

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The italian journal of Classical Homeopathy

in questo numero in this issue

STORIA/ HISTORY

- **L'influenza spagnola** di F.V. Marino e F.E. Negro

RICERCA/ RESEARCH

- **Il Proving HVI** Scuola Similia Similibus di Torino
- **Il Proving HVI** Scuola EMC-AFMO di Reggio Calabria

OMEOPATIA CLINICA/ CLINICAL HOMEOPATHY

- **Casi clinici veterinari** di M. Brunson
- **Storie di omeopatia** di G. Muscari Tomaioli
- **Staphisagria** di N. Chiaramida
- **Cancro e Omeopatia** di M. Montorsi
- **Malattia degenerativa** di G. Dominici

Sped. in abb. postale 45% / Art.2 comma 20/b L.662/96 / Filiale di Terni / Contiene LP.



FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI

FIAMO

LA TRADIZIONE OMEOPATICA ITALIANA LA QUALITÀ DELL'INSEGNAMENTO



LA FIAMO È UN'ASSOCIAZIONE SENZA FINI DI LUCRO FONDATA DA 220 MEDICI OMEOPATI NEL 1990. ATTUALMENTE CONTA COME SOCI 600 MEDICI OMEOPATI ITALIANI. TRAMITE LA LIGA MEDICORUM HOMEOPATHICA INTERNATIONALIS DI CUI È MEMBRO ISTITUZIONALE, OPERA IN STRETTO RAPPORTO CON LA COMUNITÀ OMEOPATICA DI TUTTO IL MONDO.

corsi di medicina omeopatica 2017/2018

DIPARTIMENTO FORMAZIONE FIAMO

FORMAZIONE PRIMARIA E AVANZATA

CENTRO DI OMEOPATIA CATANIA Dir. Acc. Dr. Roberto Petrucci Via Francesco Crispi, 191 95131 Catania Dr. Alessandro Avolio cell. 392.7817962 a.avolio@centrodiomeopatia.it www.omeopatiacatania.it	EMC - GRUPPO AFMO Formazione in Medicina Omeopatica Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di RC e di CZ Dir. Acc.: Dott. Vincenzo Falabella Via Udinese, 16 - 90145 Palermo Via M. da Caravaggio, 52 80126 Napoli Tel/Fax 0815931854 - 3389422305 338 8456415 - 380 7945133 afmo@afmo.eu www.afmo.eu	SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA DI GENOVA DULCAMARA - KAOS Dir. Acc. Dr. Giacomo Meriardo Dr. Flavio Tonello Corso Andrea Podestà, 12/1 16128 Genova Segr. org. tel. 010.8507403 fax 010.5531067 - 345.0564074 omeopatiagenova@gmail.com www.scuolaomeopatiagenova.org	I.R.M.S.O. - ISTITUTO RICERCA MEDICO SCIENTIFICA OMEOPATICA SCUOLA ACCREDITATA L.M.H.I. Liga medicorum homeopathica internationalis Dir. Acc. Dr. Pietro Federico Via Paolo Emilio, 57 - 00192 Roma tel. 06.3242843 (r.a.) cell. 366.6880147 - fax 06.3611963 segreteria@irmso.it omeopatia@iol.it www.irmso.it	SCUOLA DI OMEOPATIA CLASSICA MARIO GARLASCO Dir. Acc. Dr. Pia Barilli Via Locatelli, 71 50134 Firenze tel. 333.3499977 info@lycopodium.it www.scuola-omeopatia.it	SCUOLA DI OMEOPATIA "FONDAZIONE BELLADONNA ONLUS" Dir. Acc. Dr.ssa Gavina Costini Viale Bianca Maria, 35 20122 Milano tel. 02.2827464 cell. 333.9294777 fax. 02.26894612 info@omeopatiabelladonna.it www.omeopatiabelladonna.it	SCUOLA SUPERIORE INTERNAZIONALE DI OMEOPATIA VETERINARIA RITA ZANCHI Dir. Acc. Dr. Maurizio Testadura Località S. Eusebio, 1187 52044 Cortona (AR) tel. 368.458710 scuolaomeopatiacortona@yahoo.it www.francodelfrancoameopatiacortona.it
SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA DI VERONA Dir. Acc. Dr. Federico Allegri Vicolo Dietro Santi Apostoli, 2 37121 Verona tel. 045.8030926 fax 045.8026695 cell. 329.4744580 info@omeopatia.org www.omeopatia.org	CENTRO STUDI LA RUOTA C.S.R. CENTRO DI RICERCA E SCUOLA DI OMEOPATIA CLASSICA Dir. Acc. Dr. Bruno Zucca Viale Papiniano, 44/4 20123 Milano tel. 392.4207334 fax 02.36512201 segreteria@centrostudiaruota.org www.centrostudiaruota.org	SCUOLA SIMILIA SIMILIBUS Dir. Acc. Dr. Marco Colla Istituto Maria Ausiliatrice Piazza Maria Ausiliatrice, 27 10152 - Torino cell. 389.1385165 - 338.3202942 tel. 015.8409008 scuola@similiasimilibus.org www.similiasimilibus.org	EFFATÀ LUCCA SCUOLA DI OMEOPATIA CLASSICA Dir. Acc. Dr. Simonetta Tassoni Sede Corsi: Fondazione Campus Via del Seminario Prima 790 Monte S. Quirico - Lucca Segreteria: 389.5043929 - 0583.495525 - info@scuolaomeopatiaeffata.org - Dr.ssa Tassoni Simonetta 329.4291424 omeopatia@omeopatiatassoni.it www.scuolaomeopatiaeffata.org	ASSOCIAZIONE OMPHALON Direttore accademico: Dr.ssa Marisa Cottini Via Beaumont 16 - 10138 Torino Tel. 011.3043458 (martedì e giovedì 14,30 - 18,30) info@omphalon.it www.omphalon.it	SIOV - SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA VETERINARIA Dir. Acc. Dott. David Bettio Strada Molino di Baganzola, 23 43126 Parma 0521/1744964 segreteria.siov@gmail.com www.siov.org	ACCADÉMIA OMEOPATICA SARDA SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA CLASSICA Dir. Acc. Dr. Antonio Abbate Sede di Cagliari: Via Sant'Anania, 2 - 09129 Cagliari - Cell. 389.4434470 Sede di Roma: Via Saturnia, 49 - 00183 Roma Tel./fax 06 70490243 - Cell. 3473848859 - dr.a.abbate@alice.it www.omeoroma.it www.omeopatia.bio

FORMAZIONE AVANZATA

C.D.O. - CENTRO DI OMEOPATIA ASTERIAS MILANO Dir. Acc. Dr. Roberto Petrucci via Ca' Granda, 2 - 20162 Milano tel. 02.6472045 - fax 02.73960576 c.savioni@centrodiomeopatia.it www.centrodiomeopatia.it	EMC - GRUPPO AFMO Perfezionamento in Medicina Omeopatica Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Calabria Dir. Acc.: Dott. Vincenzo Falabella Via M. da Caravaggio, 52 - 80126 Napoli Tel/Fax 0815931854 - 3389422305 - 338 8456415 - 380 7945133 p_falabella@libero.it - www.afmo.eu
--	---

SEGRETERIA F.I.A.M.O. | via C. Beccaria, 22 | Terni | tel/fax 0744.429900 | mail: omeopatia@fiamo.it | scuole@fiamo.it | www.fiamo.it



IL PROGRAMMA

unificato del Dipartimento Scuola Formazione Insegnamento della Fiamo è adottato da 16 scuole di medicina omeopatica distribuite su tutto il territorio nazionale. I corsi hanno la durata minima di 3 anni per un totale di almeno 600 ore di lezione comprendenti: teoria, pratica clinica, seminari e supervisioni. Il programma e la struttura del corso unificato sono allineati agli standard stabiliti dagli stati membri dell'Unione Europea ove è praticata e insegnata la medicina omeopatica.

I REQUISITI DEI DOCENTI E DEI TUTOR

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

IL CORSO È DESTINATO

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

IL DIPLOMA

rilasciato permette l'iscrizione al Registro degli Omeopati accreditati e ai Registri presso gli Ordini dei Medici che ne abbiano deliberato l'istituzione.

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The Italian Journal of Classical Homeopathy

anno XXII | numero 65 | luglio 2017

Registrazione presso il Tribunale di Roma n° 596 del 29/11/1996

Sommario

direttore responsabile
Gustavo Dominici

vice direttore
Antonella Ronchi

capo redattore per la veterinaria
Mauro Dodesini

segretaria di redazione
Giovanna Giorgetti

redazione
Centro Omeopatico Vescovio
via Stimigliano, 22
00199 Roma
tel/fax +39 06 86208145
email omeopatia@fiamo.it

redattori
Luigia Alessandrino
Beatrice Andreoli
Renata Calieri
Nunzio Chiaramida
Anna Fontebuoni
Gennaro Muscari Tomaioli
Paolo Roberti di Sarsina

per la veterinaria
Paola Landi
Enio Marelli

comitato scientifico
Paolo Bellavite
Nicola Del Giudice
Manuela Sanguini
Giusi Pitari

amministrazione
FIAMO - sede amministrativa
via C. Beccaria, 22 - 05100 Terni
tel/fax +39.0744 429900
e-mail omeopatia@fiamo.it
www.fiamo.it

pubblicità
Giovanna Durante - cell. 347 6094735
gdurante@fiamo.it

progetto grafico e impaginazione
Francesco Bellucci, via del Maglio, 6 - 05100 Terni

stampa
Tipografia Economica Moderna
via P. Maglio, 15 - 05022 Amelia (TR)

hanno collaborato alla realizzazione di questo numero:
G. Arcovito, M. Brunson, N. Chiaramida, S. Cirelli, M. Colla, S. Di Salvo, M. Dodesini, G. Dominici, V. Falabella, E. Galli, V. Manzo, F.V. Marino, M. Montorsi, F.E. Negro, G. Muscari Tomaioli, A. Ronchi, P. Varano

edito da
 FEDERAZIONE ITALIANA ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI

membro istituzionale



EDITORIALE G. Dominici La clinica dell'uomo	5
LA VOCE DEL PRESIDENTE A. Ronchi Libertà di scelta	6
EDITORIALE VETERINARIO M. Dodesini Il Pettiroso, lo spavaldo moschettiere dei boschi	8
REPORT Benvenuti al Sud! XV Congresso Nazionale FIAMO di Reggio Calabria V. Falabella Il Congresso LMHI di Lipsia F.V. Marino	11 16
RECENSIONI N. Chiaramida Synopsis of homeopathic aetiology. A complete work on Causation di Eswara Das - Radha HOMEOPATHIA PURA. The philosophical foundation for Homeopathy di Pieter Michel Constant	18 18
STORIA F.E. Negro, F.V. Marino Influenza Spagnola. Il ruolo dell'Omeopatia nella gestione della pandemia	20
RICERCA Herpes Simplex I Nosode. Proving Scuola Similia Similibus di Torino M. Colla, G. Dominici Herpes Simplex Virus I (hsv-1) nosode. Proving 2015 Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica E.M.C. - A.F.M.O. E. Galli, G. Arcovito, S. Cirelli, S. Di Salvo, V. Manzo, P. Varano, V. Falabella	28 43
CLINICA VETERINARIA Cannelle, Yasco e Cash: tre casi veterinari M. Brunson	57
OMEOPATIA CLINICA Storie di Omeopatia quotidiana G. Muscari Tomaioli La dignità ferita di Delphinium Staphysagria N. Chiaramida Omeopatia in oncologia. Quattro anni di collaborazione con una struttura ospedaliera M. Montorsi Terapia omeopatica in una paziente anziana con malattia degenerativa. Il caso di Maria G. Dominici	65 68 76 80
NORME PER GLI AUTORI	86

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



Nature Whispers

La Natura Sussurra

Amm. Delegato

Roberta Russo - Vice Presidente Omeoimprese

Certificazione

ISO9001

Certificazione

ISO13485

Produzione

GMP - Good manufacturing practices

Fondazione:

Ostenda, Belgio 1973

Sede centrale:

Via Solferino 10, Frascati

Contatti

Email: info@vanda.it

Web: www.vanda.it



Tanti che per amore della **scienza** cominciano a combattere l'**omeopatia**, finiscono che pur di continuare a combattere l'**omeopatia** dimenticano cos'è veramente la **scienza**.

Roberta Russo, Ceo Vanda



Area riservata ai professionisti della salute:

My Vanda



La clinica dell'uomo

Appena laureato esercitai il tirocinio presso un ospedale umbro, un buon ospedale, nel reparto di Clinica Medica, quello che destava per me il maggiore interesse. Facevo parte del codazzo del primario durante le consuete visite ai pazienti ricoverati, l'ultimo del corteo per la precisione. Gli studi di Medicina mi avevano interessato, ma non completamente convinto, in particolare circa la natura della malattia e la terapia conseguente. Le persone guarite tali non mi sembravano. Per avviare avevo cercato altre strade, gli ultimi sei mesi di studi li avevo trascorsi in Chirurgia. Mi attraeva dei colleghi chirurghi la sintesi ed un certo decisionismo, come se lì le cose fossero più chiare ed evidenti e quindi le scelte più lineari e convincenti. Dopo sei mesi avevo concluso però che, a parte gli esiti dei traumatismi, si sarebbe dovuto agire a monte, cioè non far arrivare così tanti pazienti al tavolo operatorio. Era evidente che a quel punto il chirurgo risultava necessario. Il delicato quesito rimaneva intatto: come e perchè ammaliamo e come possiamo realmente guarire?

Insomma ero l'ultimo del corteo e me ne stavo zitto e osservavo e ascoltavo. Un po' perché non avevo granchè da dire, ero lì per apprendere, un po' perché mi sentivo a disagio, estraneo all'interno di quel camice o, più correttamente, di quello schema di pensiero. Ad un certo punto arrivammo al letto di un paziente un po' diverso dagli altri. Era obeso, con un'espressione di intensa sofferenza, totalmente indifferente a tutti noi, professore incluso. Quindi nessuna aria di soggezione, né domande circa il proprio stato e le possibilità di guarire, ma totalmente assorbito dal suo malessere.

Inserire l'elemento soggettivo nell'anamnesi, diagnosi, prognosi e terapia sembra complicare la questione. Certamente, se si cerca esclusivamente la cura per la malattia, concentrati nell'oggettivizzazione, nella sintesi suprema del farmaco utile a tutti. Diversamente, se si guarda la faccenda da un'altra angolatura, quella dell'individuo umano malato, visto che di tale materiale stiamo trattando.

L'assistente spiegò al professore che il paziente aveva una particolare condizione di ipertensione arteriosa, che saliva a picchi elevati per poi scendere bruscamente fino a condizioni di collasso, senza apparente spiegazione. Il professore esaminò con cura la situazione ed infine descrisse un disturbo che riguardava una disregolazione del sistema neuro vegetativo e quindi consigliò il farmaco idoneo. In tutti noi ci fu una sorta di sorriso unanime, come se la luce della sapienza ci avesse illuminati attraverso la figura del nostro professore. E ci incamminammo verso il prossimo paziente. Senonchè, essendo per l'appunto l'ultimo, ero a contatto con l'infermiere che trasportava le cartelle cliniche e che sembrava la sapesse lunga. Gli chiedo: *Ma cosa gli è successo? Ne sai qualcosa?* Ed egli: *Dottò, ha scoperto la moglie a letto con un altro! Lo sanno tutti.* Già, immagino che quando era invaso dalla rabbia la pressione arteriosa salisse, quando dallo sconforto, crollasse. Chissà come andò a finire.

