**, sulle guance. Bambina **ostinata**. Irrequieta. **Impaziente**. Appetito: normale. Beve molto latte. Avversione: pollo e pesce. **Sudore dei piedi**, non puzzolente. Non freddolosa. Feci: normali. Sonno: di solito 12 ore, suda molto.

Gravidanza e parto: normali. Allattata al seno per 9 mesi, poi sono iniziati i problemi. Vaccinazioni: nessuna reazione negativa. Madre: allergica.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

1. MIND - OBSTINATE - children
2. MIND - IMPATIENCE
3. NOSE - CORYZA - followed by - Chest; complaints of
4. COUGH - DAYTIME
5. GENERALS - HISTORY; personal - ear - inflammation - Internal; of recurrent
6. EXTREMITIES - ERUPTIONS - Elbows - Bends of elbow
7. EXTREMITIES - ERUPTIONS - Knees - Hollow of knees
8. EXTREMITIES - PERSPIRATION - Foot

	Merc.	Calc.	Sep.	Psor.	Sil.	Sulph.	Bry.	Kali-c.	Ars.	Graph.
	7/12	7/10	6/12	6/11	6/10	6/10	6/9	6/9	5/10	5/10
1	-	1	-	2	1	-	-	1	1	-
2	1	2	3	2	3	3	2	2	2	1
3	2	-	1	-	1	1	2	1	-	-
4	1	1	1	-	1	1	2	2	2	1
5	2	1	-	1	1	-	-	-	-	-
6	1	1	3	2	-	1	1	-	-	2
7	2	1	1	2	-	1	1	1	3	3
8	3	3	3	2	3	3	1	2	2	3

Pr/ PSORINUM 6-12-30²-200-MK.

Eczema: OK. Corizza: OK.

2. Hilde, eczema

Madre di due figli. 37 anni. **Allergia** da molti anni, prurito al palato. **Eczema sul dorso del piede**, che prude molto e tende a aumentare. Pelle secca, si screpola facilmente, soprattutto l'alluce. Sempre **di fretta**. Nervosa. **Ostinata**. Ansiosa. Piange con facilità. Ha molta **paura dell'acqua**: nuotare le mette angoscia, anche se a casa ha una piscina. Da bambina: asma e eczema. Taglio cesareo 1998. Osteosintesi di una frattura della caviglia sinistra.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

1. MIND - HURRY
2. MIND - OBSTINATE
3. MIND - FEAR - water, of
4. NOSE - HAY FEVER
5. EXTREMITIES - ERUPTIONS - Feet - Back of feet
6. EXTREMITIES - CRACKED skin - Thumbs

	Psor.	Med.	Lach.	Merc.	Sulph.	Nux-v.	Puls.	Thuja.	Phos.	Carc.
	5/9	5/8	5/7	5/7	4/8	4/7	4/7	4/6	4/5	4/4
1	1	3	2	3	3	2	2	2	1	1
2	2	2	1	1	2	3	1	2	1	1
3	1	1	2	1	1	1	-	-	2	1
4	3	1	1	1	2	1	3	1	1	1
5	2	1	1	1	-	-	1	1	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pr/ PSORINUM 6-12-30²-200K.

Eczema OK.

3. Matthieu, infezioni ricorrenti

Età: 4 anni. Raffreddore ricorrente: ostruzione nasale, secrezione nasale, tosse ininterrotta. Tosse secca di mattina al risveglio. Continui **episodi di infiammazione della gola**. Bambino **molto impaziente**. **Agitato**. Dice la madre: "Capisco **quando sta per ammalarsi**, perché diventa superrecitato e **mangia moltissimo**". Spesso **singhiozzo**.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

1. MIND - IMPATIENCE | 248
2. MIND - RESTLESSNESS | 701
3. STOMACH - HICCOUGH | 239
4. THROAT - INFLAMMATION - Tonsils | 142
5. GENERALS - HISTORY; personal - tonsillitis; of recurrent | 28
6. GENERALS - WELL - unusually well - then agg. | 7

	Psor.	Sep.	Sil.	Ign.	Bar-c.	Lyc.	Nat-m.	Nux-v.	Sulph.	Nit-ac.
	6/14	6/11	5/12	5/11	5/10	5/10	5/10	5/10	5/10	5/9
1	2	3	3	3	1	2	2	3	3	2
2	2	3	3	2	1	3	2	2	3	2
3	2	2	1	3	2	3	3	3	1	1
4	3	1	3	2	3	1	2	1	2	3
5	2	1	2	1	3	1	1	-	1	1
6	3	1	-	-	-	-	-	1	-	-

Pr/ PSORINUM 6-12-30²-200K. Pr/ PSORINUM 200K.

Risultati ottimi.

4. Tess, asma e eczema

Età: 3 anni. Sin da quando aveva circa 10 mesi: tosse cronica con espettorazione da bianca a verde, respiro rumoroso, trattata con antibiotici, cortisone e aerosol. **Respiro asmatico**. Rantolio in entrambi i polmoni. **Eczema** sulla schiena, cosce, interno delle braccia, da 6 a 9 mesi prima: eczema secco, molto prurito. **Crosta lattea**.

Gravidanza e parto: normali. Allattata al seno per 4 mesi, poi latte vaccino. Vaccinazioni: nessun problema.

Padre: eczema.

Ostinata. Molto arrogante. Le piace pavoneggiarsi. Goffa. **Piange quando va alla scuola materna. Ha paura di stare sola**. Si difende: dà spintoni agli altri bambini, ha reazioni violente quando le strappano qualcosa di mano. Appetito: normale. Avversione: verdure crude. Suda molto. Non sente freddo. Ha molta sete. La tosse le disturba il sonno.

1. MIND - OBSTINATE - children
2. MIND - HAUGHTY
3. MIND - FORSAKEN feeling
4. MIND - FEAR - alone, of being
5. RESPIRATION - ASTHMATIC - children; in
6. RESPIRATION - ASTHMATIC - altre nating with - eruptions
7. HEAD - ERUPTIONS - milk crust
8. SKIN - ERUPTIONS - eczema - children; in

	Psor.	Ars.	Carc.	Calc.	Lyc.	Kali-c.	Sil.	Hep.	Phos.	Sulph.
	7/11	7/10	7/8	7/7	6/12	6/8	6/7	5/8	5/8	5/8
1	2	1	1	1	1	1	1	-	-	-
2	-	1	1	1	4	1	2	1	1	3
3	3	2	1	1	1	1	1	-	2	1
4	1	3	1	1	3	3	1	1	3	-
5	1	1	2	-	1	1	1	1	1	1
6	2	1	1	1	-	-	-	2	-	2
7	1	1	-	1	2	1	1	3	1	1
8	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-

Pr/ PSORINUM 6-12-30²-200K.

Pr/ PSORINUM 200K. Pr/ PSORINUM MK.

Asma, eczema e crosta lattea, guariti.

5. Lenno, asma e eczema

Età: 2 anni. Sin da quando aveva due mesi: **eczema dietro le orecchie, incavo dei gomiti e polsi**: tubi e tubi di cortisone! Da allora attacchi di **asma** con tosse spasmodica, raffreddore e feci molli. Ogni volta era trattato con antibiotici e Paracetamol[®]. **Otiti frequenti**, con raffreddore, raucedine: antibiotici. Tonsilliti ricorrenti: antibiotici. Bambino molto **ostinato**.

Padre: allergia.

Madre: asma.

Gravidanza normale. Allattamento al seno per tre settimane, poi latte vaccino. Episodi febbrili dopo ogni vaccinazione. Appetito: normale con desiderio di uva e avversione ai fagioli. Molta sete. Bambino freddoloso. Suda molto.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

1. MIND - OBSTINATE - children
2. MIND - CONTRADICTION - intolerant of contradiction - children; in
3. GENERALS - COLD; TAKING A - tendency - children; in
4. GENERALS - HISTORY; personal - ear - inflammation - Internal; of recurrent
5. RESPIRATION - ASTHMATIC - eruptions; after suppressed
6. SKIN - ERUPTIONS - eczema - children; in
7. EAR - ERUPTIONS - Behind the ears - eczema

	Psor.	Calc.	Tub.	Ars.	Ferr.	Dulc.	Sulph.	Graph.	Ant-c.	Hep.
	11/18	11/13	7/10	6/10	6/10	5/9	5/9	5/7	5/6	5/6
1	2	1	3	1	1	-	-	-	2	-
2	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-
5	2	1	-	2	2	2	2	1	1	1
6	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-
7	3	3	1	1	-	-	1	3	-	2

Pr/ PSORINUM 6-12-30²-200K.

Pr/ PSORINUM 200K.

Guarito perfettamente.

6. Lukas, asma e eczema

Età: 3 anni. **Bronchite asmatica ricorrente**: tosse abbaiente profonda con febbre, sin da quando aveva 4 mesi. Tonsillite ricorrente. Raffreddore: secrezione acquosa. **Eczema dietro le orecchie e nell'incavo del ginocchio**. Afte in bocca. L'asma e l'eczema sono iniziati **dopo le vaccinazioni**. Terapia: Lomusol[®]; Aerosol, Zyrtec[®], pomata al cortisone. Madre: asma

Nonna materna: asma.

Gravidanza: preeclampsia dalla 38^a settimana.