Nulla da obiettare verso il mio professore, che ringrazio ancora di avermi insegnato molte cose, né verso le sue conclusioni, corrette, ma parziali. Questo approccio, tipico della medicina convenzionale, si chiama riduzionismo. Si prende in considerazione una parte del tutto - in special modo la componente funzionale/organica, in sostanza i sintomi fisici - la si estrapola dal resto e la si esamina con dovizia di particolari

delineando gli estremi della "malattia". Più corretto sarebbe definirla "porzione di malattia". E' evidente che così facendo vengono a mancare delle parti importanti che permetterebbero di comprendere pienamente la fisiopatologia dell'individuo malato. Non sempre è in causa un elemento scatenante così chiaro e consequenziale come quello shock emotivo, ma certo sempre è in causa qualcosa di più di quel che si descrive, qualcosa di soggettivo che è determinante per la comprensione dell'intero quadro clinico. E' possibile parlare di cura - intesa come intervento risolutore che porta a guarigione e non ad una cronicità con farmaci - senza tenere conto dell'elemento umano, emozionale, animico, mentale, come lo si voglia definire? Evidentemente no. E per tener conto non intendo annotarlo o prenderlo in considerazione, quanto considerarlo determinante per la diagnosi e la scelta terapeutica. Come avviene, ad esempio, in Medicina Omeopatica.

Inserire l'elemento soggettivo nell'anamnesi, diagnosi, prognosi e terapia sembra complicare la questione. Certamente, se si cerca esclusivamente la cura per la malattia, concentrati nell'oggettivizzazione, nella sintesi suprema del farmaco utile a tutti. Diversamente, se si guarda la faccenda da un'altra angolatura, quella dell'individuo umano malato, visto che di tale materiale stiamo trattando. Buona estate, Omeopati!

Presidente Fiamo anto.ronchi@tiscali.it



Libertà di scelta

Il primo campo di azione sono stati i vaccini, con il DL Lorenzin, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 6 giugno, che porta all'obbligatorietà di 12 vaccini e subordina alla loro esecuzione la frequenza scolastica. La ministra della Salute ha peraltro detto che di anno in anno verrà definita la lista dei vaccini da fare (sic) e si parla di aumentare il numero di vaccini previsti.

Di questi giorni anche la notizia che colleghi sono stati inquisiti in varie città per aver firmato nel 2015 la lettera all'ISS e per alcuni sono arrivate sanzioni come la censura. Ma è di tutta evidenza che il tono della campagna in corso fa presagire che il prossimo obiettivo sarà l'esercizio della medicina omeopatica.

L'ineffabile documento del CNB che richiede a tutela e garanzia del paziente, di modificare l'etichetta dei medicinali omeopatici, togliendo la dicitura "medicinale" e sostituendola con la dizione "preparato" e di tradurre il termine scientifico con cui tali medicinali sono presentati con il nome comune (sale marino invece che natrum muriaticum) che cosa può significare se non un tentativo di svalorizzazione dell'omeopatia?

Il fatto che si invochi per l'estensione dell'obbligo vaccinale una presunta unanime posizione da parte della scienza, prepara il lancio alla campagna contro le pratiche mediche che ancora non sono accettate dalla comunità scientifica "normale". Qui intendo normale non nel senso comune, bensì nel senso di Kuhn, il grande storico della scienza: "Scienza normale" significa una ricerca stabilmente fondata su uno

La radiazione da parte dell'ordine dei medici di Treviso di Roberto Gava, Socio Onorario della FIAMO, è stata il primo atto di una strategia violenta e antidemocratica che si propone di mettere un bavaglio alla libertà di cura nel nostro paese.

o su più risultati raggiunti dalla scienza del passato, ai quali una particolare comunità scientifica, per un certo periodo di tempo, riconosce la capacità di costituire il fondamento della sua prassi ulteriore ... Il compito della scienza normale non è affatto quella di scoprire nuovi generi di fenomeni; anzi, spesso sfuggono completamente quelli che non si potrebbero adattare all'incasellamento. Gli scienziati non mirano, di norma, ad inventare nuove teorie, e anzi si mostrano spesso intolleranti verso quelle inventate da altri. La ricerca nell'ambito della scienza normale è invece rivolta all'articolazione di quei fenomeni e di quelle teorie che sono già fornite dal paradigma¹.

Il documento che sia come FIAMO individualmente che come SMS del settore, insieme a SIOMI e SIMA abbiamo scritto sul tema vaccini sgombra il campo all'equazione Omeopata=antivaccinista. Ma quello che ha portato tanti colleghi omeopati a schierarsi a fianco di Roberto Gava e in favore della libertà di scelta vaccinale sta nel nucleo della scelta che abbiamo fatto come medici.

Tutti noi abbiamo fatto i normali studi di medicina, c'è chi ha una o più specialità, chi lavora in ambito pubblico, ma l'incontro con l'omeopatia ha segnato in ciascuno di noi la scoperta di un approccio che forniva un altro, differente strumento di analisi della persona che abbiamo davanti e dei suoi problemi e una nuova, spesso

più efficace, possibilità terapeutica. Io mi sono laureata molti anni fa, prima che il mito dell'EBM condizionasse in modo così pervasivo la pratica medica. Diciamo che questa evoluzione si è imposta nell'ultimo ventennio del secolo scorso. Lo stesso periodo in cui, dice Peter Gotzsche², il controllo sulla produzione scientifica da parte delle aziende farmaceutiche è andato crescendo al punto che gli studi clinici randomizzati sono diventati uno strumento nelle mani dei responsabili del marketing.

Inquietante come coincidenza!

L'omeopatia classica che, contrariamente a quanto affermano a gran voce i detrattori, è completamente estranea a strategie di marketing, dato che il 95% dei nostri medicinali non rende al produttore, è davvero un altro mondo, un qualcosa di alieno. Noi non siamo contro la scienza, ma non riconosciamo un valore assoluto a studi che si riferiscono a popolazioni, mentre per noi la cura deve essere tagliata come un vestito su misura su ogni singolo paziente.

L'omeopatia ha sempre avuto e deve continuare ad avere un ruolo fondamentale di critica costruttiva nel campo della medicina, e per questo ovviamente rompiamo le scatole, sfuggiamo alle logiche che vorrebbero imporre a tutti protocolli identici, rivendichiamo la centralità reale, e non a parole, della persona. E sostanzial-

mente ce ne fregiamo se ancora non siamo riusciti a dimostrare il meccanismo d'azione della diluizione omeopatica: certo, sarà bellissimo e certamente utilissimo saperlo, lavoreremo meglio e con maggiore cognizione di causa, ma intanto applichiamo le conoscenze che più di 200 anni di pratica ci hanno affidato per il bene dei pazienti.

I colleghi della mia generazione certamente conoscono e ricordano il romanzo La cittadella di Cronin, da cui fu tratto anche uno sceneggiato televisivo di successo. Il dott. Manson, che ha percorso tutte le tappe della sua carriera cedendo alle lusinghe della fama e dei soldi, per poi tornare alla passione che l'ha spinto alla professione con totale dedizione, rischia la

radiazione: infatti ha affidato una giovane paziente affetta da tubercolosi, insoddisfatta delle cure convenzionali a cui era sottoposta, alle cure di un terapeuta non medico che applicava il pneumotorace in una struttura privata. La paziente è guarita, ma la classe medica chiede che sia cacciato per indegnità. Attenzione, il nostro Codice deontologico prevede lo stesso, per la collaborazione con persone non sanitarie! Nel corso dell'udienza, mentre gli avvocati gli intimano prudenza e basso profilo, il dott. Manson si lascia trascinare in un'appassionata difesa dell'interesse supremo del paziente come guida dell'operato del medico, anche fuori dagli schemi e dalle regole. E siccome siamo in un romanzo, il lieto fine è assicurato. La situazione non è tanto diversa da quella che stia-

mo vivendo adesso, ma possiamo sperare che le cose andranno nello stesso modo? Recentemente ho letto su un quotidiano nell'intervista all'artista cinese dissidente Ai Weiwei queste parole: *Una società che perseguita le persone che rimangono ostinatamente fedeli a valori individuali è una società incivile che non ha futuro.* Lasciamo pure che i cinesi comperino le nostre società calcistiche, ma evitiamo di farci contagiare dal loro modello che applica la censura come mezzo di controllo sociale.

Bibliografia

1. Thomas S. Kuhn: *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi ed.
2. Peter Gotzsche: *Medicine letali e crimine organizzato*, Fioriti ed



FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI
FIAMO

LA VOCE FORTE DELLA MEDICINA DOLCE

Iscriviti o rinnova la tua iscrizione per il 2017

Le quote di iscrizione per il 2017 sono le seguenti:

• Soci ordinari* Medici/ Iscrizione FIAMO-LIGA-ECH	€ 130,00
• Soci ordinari* Veterinari/ Iscrizione FIAMO-LIGA	€ 90,00
• Soci aggregati** Iscrizione FIAMO	€ 60,00
• Allievi Scuole del Dipartimento Fiamo***	Gratuito
• Soci sostenitori** Iscrizione FIAMO	€ 200,00

MODALITÀ di PAGAMENTO

- **Bollettino postale:**
FIAMO sede Amm.va, via C. Beccaria, 22 05100 Terni
C/C/P 12334058
- **Bonifico Bancario:**
FIAMO – Banca delle Marche sede di Terni CIN-K
ABI 06055 – CAB 14400 – C/C/B 000 000 000 443
IBAN IT89 K 06055 14400 000 000 000 443 BIC: BAMAIT3A
con causale: Iscrizione Fiamo 2017

*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.
***Allievi Scuole del Dipartimento Fiamo: Sono considerati allievi del Dipartimento Formazione Fiamo SOLO gli iscritti al corso triennale di base e, se previsto, al quarto anno.

Info: Sede Amm.va FIAMO
via C. Beccaria, 22 – 05100 Terni – tel./fax 0744.429900 – www.fiamo.it – omeopatia@fiamo.it

Il Pettirosso

Lo spavaldo Moschettiere dei boschi

Caporedattore per la Veterinaria de Il Medico Omeopata
maurododesini@omeopatiapossibile.it
www.omeopatiapossibile.it

Conosco gli animali e fin da bambino mi sono divertito ad osservarli. So come stimolarne la curiosità. Ho trasferito queste acquisizioni nella mia pratica professionale quotidiana e mi sono state utilissime. Ad esempio non li sollevo per deporli su un tavolo, ma li avvicino e poi li visito alla loro altezza soltanto, dopo averli lasciati ambientare.



Viveka Assembergs, Pensieri.

L scorsa estate mentre lavoravo in giardino mi sono sentito osservato. Pensavo fosse qualche amico o vicino ma non vedevo nessuno. Spingendo la pesante carriola mi spostavo da un angolo all'altro e questa sensazione non mi abbandonava. Ad un tratto mi sono accorto che un piccolo uccellino mi seguiva e mi osservava curioso. Volontariamente mi sono spostato spesso e lui non mi abbandonava. Anzi, la distanza tra di noi si riduceva. Dietro ad un becco appuntito brillavano due grandi occhi neri, vivacissimi. Trasmettevano intensamente voglia di vivere, di scoprire, di partecipare alle novità del suo piccolo universo. Il volo sembrava un saltello: dopo pochi metri si appollaiava su qualche rametto e mi guardava.

Nelle giornate successive questo uccellino mi continuò a sorprendermi: mi faceva compagnia accompagnandomi nei miei spostamenti. Mi infilavo dentro un arbusto selvatico per strappare erbacce, rovi e realizzare una potatura naturale e quando sudato riemergevo era lì ad aspettarmi oziando su un ramo. Il suo interessamento era ormai il mio e dovevo ricambiare. Acquistai del cibo adatto che lui sembrò gradire. Lo depono su una piccola mangiatoia in legno e lui apprezzava moltissimo. Prima che arrivassero cinciallegre, fringuelli, merli, scriccioli e verdoni lui

si abbuffava rapidamente e poi iniziavamo o finivamo la giornata. Una mattina mi alzai poco prima dell'alba per capire dove aveva il nido. La piccola sagoma dal colore sgargiante mi raggiunse immediatamente con entusiasmo. Proveniva da una quercia di mezza età le cui fronde regalavano ombra ad un vecchissimo forno in disuso a poche decine di metri da casa. Proprio dietro questo forno scoprii in mezzo ai rovi la tana del capriolo che mi controllava da una radura distante tutte le sere dalle 19,30 alle 21. Due animali selvatici dormivano vicinissimi a noi e non ce ne accorgevamo nemmeno.

Incuriosito mi informai sulle sue caratteristiche: *E' conosciuto per il suo comportamento spavaldo. Il comportamento è confidente rispetto all'uomo ed ha attitudini vivaci... si lascia avvicinare facilmente. Frequenta ambienti di ogni tipo: giardini, boschi, prati, sia in montagna che in pianura. Spesso quando si lavora in giardino e si rigira la terra il pettirosso si avvicina molto all'uomo per ricercare vermi o insetti venuti alla luce. Il canto come quello di gran parte dei Turdidi, è molto melodioso e ha una serie variata e definita di frasi corte e altamente gorgheggiate. Il suo canto è udibile tutto l'anno. Accovacciato su un ramo basso osserva l'ambiente vicino e quando individua una preda vola giù e l'afferra per poi accovacciarsi di nuovo.*

*Nella foresta l'uccello spesso approfitta del fatto che altri animali disturbano gli insetti o altri animali del sottosuolo. Forse per questo motivo è sempre molto interessato a seguire una persona intenta a zappare la terra. Si sono anche osservati dei pettirossi che seguivano una talpa, intenta a scavare la galleria, per catturare i vermi. Le dimensioni degli occhi consentono alla specie di catturare insetti anche nelle condizioni di scarsa luminosità di aree boscate con fitto sottobosco e di iniziare le catture, nelle brevi giornate invernali, prima di altre specie insettivore... ha decisamente un carattere "attaccabrighe": se qualche esemplare è solito frequentare il vostro giardino, sarà sufficiente battere tra loro due monete per farlo arrivare di corsa a difendere il territorio dall'"intruso", chiunque esso sia! Ha l'abitudine invernale di approfittare del fagiano che raspa il suolo e della talpa mentre scava sotto la superficie, utilizzando per la caccia la rottura del suolo ghiacciato operata da questi... da qui probabilmente è derivata la consuetudine di seguire da vicino i lavori di zappatura negli orti per procurarsi piccole prede. Le prede preferite, prelevate soprattutto sul terreno, sono costituite dai Coleotteri e dalle formiche. Convive benissimo con tutti, anche con uccelli di grossa taglia (Merli, Tordi). Non disturba e non è disturbato. Non esiste dimorfismo sessuale. Essendo totalmente identici, si riconoscono, nei sessi, per una diversa frequenza sonora nel canto.*¹

Questo uccellino, del peso di 13-20 grammi, è un concentrato di energia e di aggressività, pronto a combattere anche fino alla morte per difendere il suo territorio. ... E' aggressivo perché deve difendere strenuamente il cibo che si trova nell'area in cui nidificherà e che gli servirà non solo per sfamare se stesso, ma anche tutta la famiglia. ... Non è facile vedere un nido di pettirosso perché sono soliti farlo in luoghi riparati e nascosti ... non farti vedere dai predatori, non farci cadere la pioggia dentro, decidi se farlo a terra o più in alto (circa 1,5 mt) ed infine fallo ben accogliente e morbido ... i maschetti sono parecchio infedeli a quanto pare... possono avere anche due partner... Il legame della coppia non sembra tanto forte dopotutto e se uno dei due partner dovesse morire, l'altro si sbrigherebbe a trovare un altro compagno al più presto... tra i pettirossi è alto il tasso di divorzi e se la prima covata va male, la coppia si rompe e ognuno cerca nuovi compagni finché la stagione lo permette ... Vivono solo pochi anni ... pochissimi pettirossi arrivano al quinto anno di età e solo il 25% alla fine del primo anno di vita ... il tempo scorre, i predatori e le malattie sono in agguato e la necessità è quella di riprodursi al più presto ... se è stata una buona annata, un'altra covata è

*stata già deposta. Infatti, ad Aprile, mentre papà pettirosso finiva di prendersi cura dei "primogeniti", mamma pettirossa portava avanti la seconda nidata ... I pulli nel nido emettono la "popò" in un apposito sacchetto fecale, che i genitori raccolgono delicatamente con il becco e portano lontano dal nido, sia per evitare le malattie, sia per evitare che un qualche predatore vedendo le feci fuori dal nido lo localizzi.*²

*Tra le scene che non dimenticherò mai in vita mia c'è quella del pettirosso che zappava letteralmente tra i piedi di mio nonno che zappava la vigna, per cercare gli insetti portati allo scoperto. Sembrava si conoscessero da secoli e, in un certo senso, era così. Grazie a questo innato coraggio il pettirosso accetta presto e volentieri di ricevere cibo dall'uomo: briciole di dolce o di noci e nocchie oppure, per i palati raffinati, cibo per insettivori e tarme della farina.*³

Cela, sotto l'aspetto dolce e mansueto, un'indole battagliera ... il Pettirosso non mostra abitudini gregarie: possiede un senso di appartenenza territoriale molto spiccato e non ammette l'intrusione di suoi simili nel proprio territorio. Non è raro osservarlo mentre scaccia in malo modo e,

*spesso, aggressivamente chiunque osi avvicinarsi al suo regno; gonfiando e mostrando minacciosamente il petto color fuoco, scuotendo ali e coda, oscillando da una zampa all'altra ed emettendo un fraseggio del proprio canto, in segno di avvertimento. Questi segnali aumentano di intensità fino a quando l'intruso non se va, a volte non prima di avere risolto la lite con una zuffa. Il senso di territorialità diviene ancora più accentuato quando condivide il territorio con la propria compagna. Quando arriva la stagione degli amori ... corteggia la femmina, arruffando le piume del capo e della gola e offrendole del cibo.*⁴

E' un'allegria metafora vivente della nostra vita: in quanti non si riconoscono almeno un poco?

E' così che ho conosciuto la Materia Medica: dopo la lettura l'osservazione. Qualcuno dubita che non sia un Phosphorus?

Vi volete divertire a repertorizzarlo o preferite lavorare per Temi?

Buon divertimento.

Chissà se lo ritroverò quest'estate?

Bibliografia

1. <http://www.allevamentofringilliedieppagallini.sigratis.it/IL-PETTIROSSO-LUSIGNOLO-E-IL-CO-DIROSSO-p20.html>
2. <http://www.ilmacaone.it/natura/il-g-eco-incontra-il-pettirosso/>
3. <http://www.tenews.it/giornale/2016/10/09/arrivano-i-pettirossi-rissosi-coraggiosi-e-sfrontati-67046/>
4. <http://www.uccellidaproteggere.it/Le-specie/Gli-uccelli-in-Italia/Le-specie-protette/PETTIROSSO>

Foto

1. www.juzaphoto.com/

Per chi vuole apprezzare il canto del Pettirosso

1. <https://www.youtube.com/watch?v=ETDUCrX-7DL4>
2. https://www.youtube.com/watch?v=9dUe1A-vq_IM
3. https://www.youtube.com/watch?v=_R2libu2K1k
4. <https://www.youtube.com/watch?v=N-rw9xPCFtYw>





CEMON: MEDICINALI OMEOPATICI



Più di mille ceppi,
granuli, globuli, gocce, cure.



Dal sapere alla conoscenza, dall'esperienza alla formazione Cemon, grazie al lavoro costante dei suoi fondatori e all'impegno dei suoi collaboratori, da oltre 40 anni, tutela la Medicina Omeopatica Hahnemanniana e la Farmacopea Omeopatica Tedesca Hahnemanniana.

CURARE SENZA NUOCERE

Benvenuti al Sud!

XV Congresso Nazionale FIAMO di Reggio Calabria

Con il profumo del bergamotto che, appena raccolto, addobbava l'Auditorium "N. Calipari" del Palazzo del Consiglio Regionale - sede del Congresso - hanno avuto inizio, venerdì 24 marzo, i lavori congressuali, introdotti da Antonella Ronchi e presieduti dal sottoscritto che ha fortemente voluto che Reggio fosse sede di un Congresso nazionale.

La relazione di apertura, presentata da Sebastiano Di Salvo, ha trattato sull'utilizzo del *Chelidonium majus* in tre Pazienti, ricoverati, affetti da iperbilirubinemia, con cirrosi epatica scompensata, epatocarcinoma multifocale, già in trattamento farmacologico, dimostrandone l'efficacia nell'applicazione integrata. Il rimedio omeopatico ha consentito in due Pazienti il successivo trattamento chemioterapico locoregionale per diminuzione dei valori di iperbilirubinemia e miglioramento delle condizioni cliniche, nel terzo Paziente ha permesso la riduzione degli episodi di encefalopatia portosistemica.

Il trattamento di una patologia veterinaria complessa è stato il tema del lavoro clinico proposto da Fabio Antonioni che, attraverso "Il caso di Pucci", cane meticcio affetto da tosse di origine cardiorespiratoria associata a stato di agitazione, ha dimostrato che, quando il principio della similitudine viene applicato correttamente, il rimedio prescritto risulta efficace, come dimostrato dal lungo follow up.

In "Omeopatia: calma a sangue fred-

Dal 24 al 26 Marzo la città di Reggio Calabria ha ospitato il XV Congresso Nazionale della FIAMO, per la prima volta in Calabria, sfidando le difficoltà legate ai trasporti ed ai collegamenti. La segreteria organizzativa, con le "Giovane", la segreteria scientifica, i docenti e molti allievi della Formazione EMC-gruppo AFMO, ma soprattutto la cittadinanza di Reggio, hanno raccolto con entusiasmo la "sfida", accogliendo calorosamente i congressisti.

do" G. Vespia ha relazionato sull'efficacia della prescrizione classica, in Veterinaria nello specifico nel trattamento di dodici rettili presentanti patologie diverse (avitaminosi A, ascesso della ranfoteca, lussazione vertebrale, SCUD, ustioni). I tre esemplari di *Trachemys spp* con septicemic cutaneous ulcerative disease hanno presentato, dopo l'assunzione del rimedio, una restituzione ad integrum delle lesioni senza copertura antibiotica o curettage chirurgico, così nel trattamento del

dolore dell'Iguana Iguana per lussazione vertebrale e delle lesioni cutanee del *Heterodon nasicus nasicus* dopo ustione da tappetino. L'assunzione è avvenuta con successo anche sciogliendo, per alcuni esemplari, il rimedio in acqua e favorendo l'immersione controllata per circa 30 minuti nella "soluzione omeopatica".

Maria Rita Gualea, anche se infortunata, ha apportato il Suo contributo, evidenziando, con rigore scientifico come l'atleta agonista sia da consi-



derarsi come un “malato”, sottoponendo gli apparati osteo-artro-muscolare e cardiaco a precoce usura e dimostrando l'efficacia, in tale ambito di cronicità, del rimedio costituzionale.

Ho concluso personalmente la sessione antimeridiana con la presentazione di una review della teoria miasmatica in chiave epigenetica, tema che ha fornito spunti di dibattito e di riflessione che hanno animato la successiva discussione. Ho evidenziato il possibile effetto di regolazione dell'Omeopatia hahnemanniana da intendersi quale modulatore positivo, con azione di contrasto e correzione delle tendenze miasmatiche, non solo nella persona in trattamento, ma anche nelle generazioni successive, determinante, in senso eugenetico, la trasmissione di un migliore stato di salute.

Alla ripresa dei lavori pomeridiani, la relazione di Mauro Dodesini: “L'atassia di Paco” ha preso in esame un cane Labrador di 7 anni con paralisi flaccida neurogena, displasia bilaterale delle anche e spondilosi vertebrale. La valutazione coerente dell'evoluzione del caso, attraverso la corretta raccolta dei sintomi oggettivi e delle modalità, ha permesso l'individuazione del farmaco costituzionale, dopo la prescrizione di alcuni rimedi che hanno rallentato l'evoluzione del caso, portando a risoluzione la sintomatologia dolorosa invalidante.

“Il Caso di Maria”, paziente novantacinquenne curata omeopaticamente da Gustavo Dominici per 13 anni, durante i quali ha presentato importanti quadri clinici (BPCO con riacutizzazioni, fibrillazione atriale, disturbo d'ansia e depressivo, perdita della memoria e delle facoltà intellettive, anemia aplastica) ha posto l'attenzione sulla necessità - dopo la

visita, l'esame obiettivo, la diagnosi - di una valutazione globale al fine di comporre un quadro clinico della Paziente il più simile ai sintomi patogenetici del rimedio omeopatico. La ricerca della similitudine è stata articolata e discussa con puntuali riferimenti metodologici, circostanziando gli aspetti, più o meno favorevoli, determinanti nel caso.

“Dalla malattia ai medicinali omeopatici unitari. La Sintropia come causa primaria della guarigione nell'Omeopatia unicista”: Sara Leoncini, partendo dalla teoria della Sintropia del matematico L. Fantappiè, considerando le proprietà dell'acqua in quarta fase (teoria dei domini di coerenza) con il rimedio, ha spiegato il funzionamento dei medicinali omeopatici, illustrando come la sintropia rappresenti la causa della guarigione operata dall'Omeopatia unicista nel complesso ambito della relazione medico-paziente-rimedio.

Interessante la ricostruzione storica dell'influenza spagnola del 1918-19, ridefinita “la grande peste bianca”, presentata da Francesco Marino e Francesco Negro, in cui i dati epidemiologici e clinici dell'epoca si sono intervallati con le testimonianze della personale esperienza del professor A. Negro, riportata dal figlio Francesco. La presentazione ha evidenziato l'efficacia del trattamento omeopatico (mortalità circa del 2,1%) a fronte del trattamento convenzionale dell'epoca, con chinino, salicilati, vaccino (mortalità circa del 40%).

Dopo un coffee break che ha permesso di cominciare a visitare lo spazio espositivo ove erano presenti alcune Aziende, sponsor della manifestazione: Assifidi, Fabio libri, Hering, Legren, Oti, Pure s.r.l., Similia, Sodini, Marco Colla e successivamente Egidio Galli hanno



presentato i risultati del Proving didattico di Herpes Simplex Virus tipo1, effettuato rispettivamente dalla Scuola Similia Similibus di Torino e dalla Formazione EMC-gruppo AFMO dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Calabria e di Catanzaro. Il primo studio ha rappresentato anche il primo Proving della Scuola torinese, vi hanno partecipato 10 Provers, 5 Supervisor, un Coordinatore, ha avuto inizio nell'ottobre 2016 con la direzione di Gustavo Dominici. Il secondo studio, iniziato nel maggio 2015, si è sviluppato, nelle sue varie fasi, per un periodo di otto settimane, con 29 Provers, 6 Supervisor, un Coordinatore, un Direttore. Entrambe le sperimentazioni hanno prodotto sintomi di conferma rispetto a quelli ottenuti con altri Provings, sintomi nuovi non precedentemente osservati, alcuni dei quali correlati con le caratteristiche biologiche e fisiopatologiche della manifestazione morbosa di herpes simplex virus. A tale proposito si ritiene, a parere dello scrivente, che il contributo dell'analisi statistica quantitativa dei dati del Proving dovrebbe diventare una routine obbligatoria nel processo di confronto e di validazione dei risultati ottenuti, fornendo così criteri di maggiore evidenza scientifica. Entrambe le Sperimentazioni hanno confermato la necessità che

nel percorso di formazione degli Allievi siano previste delle Sperimentazioni, promuoventi l'esperienza diretta e la conoscenza di se stessi: *...Un Proving è come la brezza notturna, che passa e va, si deve coltivare la capacità di percepirla. Quando cominci ad accorgertene, senti la brezza, cominci a sentire ed imparare qualcosa di te come persona, e così comincerai a sentire i tuoi pazienti ad un livello più sottile e, contemporaneamente, diventerai anche più preciso nelle prescrizioni.* (Jeremy Sherr)

Gli studi in agronomia, dopo l'esperimento dell'orto omeopatico presentato dalla FIAMO all'EXPO di Milano, hanno riguardato i risultati ottenuti sulla “Sterilità, germinabilità dei semi di riso ed Omeopatia”, le sperimentazioni effettuate da Gavina Costini ed Raffaella Pomposelli hanno aperto gli orizzonti delle potenzialità dell'Omeopatia al mondo vegetale e fatto conoscere tale nuova applicazione ai Congressisti.

Successivamente, essendo il Consiglio Direttivo della Federazione in scadenza, si è ottemperato alle elezioni e alla nomina del nuovo CD ('17-'20.) Antonella Ronchi, insieme agli altri Componenti neoeletti, ha fatto il punto della situazione e delineato nuovi percorsi operativi. Alla chiusura della sessione congressuale ha fatto seguito il concerto di benvenuto offerto dall'Associazione Ricerche Ecologia e Medicina Complementare (EMC), in collaborazione con la Federazione. Pianoforte e fisarmonica hanno intonato le melodie del tango nella splendida cornice dell'antico Palazzo della Provincia, nel centro storico di Reggio.

La riapertura dei lavori sabato 25 marzo è stata affidata alla sessione Poster.