Bambino molto attivo. Socializza facilmente con gli altri bambini. Sensibile alla contraddizione. **Molto ostinato**, determinato, perseverante. Curioso: vorrebbe scoprire tutto. Impaziente. Desideri alimentari: dolci. Avversione al limone. Non ha sete. Freddoloso. Non suda mai. Feci: normali.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

1. MIND - OBSTINATE - children
2. MIND - CURIOUS

- 3. MIND - CONTRADICTION - intolerant of contradiction
- 4. RESPIRATION - ASTHMATIC - children; in
- 5. EXTREMITIES - ERUPTIONS - Knees - Hollow of knees
- 6. EAR - ERUPTIONS - Behind the ears - eczema
- 7. MIND - RESTLESSNESS - children, in
- 8. GENERALS - VACCINATION; ailments after

	Sulph.	Ars.	Psor.	Calc.	Tub.	Carc.	Phos.	Thuj.	Acon.	Bell.
	10/22	10/16	9/17	9/12	9/12	9/10	9/9	8/20	8/15	8/13
1	-	1	2	1	3	1	-	1	-	1
2	1	-	-	1	-	1	1	-	1	-
3	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	-	-	2	1	1	2	2
5	1	3	2	1	1	-	1	1	-	-
6	1	1	3	3	1	-	-	-	-	-
7	1	1	1	2	2	1	1	-	3	1
8	4	2	2	1	1	1	1	4	2	2

Pr/ PSORINUM 6-12-30²-200K.
Pr/ PSORINUM 200-MK.
Ottimi risultati.

7. Louis, eczema

Età: 4 anni. Raffreddori banali ricorrenti. **Eczema** secco, diffuso in molte piccole chiazze. Prurito di notte. **Eczema dietro entrambi gli orecchi**. Polmonite all'età di 2 anni. Madre: rinite allergica. Bambino **ostinato**, ma molto affabile. Sempre **di fretta**. Molto **freddoloso**.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

- 1. MIND - OBSTINATE - children
- 2. MIND - HURRY
- 3. GENERALS - HEAT - lack of vital heat
- 4. SKIN - ERUPTIONS - eczema - children; in
- 5. EAR - ERUPTIONS - Behind the ears - eczema

	Psor.	Calc.	Lyc.	Med.	Ars.	Calc-s.	Sep.	Staph.	Dulc.	Graph.
	5/10	5/9	4/7	4/7	4/6	4/5	4/5	4/5	3/7	3/7
1	2	1	1	1	1	1	-	-	-	-
2	1	1	1	3	2	1	1	1	3	1
3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3
4	1	1	-	-	-	1	1	1	1	-
5	3	3	3	1	1	-	1	1	-	3

Pr/ PSORINUM 6-12-30²-200 K.
Pr/ PSORINUM 200K.
Pr/ PSORINUM 200-MK.
Stupenda regressione completa dell'eczema.

8. Katrien, depressione

Insegnante, madre di due figli, 31 anni. **Depressione post partum**, da un anno, dopo la seconda gravidanza. Eziologia: riflusso del bambino e stress da studio. Anche ora è senza forze: sta a letto tutta la mattina nonostante la terapia di Citalopram® 20mg. Molto nervosa. Stress causato da eccesso di fatica. Non ha energia per iniziare niente. Ha paura del futuro. Irritabile. Attacchi di aggressività. Collera. Vive nel futuro. Non si sente affatto felice: **rimugina continuamente sul futuro. Ha bisogno di conferme**. Si confronta sempre con gli altri. Purtroppo anche il marito è depresso per difficoltà sul lavoro. **Sempre incerta**. Non ha un'opinione propria. Non riesce a prendere decisioni. **Impaziente**. Ossessiva: tutto deve avvenire immediatamente. Si preoccupa di cose non importanti. Non riesce a distinguere il problema centrale da quelli secondari. Fa fatica a rilassarsi. Durante la notte fa progetti ed elenchi di cose da fare. **Allergia**: Asma sin da giovane. Due attacchi di asma durante la gravidanza. Madre: maniaco depressa. **Bulimia aumentata** negli ultimi mesi. Desideri: cioccolato, dolci e pasta. Avversione: frutta. Beve molta coca cola. Ha molta sete. Non fa sport. **Freddolosa**. Non suda. Dorme male. Si addormenta con difficoltà: **rimugina di continuo**. Mestruazioni: ha la spirale. **Non prova più orgasmo**.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

- 1. MIND - ANGER - violent
- 2. MIND - BROODING
- 3. MIND - DOUBTFUL
- 4. MIND - CONFIDENCE - want of self-confidence
- 5. MIND - INTROSPECTION
- 6. MIND - BULIMIA
- 7. FEMALE GENITALIA/SEX - DELIVERY - after; complaints
- 8. MIND - SADNESS - puerperal
- 9. NOSE - HAY FEVER - asthmatic breathing; with

	Sep.	Aur.	Nux-v.	Sulph.	Verat.	Ign.	Bell.	Lach.	Lyc.	Dulc.
	9/17	8/15	8/15	8/14	8/14	8/13	8/12	8/10	7/12	7/10
1	2	4	4	1	1	1	2	1	2	2
2	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1
3	1	3	1	2	2	2	1	2	2	1
4	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2
5	2	2	1	2	1	3	1	1	1	1
6	3	1	1	2	3	1	2	-	3	-
7	3	1	2	2	1	1	3	1	1	1
8	3	1	-	3	2	1	1	2	-	-
9	1	-	3	-	-	-	-	1	-	2

Pr/ Sepia officinalis 6-12-30²-200-MK.

Depressione molto meglio. Solo un lieve miglioramento della bulimia. Stress meglio. È più introversa. Ma compare un **eczema nell'incavo del gomito**.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

- 1. MIND - DOUBTFUL
- 2. MIND - CONFIDENCE - want of self-confidence
- 3. MIND - INTROSPECTION
- 4. MIND - BULIMIA
- 5. MIND - SADNESS - puerperal
- 6. MIND - SADNESS - trifles, about
- 7. FEMALE GENITALIA/SEX - SEXUAL DESIRE - wanting
- 8. EXTREMITIES - ERUPTIONS - Elbows - Bends of elbow
- 9. EXTREMITIES - ERUPTIONS - Elbows - Bends of elbow - eczema

	Sulph.	Psor.	Sep.	Graph.	Ign.	Nat-m.	Bell.	Staph.	Puls.	Lyc.
	8/14	8/12	7/14	7/11	6/10	6/10	6/7	6/6	5/11	5/10
1	2	1	1	2	2	-	1	1	3	2
2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2
3	2	1	2	-	3	1	1	1	3	1
4	2	1	3	1	1	1	2	1	1	3
5	3	2	3	-	1	1	1	-	2	-
6	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
7	2	1	1	1	2	2	1	1	-	2
8	1	2	3	2	-	3	-	1	-	-
9	1	3	-	2	-	-	-	-	-	-

Pr/ PSORINUM 6-12-30²-200K.
Depressione e eczema guariti. Bulimia molto meglio.

9. Caroline, disturbi addominali

Donna d'affari nel campo dei materiali da costruzione, 50 anni. Addome gonfio, dolore non definito a destra. **Angoli della bocca screpolati. Capelli molto grassi**. I capelli cadono un po'. **Mutamenti di umore**, cattivo umore. **Ha molta sete** di notte. Dolore al collo. P₁G₁A₀: cesareo. Meningite. Antrite atrofica. Endometriosi: trattata con buoni risultati con Cimicifuga racemosa negli anni '80. Menopausa. Amenorrea per tre mesi. Ora sono ricomparse le mestruazioni ma **dopo il ciclo ha un fortissimo mal di testa**.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

- 1. MIND - MOOD - changeable
- 2. STOMACH - THIRST
- 3. FACE - CRACKED - Mouth; corners of
- 4. HEAD - PAIN - menses - after - agg.
- 5. HEAD - HAIR - greasy

	Nat-m.	Calc.	Psor.	Bry.	Merc.	Zinc.	Caust.	Sep.	Sulph.	Med.
	5/10	5/9	5/6	4/8	4/8	4/8	4/7	4/7	4/6	4/5
1	1	2	2	1	2	3	1	2	1	1
2	3	3	1	3	3	2	3	1	3	1
3	2	1	1	-	2	2	1	2	1	-
4	2	2	1	2	-	1	-	2	-	1
5	2	1	1	2	1	-	2	-	1	2

Pr/ PSORINUM 6-12-30²-200K.
Risultati positivi immediati.

10. David, acne e eczema

Consulente finanziario, celibe, 32 anni. Grave **acne** pustolosa al viso, senza comedoni. Inoltre ha un **eczema** interdigitale molto pruriginoso. Lo stesso problema si è presentato anche quattro anni prima, in seguito a stress, ed è stato trattato da un dermatologo. Il disturbo è scomparso completamente, ma ora è ricominciato all'improvviso. Lui pensa che sia dovuto allo stress di aver cambiato lavoro: "Devo mettermi alla prova e quindi devo dare il meglio di me". **Emicrania quando lavora e si concentra a lungo sul computer**. Non ci fa molto caso, ma poi scopro che ha due o tre attacchi al mese. Starnutisce in una stanza polverosa. Esteriormente sembra calmo, tranquillo, ma "dentro sono come un barile che rotola", dice. "Non riesco bene a nascondere e sopprimere lo stress". "Sono molto meticoloso, un po' maniacale. Ma, riflettendoci su, la mia puntualità è più una pressione ad adempiere bene ai miei compiti, un modo di avere successo, per vincere. Per me è importante vincere a golf, accumulare punti. **Non mi piace fallire**". Direi quindi che sia più 'Fear of failure' [Paura di fallire] che 'Conscientious about trifles' [Scrupoloso per cose di poca importanza]. Si considera timido, riservato. Ha paura di dover rimanere solo, di non sposarsi. "L'acne mi rende brutto". Ciò spiega la sua ritrosia, la mancanza di fiducia in se stesso. "Quando metto fine a una relazione, è qualcosa che mi lascio ancora una volta alle spalle". Si riferisce al fatto di essere stato adottato, è venuto dal Vietnam quando aveva poco meno di un anno. "Ogni volta che interrompo una relazione, mi sento abbandonato come quella volta, **abbandonato da tutti**. Ho il terrore di iniziare una nuova relazione perché penso che sarò rifiutato, abbandonato di nuovo". La sua timidezza, ansia, mancanza di fiducia in se stesso dipendono da quella situazione. Proprio per questo ho pensato prima di tutto a Lycopodium, ma non è affatto autoritario e non gli piace tenere sotto controllo gli altri. Il suo problema profondo è la **'sensazione di essere abbandonato'**, e non la 'timidezza' o la 'scrupolosità per cose di poca importanza'. Ragionando così, sono arrivato a Psorinum. Ha appetito normale, senza desideri o avversioni particolari.