Il Poster presentato da G. Scambelluri e G. Cuzzucra (Formazione EMC, Gruppo AFMO), insieme ad un breve audiovisivo (proiettato in sede congressuale) ha fornito momenti di riflessione relativamente all'applicazione della tecnica fotografica di morphing allo studio delle asimmetrie del volto quale integrazione di dati biotipologici nella raccolta storica anamnestica del paziente, al fine di monitorizzare l'evoluzione clinica. Inoltre la tecnica fotografica - amplificata mediante la creazione di immagini derivanti dalla sovrapposizione dei due emilati del volto - ha evidenziato i tratti evolutivi di alcuni casi trattati e rappresentati nel Poster, fornendo informazioni aggiuntive e predittive sull'evoluzione clinica, semplificando la scelta del rimedio più appropriato in senso costituzionale.

Successivamente M. Montorsi ha riportato l'esperienza di quattro anni di applicazione dell'Omeopatia in ambito oncologico al Day Hospital dell'Ospedale di Sassuolo (MO), svolta all'interno di un'Associazione di

volontariato, collaborante con l'Ente. Il trattamento di 61 Pazienti ha evidenziato l'efficacia curativa e preventiva del rimedio omeopatico più appropriato, prescritto secondo i criteri dell'Omeopatia Classica, con particolare riferimento a Pazienti affetti da sindrome da fatica cronica, da disturbo d'ansia e depressivo, dagli effetti collaterali della chemio-radioterapia.

Sull'approccio metodologico classico e “Il valore dei sintomi patognomonici nell'Omeopatia Hahnemanniana” ha relazionato P. L. Clauser, evidenziando come l'insegnamento ad opera di affermati Omeopati che i sintomi “patognomonici” non siano di alcun valore nella scelta del rimedio curativo, risulta infondata nell'esperienza clinica, non presente nell'opera del Maestro e dei suoi Allievi più diretti e dipenda probabilmente da traduzioni errate. L'autore a sostegno della sua tesi riporta un caso clinico del 1841 di Hahnemann e un caso personale.

“Il grande problema di Piccola” gattai di 4 anni, portata in ambulatorio per inappetenza e nausea e, come ri-



levato dagli esami ematochimici, affetta da pielonefrite ed insufficienza renale grave (a prognosi infausta) è stato presentato da G. Picci. In funzione del quadro clinico e dei sintomi oggettivi rilevati si è orientata la scelta per un cosiddetto "piccolo rimedio" che ha consentito la remissione del quadro patologico per circa 12 mesi.

La pausa del coffee break, offerto ai partecipanti dalla Federazione, ha permesso la visita, nello spazio espositivo, delle Aziende sponsor Gold del Congresso (Boiron, Cemon, Plose, Vanda), poi con la ripresa congressuale è stato portato il saluto delle Autorità, intervenute calorosamente e il saluto da parte della dott.ssa Squillaci in lingua greca, l'antico idioma della Calabria.

Nella successiva tavola rotonda si è approfondita la discussione sulla

sempre più scarsa disponibilità (nel territorio italiano) dei medicinali omeopatici, susseguente alle procedure di registrazione richieste dall'AIFA. La Presidente ha riportato i dati più recenti scaturiti dall'incontro che si è tenuto come Federazione con le Aziende farmaceutiche omeopatiche nel marzo 2017 a Firenze.

La IV sessione pomeridiana si è aperta con Giacomo Merialdo che ha riportato l'esperienza clinica personale sull'utilizzo di Strophanthus hispidus, con trattazione della materia medica del rimedio. Il rimedio poco conosciuto nella pratica clinica (sperimentato da F. Gisevius e G. F. Mather nel 1897, da Templeton, da A. C. O. Hanlon nel 1950 su 12 proverbi) riportato clinicamente nell'acuto, ma scarsamente osservato nel cronico, è stato studiato ed utilizzato dall'autore allopatricamente nella pratica del Pronto Soccorso e poi prescritto omeopaticamente, evidenziandone inoltre la presenza in alcuni sintomi chiave di un caso clinico da Lui trattato favorevolmente. È stato anche riportato lo studio della Famiglia del rimedio, appartenente alle Apocynaceae, che consente, insieme allo studio dei casi clinici, di costruire una dinamica generale del rimedio e di valutare con maggiore accuratezza i campi di applicazione.

Il successivo workshop ha visto protagonista FaroukMaster,

tra i più noti Omeopati, che ha riportato un'ampia casistica, all'interno delle malattie croniche degenerative di Pazienti con diabete e, nello specifico, piede diabetico, illustrando i sorprendenti risultati ottenuti con il trattamento non chirurgico delle aree necrotiche.

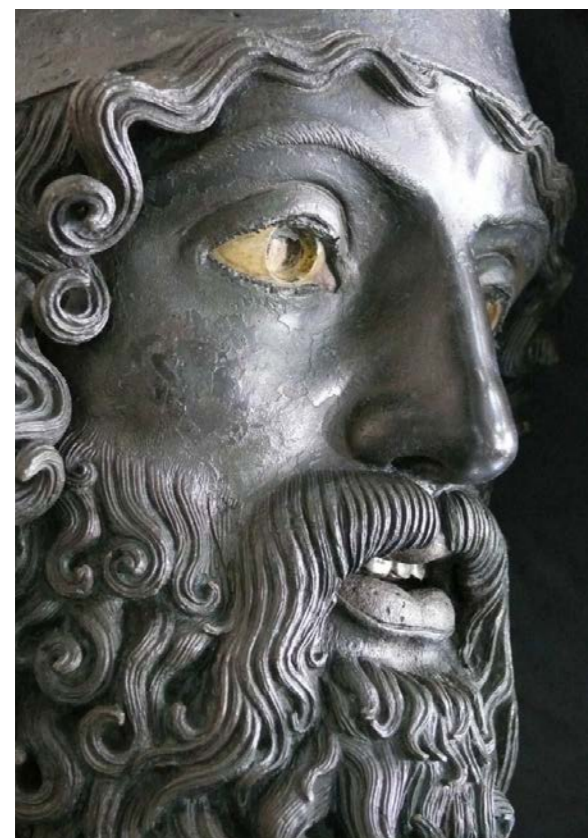
La cena di Gala, che ha riscosso quest'anno una folta partecipazione, si è svolta nel suggestivo borgo marinaro di Scilla (RC), nell'antica residenza Kratais.

La giornata conclusiva del Congresso si è aperta con la relazione di Mauro Dodesini: "Il cuore di Lola", cagna Beagle di 12.3 anni, affetta da rigurgito mitralico, con difficoltà motorie, con stanchezza generale. Gli aspetti caratteriali e soprattutto quelli reattivi della paziente hanno guidato la scelta del rimedio prescritto in osservanza dell'Omeopatia classica che ha consentito la ripresa di una condizione clinica ottimale, sorprendendo gli stessi padroni di Lola per la rapidità dell'effetto.

Il workshop riservato alla Veterinaria ha visto protagonista M. Brunson che ha destato l'interesse di tutti per la personale metodologia repertoriale, elaborata e proposta nell'approccio clinico.

A conclusione, dopo la compilazione del questionario ECM (25.4 crediti), è stata offerta ai Congressisti nelle prime ore del pomeriggio della domenica da parte dell'Associazione EMC, una visita guidata da F. M. Giordano al Museo Archeologico Nazionale che ospita i "Bronzi di Riace" ed alla città.

L'essenza pura del bergamotto, appositamente confezionata, è stata omaggiata ai Relatori come ricordo del profumo di questo "Passaggio al sud".



GarLife

**NATURAL
POINT**

La rivoluzione
dell'AGLIO



50 caps
Cod. Prodotto
971550999

Formula di aglio stagionato
inodore che promuove
il benessere

- APPARATO CARDIOVASCOLARE
- METABOLISMO DEL COLESTEROLO
- REGOLATORE DELLA PRESSIONE
- FUNZIONE DIGESTIVA
- FLUIDITÀ DELLE SECREZIONI BRONCHIALI



ANTIOSSIDANTE NATURALE

L'immagine ha il solo scopo di presentare il prodotto

Garlife è il nuovo prodotto di Natural Point a base di un particolare estratto di aglio stagionato (ABG10+®). Tramite il processo naturale a cui è sottoposta questa materia prima, si ottiene una riduzione dell'allicina, molecola responsabile del cattivo odore.

Inoltre il processo permette all'aglio di sviluppare SAC (S-allil-cisteina) molecola che, come dimostrato da diversi studi, possiede una potente azione antiossidante. **Garlife** può essere quindi utile per

regolare la funzionalità dell'apparato cardiovascolare, il metabolismo dei trigliceridi oltre che per aiutare la regolarità della pressione arteriosa. L'estratto di aglio stagionato sostiene anche il benessere di naso e gola, migliorando la fluidità delle secrezioni bronchiali. L'unico eccipiente presente in **Garlife** è la farina di riso biologica. **Garlife** non contiene OGM, allergeni, conservanti o edulcoranti. In vendita nelle erboristerie, farmacie, parafarmacie e negozi di alimentazione naturale.



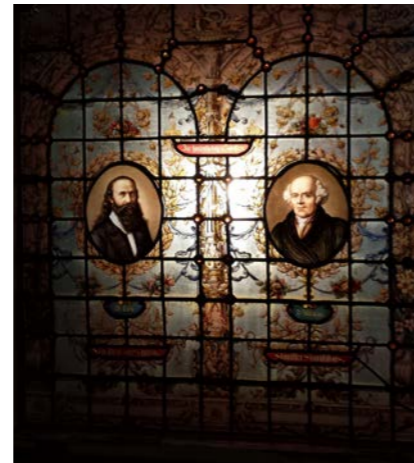
Natural Point srl - via Pompeo Mariani, 4 - 20128 Milano - tel. 02.27007247
www.naturalpoint.it - info@naturalpoint.it

Il Congresso LMHI di Lipsia

Nel suo lungo peregrinare S. Hahnemann lasciò un'impronta particolare in 2 città, in cui visse, lavorò e insegnò: Koethen e Lipsia. Queste due sedi, infatti, sono state volutamente privilegiate e scelte dagli organizzatori tedeschi per ospitare il 72° Congresso LMHI (14-17 giugno).

A Koethen si sono tenute le consuete riunioni pregressuali del Comitato Esecutivo e del Consiglio Internazionale (12-13 giugno) in cui si è fatto il punto della situazione che sta vivendo la Medicina Omeopatica a livello mondiale. Una situazione non facile, alla luce degli attacchi sempre più violenti lanciati dai detrattori. Attacchi che sembrano seguire una strategia preordinata, che va dalla pura denigrazione fino alla richiesta di messa al bando, in quanto "pseudoscienza". Se in alcuni Paesi, come l'India, l'Omeopatia continua a registrare una significativa crescita quali/quantitativa, in altri (come Italia e Spagna) si sfiora la persecuzione vera e propria, che ha raggiunto livelli parossistici e strumentali in occasione delle recenti campagne vaccinali di massa, che si sta cercando di imporre a livello planetario. Quando ho relazionato sulla pericolosità della situazione italiana, ho scoperto che pochi colleghi la conoscevano in dettaglio: non sapevano, ad esempio, che il nostro Paese è stato designato come "capofila" nella strategia mondiale delle vaccinazioni dal 2014 fino al 2019. Non è un caso se anche molti altri Paesi stanno subendo quasi contemporaneamente le medesime pressioni. LMHI ed ECH hanno deciso di unire gli sforzi e di rispondere con una voce sola a tutte queste aggressioni. A tal proposito è stato messo a punto un documento - *Topics*

against Homeopathy - elaborato dal precedente coordinatore del gruppo Pubbliche Relazioni, Antonio Marquez Arpa, che riassume gran parte delle obiezioni che ci vengono mosse, con le relative puntuali risposte. Entro la fine dell'anno uscirà un altro documento importante - *Scientific Framework LMHI 2017* - che fotografa, aggiornandolo, lo stato dell'arte della cosiddetta "Evidence Based Homeopathy". Su questi due documenti la FIAMO si è impegnata da subito a fornire, oltre alla traduzione, un'ampia divulgazione in tutte le sedi, al fine di offrire un'immagine chiara ed esauriva della nostra disciplina e del nostro modus operandi. Non sono solo i pazienti a richiedercelo, le stesse istituzioni, con cui ci dobbiamo confrontare quotidianamente in qualità di SMS. Sul ruolo e sull'importanza dei pazienti (in termini di comunicazione) ci siamo ritrovati tutti d'accordo: vanno sicuramente rafforzate, infatti, le loro Associazioni, a livello nazionale e transnazionale, e va dato ampio spazio alle loro testimonianze dirette. Tra una riunione e l'altra abbiamo potuto toccare con mano i luoghi della memoria hahnemanniana: la casa dove visse, il castello in cui lavorò (oggi adibito a Museo), il suo studio con le trousse di medicinali, etc. Oltre ad Hahnemann, Koethen ospitò un altro famoso omeopata, Lutze, così come il ben più famoso J. S. Bach, di cui,



proprio in quella settimana, si celebrava il Festival musicale nella vicina... Lipsia! E proprio nella fantastica Congress Halle di Lipsia, in pieno centro, si è svolto il congresso LMHI, che ha registrato oltre 1.300 presenze da più di 50 Paesi. Splendida la serata inaugurale, arricchita da un concerto di musica classica (brani di Mendelssohn e Brahms), ad opera della Leipzig Doctors' Orchestra (sì, erano proprio medici!), diretta da una donna, Christiane Bautigame. È stato osservato un minuto di silenzio per commemorare Angelika Gutke-Weickert, venuta a mancare nel mese di febbraio, che avrebbe dovuto presiedere il congresso stesso.

Tema del congresso è stato il ruolo dell'Omeopatia nell'ambito dei sistemi sanitari ("Networking in Medical Care"). Si sono avvicendati quasi 150 presentazioni orali e 70 posters, suddivisi per campi d'azione (didattica, clinica, proving, etc.), che non è stato possibile seguire con la dovuta attenzione, data la contemporaneità delle relazioni. Molto scarsa la pattuglia italiana, sia per ragioni

familiari e di salute di vari relatori stranieri, sia per il fatto che una serie di lavori, molto interessanti, erano stati "declassati" a poster, scoraggiando quindi la partecipazione degli autori; peccato! Due lavori mi hanno incuriosito particolarmente: quello di Robert T. Mathie e quello di Rachel Roberts. Mathie (British Homeopathic Association) ha fatto il punto sulle revisioni sistematiche di RCTs distinguendo tra Omeopatia individualizzata e non, trattamento vs placebo e non. Poiché il criterio "vote counting" si è rivelato insufficiente ed ambiguo, soprattutto nel caso delle metanalisi, la tendenza attuale sembra essere quella di concentrarsi sulla qualità del disegno di studio e sull'entità dell'effetto terapeutico. Dalla metanalisi di Mathie sembra emergere un effetto piccolo ma significativo da parte dei medicinali prescritti secondo l'Omeopatia individualizzata, mentre quella non individualizzata non sembra fornire dati altrettanto convincenti. Rachel Roberts (HRI: Homeopathic Research Institute) ha riferito sul famigerato "studio australiano" del marzo 2015, ampiamente pubblicizzato (e strumentalizzato) dai media mondiali, compresi quelli nostrani, per le sue conclusioni negative sui possibili effetti terapeutici dell'Omeopatia. Come tutti i precedenti, anche questo studio si è contraddistinto per faziosità e falle metodologiche, del tutto arbitrarie,

a partire dai criteri di scelta: erano stati inclusi solo gli studi con almeno 150 partecipanti e con punteggio 5/5 della scala Jadad (cioè il massimo: ma quanti studi "convenzionali" soddisfano questi criteri?!), tutti gli altri venivano scartati per "bassa qualità metodologica", "campionatura inadeguata", etc. In pratica, dei 176 RCTs esaminati, solo 5 soddisfacevano i criteri, ma nessuno riusciva tuttavia la base minima di evidenza. Alla luce di queste valutazioni, l'HRI di Londra si è rivolta all'Ombudsman australiano per chiedere una revisione dello studio in questione. A quanto pare, l'Ombudsman sembra dare ragione all'HRI... Molto interessanti anche i lavori di di H. Frei su bambini affetti da Sindrome di Asperger e ADHD e di M. Frass sui pazienti in condizioni di sepsi. Di tutti questi lavori cercheremo di pubblicare il testo completo nei prossimi numeri della Rivista.

Aldilà dell'encomiabile lavoro organizzativo da parte dei colleghi tedeschi, mi sarei aspettato qualcosina in più, ad essere sincero, in termini di generosità: non dico i crediti ECM (previsti per i soli tedeschi), ma almeno 1 coffee break. Abbiamo dovuto pagare tutto, anche le



bevande durante la cena di gala! Eppure mi dicono che questa è la tendenza prevalente, anche in ambito "convenzionale": bambole, non c'è più una lira, anzi un euro!

Sono convinto però che l'anno prossimo, in Sudafrica, a Cape Town, l'atmosfera sarà diversa. E poiché tutti parlano benissimo di questo Paese, c'è molta curiosità e si sta formando una discreta truppa di omeopati italiani potenzialmente interessati a partecipare. Il Congresso si terrà dal 5 all'8 settembre: segnatevelo!

5x1000xFIAMOXSOSTENERELARICERCAIN

OMEOPATIA

Basta la tua firma sulla dichiarazione dei redditi nel riquadro "Finanziamento della ricerca scientifica e delle università" e scrivere il codice fiscale della Fiamo:

970 726 005 84

Per maggiori informazioni www.fiamo.it

FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI

FIAMO

SYNOPSIS OF HOMEOPATHIC AETIOLOGY A complete work on Causation

Eswara Das – Radha

I medici che si avvicinano per le prime volte alla Omeopatia e che devono iniziare a repertorizzare i sintomi si possono trovare in difficoltà nella scelta dei sintomi stessi e su come affrontare un caso clinico. Uno dei criteri che può essere adottato per identificare i sintomi più importanti e per la scelta del rimedio può essere quello della causalità. Il criterio eziologico oltretutto ci permette di avere una forma mentis più vicina a quella tradizionale della medicina. Di fronte ad un caso clinico complesso la domanda che spesso può essere dirimente è: cosa è successo prima che si manifestasse il quadro morboso e la patologia per la quale il paziente è arrivato in visita? Per rispondere a questa domanda è utile la consultazione di una sinossi di due omeopati indiani che hanno sintetizzato in un agile manualetto di facile comprensibilità la problematica della causalità in Omeopatia. La parte principale del testo è un repertorio delle causalità che si basa principalmente sui repertori di Kent e di Boenninghaus, ma non solo, e raccoglie in una rubrica di *Ailments from...* (disturbi da...) molto più esplicita ed ampia rispetto alle voci repertoriali dei due repertori classici di riferimento ed altrettanto attendibile e dunque mol-

to utile per andare subito alla ricerca della voce repertoriale che ci interessa. È presente, inoltre, una materia medica sintetica in cui per ogni rimedio vi è l'indicazione della/e possibili causalità a cui è potenzialmente ricollegabile. Vi è anche una parte introduttiva in cui si inquadra il problema della eziologia e si distinguono anche le varie cause in: cause scatenanti, cause di mantenimento e cause fondamentali del processo morboso, per cui dovremmo essere in grado di tenere sempre presente nella gestione del caso clinico quale livello di causalità stiamo considerando, anche per adattare la potenza e la scala del rimedio a tale livello di causalità.

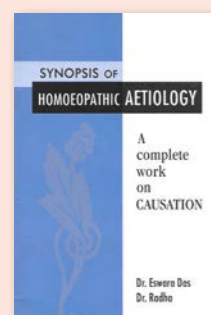
Un testo agile e soprattutto utile da tenere vicino alla scrivania e a cui dare una rapida occhiata per vedere se si riesce a cogliere il rimedio che può essere utile per correggere ciò che inizialmente ha avviato la perturbazione della forza vitale ed avere in poco tempo le possibili indicazioni eziologiche valide per la scelta del rimedio. Non sempre è possibile ricostruire la catena causale di un caso clinico, soprattutto nei casi clinici complessi in cui la matassa miasmatica è molto ingarbugliata, ma talvolta una indicazione chiara seguita in base al criterio della causalità o, come lo definisce De Schepper *never well since*, può essere dirimente anche per aprire un caso e dare una risposta terapeutica chiara che ci permette di semplificarci le cose. Ovviamente, come racco-

mandano anche gli autori, sarà sempre necessario valutare anche la base miasmatica del processo morboso e la natura antimiasmatica dei singoli rimedi che si scelgono. E comunque la causalità fornisce una chiave di lettura del caso che permette di illuminare la strada spesso impervia della ricerca della soluzione di un caso clinico e che con questo o con altri testi di riferimento, oltre che con i repertori più recenti a nostra disposizione, andrebbe sempre considerata.

HOMEOPATHIA PURA The philosophical foundation for Homeopathy

Pieter Michel Constant

La riscoperta della basi filosofiche della Omeopatia, alla luce delle moderne scoperte scientifiche, può dare un contributo importante nell'approfondire numerosi aspetti che mettono in risalto lo spessore e la profondità della Omeopatia stessa. Per questo risulta molto interessante il testo di un omeopata olandese Pieter Michel Constant che, dopo una attività omeopatica di oltre trenta anni e dopo numerosi studi in ambito filosofico condotti anche in collaborazione con il dottor Jeuken, professore di filosofia alla Leyden University, ha dato alla luce il suo primo libro ricco di molti spunti di riflessione. Pieter Michel Constant, racconta nel testo di come si fosse sentito come in un sottomarino nell'esercitare la medicina omeopatica quotidianamente e della necessità che aveva sentito, sempre più impellente, di risalire a prendere una boccata d'aria. Era andato quindi alla ricerca di punti di contatto con la filosofia degli antichi Greci per un approfondimento delle basi filosofiche della Omeopatia per una maggiore base di consapevolezza e conoscenza



ESWARA DAS – RADHA

SYNOPSIS OF HOMEOPATHIC AETIOLOGY A complete work on CAUSATION

BJain Publisher

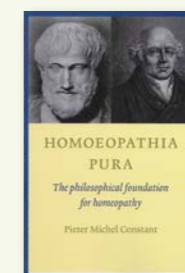
Pag. 170 - € 3.50

delle possibilità terapeutiche. Nella copertina del libro dell'omeopata olandese accanto ad Hahnemann spicca, infatti, il busto di Aristotele presente nel Museo Nazionale Romano in Roma. Anche se già alcuni omeopati hanno approfondito il rapporto tra l'Omeopatia e la filosofia, basti pensare a Masi Elizalde con la filosofia Aristotelico-Tomista, il testo di Constant ha un approccio più generale evidenziando nuovi elementi di approfondimento in particolare nella relazione con le moderne scoperte scientifiche.

Il testo, nonostante non sia in grado di dare risposte definitive, è d'altro canto ricco di riferimenti e di informazioni interessanti che forniscono una visione più ampia, meditata e consapevole della medicina omeopatica. Uno degli spunti più interessanti e che ci sembrano forieri di nuovi auspici è legato al fatto che un ritorno alle basi filosofiche della Omeopatia permette di recuperare un'identica base comune con le radici della medicina scientifica occidentale. L'Autore si chiede, infatti, se abbia senso chiamare ancora oggi con il termine, utilizzato da qualcuno in senso quasi dispregiativo, di allopatia, tutta la medicina scientifica odierna non strettamente omeopatica o se, al contrario, ci si possa confrontare su un terreno comune e valutare la migliore terapia possibile a seconda del livello in cui si manifesta il problema. Sono molto interessanti i capitoli in cui si integra il ragionamento con il pensiero di grandi filosofi del passato come Aristotele e Platone riscoprendo il terreno comune da cui è sorta la intuizione hahnemanniana. Un concetto che ci sembra molto utile che descrive l'Autore è quello dei campi di forma per poter spiegare il funzionamento del rimedio omeopatico in base al confronto di campi tra il paziente ed il rimedio omeopatico. Inoltre esiste nella visione dell'Autore

la possibilità che ci siano diversi campi oltre a quello fisico a partire da ciò che Aristotele chiamava *anima vegetativa*. Per tale motivo si ritiene necessario in una visione unitaria un riequilibrio del paziente a diversi livelli, molto spesso con una correzione in tappe successive delle diverse alterazioni presenti, al di là dei pochi casi clinici di pazienti che risolvono tutto con il primo rimedio *simillimum*, situazione che si fa nella pratica clinica sempre più rara. In questo senso, con tutti i mezzi a nostra disposizione a cominciare dalla diagnostica moderna e strumentale, una impostazione filosofica che rispetti la tradizione dei grandi pensatori del passato ci consente di intervenire correggendo la dieta, lo stile di vita ed anche utilizzando con criterio i farmaci che possano essere necessari in una visione integrata su vari livelli di azione terapeutica ricordando che anche Ippocrate utilizzava sia il simile che il contrario a seconda dei casi per guarire i pazienti che gli si presentavano. L'impostazione filosofica della Omeopatia che trae il suo terreno fertile dal pensiero filosofico degli antichi greci inoltre, viene confermata, come l'Autore mette bene in evidenza nel corso del libro, dalle scoperte della fisica più recente, in particolare dalla fisica quantistica. Le *idee platoniche*, inoltre, con le loro qualità che permettono di identificarle, sono molto utili per comprendere la necessità di somministrare il rimedio omeopatico che presenta le qualità più simili ottenute con un processo di spiritualizzazione della

materia per ottenere quel particolare tipo di qualità ideale di cui necessita il paziente. Con citazioni dal Timeo platonico l'Autore consente di integrare concetti della fisica moderna e anche della chimica moderna in una visione olistica anche di tutta la medicina e non solo del paziente. Il Timeo, uno degli ultimi dialoghi scritti da Platone e che influenzerà notevolmente numerosi filosofi di epoche successive, è inoltre fondamentale per la descrizione della natura umana oltre che del cosmo e della necessità di tendere verso *il mondo delle idee* che può essere perseguita anche dagli omeopati nella ricerca della quintessenza dei principi curativi che possono riportare in equilibrio un sistema vivente. La parte filosofica è comunque funzionale al poter comprendere meglio l'Omeopatia con riflessi continui sulla pratica clinica di tutti i giorni. L'Autore presenta infatti dei casi clinici esemplificativi delle sue speculazioni filosofiche che testimoniano come sia importante il mantenimento della Omeopatia nell'alveo della tradizione medica occidentale. Tradizione medica che ha, tra l'altro, nei grandi clinici del passato una lunga e grande storia che non andrebbe dimenticata troppo facilmente se si vuole avere dei medici in grado di fare fronte alle sfide a cui le patologie sempre più complesse li pongono quotidianamente. Un testo da meditare e riflettere per ampliare la visione di una medicina che sia realmente unitaria.



PIETER MICHEL CONSTANT

HOMEOPATHIA PURA The philosophical foundation for Homeopathy

Eburon Delft

Pag. 152 - € 14

Influenza Spagnola

Il ruolo dell'Omeopatia nella gestione della pandemia

Lavoro presentato al XV Congresso Nazionale FIAMO - Reggio Calabria 24-26 marzo 2017, riveduto per la pubblicazione

RIASSUNTO

La "grande peste bianca" del 1918-19 provocò da 40 a 100 milioni di morti in tutto il mondo, di cui 375.000 solo in Italia. Quella pandemia fu chiamata "spagnola" semplicemente perché, all'epoca, la Spagna, in quanto Paese neutrale, non era soggetta alla censura militare. Pertanto, a differenza dei Paesi belligeranti, poteva diffondere dati ed informazioni. Secondo gli storici più accreditati, il primo focolaio, apparso in Cina (novembre 1917), si sarebbe poi propagato dapprima in Canada e quindi in Europa, a seguito dei lavoratori cinesi (Chinese Labor Corps), implicati nel conflitto da parte degli Alleati. Un secondo focolaio, ben più importante, si formò poco dopo negli USA, nel campo militare di Fort Riley (Kansas), presso le truppe in procinto di imbarcarsi per l'Europa (agosto 1918), per partecipare alle fasi finali della Grande Guerra. Si trattava di reclute giovani e sane che, prima di partire, ricevettero "preventivamente" numerose e ripetute vaccinazioni (tifo/paratifo, febbre gialla, etc.), divenute oramai prassi obbligatoria nell'esercito USA fin dal 1911. A seguito di queste vaccinazioni si determinò, nell'esercito americano, una "strana" impennata di casi di sindromi tifoidee, decine di morti, almeno 20.000 ricoveri negli ospedali militari USA e quasi 30.000 casi di epatite in soli 6 mesi di guerra. È quindi probabile che la combinazione tra i due focolai (favorita dagli spostamenti di massa in tutto il globo, unitamente alle scadenti condizioni igienico-sanitarie nelle trincee) e la soppressione, indotta dalle vaccinazioni, possano aver provocato una mutazione genetica del virus, amplificandone la virulenza. Di fatto, con l'ingresso degli USA in guerra, tanto i civili quanto i militari coinvolti nel conflitto furono colpiti rapidamente e seriamente. Tanto l'esercito tedesco quanto quello austriaco, ad esempio, subirono pesanti perdite, quando cioè le sorti sembravano volgere a loro favore. Non a caso, secondo molti studiosi di medicina e storia militare, la spagnola cambiò decisamente il corso della guerra. Quella "strana" epidemia colse di sorpresa l'intera comunità accademica, che ne ignorava l'etiopatogenesi (il virus responsabile fu identificato solo nel 1933 da un team britannico) e poteva opporre una terapia semplicemente sintomatica, basata esclusivamente sul vaccino, sul chinino e sui salicilati. Ciononostante, i dati sulla mortalità nei soggetti trattati allopaticamente furono disastrosi (20-40%) mentre in quelli trattati con sola terapia omeopatica la mortalità si aggirava attorno al 1-2,1%. Secondo l'esperienza degli omeopati europei ed americani l'aspirina avrebbe avuto una grossa responsabilità nell'exitus fatale in quanto la sua azione soppressiva avrebbe dato luogo a gravi pneumopatie in soggetti già defedati. I successi riportati dagli omeopati europei ed americani (che in questa sede intendiamo esaminare), benché mai riconosciuti dalle istituzioni ufficiali, sono tuttavia testimoniati dalla scelta dei rimedi e dalle loro casistiche, da cui emerge un'incredibile concordanza di dati.