Non beve caffè, non fuma e beve solo un bicchiere di vino durante i pasti. Pratica molti sport: golf, tennis, badminton. Non è freddoloso, raramente suda e non ha mai sete: beve solo durante i pasti. Le feci sono normali. Il sonno è perfetto.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

1. MIND - FORSAKEN feeling
2. MIND - FEAR - failure, of
3. FACE - ERUPTIONS - acne
4. EXTREMITIES - ERUPTIONS - Hands - Between the fingers
5. EXTREMITIES - ERUPTIONS - Hands - Between the fingers - itching
6. HEAD - PAIN - mental exertion - agg.

	Psor.	Sulph.	Lyc.	Phos.	Aur.	Puls.	Nat-m.	Lach.	Ars.	Mag-c.
	9/23	9/15	9/13	8/15	7/20	7/19	7/15	7/13	7/12	7/12
1	3	1	1	2	3	3	2	2	2	2
2	2	1	1	1	2	-	1	-	1	-
3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	1
4	2	2	1	1	-	1	-	1	-	-
5	3	3	1	-	-	-	-	-	1	1
6	2	2	3	2	3	3	3	2	-	2

Pr/ PSORINUM 6-12-30²-200K.

Risposta perfetta.

11. **Christianne P., orticaria**

31/03/2004:

Nata il 08/06/1934. Russa nel sonno. Anche se dorme bene si sveglia non riposata. Da dieci anni, ma recentemente va peggio. Dorme in una stanza separata dal quella del marito, eppure lui la sente ugualmente. Lo specialista le ha consigliato un'operazione all'ugola, prospettandole il 50% di probabilità di miglioramento. Ha il naso ostruito sin da quando era bambina. Pr/ gocce nasali a base di adrenalina, che usa da anni. Deve metterne molte per aprire il naso. Anche in questo momento ha il naso tappato. Ha entrambe le narici ostruite. Una specie di pressione su tutta la testa. Una sensazione di gonfiore alla testa. Miglioramento: al mare e in montagna, ma continua a russare. Si gonfiano le dita e le mani quando cammina molto ed è caldo. Bruciore di stomaco che a volte le impedisce di dormire. Dolore all'ipocondrio sinistro quando mangia troppo cioccolato. **Unghe fragili**. Affaticamento con agitazione. Si sente giù. **Allegria** alternata a depressione. Difficoltà a pronunciare alcune parole. Dispnea colla minima attività fisica, sin da quando ha avuto la polmonite, nel 1998. Da cinque mesi sta peggio. Aggravamento: calore.

Pr/ Persantine retard[®] 200mg e Aspirina[®] 100 per attacco ischemico transitorio nel 1998. Lacrime artificiali. Pertosse, morbilli, varicella e epatite. Da bambina orticaria. Appen-

dicectomia. Varici. Fibromectomia all'utero. Operazione a un ginocchio. Due raschiamenti.

1998: polmonite al lobo inferiore sinistro.

2001: intervento in artroscopia alla spalla destra.

Marzo 2004: polmonite al lobo inferiore sinistro. Pr/ Augmentin[®]. Figlia unica. Durante la guerra i genitori erano molto ansiosi perché vivevano vicino all'aeroporto. Non potevano fare niente e dovevano stare chiusi a casa. Non le era permesso invitare le amiche, e perciò anche lei è diventata molto ansiosa. **È sempre in ansia per i figli. Ha paura che succeda loro qualcosa.** Ha avuto quattro figli e ha sempre lavorato, senza riposarsi mai. Dalla mattina presto alla sera tardi. Inoltre lavorava anche fuori, tre giorni a settimana. Sempre avanti, senza fermarsi. "Non riesco a riposarmi".

1964: la madre, nata nel 1914, vive nell'appartamento al piano di sopra. Ha un carattere molto difficile e lei ne ha paura. Non le piace litigare ed è piuttosto arrendevole.

1988: il figlio ha avuto un incidente sul lavoro molto grave. È stato vicino alla morte, e ha dovuto essere rianimato.

1996: il genero è morto per un incidente sul lavoro.

Non ha quasi mai sete. Appetito buono. Desidera dolci: pasticcini o cioccolata. Lateralità sinistra e disturbi all'addome. Sogni: che i figli muoiano o siano inseguiti. Incubi veri e propri con panico al risveglio. Mestruazioni abbondanti.

Due figli hanno divorziato e ha perso un genero. Non le piace litigare. La tristezza la emoziona. Molto sensibile ai rimproveri. **Mancanza di fiducia in se stessa** per l'educazione severa che ha avuto. Si sente sempre inferiore agli altri. "Ecco perché sono abbastanza taciturna". **Mi piace divertirmi. Vado a tutte le feste. Mi piace ballare**". "Mi piace aiutare la gente". **Paura della morte, delle malattie**, del dentista, delle **altezze. Claustrofobia**. Molto pignola: ogni faccenda di casa va fatta in un certo giorno.

È anche molto coscienziosa. "Sono sempre stata da parte e ci sono state solo cinque persone che contavano, per me: mio marito e i miei quattro figli". **Le piace lavare**. In casa tutto deve essere sempre pulito. Comincia a piangere pensando alla morte, che bisogna lasciare tutto: figli e nipoti. La paura è cominciata dopo la morte del genero. "È la peggiore cosa che mi potrebbe capitare: perdere un figlio". Si preoccupa molto per figli e nipoti. Diagnosi differenziale: Kali arsenicosum, Calcarea carbonica, Calcarea arsenicosum, Apis mellifica, Natrium arsenicosum; Kali-arsenicum, Arsenicum iodatum, Carcinosinum.

Pr/ Calcarea arsenicosum.

28/02/2004: Calcarea arsenicosum 200K.

30/09/2004: Calcarea arsenicosum MK.

01/01/2005: Calcarea arsenicosum MK.

06/09/2005:

Raffreddore con molti starnuti. Mal di gola. Da sei anni ce l'ha di frequente. Problemi di sonno perché è preoccupata

della salute mentale del marito. **Insonnia**. Desidera cioccolato puro. Ballare. Sin da piccola è stata dominata.

Pr/ Carcinosinum 200K.

10/03/2006:

Emicrania qualche giorno fa. Forse l'ha avuta anche in passato, ma molto tempo fa. Occhi secchi.

Pr/ Calcarea arsenicosum MK.

25/08/2006:

Prurito alla fronte che si estende al torace. Prurito molto forte, continuo. Peggiora grattando, ma non riesce a controllarsi. È proprio **disperata per il prurito**, e piuttosto **impaziente**. Vorrebbe che il prurito smettesse prima possibile. Dal 04/2006. A volte più a volte meno, ma ora è aumentato. Da bambina ha avuto l'**orticaria**. Buona energia generale. Non più emicrania oftalmica. Ancora occhi secchi: Aderma[®], Exomega[®].

Pr/ Psorinum 200K, ripetuto il 05/09/2006 con buoni risultati non solo per quanto riguarda il prurito, ma anche per la salute in generale. Finora in buona salute.

Valorizzazione e repertorizzazione dei sintomi:

1. MIND - DESPAIR - itching of the skin, from	6	3
2. MIND - TIDY	1	16
3. MIND - FASTIDIOUS	1	72
4. MIND - CLEANNESS - mania for	1	17
5. MIND - FEAR - dirt; of	1	2
6. MIND - WASHING - desire to wash	1	26
7. MIND - FEAR - happen, something will	6	135
8. MIND - BUSY	1	104
9. MIND - INDUSTRIOUS	1	154
10. MIND - CONFIDENCE - want of self-confidence	5	197
11. MIND - AILMENTS FROM - domination - children; in - parental control; long history of excessive	1	11
12. MIND - DANCING - amel.	1	14
13. MIND - AMUSEMENT - desire for	1	50
14. MIND - CHEERFUL	1	374
15. MIND - VIVACIOUS	1	136
16. MIND - FEAR - death, of	1	257
17. MIND - FEAR - dentist; of going to	1	7
18. MIND - FEAR - high places, of	1	116
19. MIND - FEAR - disease, of impending	1	160
20. MIND - FEAR - narrow place, in	1	110
21. MIND - BENEVOLENCE	1	43
22. MIND - CONSCIENTIOUS about trifles	1	115
23. MIND - FEAR - alone, of being	1	137
24. MIND - IMPATIENCE	1	246
25. GENERALS - SEASIDE; at the - amel.	1	53
26. SLEEP - SLEEPLESSNESS	1	542
27. SLEEP - FALLING ASLEEP - difficult	1	93

28. GENERALS - FOOD and DRINKS - chocolate - desire	1	124
29. EXTREMITIES - NAILS; complaints of - brittle nails - Fingernails	5	41
30. NOSE - OBSTRUCTION - chronic	1	16
31. SLEEP - UNREFRESHING	1	308
32. DREAMS - CHILDREN; about	1	59
33. DREAMS - DEAD; of the - children	1	6
34. HEAD - ITCHING of scalp	1	210
35. SKIN - ITCHING (& Causation)	1	330
36. SKIN - ERUPTIONS - urticaria	1	206
37. GENERALS - CONSTITUTION - psoric	1	21