SUMMARY

The 1918-19 "great white plague" provoked almost 40 up to 100 million deaths all over the world. It was named "Spanish flu" just because Spain, as it was a

neutral country at that time, did not undergo the military censorship. Therefore, it could spread data and news, unlike the belligerent countries. The flu was actually transmitted by the US troops from the military camp of Fort Riley (Kansas) that had landed in Europe. The troops were mostly young and healthy recruits who took part in the final phase of WWI. They received several and repeated inoculations (typhoid/paratyphoid, yellow fever, etc.). Following those, thousands of deaths, 20,000 hospitalizations and almost 30,000 cases of hepatitis were recorded in the US Army. Even the German Imperial Army had suffered severe losses. According to some scholars of Medicine and Military History, the Spanish flu dramatically changed the course of the war. The etiology of that pandemic was unknown (the virus responsible was discovered only in 1933) and the therapy was just symptomatic. The official statistics reported the mortality rate was of 40% in the patients treated allopathically (vaccine and salicylates) whereas it was about 1.05% in the patients treated with Homeopathy. Although the European and American homeopaths' successes are witnessed by their clinical cases, the official institutions never recognized them. This paper aims to investigate the controversial history of such a terrible pandemic, the damage provoked by conventional therapies (in particular, vaccines) and the homeopathic management adopted.

PREMESSA

Le sindromi influenzali sono accidenti stagionali, prodotte dai virus parainfluenzali (se ne contano almeno 200), che scandiscono, oramai da decenni, i nostri ritmi invernali. Pur essendo altamente contagiose, in genere, non danno luogo a manifestazioni particolarmente pericolose se non nei soggetti a rischio.

Queste sindromi vanno tuttavia nettamente differenziate dall'influenza propriamente detta, dovuta principalmente a Orthomixovirus A e B. Estremamente contagiosa, per via della sua facilità di ricombinazione genetica, l'influenza ha dato vita a ripetute ondate di tipo epidemico, a carico della specie umana come pure di quella aviaria e suina, soprattutto nel corso dell'ultimo secolo.

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

Grazie alle moderne tecniche di mappaggio genetico è stato possibile dimostrare come (ad eccezione dei ceppi H5N1 e H7N7, responsabili della forma "aviaria") quasi

tutte le pandemie influenzali tipo A (H2N2, H3N2), che da allora si sono manifestate, fossero dirette "discendenti" del virus H1N1¹ che imperversò nel corso della Grande Guerra: questo ceppo, infatti, può andare incontro ad una serie di mutazioni genetiche responsabili del cosiddetto "salto di specie" che ne amplifica di gran lunga la pericolosità.

Attualmente si annoverano 2 tipi di ceppi influenzali (H1N1, H3N2), presenti sia nell'uomo che nei suini: i ceppi responsabili dell'influenza suina difficilmente infettano l'uomo mentre quelli "umani" presentano indici di mortalità decisamente inferiori a quelli del 1918. A tutt'oggi, però, non si è ancora riusciti a comprendere l'eccezionale gravità di quella pandemia, soprattutto se confrontata con quelle precedenti del 1847-1889 e con quelle successive del XX secolo: infatti gli indici di mortalità delle epidemie influenzali si aggirano mediamente attorno allo 0,1% mentre quelli del 1918 superarono il 2,5%²!

Secondo recenti studi sierologico-epidemiologici, il ceppo H1N1, dopo il 1918, continuò a circolare in forma ricombinata sia tra i suini che tra gli umani ("genetic drifts"), almeno fino al 1950, dando luogo alle annuali epidemie. Nel 1957 però sarebbe stato "soppiantato" dal ceppo H2N2 ("asiatica") per poi "riemergere" nel 1976, non si sa come, da un congelatore di laboratorio³...

Nel 1995 un team scientifico, che riuscì a ricostruire l'intero genoma del ceppo "maledetto"⁴, confermò che i suddetti ceppi derivavano direttamente dal ceppo del 1918 ma non trovarono alcuna correlazione, in termini di mutazione, tra le epidemie umane/animali ed il genoma del 1918⁵.

Perché, dunque, quella pandemia fu così letale? Perché colpì in particolare i giovani maschi sani e le donne in gravidanza, ovvero i soggetti apparentemente in migliori condizioni di salute e reattività? Come mai si verificarono quelle 3 ondate, in rapida successione, in un arco di tempo così breve (9-12 mesi) e per giunta simultaneamente in tutto il mondo? Infine, perché scomparve con la stessa rapidità con cui si affacciò?

A queste domande gli studiosi non hanno ancora trovato risposte esaurienti...

1. *La Grippe Espagnole de 1918* (Powerpoint presentation in French) Archived 4 June 2011 at the Wayback Machine., Institut Pasteur
2. Marks G, Beatty WK. *Epidemics*. New York: Scribners, 1976.
3. Kendal AP, Noble GR, Skehel JJ, Dowdle WR. *Antigenic similarity of influenza A (H1N1) viruses from epidemics in 1977-1978 to "Scandinavian" strains isolated in epidemics of 1950-1951*. *Virology*. 1978;89:632-6.
4. Taubenberger JK, Reid AH, Krafft AE, Bijwaard KE, Fanning TG. *Initial genetic characterization of the 1918 "Spanish" influenza virus*. *Science*. 1997;275:1793-6.
5. Reid AH, Taubenberger JK, Fanning TG. *Evidence of an absence: the genetic origins of the 1918 pandemic influenza virus*. *Nat Rev Microbiol*. 2004;2:909-14.

INQUADRAMENTO STORICO EPIDEMIOLOGICO

La pandemia del 1918 ("spagnola") colpì, secondo le stime più recenti, circa mezzo miliardo di persone in tutto il mondo⁶, dall'Alaska alle Isole Samoa, uccidendone da 50 fino a 100 milioni^{7 8 9 10}: solo in Italia perirono da 300.000 fino a 675.000 persone¹¹.

Questa pandemia determinò una drastica riduzione della "life expectancy" agli inizi del XX secolo: da 51 a 39 anni...¹². Non a caso fu denominata "la grande peste bianca", per analogia con la "peste nera" del 1348, che provocò la morte di almeno un terzo dell'intera popolazione europea. Fu un evento che colse tutti di sorpresa: medici, militari, governi non sapevano di cosa si trattasse e come gestirla anche perché presentava caratteristiche alquanto diverse rispetto alle "comuni" forme influenzali. A differenza di queste ultime, come già ribadito, la pandemia non colpiva l'età infanto-giovanile, soggetti anziani e/o immunodeficienti, ma sembrava privilegiare giovani maschi adulti sani tra i 20 ed i 40 anni e donne incinte. Inoltre la forma più letale non si manifestò nei freddi mesi invernali bensì nel caldo-umido della tarda estate-inizio autunno 1918. Non se ne conosceva né la natura né l'etiopatogenesi: si dovette attendere il 1933, allorché un team britannico formato dagli scienziati Wilson Smith, Christopher H. Andrewes e P.P Laidlow riuscì ad isolare il virus¹³.

All'epoca i virus rappresentavano ancora un grande mistero mentre i microbi non avevano più segreti: con la scoperta degli agenti patogeni esogeni la biomedicina aveva incorniciato il suo trionfo, relegando nel dimenticatoio le intuizioni dell'ultimo Pasteur ("il batterio esiste, ma il terreno è tutto") che invece aveva rimesso in gioco la risposta individuale alla malattia. Un concetto, questo, che sarebbe stato confermato dalla c.d "discontinuità biologica", ovvero la labilità dell'agente esterno di modificare le sue priorità e quindi il suo potere patogeno¹⁴. Ipotesi, peraltro, confermata da uno studio del 2006¹⁵: i virus mutanti, cioè, si comporterebbero diversamente in presenza di una popolazione altamente suscetti-

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

bile, a conferma di quanto il mondo omeopatico sostiene da sempre, ovvero l'importanza del "terreno".

Date le carenze di strutture sanitarie dell'epoca, si era abituati, in periodo bellico, ad epidemie di tifo petecchiale, febbre tifoide, colera, peste che complicavano il già difficile coordinamento sanitario, aumentando la difficoltà di diagnosi e terapie. Di certo, però, non era prevedibile un tale disastro come fu la pandemia del 1918. Milioni furono gli uomini mobilitati dalla guerra ed altrettanto grande fu il numero dei profughi, che cercavano di sfuggirla, e dei tanti medici inviati al fronte, a detrimento dei pochi che restavano per prestare aiuto ai civili.

Allo scopo di non terrorizzare la popolazione i Paesi belligeranti imposero una severa censura militare, che impediva a chiunque (medici in primis, compresi gli omeopati) di diffondere dati ed informazioni sulla pandemia. Faceva eccezione la Spagna, che all'epoca era l'unico Paese neutrale: questa è la ragione per cui quella pandemia fu chiamata "spagnola" e per tutti ne divenne la culla. Non a caso, di tutti gli omeopati europei, solo gli spagnoli poterono pubblicare le loro esperienze, come vedremo più avanti.

IPOTESI SU SITI E MODALITÀ D'INSORGENZA

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

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

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

- pista cinese: secondo Hannoun (Ist. Pasteur), nel novembre 1917 in Cina si sarebbe sviluppato un primo focolaio che sarebbe stato veicolato da un contingente di 96.000 lavoratori cinesi, portati dagli eserciti britannico e francese nelle retrovie del fronte, passando per gli USA, con diffusione iniziale a Boston e quindi in Francia (Brest), ove avrebbero contagiato i soldati¹⁶
- ¹⁷. Questa ipotesi, tuttavia, sarebbe stata smentita da un

recente studio pubblicato nel 2016 sul Journal of the Chinese Medical Association¹⁸

- pista americana (la più accreditata): secondo lo storico Alfred W. Crosby¹⁹, dopo l'ingresso degli USA in guerra (aprile 1917), si ebbero le prime segnalazioni in Kansas (gennaio-marzo 1918), nei campi di addestramento di Camp Funston (oggi Fort Riley) e Haskell County, a carico di reclute giovani e sane, in procinto di partire per l'Europa. In questi campi venivano allevati polli e maiali per alimentare le reclute: è probabile che il virus, annidato in queste specie, avesse subito una mutazione ("genetic drift and shift") e compiuto il "salto di specie". Questi stessi soldati furono inoltre preventivamente sottoposti ad un pesante programma vaccinale, divenuto obbligatorio nell'esercito americano, dopo la guerra di Cuba (1911). Nel giro di una settimana 522 soldati si ammalarono²⁰. Tuttavia la prima ondata passò quasi inosservata ma la seconda (Agosto-settembre 1918) si rivelò drammatica e dilagò rapidamente e contemporaneamente non solo in tutto il Paese ma anche in Francia (Etaplès, Brest: dove le truppe venivano sbarcate), in Sierra Leone (Freetown) ed in Irlanda, portata dai soldati di ritorno a casa, con conseguente diffusione presso i civili
- pista austriaca: secondo Andrew Price-Smith la spagnola sarebbe sorta nella primavera del 1917, in base ai dati forniti dagli archivi militari²¹.

A prescindere dall'origine, nel novembre 1918 la pandemia arrivò dalla Francia sulla costa settentrionale spagnola (San Sebastian), dove furono segnalati casi estremamente contagiosi che rapidamente si diffusero in tutto il paese. A Madrid venne colpito un terzo della popolazione, tra cui Re Alfonso XIII, in forma grave. Fu allora che la stampa spagnola cominciò ad interessarsi del fenomeno e a darne notizia...²². Come spesso avviene, quella strana pandemia fu classificata in modo diverso da ogni Paese, indicando la nazione con la quale non vi erano buoni rapporti. Ad es., fu chiamata "febbre di Parma" in Francia, "febbre delle Fian-dre" in Inghilterra, "malattia bolscevica" in Polonia, "febbre di Bombay" a Ceylon, "febbre di Singapore" a Penang.

de l'Institut Pasteur : La Grippe Espagnole de 1918.

18. <http://www.jcma-online.com/article/S1726-4901%2815%2900261-0/pd>

19. Crosby, Alfred W. (2003). *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918* (2nd ed.). Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-54175-6

20. <https://web.archive.org/web/20080521071645/http://www.avian-bird-flu.info/spanishflu2008/1918.html>

21. Price-Smith, Andrew T. (2008). *Contagion and Chaos*. Cambridge, MA: MIT Press. ISBN 978-0-262-66203-1.

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

In Spagna fu denominata "febbre del soldato napoletano". Alla fine, però, tutti si accordarono sul termine "spagnola", come già accennato, con buona pace dei poveri spagnoli.

SINTOMATOLOGIA. INDICI DI MORBILITÀ E MORTALITÀ

Come su riportato, la sintomatologia iniziale della prima ondata era abbastanza comune (febbre, mialgie, vomito, tosse etc.) e relativamente contenuta: anche per questo fu probabilmente sottovalutata dalle autorità sanitarie e militari. Quando sopraggiunse la seconda ondata, iniziarono le complicanze quali astenia e dispnea ingravescente, violenta cefalea, artralgie, brividi squassanti, delirio con allucinazioni, precordialgia, tachiaritmia, sepsi polmonare, emoftoe, emorragie cutaneo-mucose, otorragia, cianosi fino ad arrivare alla sincope ed alla morte immediata. Spesso l'evoluzione era talmente rapida da notare come una persona, perfettamente sana al mattino, finisse col decedere entro le 24 h²³. Secondo recenti stime, la spagnola avrebbe ucciso più persone in 2 settimane che l'AIDS in 24 anni²⁴: in effetti fu "il più grande olocausto medico della storia", anche peggiore della "peste nera"²⁵ che pure imperversò per un secolo. Nessun angolo del globo fu risparmiato, come si può evincere dalla tabella sottostante²⁶:

PAESI	MORTALITÀ	% POPOLAZIONE TOTALE
India	17 milioni	5%
Indie Orientali	1,5 milioni	
Giappone	390.000	
Nuova Zelanda	8.573	0,74%
Tahiti		13%
Samoa		22%
USA	675.000	28%
Canada	50.000	
Brasile	300.000	
UK	250.000	
Francia	>400.000	
Ghana	100.000	
Italia	375.000-650.000	

23. Julian Winston. *The New England Journal of Homeopathy*. Spring/Summer 1998, Vol. 7 No. 1

24. Barry, John M. (2004). *The Great Influenza: The Epic Story of the Greatest Plague in History*. Viking Penguin. ISBN 978-0-670-89473-4

25. Potter, C. W. (October 2006). "A History of Influenza". *J Appl Microbiol*. 91 (4): 572-579. doi:10.1046/j.1365-2672.2001.01492.x. PMID 11576290

26. https://en.wikipedia.org/wiki/1918_flu_pandemic

Il target preferito dalla pandemia era costituito dai giovani maschi adulti e dalle donne in gravidanza, un dato che gli studiosi avrebbero attribuito alla c.d. "tempesta citochinica"²⁷, ovvero ad un deragliamento iperacuto del sistema immunitario: un dato molto strano, se si considera che la "comune" influenza provoca la morte nello 0,1% dei casi contro il 20% dei soggetti colpiti dalla spagnola²⁸. Tra le donne incinte la mortalità si aggirava tra il 23% ed il 71%²⁹. Al contrario, la popolazione anziana oltre i 65 anni (che aveva contratto l'influenza russa del 1889-90) e coloro che si erano ammalati durante la prima ondata furono relativamente risparmiati in quanto "Immunizzati".

FATTORI FAVORENTI E PREDISPONENTI

Non è possibile comprendere l'importanza della pandemia se non la si inserisce nel suo contesto storico ed ambientale. Se infatti il virus H1N1 fu il fattore scatenante, non va assolutamente sottovalutato il ruolo dei fattori predisponenti, quali il clima di guerra (malnutrizione, sovraffollamento, condizioni igienico-sanitarie scadenti, caldo-umido estivo), i trasporti civili, commerciali e militari di massa in tutto il globo, il rientro in patria dei militari affetti che esaltarono il ruolo giocato dalla probabile mutazione genetica.

La durata della pandemia va inoltre rapportata anche alla durata della guerra che, almeno inizialmente, si pensava sarebbe durata un anno al massimo mentre si protrasse per quasi 5 anni.

Anche se le potenze vincitrici non lo hanno mai ammesso, un ruolo non secondario potrebbe essere stato svolto anche dalle vaccinazioni di massa, imposte dai comandi militari. Dopo la guerra di Cuba (1911), infatti, il governo americano le aveva rese obbligatorie. Pertanto le truppe in partenza per l'Europa ricevettero "preventivamente" da 14 a 25 dosi per tifo/paratifo, febbre gialla, etc.³⁰.

A seguito di queste vaccinazioni, sia il Ministro della Guerra (Henry L. Stimson), che il Capo della Sanità Militare (Charles V. Chapin) riconobbero, obtorto collo, che nell'esercito americano si era verificata, come mai prima di allora, una "strana" impennata di casi di sindromi tifoidee, oltre a decine di morti, almeno 20.000 ri-

27. Patterson, K. D.; Pyle, G. F. (1991). "The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic". *Bull Hist Med*. 65 (1): 4-21. PMID 2021692

28. Knobler, S.; Mack, A.; Mahmoud, A.; et al. (eds.). "1: The Story of Influenza". *The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready?* Workshop Summary (2005). Washington, D.C.: The National Academies Press. pp. 60-61.

29. Payne, Matthew S.; Bayatibojakhi, Sara (2014). "Exploring Preterm Birth as a Polymicrobial Disease: An Overview of the Uterine Microbiome". *Frontiers in Immunology*. 5. doi:10.3389/fimmu.2014.00595

30. Ryle Dwyer. *Irish Examiner Archives*. May, 08, 2003

coveri negli ospedali militari USA e quasi 30.000 casi di epatite in soli 6 mesi di guerra³¹. A tutti questi dati, benché ufficialmente pubblicati, non venne dato particolare risalto, neppure dalla stampa, stranamente... Tuttavia la cosa preoccupò non poco i vertici governativi e militari, al punto che vollero tentare, a guerra finita, un esperimento che aveva dell'incredibile: nel 1918 l'esercito USA impose il vaccino antivaiolo a 3.285.376 nativi nelle Filippine, in assenza di epidemia, fedeli al motto "meglio un vaccino senza epidemia che un'epidemia senza vaccini". 47.369 filippini svilupparono il vaiolo e di questi ben 16.477 ne morirono. L'anno successivo decisero di ripetere l'operazione su quasi 8 milioni di persone: oltre 65.000 si ammalarono e 45.000 morirono³².

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

CONSEGUENZE

La spagnola debellò, oltre alla generazione di età compresa tra i 20 ed i 40 anni, intere comunità. Basti pensare ai nativi americani (3.293 morti³⁴) e ad alcune isole del Pacifico, come Tonga (8% della popolazione), Nauru (16%) e Fiji (5%)³⁵. L'economia globale ne uscì complessivamente sconvolta, in particolare l'industria civile e dello spettacolo. Le città si svuotarono mentre le agenzie di pompe funebri lavoravano a pieno ritmo. Le uniche a trarre i maggiori profitti furono soprattutto le industrie farmaceutiche. Proprio in quegli anni scadeva il brevetto della Bayer per l'aspirina. Pertanto, diverse aziende si dettero da fare per produrne quantità in larga scala, alla luce delle raccomandazioni fornite dal Mi-

nistro della Sanità Militare USA e della rivista JAMA, che consigliavano megadosi di aspirina: da 8 fino a 31 gr/die³⁶! All'epoca non si conoscevano né il meccanismo d'azione né i rischi legati all'uso (inappropriato) dell'aspirina per cui a posteriori si parlò di "aspirin poisoning"³⁷. La sua azione soppressiva, infatti, avrebbe determinato gravi emorragie e pneumopatie in soggetti già defedati. Tutto ciò si verificò soprattutto in occasione della seconda ondata, quella più letale, creando dunque i presupposti per la c.d. "tempesta perfetta". La spagnola influì massicciamente anche sul corso stesso della guerra. In Europa tutti i paesi dell'Intesa e degli Imperi centrali furono coinvolti. Questi ultimi subirono i danni peggiori perché persero almeno 2 milioni di uomini (il triplo rispetto alle FF.AA. italiane³⁸), proprio quando il conflitto sembrava volgere a loro favore. Fino al 1917, infatti, vigeva un equilibrio instabile tra i contendenti, tale da richiedere l'intervento americano. Lo scoppio della rivoluzione in Russia provocò lo spostamento delle truppe austro-germaniche sul fronte occidentale (Fiandre) e meridionale (Caporetto). Tuttavia, l'embargo navale prodotto dagli Alleati impedì agli Imperi Centrali i rifornimenti necessari per alimentare e curare le proprie truppe che, oltre ai danni della spagnola, si ritrovarono gravemente malnutrite e prive di medicinali. Erich Von Ludendorff, comandante supremo dell'esercito imperiale tedesco, non poté quindi lanciare l'offensiva nelle Fiandre. Secondo vari studiosi di storia militare, la mancanza di soldati in piena efficienza contribuì in modo determinante alla sconfitta finale³⁹ mentre la storiografia italiana non ha mai approfondito questo aspetto.

PROFILASSI E TERAPIA: IL TRATTAMENTO ALLOPATICO CONVENZIONALE

In mancanza di dati chiari sulla natura della pandemia, le misure adottate dalle autorità sanitarie e militari furono semplicemente sintomatiche ed empiriche. Si consigliava genericamente di far arieggiare gli ambienti, evitare luoghi affollati (teatri, cinema e scuole vennero chiusi), restare a letto, idratare con liquidi caldi, porre impacchi freddi sul capo⁴⁰, portare mascherine protettive di garza, etc.

I farmaci usati erano: l'aspirina, l'adrenalina (per la polmonite secondaria), l'ossigeno per via sottocutanea⁴¹, i Sali di chinino, la digitale, soluzioni isotoniche di glucosio e bicarbonato di sodio per via endovenosa e persino la cannella⁴². I medici consigliavano ai soldati di spruzzarsi in gola antisettici e alcool e di masticare tabacco per abbassare la temperatura. Tentarono anche di inoculare "vaccini" a base di secrezioni corporee (sangue e muco) o di batteri ritenuti responsabili, filtrati per eliminare le cellule più grandi ed i detriti⁴³, come riportato da Alfred W. Crosby (op. cit.). Tutte queste misure si rivelarono del tutto inutili se non dannose: i vaccinati finirono inevitabilmente per ammalarsi e morire come mosche, a differenza dei non vaccinati... La mortalità era altissima, almeno il 40%⁴⁴.

IL RUOLO E L'ESPERIENZA DEGLI OMEOPATI

Al contrario dei loro colleghi allopatrici, i medici omeopati ottennero un grande successo nel trattamento della pandemia influenzale, anche se i loro meriti furono ignorati o sottovalutati, proprio come accadde in occasione delle epidemie di colera che imperversarono per tutto il XIX secolo. Il dato interessante che emerge dalle loro esperienze fu la straordinaria concordanza sia nell'impiego dei medicinali che nelle statistiche riferite e pubblicate nelle riviste dell'epoca: la mortalità, infatti, era solo del 2,1-5%. Purtroppo la pesante censura militare, come si è già detto, non permise ai medici omeopati dei Paesi europei coinvolti nel conflitto, di diffondere e pubblicare dati sulla spagnola. Questa è la ragione principale per cui non abbiamo notizie significative riguardanti l'Italia e gli altri Paesi belligeranti. In quegli anni le principali riviste italiane cessarono la pubblicazione e il numero dei medici omeopatici si andò riducendo progressivamente fino agli anni '30. Ad eccezione di A. Nebel⁴⁵ (che tra l'altro nel 1938 mise a punto il nosode "Influenzinum"⁴⁶), solo agli omeopati spagnoli (in Europa) ed americani fu concesso di lasciarci testimonianza del lavoro svolto. Pertanto ci atterremo principalmente ai loro dati, in quanto sia le statistiche che le terapie omeopatiche non differiscono sostanzialmente da quelle di altre nazioni.

L'ESPERIENZA SPAGNOLA

La Revista de Homeopatía Practica nel numero del novembre 1918 è il punto di riferimento⁴⁷. Il lavoro è del dott. A. Olivè, condirettore insieme ad A. Vinyales.

I casi iniziano a marzo, prima in forma lieve, quindi in forma sempre più epidemica e grave. A parte una generica profilassi, come evitare gli assembramenti (un'ordinanza cittadina chiede che i mezzi di trasporto pubblici viaggino con le porte aperte per facilitare l'aerazione) e le normali forme igieniche, viene consigliata una profilassi delle vie respiratorie e orali (perborato di sodio, acqua ossigenata diluita), cercando di evitare repentini cambi di temperatura che potrebbero interessare le mucose delle vie respiratorie.

Si nota subito come il medico omeopata si interessi all'uomo inserito nel suo ambiente, seguendo i principi che Hahnemann aveva indicato ne "L'amico della salute". Fondamentale è lo studio delle variabili individuali.

I rimedi più frequentemente prescritti sono:

- Aconitum, Veratrum Vir., Belladonna, Eupatorium, Bryonia, Ipeca, Antimonium Tart., Phosphorus.
- spesso associati, nel periodo della convalescenza, a:
- China, Nux Vomica, Arsenicum album.

Nelle emottisi e nelle ematemesi vengono prescritti:

- Mill., Trillium pend., Ham.

Nella Revista, un lavoro del dott. J. Girò Savall⁴⁸ illustra l'efficacia dell'omeopatia nei vari quadri sintomatologici dell'epidemia e nelle sue complicanze (polmonite, emorragie, interessamento dell'apparato digerente). SINTOMATOLOGIA GENERALE: insonnia, inappetenza, astenia generalizzata, la comparsa improvvisa della sintomatologia, la lunga persistenza, le recidive, l'imprevedibilità delle manifestazioni.

L'astenia, nei casi benigni, si accompagna al desiderio di immobilità, ad una sensazione di affaticamento senza causa apparente, rifiuto del movimento.

Nei casi gravi a questi sintomi si associano precordialgie, tachicardia, algore e morte rapida.

Localizzazioni più rare: endocarditi, metriti, nefriti, meningiti, otiti perforanti, appendiciti.

Gli attacchi sono improvvisi: da uno stato di benessere si può passare ad un quadro caratterizzato da violenta cefalea con artralgie, brividi squassanti, allucinazioni fino alla sincope.

La complicanza più grave è certamente quella dell'apparato respiratorio (polmonite, broncopolmonite, pleurite).

31. <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdfplus/10.2105/AJPH.8.3.242>

32. William Koch's book, *The Survival Factor in Neoplastic and Viral Diseases*. Vanderkloot Press, Inc. Michigan, 1961

33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2373398/>

34. "Flu Epidemic Hit Utah Hard in 1918, 1919". 28 March 1995. Retrieved 7 July 2012

35. Denoon, Donald (2004). "New Economic Orders: Land, Labour and Dependency". In Denoon, Donald. *The Cambridge History of the Pacific Islanders*. CUP. p. 247. ISBN 978-0-521-00354-4.

36. Starko, Karen M. (2009). "Salicylates and Pandemic Influenza Mortality, 1918–1919, Pharmacology, Pathology, and Historic Evidence". *Clinical Infectious Diseases*. 49 (9): 1405–1410. doi:10.1086/606060. PMID 19788357

37. Starko, Karen M. (2010). "Reply to Noymmer et al.". *Clinical Infectious Diseases*. 50 (8): 1203–1204. doi:10.1086/651473

38. https://it.wikipedia.org/wiki/Influenza_spagnola

39. Bauer F, Vögele J. *The "Spanish flu" in the German Army 1918--the perspectives of physicians and generals*. *Medizinhist J.* 2013;48(2):117-52

40. *BMJ*, 7/13/1918

41. *JAMA*, 10/3/1918

42. *BMJ*, 10/19/1918

43. *JAMA*, 3/1/1919

44. Knobler, S.; Mack, A.; Mahmoud, A.; et al. (eds.). "1: The Story of Influenza". *The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready?* Workshop Summary (2005). Washington, D.C.: The National Academies Press. pp. 60–61.

45. Nebel A. *La gripe española*. Editorial Minima; 2006. p. 36-7.

46. Julian O. *Materia Medica of Nosodes with Repertory*. B. Jain Publishers Ltd, 1980

47. A. Olivè. *Epidemia gripal*. *Rev. Hom. Prac.* V, 11 nov. 1918

48. Girò Savall J: *La epidemia reinante, la superioridad del tratamiento homeopático, en Revista de Homeopatía Práctica*, año V, número 11, Noviembre 1918.

Seguono l'apparato neurologico (meningite, apoplezia, afasia, epilessia jacksoniana) e le forme reumatiche. Molto frequente è la febbre, di tipo continuo-intermittente. L'apparato digerente è interessato con gastroenteriti, dissenteria, colera, dissenteria mucosa, forme tifoidee" (Revista de Hom. ag 3 op. cit).

Molte sintomatologie sono sovrapponibili e comuni ma altre variano per decorso associandosi diversamente tra loro. Si possono classificare tre forme epidemiche: benigna, media, grave.

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

GRAVE: i sintomi sono più intensi, spesso accompagnati da delirio e sincope. I sintomi sono in genere neurologici, respiratori e digestivi.

PROGNOSI: i casi trattati nell' Hospital Homeopathico Nino Dias si possono classificare come benigni. Venivano trattati in genere oltre 150 casi al giorno, tra cui 46 broncopolmoniti con 1 solo decesso.

E' probabile che l'uso sconsiderato di ogni tipo di terapia sintomatologica abbia facilitato la morbilità, riducendo il potere di difesa individuale.

Questa la terapia principalmente impiegata:

- Bryonia, Aconitum, Eupatorium, Nux Vomica, Phosphorus, Rhus Tox, Veratrum viride, Baptisia, Gelsemium, Chininum sulfuricum, Ipecacuanha, Tartarus emeticus, Arsenicum, Carbo Vegetabilis, Ranunculus, Cantharis, Iodum, Opium, Ignatia, Apium virus, Hyosciamus, Cina, Colocynthis, Mercurius corrosivus, Veratrum album, Colchicum, Chelidonium, Ferrum phosphoricum, Allium cepa, Phosphoricum acidum, Hydrastis, Secale cornutum, Millefolium, Lachesis, Crotales.