	Sulph.	Nat-m.	Psor.	Lyc.	Calc.	Sep.	Ars.	Med.	Tritic-vg.	Carc.
	40/72	38/66	37/76	37/71	37/66	37/61	36/61	36/55	36/52	36/51
1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
3	1	2	-	1	-	1	3	1	-	2
4	1	-	-	-	-	-	1	-	1	1
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
6	2	1	1	-	-	1	1	2	-	1
7	2	2	3	2	3	2	2	2	2	1
8	2	-	-	-	1	1	1	2	1	1
9	1	1	-	2	1	2	1	1	-	1
10	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12	-	1	-	-	-	3	-	-	-	1
13	2	-	-	1	1	2	-	2	1	1
14	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	-	1	1	-	1	2
16	1	2	2	2	3	1	4	1	1	2
17	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
18	1	1	1	1	1	-	1	1	-	2
19	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
20	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1
21	1	1	-	-	1	-	-	-	-	3
22	3	1	-	3	1	3	4	1	2	1
23	-	-	1	3	1	2	3	1	2	1
24	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
25	-	2	-	1	-	1	-	2	-	2
26	3	2	1	2	3	3	3	2	1	2
27	2	1	-	1	-	-	-	-	1	1
28	2	1	-	2	1	2	2	1	1	2
29	2	2	3	2	1	1	1	1	1	-
30	2	-	-	-	3	-	-	-	-	-
31	2	2	1	3	3	2	2	1	1	1
32	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34	3	3	1	3	3	2	1	2	1	-
35	3	3	3	3	2	3	3	2	1	-
36	3	3	2	2	3	2	3	1	-	-
37	2	1	1	1	1	-	-	-	-	-

Calcarea arsenicosum le è stata molto utile. La prescrizione di Calcarea carbonica o di uno dei suoi sali a una persona di 70 anni è possibile solo se si tratta di una persona di grande forza vitale. Dopo cinque dosi di Calcarea arsenicosum la paziente ha sviluppato un prurito terribile. È disperata, dal prurito che ha. Non vede l'ora che smetta. Psorinum risolve il caso clinico e completa l'azione di Calcarea arsenicosum. In questo caso vediamo chiaramente l'ansia di Psorinum. È piena di paure e scoraggiata. A volte è molto depressa per la famiglia e per i figli.

ANALISI GENERALE

In quattro dei dieci casi clinici abbiamo trovato la rubrica **'Obstinate children' [Bambini ostinati]**. Quasi sicuramente in questi casi l'ostinazione è legata alle eruzioni. Non sono prese in considerazione ma è interessante citare le seguenti rubriche:

MIND - OBSTINATE - children - annoy those about them 2 1
 MIND - OBSTINATE - children
 MIND - OBSTINATE - eruption, during
 MIND - OBSTINATE - children - annoy those about them 2 1

'Impatience' in tre casi su dieci.

MIND - IMPATIENCE

Le seguenti rubriche compaiono due volte.

MIND - CONFIDENCE - want of self-confidence
 MIND - FEAR - alone, of being
 MIND - FORSAKEN feeling
 MIND - HURRY

E le seguenti una volta.

MIND - BULIMIA
 MIND - CHEERFUL
 MIND - DESPAIR - itching of the skin, from
 MIND - DOUBTFUL
 MIND - FEAR - death, of
 MIND - FEAR - disease impending
 MIND - FEAR - failure, of
 MIND - FEAR - happen, something will
 MIND - FEAR - high places.
 MIND - FEAR - narrow places in
 MIND - FEAR - water; of
 MIND - INTROSPECTION
 MIND - MOOD - changeable
 MIND - OBSTINATE
 MIND - RESTLESSNESS - children, in
 MIND - RESTLESSNESS
 MIND - SADNESS - puerperal
 MIND - VIVACIOUS
 MIND - WASHING - desire to wash

Le eruzioni dietro le orecchie sono prese in considerazione tre volte su dieci.

EAR - ERUPTIONS - Behind the ears - eczema

Anche l'eczema nei bambini.

SKIN - ERUPTIONS - eczema children; in

Le seguenti tre rubriche compaiono due volte.

RESPIRATION - ASTHMATIC - children; in
 EXTREMITIES - ERUPTIONS - Knees - Hollow of knees
 GENERALS - HISTORY; personal - ear - inflammation - Internal; of recurrent

Le seguenti rubriche compaiono una volta.

HEAD - ERUPTIONS - milk crust
 HEAD - HAIR - greasy
 HEAD - ITCHING of scalp
 HEAD - PAIN - menses - after - agg.
 HEAD - PAIN - mental exertion - agg.
 NOSE - CORYZA
 NOSE - HAY FEVER
 NOSE - OBSTRUCTION
 FACE - CRACKED - Mouth; corners of
 FACE - ERUPTIONS - acne
 STOMACH - HICCOUGH
 STOMACH - THIRST
 RESPIRATION - ASTHMATIC - altre nating with - eruptions
 RESPIRATION - ASTHMATIC - eruptions; after suppressed
 COUGH - HACKING
 FEMALE GENITALIA/SEX - SEXUAL DESIRE - wanting
 EXTREMITIES - ERUPTIONS - Elbows - Bends of elbow
 EXTREMITIES - ERUPTIONS - Feet - Back of feet
 EXTREMITIES - ERUPTIONS - Knees - Hollow of knees
 EXTREMITIES - NAILS; complaints of - brittle nails - Fingernails
 EXTREMITIES - PERSPIRATION - Foot
 EXTREMITIES - ERUPTIONS - Hands - Between the fingers
 EXTREMITIES - ERUPTIONS - Hands - Between the fingers - itching
 EXTREMITIES - ERUPTIONS - Elbows - Bends of elbow
 EXTREMITIES - ERUPTIONS - Elbows - Bends of elbow - eczema
 SLEEP - SLEEPLESSNESS
 SLEEP - UNREFRESHING
 SKIN - ERUPTIONS - urticaria
 SKIN - ITCHING
 GENERALS - COLD; TAKING A - tendency
 GENERALS - CONSTITUTION - psoric
 GENERALS - HEAT - lack of vital heat
 GENERALS - HISTORY; personal - throat; recurrent inflammation of
 GENERALS - HISTORY; personal - tonsillitis; of recurrent
 GENERALS - VACCINATION; ailments after
 GENERALS - WELL - unusually well - then agg.

Continua.

Medorrhinum

Un nosode per quadri clinici contemporanei

Tratto da relazione presentata all'VIII Congresso Nazionale FIAMO, Verona, 21-23 Novembre 2008.
Aggiornato, ampliato e modificato nel Febbraio 2009.

RIASSUNTO

La pratica quotidiana ci indica che i nosodi sono estremamente utili nella soluzione di casi complicati. In particolare Medorrhinum, con la sua dinamiche bipolari e parossistiche, corrisponde adeguatamente a numerosi quadri clinici attuali. Si esaminano alcuni casi risolti da Medorrhinum, che ne confermano le caratteristiche tradizionali, come la validità del suo uso in famiglie nelle quali sia presente un'uretrite cronica nell'anamnesi di uno dei suoi membri, di origine blenorragica o meno. Si esaminano altri casi in cui Medorrhinum si dimostra utile in situazioni più frequentemente riconducibili ai nostri giorni, dove le stimolazioni eccitatorie, l'uso di farmaci e droghe e le problematiche sessuali hanno una parte predominante.

SUMMARY

The daily clinical practice shows us that nosodes are extremely crucial in solving difficult cases. Medorrhinum, in particular, with its parossistic and bipolar dynamics, has shown successful results in many current cases. The paper shows how same clinic cases were cured by Medorrhinum, and how successful it was if applied in families with consequences of urethritis - blenorragic or not - in the anamnesis of a member; moreover the paper describes a few clinical cases in which Medorrhinum was particularly successful if applied at modern pathologies, where excessive external stimulations, the use of drugs and sexual problems are predominant.

INTRODUZIONE

All'attenzione di noi medici omeopatici arrivano sempre più spesso casi clinici estremamente complessi ed

apparentemente irrisolvibili. Stimolazioni ambientali eccessive, uso di eccitanti di vario genere, oltre a droghe e farmaci, ed una incredibile e crescente richiesta di velocità da parte dell'ambiente ne sono i principali fattori causali. I nosodi possono essere una risposta adeguata a richieste terapeutiche di questo livello, spesso ai limiti della sostenibilità. Fra i nosodi *Medorrhinum* ha un ruolo preciso e non confondibile con altri.

Questo prezioso medicamento nella pratica clinica si mostra utile nelle uretriti croniche, blenorragiche o meno, e nelle conseguenze dirette ed indirette di tale patologia. Si mostra inoltre utile in condizioni psicopatologiche parossistiche dove l'ansia, la frenesia e le problematiche sessuali sono predominanti, quadri clinici questi estremamente attuali.

Il lavoro mostra alcuni casi clinici in cui il rimedio *Medorrhinum* è stato velocemente risolutivo, al punto da modificare in breve tempo la condizione patologica del Paziente, sia dal punto di vista fisico che mentale.



Figura 1.
The physician of long and active experience meets many obstinate cases in children. The infant soon emaciates and becomes marasmic, or a child becomes asthmatic, or suffers with vicious catarrh of nose or eyelids, or has ringworm on the scalp or face, or is dwarfed; and after some waste of time it comes to mind that the father was treated for gonorrhoea that was obstinate and perhaps had condylomata on the genitalia. This remedy will cure, or begin the recovery.
James Taylor Kent - Lectures on homeopathic Materia Medica

CASI CLINICI

CASO N. 1

Uomo di 35 anni.
Medico.

Un uomo alto, magro, calvo, timido, lievemente balbuziente, occhi intensamente arrossati. Viene per disturbi artritici ed uretritici che lo fanno soffrire da molti anni. In particolare soffre di poliartriti gravi, uretrite da *Clamidia* e congiuntivite cronica.

Racconta che il primo episodio di uretrite lo ebbe all'età di 27 anni. Non venne fatto un esame colturale, assunse antibiotici, l'uretrite cessò e poco dopo iniziò a soffrire di artriti diffuse. In seguito ci furono altri episodi di secrezione uretrale accompagnati da artriti violente al ginocchio ed all'anca destri e da congiuntivite. Il Paziente – appassionato di Omeopatia - fu curato omeopaticamente, principalmente con *Pulsatilla* e fitoterapici ed ottenne un certo giovamento.

Racconta, con un certo imbarazzo, che iniziò a masturbarsi precocemente e continuò a lungo, fino a poco tempo fa, sempre tormentato da sensi di colpa. Era un assiduo frequentatore della Chiesa ed anche un chierichetto, tuttora è molto religioso. Oltre a svolgere il suo lavoro e ad interessarsi di Omeopatia dipinge ed intaglia il legno, con notevole capacità.

Ora il Paziente è colpito da una crisi di uretrite e poliartrite che si è venuta via via acuendo, fino a diventare intollerabile; è esasperato, sul punto di cedere a causa dei dolori intollerabili e dell'impotenza funzionale. I sintomi:

Sono nel pieno di una crisi acuta di uretrite da Clamidia, ho scolo continuo, bruciore e dolori intensi; la secrezione è color avorio; è iniziata, come sempre, in occasione di rapporti sessuali.

Da qualche giorno ho dolore a fitte alla caviglia destra, poi al ginocchio destro; poi alla caviglia sinistra (è scomparso a destra). Ora il dolore sta diminuendo al ginocchio e salendo all'anca. Ho temperatura di 38,5°C.

Il dolore è continuo, la notte intollerabile; ho anche bruciore e fitte alla schiena che non mi fanno dormire.

Al mattino non riesco ad alzarmi, sembra mi costi fatica anche respirare. Ho paura di rimanere a letto e che non mi alzerò più.

Mi sento completamente vuoto, di forze ed in testa; più volte ho pensato di farla finita sparandomi con il fucile, (è un cacciatore) anche se ho fede.

Sono intrattabile con tutti, anche con i nipoti, mi dà fastidio anche solo vederli.

Non sopporto nessuna contrarietà, bestemmio, vedo tutto diverso, tutto sporco, tutto malato.

Dentro sento come un'arsura, una tensione al plesso solare.

Poi di sé poi aggiunge:

Ho sempre la sensazione di non essere accettato, che gli altri non abbiano stima di me, non riesco a capire perché i Pazienti mi scelgano come medico.

Sono molto disponibile con gli altri (nota: probabilmente troppo).

Sono scrupoloso in eccesso, tendo a non chiedere mai.

Spesso ho sogni premonitori che mi avvertono anche di pericoli; ho anche delle capacità extrasensoriali.

Le mie sensazioni sono spesso mutevoli.

Mi piace molto il vino; anche la carne, condimenti e grassi.

Ho sempre feci non formate.

L'inflammazione cronica delle articolazioni, l'uretrite cronica e la tendenza suicida sparandosi con il fucile, mi fanno propendere per il rimedio *Medorrhinum*. Al tempo, circa 20 anni fa, utilizzavo il Repertorio cartaceo del Kent¹, più che sufficiente a fornire indicazioni adeguate. Prescrissi *Medorrhinum* 200K, ripetuto dopo 5 giorni; dopo altri 14 giorni *Medorrhinum* MK e dopo altri 50 giorni *Medorrhinum* XMK. Le prescrizioni si basarono sull'andamento sintomatologico: fino a che i sintomi miglioravano attendevo, quando il miglioramento si attenuava prescrivevo un tubo dose, della stessa potenza o superiore.

Il paziente migliorò velocemente ed i sintomi più intensi scomparvero nel giro di pochi giorni. Al tempo rimase ancora a lungo una lieve secrezione uretrale che scomparve dopo lunghi mesi e l'uso di un altro nosodi: *Psorinum* MK ed XMK, che fece anche scomparire una verruca al piede e che migliorò l'autostima del Paziente. Non ci furono ricadute.

Ho continuato a visitare il Paziente negli anni successivi, altre volte ho prescritto *Medorrhinum* per differenti quadri clinici, ma il Paziente non ne trovò più giovamento.

CASO N. 2

Bambino di 6 mesi. Lattante – Figlio del Paziente precedente.

Viene portato in visita per bronchite asmaticiforme.

Il bambino si presenta paffuto, senza dati di rilievo. La madre lo allatta regolarmente.

Ha avuto una rilevante crosta latte, scomparsa dopo *Calcarea carbonica* 30 CH. A quel tempo, riferisce il padre che prescrisse il rimedio, sudava molto, ora non più. Due mesi or sono ha effettuato i vaccini obbligatori. Circa 40 giorni or sono si è evidenziato un catarro al mattino, che scomparve dopo *Calcarea carbonica* 200K. Poi tornò ancora e non scomparve con la stessa prescrizione, né con *Pulsatilla* 30 CH. Ha anche avuto un episodio di irritabilità notturna, dolore ad un orecchio e feci verdastre e febbre, sintomi guariti da *Chamomilla*. Attualmente soffre cronicamente per:

Catarro e tosse; il catarro è denso, bianco-giallastro, con spasmi bronchiali.

I sintomi sono peggiori al mattino, ma presenti anche al pomeriggio.

Nessuna tendenza a guarigione spontanea o con i rimedi apparentemente simili al caso.

La scarsità dei sintomi e la cronicità della patologia mi convincono a prescrivere secondo gli antecedenti familiari, in particolare paterni: *Medorrhinum* 200K.

Il bambino migliorò notevolmente e velocemente, ma i sintomi non scomparvero del tutto.

Prescrissi quindi, telefonicamente *Medorrhinum* MK a distanza di due settimane. I sintomi scomparvero per dei mesi. Ad un iniziale riapparire, tre mesi e mezzo dopo, prescrissi *Medorrhinum* XMK. Ci fu una completa guarigione. Successivamente, per dei lievi episodi acuti, prescrissi più volte *Medorrhinum* 200K, ottenendo brillanti guarigioni.

Rividi il piccolo paziente solo due anni dopo, per problemi di scarsa crescita, timidezza e riniti invernali ricorrenti, che furono curati da *Barita carbonica* MK.

CASO N. 3

Bambina di 7 mesi. Lattante. Figlia del Paziente precedente.

La piccola bambina si presenta allegra, tranquilla, rossa in viso. Non ha ancora ricevuto vaccinazioni. E' allattata al seno materno. Viene in visita per tosse asmatiforme.

Da 10 giorni soffre di tosse che si va aggravando.

Pochi colpi secchi, a ripetizione, anche con difficoltà respiratoria e talvolta sibili. In un solo episodio ha prodotto scarso catarro bianco e filante.

Si presenta più spesso dopo le 24.

Ha già assunto *Drosera rotundifolia*, senza risultati, poi *Chamomilla*, che ha addirittura aggravato il quadro clinico. Altre caratteristiche:

Evacua 4/5 volte al giorno, feci normali.

E' in atto la dentizione.

Ha il sonno molto leggero, come se sentisse tutto.

Sgambetta notevolmente, forse più della norma.

Basandomi sull'esperienza precedente prescrivo *Medorrhinum* 200K.

Quell'unico rimedio fu sufficiente a guarire stabilmente la bambina, tanto che la rividi in studio solo dopo 5 anni; nel frattempo aveva avuto solo piccole indisposizioni, che il padre aveva facilmente guarito senza il mio aiuto.



Figura 2.
Il microscopio elettronico a scansione a colori mostra l'intimo contatto fra la *Neisseria gonorrhoeae* (rosso) ed alcuni pseudopodi che partono dalla superficie di una cellula HeLa cell (verde).
Istituto di Biologia Infettiva Max-Planck di Berlino

CASO N. 4

Uomo di anni 62. Febbraio 2008.

E' in terapia omeopatica da molti anni con un Collega omeopata. Ha assunto principalmente *Argentum nitricum*, che ha migliorato delle crisi di panico di cui soffriva. Attualmente soffre di ansia, ipertensione arteriosa, cervicalgie gravi e fastidioso meteorismo gastro colico.

Il padre morì a 49 per un K polmonare, quando egli aveva 14 anni. Ha perduto di recente un fratello per ictus, già sofferente di depressione ed alcolista.

Il Paziente si presenta estremamente agitato, affannato, sudaticcio. Rimane a sedere sulla sedia con difficoltà, parla veloce, gesticola ansiosamente. A tratti sembra quasi euforico, comunque sempre troppo eccitato. Mi comunica:

Ho di continuo alti e bassi, improvvisamente mi sento giù, fiacco, svogliato, mi gira la testa, soprattutto al mattino, appena alzato. Al collo ho un dolore continuo, come un peso, anche in testa, con un senso di sbandamento.

La notte soffro per crampi muscolari al polpaccio e coscia destri; sono costretto ad alzarmi e fare delle flessioni.

Starei sempre in giro, a camminare, sempre molto velocemente.

Faccio le cose con molta foga, con mania, poi mi stanco.

Ho sempre tanti desideri: una macchina nuova, il TV ultimo modello ... e tante altre cose!

Lo faccio parlare ancora: mi da' informazioni riguardanti il lavoro e le varie problematiche, mi dice anche che è esasperato dai continui rimproveri della moglie secondo la quale sbaglia sempre tutto. Scopro che è caloroso,

che soffre molto per la lentezza digestiva e per gonfiori addominali cronici, ma anche che è estremamente vorace, mai sazio, mangia di continuo.

Nonostante ciò gli elementi a disposizione non sono adeguati per una prescrizione. Così continuo ad osservarlo mentre parla ed appunto gli aggettivi che indirettamente mi suggerisce: inquietudine, mania costante, reattività eccessiva, irritabilità, suscettibilità. Stimolato, mi comunica che:

Soffre di psoriasi lieve, localizzata principalmente al gomito destro, da 3-4 anni.

Spesso ha difficoltà a deglutire, deve bere di continuo, con dolore alla gola che sembra chiusa.

Che l'attesa di qualunque cosa, anche la più banale, gli genera un'inquietudine insostenibile.

I sintomi peculiari, caratteristici ed intensi del Paziente, quelli che colpiscono di più l'attenzione mentre lo si ascolta, sono l'ansia di anticipo ed il desiderio costante ed intenso di avere delle cose, spesso inutili o poco importanti. Per cui consulto il Repertorio² riguardo i due *keynotes* rilevati:

MIND – AILMENTS FROM – anticipation

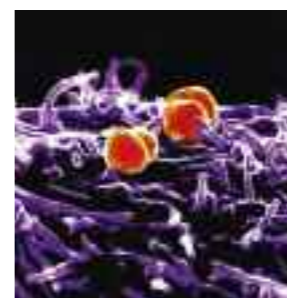
MIND – DESIRES – full of desires

Tengo conto della calorosità del Paziente, della estrema e costante inquietudine; tengo conto delle precedenti prescrizioni del collega, fra cui *Rhus toxicodendron*, senza effetti durevoli, ed il medicamento che ne esce è *Medorrhinum*, che prescrivo alla potenza MK.

FOLLOW UP

4 MESI DOPO (Giugno 2008) - Per prima la moglie, mi dice entusiasta: *Dottore, tutto bene!*

Parlo insieme ai due coniugi e scopro che è molto meno smanioso per tutto, anche per il cibo; ha molti meno desideri intensi, anche il tifo calcistico è migliorato, prima era un vero fanatico.



Proporzionalmente è anche meno vorace e così, senza far nulla, ha perduto ben 6 chilogrammi di peso, cosa di cui va fiero e che lo rende particolarmente felice. In effetti sembra di vedere una diversa persona. E' più calmo, più magro, sorridente, a tratti perfino sereno e pacato. Non parla più con frenesia sudaticcia e gesticolando. Al punto che mi dice: *Dottore, sento la calma interiore.*

Esaminando con attenzione la situazione si evidenzia che da circa due settimane numerosi sintomi si stanno riavvicinando, e ciò spiega appunto la visita di controllo. Ad esempio i dolori cervicali stavano ricomparendo al punto che di sua iniziativa ha assunto *Ruta graveolans*. Prescrivo *Medorrhinum* XMK.

5 MESI DOPO (Novembre 2008) - In questo periodo si è manifestato il ritorno un vecchio sintomo, poi scomparso spontaneamente: una linfadenite cervicale generalizzata. Era così resistente ed egli così insistente che, dopo repertorizzazione, avevo prescritto *Baryta carbonica*. La guarigione, per fortuna, anticipò l'assunzione del rimedio, che avrebbe potuto alterare il buon andamento del caso. *Medorrhinum* LMK.

5 MESI DOPO (Febbraio 2009) - Il Paziente ha mantenuto e persino migliorato il suo stato di benessere: la pressione arteriosa si è stabilizzata, il peso è perfetto, i dolori al collo rari e lievi. E' realmente una persona di-

versa: non c'è più traccia di affanno, di voracità, di eccesso. Ascoltandolo con attenzione mostra numerose preoccupazioni, spesso eccessive. Andrà in missione per il lavoro, per la prima volta, con viaggi di uno o due giorni; il fatto gli crea una certa ansia di anticipo. *Medorrhinum* CMK.

CASO N. 5

Ragazza di anni 23. Studentessa. (Ottobre 2007)

E' una Paziente che sta studiando in una città notevolmente distante, inviata da sua sorella che vive a Roma. In sostanza l'approccio è: *Vai dall'Omeopata che è l'unico che può fare qualcosa per te!* E' con questa disperata speranza che mi si presenta una ragazza terribilmente agitata, al punto da avere quasi difficoltà a parlare. Sembra quasi lanciarsi verso di me all'altro lato della scrivania. L'agitazione è tale che quasi mi viene l'impulso a difendermi, allontanandomi un po' con la sedia. Cerco di farla esprimere al meglio:

Dottore, sono molto ansiosa e depressa!

Fisicamente sto bene, mangio male, bevo molto, ho solo qualche mal di gola in inverno.

Sono sempre stata brava, mi sono laureata anche in anticipo, ma ora sono bloccata sulla tesi.

Ho dei pensieri continui, ossessivi: mi scuso troppo, penso sempre di sbagliare e di fare le cose male ... ho paura di perdere il controllo.

Sono innamorata di un ragazzo da quattro anni, ho sempre in testa lui, ma evito ogni contatto, mi sento inadeguata. Ho paura della sessualità (arrossisce), mi chiedo se sono omosessuale. Non avrò mai una relazione con un ragazzo!

Piango e mi sento triste per la minima cosa, in particolare per 7 giorni prima dei mestrui, quando sono anche irritabile e litigiosa.

Ho molto sbalzi d'umore, dal pianto all'euforia; faccio spesso cose che non mi va di fare.

Ho paura degli insetti, ma anche di formiche, dei ragni.

Fino a 2 anni fa ho usato cocaina e stimolanti.

Ho difficoltà di concentrazione, mi vengono di continuo altre idee in testa, mi distraigo.

Tutti questi sintomi vengono raccontati di getto e con molta foga. La osservo, dopo essermi per l'appunto distanziato un po', cautelatamente. Noto che suda molto al viso ed in particolare al naso, che ha tremore alla palpebra superiore sinistra. Visitandola rilevo dei vistosi tremori alla lingua. Consulto alcuni dei sintomi registrati, ma non mi indicano rimedi adeguati al caso. Il medicamento scelto deve avere in sé l'estrema frenesia e foga della Paziente; inoltre deve migliorare la sua capacità di concentrazione, oltreché la sua ansia, per permetterle di affrontare la tesi. Secondo la mia valutazione solo *Medorrhinum* ha la similitudine adeguata per migliorare un quadro clinico così intrecciato, che risente di certo dell'uso recente di droghe eccitanti. Lo prescrivo alla potenza MK e confido in un buon risultato, pur comprendendo la complessità del caso.

FOLLOW UP

DUE MESI DOPO - E' molto evidente il suo stato di calma, che contrasta vistosamente col ricordo che avevo di lei. Mi racconta con minore foga e senza "saltare" la scrivania:

I primi giorni ho avuto molto nervosismo, mal di testa tutti i giorni, senza sosta.

Ora sto molto meglio, non faccio più fatica

ad uscire, sono molto più attiva, l'umore ha meno sbalzi.

Sono riuscita ad iniziare lo studi, ricordo meglio le cose.

Non controllo più ossessivamente le persone, anche il ragazzo che mi piace.

Di certo il risultato è di molto superiore alle attese. Ora ho davanti a me una ragazza sostanzialmente normale, perfino equilibrata. Mi confessa che è tornata alla visita di controllo per rispettare l'impegno preso, ma che non ne sentiva la necessità. La metto in guardia rispetto possibili ricadute e prescribo *Medorrhinum* XMK. Le chiedo di farmi avere informazioni circa il risultato, promettendole che la farò tornare solo se strettamente necessario.

UN ANNO DOPO (Novembre 2008) – Ho avuto notizie dalla sorella, che si congratulava perché ero riuscita a farla stare veramente bene, aveva persino un nuovo ragazzo. Mi telefona chiedendomi aiuto. Per problemi esterni il suo equilibrio nervoso è saltato. Mi dice che può scendere da me solo fra un mese. Prescribo *Medorrhinum* MK. Non è più scesa, non ne ha avuto più bisogno.



Figura 3.
They are so driven by sex urge that they will usually have illegal sexual affair. (...) The strange thing is that they will enjoy something which is illegal or illicit. There is just the sense of being mischievous inside. They go towards excesses. The whole idea of excesses is running through the picture of *Medorrhinum*.
George Vithoulkas - Talks on Classical Homeopathy

CASO N. 6

Uomo di 47 anni. Insegnante. Maggio 2008.

E' un Paziente di elevata intelligenza, molto colto. Soffre di rinite allergica,

ma ora viene per una epatopatia grave, scoperta casualmente in seguito ad una frattura scomposta al gomito destro. Le transaminasi sono molto elevate (AST 400 e ALT 658) ed è presente positività al virus dell'epatite C. Nella sede della frattura è presente un vistoso ematoma. Il Paziente ha assunto *Arnica montana* di sua iniziativa, il risultato non è quantificabile.

Il Paziente racconta con schiettezza che, nell'ultimo periodo, ha condotto una vita estremamente dissoluta. Egli è omosessuale, ma per lo più è stato inibito nell'espressione della sua sessualità, che ha manifestato in modo sfrenato solo negli anni dell'adolescenza. Di recente quasi ogni notte cercava incontri occasionali in situazioni assai pericolose. Inoltre ha abusato di alcol in modo grave. Dice di sé:

Sono soggetto ad eccessi, quando inizio non mi tengo più! Per esempio con il fumo, in passato fumavo 40 sigarette al giorno, poi ho smesso. Ora con l'alcool, ero arrivato a bere 2 litri di vino al giorno e superalcolici. Senza parlare dei caffè ... Dopo la scoperta del problema al fegato sto cercando di smettere.

Ho problemi digestivi, dopo il pranzo ho come un macigno allo stomaco, poi nausea, diarrea.

Il Paziente continua ad illustrarmi altri suoi disturbi, fra cui le facili emorragie, poi inizia a parlare con estrema eccitazione delle sua avventure, della sua improvvisa disinibizione, dopo anni ed anni di timidezza. Diventa euforico, quasi fino all'esaltazione, pur comprendendo i rischi a cui è andato incontro. Gli faccio notare che alla fine tali comportamenti portano sempre a morte, traumatica o per malattia. Se ne rende conto, ma credo che proprio il

rischio lo esalti. Comunque ora è deciso ad assumere una condotta migliore, ad esempio smettendo di bere. In passato accadde qualcosa di simile con l'alcol, le transaminasi erano arrivate ai valori di 150 circa, e ci vollero sei mesi per farle rientrare nei limiti. Ora la condizione è certamente più grave.

Consulto il Repertorio² per i tre sintomi:

MIND - LOVE - perversity; sexual
MIND - LIBERTINISM
MIND - HOMOSEXUALITY

che mi sembrano caratteristici del caso. Ne escono indicazioni per: *Hyo-sciamus*, *Medorrhinum*, *Mercurius*, *Origanum* e *Platinum*. Ciò che c'è di caratteristico nella vicenda del Paziente è l'alternarsi di fasi di inibizione ad altre di esaltazione parossistica, con periodi nei quali il Paziente è ritirato in sé ed inattivo, alternati ad altri in cui è dedito ad ogni tipo di eccesso. Questa modalità è caratteristica di *Medorrhinum*³, che prescribo alla dose 200K ogni 20 giorni per tre somministrazioni. Disponiamo di 60 giorni di tempo per migliorare sensibilmente il quadro clinico ed evitare le terapie convenzionali, consigliate con insistenza dai Colleghi ospedalieri. Occorre quindi un risultato chiaro, importante e veloce.

FOLLOW UP

DUE MESI DOPO (Luglio 2007) - Nei due mesi successivi mi capita spesso di pensare al Paziente ed ai possibili risultati della terapia. Non ricevo alcuna telefonata ma, puntualmente, dopo 60 giorni il Paziente torna alla visita.

Mi mostra fiero gli esami ematochimici appena ritirati, che risultano semplicemente perfetti. Sono sbalor-

dito. Si mostra molto dimagrito ed in buona forma. Mi racconta che ha smesso di bere alcool, come fece in passato, ma questa volta il risultato è stato velocissimo. Ha perduto 6 Kg di peso, è scomparsa l'ipertensione arteriosa che avevo rilevato la visita precedente, la frattura si è sistemata al meglio. Gli chiedo di illustrarmi la sua situazione:

Mi sento un po' più grigio, ho meno picchi, sia in bene che in male, ho meno ansia, ma anche meno coraggio.

Ho la mente in continuo movimento.

A volte non mi vengono i nomi, come se mi si impastasse la lingua, come dopo aver bevuto, come se dovessi pensare prima di parlare.

Sono più attento a me, più pulito, guardo le vetrine ed acquisto indumenti nuovi; prima non avevo più alcun interesse al mio aspetto.

È realmente trasformato, senza essere ricaduto nella fase inibitoria. E' consapevole del rischio che ha corso, nonostante ciò gli rimane una sorta di nostalgia per l'eccitazione parossistica generata da certe situazioni. Prescribo ancora *Medorrhinum* alla potenza MK, due dosi uniche a distanza di 40 giorni.

4 MESI DOPO (Novembre 2008) – Il Paziente è in ottima forma. Mi comunica:

Ho recuperato la lucidità mentale. Non c'è quasi più ansia.

Continuano ad affollarsi nella mente i pensieri, che mi disturbano lo studio; su ciò che devo fare, sulle cose normali di tutti i giorni, ma senza ansia né paure. Non sento l'agitazione interna.

Ho avuto 2-3 giorni intensamente depressivi, di recente. Non sopportavo più nessuno, non volevo vedere più nessuno. In genere non dipende da cose esterne, dura poco, prima

molto di più. Concomitano con vento caldo ed umido.

Faccio sogni realistici, di vita quotidiana. A volte sogno qualcuno che vuole strozzarmi, o che mi sovrastano.

Sto dormendo tanto. (Nota: dalle 23 alle 7; sta dormendo regolarmente!).

Sento di più il mio corpo, mi guardo, lo scruto. Pratico Pilates, con molti benefici.

Sto anche mangiando molto spesso, devo mangiare; sembra che diminuisce la glicemia ed aumenta la rabbia! Se mangio passa.

Gli esami ematochimici si mantengono nei limiti. Chiedo di includere nei prossimi l'HCV. Il Paziente ha perduto altri 3 Kg. *Medorrhinum* XMK.

3 MESI DOPO (Febbraio 2009) – L'aspetto è sempre ottimo. Mi comunica:

Ho avuto molti inconvenienti in casa, ho dovuto affrontare molti diverbi, che è la cosa peggiore che mi possa capitare! (Nota: si riferisce a contese fra persone, che però questa volta ha affrontato con successo.)

Ho fatto spese folli! (Nota: in realtà ha deciso semplicemente di rimettere a posto la casa, lasciata a se stessa da molto tempo. Ha scelto materiali di pregio e di suo gusto. Cosa molto inusuale per il Paziente.)

Ho avuto una stomatite ed una nevralgia al viso a sinistra, che ho lasciato passare.

Ho notato che nel mio lavoro sono più esigente, senza ansia.

Ho anche notato che, contrariamente agli altri anni, non ho avuto i sintomi della rinite allergica.

Trovo che è decisamente meno timido nell'affrontare le cose, più sicuro di sé e deciso a far rispettare la sua volontà. Sta recuperando del peso, che in effetti stava scendendo troppo. *Medorrhinum* XMK.

A commento del caso clinico è possibile affermare che la terapia ha modificato in modo positivo la condizione organica del Paziente, ma anche l'atteggiamento dello stesso verso sé e il mondo circostante. Questo cambiamento sembra avvenire ad insaputa del Paziente stesso, che ne rimane sorpreso e quasi preoccupato. Ringrazio il Paziente per avermi concesso il permesso di pubblicare il caso clinico.

CONCLUSIONI

La prescrizione del nosode *Medorrhinum*, quando corrispondente alla sintomatologia del Paziente, può risolvere quadri clinici estremamente complessi e difficili, spesso in breve tempo. Sotto la sua azione terapeutica il quadro clinico del Paziente tende a modificarsi radicalmente, sia nella sintomatologia organica che nelle attitudini patologiche che lo caratterizzano. Probabilmente questo è il motivo per cui, nel prosieguo della terapia, *Medorrhinum* spesso non risulta più essere il medicamento adeguato. I sintomi caratteristici di *Medorrhinum*, quali: ansia, panico, fretta fino al parossismo, problematiche sessuali, ne fanno un medicamento frequentemente utile per quadri clinici attuali.

BIBLIOGRAFIA

- J. T. KENT – *Repertory of the homeopathic Materia Medica* – B. Jain Pub., New Delhi, 1987.
F. SCHROJENS – *Synthesis 8.1* - ARCHIBEL, Assesse (Belgio), 2002.
F. SCHROJENS – *Synthesis 8.1* - Keynotes, *Medorrhinum* - ARCHIBEL, Assesse (Belgio), 2002

Editore: FIAMO – Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopatici
Redazione: Piazza Vescovio 7 – 00199 ROMA ITALIA – rivista@fiamo.it
Direttore: Gustavo Dominici: gdominici@mcclink.it
Vice Direttore: Antonella Ronchi: anto.ronchi@tiscali.it; Pietro Gula: guliapt@libero.it
Caporedattore per la Veterinaria: David Bettio: david.bettio@omeopatia.org
Comitato di Redazione: Renata Calieri: calieri.rena@tele2.it; Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it; Francesco Marino: dr.fmarino@libero.it
Comitato di Revisori: Paolo Bellavite (Università di Verona); Andrea Brancalion; Nicola Del Giudice; Paola Landi; Giusi Pitari (Università di L'Aquila)

LA RIVISTA

Il Medico Omeopata è una rivista internazionale che ha come obiettivo la conoscenza, la diffusione e l'evoluzione della Medicina Omeopatica tramite la pubblicazione di articoli di elevata qualità riguardanti la clinica e la ricerca e promuovendo il dibattito in tale ambito. *Il Medico Omeopata* invita gli Autori italiani e stranieri alla pubblicazione. Si accettano lavori in lingua italiana ed inglese. I lavori devono essere originali e non pubblicati altrove. Saranno accettati solo lavori non pubblicati preventivamente in Italia o all'estero. I manoscritti non devono essere offerti ad altri editori nello stesso momento in cui sono messi a disposizione di questa rivista. Tutti i contributi sono sottoposti alla revisione di esperti indipendenti e la decisione finale della pubblicazione è dell'Editore. La pubblicazione è gratuita.

INVIO DEI MANOSCRITTI

Gli Autori devono inviare i lavori tramite posta elettronica all'indirizzo della Redazione: rivista@fiamo.it, o direttamente al Direttore responsabile: gdominici@mcclink.it. Nel caso di articoli di Medicina Veterinaria vanno inviati anche al caporedattore responsabile: olikos@tin.it. Gli articoli possono essere inviati anche tramite cd all'indirizzo civico della Redazione.

USCITA DELLA RIVISTA

Il Medico Omeopata esce con 3 numeri all'anno. I termini entro cui gli Autori devono inviare i propri lavori sono: 31 Gennaio per il 1° numero; 30 Aprile per il 2°; 30 Settembre per il 3°.

STRUTTURA DEI MANOSCRITTI

I manoscritti dovranno essere strutturati come segue:

Titoli di pagina (Autori, Titolo del lavoro, Sottotitoli); **Riassunto**; **Parole Chiave**; **Corpo dell'articolo** (Casi clinici, Studi clinici, Composizioni); **Grafici, tabelle e figure**; **Bibliografia** (riviste, libri).

Titoli di pagina – Nome e cognome di ciascun Autore per esteso (se più di 6: indicare i primi 3 e aggiungere "et Al."), eventuali titoli accademici e/o professionali, indirizzo completo, numeri di telefono e fax, indirizzo di posta elettronica (se più di uno: indicare un referente cui inviare eventuali comunicazioni); titolo del lavoro; eventuali sottotitoli o brevi commenti.

Riassunto – Breve ma esauriente (lunghezza max 100 parole), se relativo a ricerche o casi clinici, deve comprendere scopo del lavoro, metodi, risultati, e conclusioni.

Parole Chiave – Da 3 a massimo 7 parole.

Corpo dell'articolo – Si usa la struttura standard di suddivisione in paragrafi tipo: *Per Casi clinici*: Introduzione, Descrizione del caso, Materiali e Metodi, Risultati, Discussione, Conclusioni, Bibliografia; l'analisi del caso (scelta dei sintomi, strategia prescrittiva, diagnosi differenziale, ecc.) devono essere chiari e ben giustificati; i casi devono includere un adeguato follow-up a dimostrare la tesi sostenuta; *Per Studi clinici o Proving omeopatici*: Introduzione, Materiali e Metodi, Risultati, Discussione, Conclusioni, Bibliografia; *Per Composizioni*: Introduzione, Stesura, Conclusioni, Bibliografia. Il nome di rimedi omeopatici, di libri o di riviste vanno indicate in corsivo. La nomenclatura dei rimedi omeopatici segue il sistema binomio e abbreviato convenzionale (es. *Nat-m.*, *Kali-ar.*) e la potenza va chiaramente indicata con la scala di diluizione specificata (CH, K, LM o Q, DH...). Altre abbreviazioni o contrazioni vanno spiegate all'inizio del testo.

Grafici, tabelle e figure – Devono essere inviate in pagine separate dal testo, e numerate. Deve essere aggiunta una didascalia per ciascuno di essi, per spiegare contenuti ed eventuali abbreviazioni.

Bibliografia – Devono comprendere solo Autori e opere citate nel testo, richiamati con numerazione araba ed elencati alla fine del testo secondo l'ordine di apparizione corrispondente. Le forme per le citazioni bibliografiche devono seguire i seguenti criteri: *Per le Riviste*: Nomi degli Autori (cognome + iniziale del nome puntato), separati da virgola (se più di 6: indicare i primi 3 e aggiungere "et Al."), titolo per intero dell'articolo, titolo per intero della rivista o sua abbreviazione, anno di pubblicazione, numero del volume, numero di prima e ultima pagina. *Per i Libri*: Nomi degli Autori (cognome + iniziale del nome puntato), separati da virgola (se più di 6: indicare i primi 3 e aggiungere "et Al."), titolo per intero del libro, nome o iniziali dell'Editore, luogo di pubblicazione, anno di pubblicazione, numero del volume, numero di prima e ultima pagina o numero/titolo del capitolo.

FORMATO DEI MANOSCRITTI

Le pagine seguono la numerazione araba e in un formato A4 il carattere da usare è Times New Roman o equivalente, in dimensione 12, interlinea singola.

DIRITTI D'AUTORE

Al momento dell'accettazione dell'articolo, agli Autori verrà richiesto di firmare una dichiarazione di cessione dei Diritti d'Autore che assicurerà la divulgazione di informazioni più ampia possibile. La dichiarazione sarà la seguente: "I sottoscritti Autori (nome per esteso di tutti gli Autori) trasferiscono i Diritti d'Autore del manoscritto intitolato (titolo dell'articolo) all'Editore de *Il Medico Omeopata* – Roma, e dichiarano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, né sottoposto contemporaneamente ad altri giornali per la pubblicazione". La rivista, inclusi tutti i contributi personali e le illustrazioni pubblicate, è legalmente tutelata dai Diritti d'Autore per tutto il periodo di copyright. Ogni uso, estrazione, o commercializzazione fuori dai limiti fissati dalla normativa di copyright, senza il consenso dell'Editore, è illegale e legalmente perseguibile. Ciò si riferisce anche alle copie o altre forme di duplicazione, traduzione, o preparazione di cd e raccolte elettroniche di dati.

BOZZE DI STAMPA

La Redazione de *Il Medico Omeopata* esamina il testo entro 30 giorni dal suo ricevimento e si riserva di chiedere delle modifiche agli Autori. Le bozze riviste andranno rinviate alla Redazione entro 5 giorni dal ricevimento, e se non ricevute entro tale termine, saranno considerate approvate dagli Autori per la pubblicazione.

La comparsa nell'articolo di schemi di trattamento o di terapia, dosaggi, o applicazioni, non coinvolge, implica o esprime alcuna garanzia o responsabilità dell'Editore sulle istruzioni di dosaggio o forme di applicazione presenti sulla rivista. Gli Autori sono responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo.

GUIDE FOR AUTHORS

Publisher: FIAMO – Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopatici
Editorial office: Piazza Vescovio 7 – 00199 ROMA ITALIA – rivista@fiamo.it
Editor: Gustavo Dominici: gdominici@mcclink.it
Vice Editor: Antonella Ronchi: anto.ronchi@tiscali.it; Pietro Gula: guliapt@libero.it
Chief Editor for veterinary articles: David Bettio: olikos@tin.it
Editorial board: Renata Calieri: calieri.rena@tele2.it; Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it; Francesco Marino: dr.fmarino@libero.it
Editorial Advisory Board: Paolo Bellavite (University of Verona – Italy); Andrea Brancalion; Nicola Del Giudice; Paola Landi; Giusi Pitari (University of L'Aquila – Italy)

The Journal

Il Medico Omeopata is an international journal aimed at improving the understanding and clinical practice of Homeopathy by publishing high quality articles on clinical and research.

Il Medico Omeopata accepts Italian and foreign articles for publication. Italian and English languages are accepted. These should be original, and should not have been published elsewhere. Articles are accepted for consideration on the understanding that their contents have not been published in full or in part elsewhere. Furthermore, articles may not be offered to any other publications at the same time as they are under consideration for this journal. All contributions are subject to peer review by independent experts and the Editor's decision concerning publication is final. Publication is free.

Submission of a manuscript

Authors should send their work by e-mail to the editorial office: rivista@fiamo.it, or directly to the Director: gdominici@mcclink.it. For Veterinary articles, authors can submit articles to the chief Editor's email address: david.bettio@omeopatia.org. Authors can also send work on a CD to the journal's postal address.

Publication

Il Medico Omeopata is published 3 times a year. Authors must submit their work within the following deadlines: 31 January for the first (1st) issue; 30 April for the second (2nd) issue; 30 September for the third (3rd) issue.

Layout of the manuscript

Papers should be laid out as follows: **Title page** (Authors, Title of article, short running title); **Abstract**; **Key Words**; **Text** (Clinical case histories, Clinical Trials, compositions); **Graphs, tables and illustrations**; **References** (journals, books)

Title page – The full name and surname of each Author (if more than 6 Authors: give the first 3 and add "et Al."), full names of the Authors institutional affiliations, full postal address, telephone and fax numbers, e-mail address (if more than one Author: give the address to which any communications should be sent); title of the work; suggestions for a short running title.

Abstract – Short but complete (a maximum of 100 words), for clinical case or clinical research papers, the abstract should be divided into the following subheadings: Introduction, Methods, Results, and Conclusions.

Key Words – Give 3 to 7 key words.

Text – Use the standard format: *For Clinical case histories*: Introduction, Case history description, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions, References; case analysis (symptoms selection, prescribing strategy, differential diagnosis, etc.) should be transparent and well justified; case histories should include adequate follow-up to demonstrate sustained improvement; *For Clinical trials or homeopathic Proving*: Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions, References; *For Compositions*: Introduction, Drawing up/Issue/Acknowledgement, Conclusions, References.

The names of homeopathic remedies, books or journals, should appear in italics. The binomial system and abbreviations are used for homeopathic remedies e.g. *Nat-m.*, *Kali-ar.* Potencies should be clearly indicated and the method of dilution specified (CH, DH, K, LM or Q). Other abbreviations and contractions should be defined in the text when first used.

Graphs, Tables and Figures – These should be numbered and sent on a separate page to the text. A legend should be included for each of these, to explain the content and any abbreviations used.

References – Only Author(s) or papers relevant to the published work should be cited. Arabian numbered, and listed at the end of text in numerical order corresponding to the one of citation in the text. The format for references should follow these criteria: *For Journals*: Name of Author(s) (surname + initial of name dot), separate by a comma (if more than 6 Authors: give the first 3 and add "et Al."), full title of paper, full name or abbreviated title of the journal, year of publication, volume number, first and last page number. *For Books*: Name of Author(s) (surname + initial of name dot) separate by comma (if more than 6 Authors: give the first 3 and add "et Al."), full title of book, full name or initials of Editor(s), place of publication, year of publication, volume number, first and last page number or number/title of chapter.

Layout of manuscripts

Pages should be numbered using Arabic numbers and should be in A4 format, the font should be Times New Roman or equivalent, 12 points, single-spaced.

Copyright

Upon acceptance of an article, Authors will be asked to sign a Journal Publishing Agreement that will ensure the widest possible dissemination of information. The Journal Publishing Agreement will be the following: "Subscribed Author(s) (full name of all the Authors) transfer the Copyright of manuscript titled (title of paper) to *Il Medico Omeopata* Publisher – Roma, and declare that they have not published previously, domestically or abroad, the same article; furthermore, manuscripts have not been offered to other publications at the same time as they are under consideration for this journal". The journal, including all individual contributions and illustrations published therein, is legally protected by Copyright for the duration of the Copyright period. Any use, exploitation, or commercialisation outside the narrow limits set by Copyright legislation, without the Publisher's consent, is illegal and liable to criminal prosecution. This applies in particular to copying or other forms of duplicating, translating, preparation of CD and electronic data processing or storage.

Proofs

The *Il Medico Omeopata* Publisher examines the text within 30 days of receipt and it reserves the right to ask for any modifications to the Authors. The checked proofs (responsibility of the Authors) should be returned to the Publisher within 5 days of receipt, and the Publisher may proceed with the publication of articles if no corrected proofs are received.

Disclaimer

Any treatment or drug therapy scheme, any dosage or application which appears in the paper does not involve, imply or express any guarantee or responsibility by the part of the editor in respect of any instructions about the dosage or forms of application present in the journal. The Authors are responsible for any statements made in the article.