Tutte le dosi venivano somministrate in bassa diluizione.

In **CONVALESCENZA:**

- Avena sativa, Arsenicum, China, Gelsemium.

PROFILASSI:

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

L'ESPERIENZA AMERICANA

Ancora più ricca e significativa fu l'esperienza degli omeopati americani, ampiamente documentata dalle casistiche pubblicate sul "Journal of the American Institute of Homeopathy"⁴⁹. Illuminante, in tal senso, resta l'articolo pubblicato dal Dr. A. Dewey⁵⁰, che riportò i risultati di almeno 50 omeopati, da diverse parti del Paese, da cui emerge una straordinaria concordanza sia nelle percentuali di guarigione (pari al 90-97%) che nei rimedi utilizzati (praticamente gli stessi impiegati in Spagna ma su quantità di pazienti molto più consistenti).

Un altro dato comune, ribadito chiaramente da tutti gli omeopati americani, fu l'osservazione della letalità dell'aspirina, che era il farmaco consigliato dalle autorità sanitarie: le megadosi prescritte, il potente effetto anticoagulante (che all'epoca ancora non si conosceva) ma soprattutto la sua azione "soppressiva" avrebbero avuto una grossa responsabilità nell'exitus fatale, costituito principalmente da gravi pneumopatie in soggetti già defedati dalla malattia.

Secondo il Dr. D. A. Williams di Rhode Island l'aspirina provocò la morte nel 60% dei pazienti che svilupparono polmonite⁵¹. Anche il Dr. Loizeaux, (Des Moines, Iowa), prima di approdare all'Omeopatia, vide morire 2 sue figlie di polmonite, proprio a causa dell'aspirina. Ma durante la pandemia del 1918 usò solo rimedi omeopatici senza alcun caso di polmonite per cui ebbe a dire: *La Germania ha ucciso più persone con l'aspirina che con le pallottole.*

A tal proposito riportiamo i commenti di alcuni colleghi, presenti nell'articolo di Dewey (op.cit.):

Aspirina e Sali di chinino erano le uniche armi della Vecchia Scuola, che tuttavia perdeva almeno il 60% delle polmoniti! Il mio indice di mortalità è stato invece del 2,1%: senza aspirina non ho perso neppure un caso di influenza" (Dudley A. Williams, MD, Providence, Rhode Island)

"C'è un farmaco che ha causato più morti della malattia stessa. Tutti lo conoscono: è l'acido acetilsalicilico. La sua storia è stata pubblicata ma a tutt'oggi non se ne conosce l'effetto sedativo (!). Tuttavia veniva usata fino alla totale prostrazione del paziente, che alla fine sviluppava una grave polmonite" (Frank L. Newton, MD, Somerville, Massachusetts).

49. Journal of the American Institute of Homeopathy", voll. XI-XII, 1919- 1920

50. A. Dewey. Homeopathy In Influenza- A Chorus Of Fifty In Harmony. Journal of the American Institute of Homeopathy, 1920

51. Journal of the American Institute of Homeopathy, May 1921, pp 1038

"L'aspirina e gli altri prodotti a base di catrame vanno condannati per aver provocato un sacco di morti inutili... in particolare l'azione apparentemente sedativa dell'aspirina è ingannatrice: provoca un indebolimento del cuore, deprime la vitalità, aumenta la mortalità nei casi lievi e prolunga il periodo di convalescenza. Maschera i sintomi e complica enormemente la scelta del rimedio curativo. Dovrebbe essere proibita!" (Guy Beckly Stearns, MD, New York).

Il Dr. W. F. Edmundson, di Pittsburgh, Pennsylvania riferisce un aneddoto: un medico del locale ospedale chiese ad un'infermiera se conosceva rimedi più efficaci di quelli in voga perché stava perdendo troppi pazienti. L'infermiera rispose che avrebbe dovuto sospendere l'aspirina e rivolgersi alla farmacia omeopatica. *Ma quella è Omeopatia!*, ribadì il medico. *Si, dottore*, rispose l'infermiera *Ma i medici omeopati con cui ho lavorato così facendo non hanno perso neppure un paziente!* A Filadelfia il Dr. Dean W. Pearson raccolse 26.795 casi trattati da vari omeopati con una mortalità di 1,05% contro il 30% degli allopati. Sempre a Filadelfia, il Dr. E. F. Sappington riferì che 1.500 pazienti furono trattati presso la Società di Medicina Omeopatica del Distretto di Columbia con soli 15 morti, mentre presso l'Ospedale Nazionale Omeopatico si ottenne il 100% di guarigioni.

A New York, anche l'International Homeopathic Association riportò statistiche rilevanti: 17.000 pazienti (con molti casi di polmonite) con una mortalità dello 0,25%.

Un altro famoso omeopata, Herbert A. Roberts, inviò un questionario a 30 omeopati nel Connecticut: 6.602 pazienti con soli 55 morti (1%). Egli stesso, imbarcato in quel periodo su una flotta mercantile, trattò 81 pazienti: tutti guariti omeopaticamente e regolarmente sbarcati.

Il Dr. Frank Wieland, di Chicago trattò con successo, grazie a Gelsemium, 8.000 operai di una fabbrica con 1 caso di morte, senza aspirina né vaccini.

Il Dr. Mary Senseman (Illinois) trattò 49 soggetti allettati (immobili, congestionati, che non si lamentavano, non volevano né chiedevano nulla) con Bryonia 10M ed altri 23 (con mucosità vischiose da naso e bocca) con Senega 1M-10M.

Il Dr. T. McCann (Ohio) trattò oltre 1.000 casi senza alcun decesso con soli 4 rimedi: Gelsemium, Bryonia, Eupatorium, Arsenicum. L'elenco delle casistiche potrebbe continuare a lungo ma per ragioni di brevità ci fermiamo a questo punto, rimanendo gli interessati all'articolo citato di Dewey.

CONCLUSIONI

La storia della pandemia influenzale del 1918 ha sollevato più dubbi di quanti ne abbia risolti ed ha creato un vero e proprio spartiacque nella storia della sanità pubblica, accademica e milita-

re. A distanza di un secolo la comunità scientifica continua ad interrogarsi e ad indagare sui motivi di tanta letalità e diffusione, sia nel tempo che nello spazio. L'impreparazione della classe medica e politica dell'epoca, che non disponeva di dati etiopatogenetici certi e di misure terapeutiche valide, mise in luce la mancanza di una strategia adeguata ad affrontare situazioni del genere. Il mondo omeopatico, invece, non solo disponeva di una metodologia diagnostico-terapeutica adatta alla circostanza ma in particolare vantava una grande esperienza storica, avendo già affrontato con successo epidemie di colera, tifo, etc. nel XIX secolo.

I grandi omeopati del passato, da Hahnemann^{52 53 54} a Boericke⁵⁵, da Clarke⁵⁶ a Grimmer⁵⁷, ci hanno lasciato pagine indimenticabili sulla gestione di simili emergenze, in particolare nella ricerca del "genio epidemico". Non è un caso se, grazie alle loro indicazioni, gli omeopati europei ed americani, pur differenziando a seconda dei casi, si trovarono concordi nella scelta degli stessi rimedi. Rimedi che, in gran parte, ricorrono tuttora in occasione delle epidemie annuali. Grazie alla metodologia hahnemanniana, anche la virulenza di quella pandemia può trovare una spiegazione logica, alla luce del concetto di "terreno" e dell'analisi miasmatica. Situazioni di forte disagio, come un clima di guerra, rendono una popolazione maggiormente suscettibile all'azione dei microrganismi (Taubenberger et al., op. cit.) che, in tal caso, trovano le condizioni ideali per proliferare ed andare incontro ad eventuali mutazioni genetiche. Mutazioni, peraltro, favorite dall'azione scitizzante delle terapie (aspirina in primis e vaccinazioni di massa, imposte soprattutto ai militari impegnati nel conflitto) e dalle condizioni di vita in trincea (freddo, malnutrizione, etc.), responsabili dell'effetto tubercolinizzante. È proprio da questa miscela esplosiva che sarebbero scaturite le patologie distruttive (effetto luesinizzante) responsabili della morte di milioni di persone.

Anche se dal 1918 la scienza biomedica ha compiuto enormi progressi in ogni settore, è impossibile ignorare i risultati conseguiti allora dall'Omeopatia, che superò brillantemente la sfida sul campo con la pandemia influenzale. Benché i suoi detrattori tendano, come sempre, ad ignorare o minimizzare quei successi, esiste un'ampia letteratura a comprovare e validare quella esperienza.

Un'esperienza che, ci auguriamo, dovrebbe essere conosciuta ed approfondita da ogni omeopata affinché possa essere divulgata e trasmessa alle generazioni future.

52. "Organon", par. 101-101, 147

53. "Malattie Croniche. Semiologia della Psora"

54. Scritti Minori (Su alcuni tipi di febbre continua e remittente. La medicina dell'esperienza. L'osservatore in Medicina. Il trattamento del colera asiatico)

55. Boericke W and OE: Boericke's Pocket Manual Homoeopathic Materia Medica

56. Clarke JH: Dictionary of Practical Materia Medica. The Prescriber

57. Grimmer AH: The Collected Work

Proving di Herpes Simplex I Nosode

Lavoro presentato al XV Congresso Nazionale FIAMO - Reggio Calabria 24-26 marzo 2017, riveduto per la pubblicazione

Direttore della sperimentazione: Gustavo Dominici

Coordinatore: Marco Colla

Supervisori: Maria Fazio, Massimo Rittatore, Caterina Trovato, Elisabetta Bo

Provers: Cristina Cingi, Daniela Viotto, Andrea Delfino, Paola Fiorio, Diego Tomassone, Maria Marzano, Vilma Revelli, Claudio Viano.

RIASSUNTO

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

Introduzione

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

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

Materiali e metodi

La sperimentazione è stata in triplo cieco su dieci provers (8 verum e 2 placebo) e riguarda il rimedio Herpes simplex I.

Sono state utilizzate le diluizioni 30CH 200K MK in soluzione idroalcolica.

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

Risultati

La patogenesi sperimentale condotta dalla nostra scuola ha evidenziato molti sintomi coerenti.

Diversi sperimentatori, per effetto della malattia artificiale provocata dalla sostanza, hanno manifestato sintomi molto simili mai comparsi prima.

Conclusioni

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

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

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

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

PAROLE CHIAVE

Proving, Herpes virus I, malattia artificiale, sperimentazione omeopatica, sintomi coerenti.

SUMMARY

A homeopathic pathogenetic trial (proving) on Herpes Simplex I was undertaken in order to train members of a homeopathic school to the highest standards as well as accurately identify and define the artificial illness generated in the healthy man by a dynamic substance.

Introduction

A proving allows a direct knowledge of the profound nature of a remedy; it represents the deepest level through which becoming acquainted with the Materia Medica.

Being aware of the importance of the pathogenetic study of the substances for a proper use in homeopathy and of the educational value of such experience, in October 2016 we started the first proving of our School "Similia Similibus", in Turin, thanks to the collaboration with Dr. Gustavo Dominici.

Materials and methods

A placebo controlled randomized triple-blind trial was conducted on 10 healthy volunteers (8 verum and 2 placebo).

The provers took 5 drops of the substance (Herpes Simplex I, as hydroalcoholic solution) in 30CH, 200K, MK potencies, 4 times a day for up to 7 days. The administration was interrupted when a first relevant or unusual symptom appeared.

Results

Many consistent symptoms were shown by our proving. Several provers exhibited very similar symptoms, never appeared before, due to the artificial illness caused by the substance.

Conclusions

The pathogenetic trial on Herpes Simplex I has proven to be an exceptional opportunity of self-analysis, self-observation, training and research for students and teachers of our School.

Its targets, both with regard to the collection of pathogenetic symptoms and the didactic value, have been achieved.

The pathogenetic symptoms that have emerged confirm the work of other groups, and supplement them with new symptoms.

We are fully satisfied also from a didactic point of view: the knowledge of the Materia Medica is essential, but a firsthand experience of the strength of the remedy is an unique opportunity.

KEYWORDS

Proving, Herpes Virus I, artificial illness, proving, consistent symptoms.

INTRODUZIONE

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

Consapevoli dell'importanza dello studio patogenetico delle sostanze per un corretto uso in Medicina omeopatica e del valore didattico di una simile esperienza, ad ottobre abbiamo iniziato la sperimentazione. L'esperienza è nata dalla richiesta degli studenti della scuola di poter partecipare di persona ad un proving. Ci siamo quindi attivati, cercando le linee guida dell'ECH e LIGA e le pubblicazioni di altre Scuole e di Jeremy Sherr, ma la realizzazione è stata resa possibile soprattutto grazie alla collaborazione del dott. Gustavo Dominici, in veste di direttore del proving. Come ci insegna Hahnemann nei § dal 106 al 145, non vi è nessun'altra strada possibile per provare infallibilmente gli effetti peculiari delle medicine, se non somministrarle a soggetti sani per "venire a sapere quali alterazioni, sintomi e segni della loro influenza" emergano.

Prima di iniziare questa bellissima avventura non eravamo a conoscenza del valore didattico di una simile esperienza. Hahnemann ribadisce questo concetto nella nota del paragrafo 141: "Quando un Omeopata fa un proving su di sé impara a conoscere questo sé, questa è la voce di questo sé, questa è la porta d'ingresso della saggezza". Quindi si tratta di imparare ad ascoltare i sibili, non le urla.

La sperimentazione omeopatica è conoscenza profonda di sé e della Natura attraverso il rimedio e le risposte di meccanismi di difesa del corpo. In questa nostra prima positiva esperienza di proving abbiamo scoperto una prospettiva prima sconosciuta, abbiamo migliorato la nostra comprensione di come il 'simillimum' riporti allo stato di salute, offrendo a tutta la comunità omeopatica informazioni preziose da usare in futuro perché non esiste altro modo di predire gli effetti di una determinata sostanza.

Nella sperimentazione si raggiunge la conoscenza diretta della natura profonda del rimedio; l'esperienza di vivere il rimedio differisce dal leggere soltanto la Materia Medica. Durante la sperimentazione si diventa il rimedio; lo spirito del rimedio invade il centro vero e proprio del nostro essere. Questo rappresenta il livello più profondo attraverso cui possiamo ottenere l'intima conoscenza della Materia Medica.

Aggiunge a questo proposito Sherr: "Quello che ho scoperto è che il proving è essenziale per una vera educazione omeopatica. Se partecipi anche a un solo proving, ti si apre qualcosa dentro. Questo crea una differenza nella conoscenza dell'omeopatia... Per questo considero il proving essenziale nell'educazione omeopatica... Ciò che innanzi tutto succede a qualunque Omeopata durante un proving è di scoprire delle sostanze nei regni della natura, vedere e capire come pensa una roccia o un animale, cosa li mantiene insieme a livello fisico, mentale ed emotivo; vedere come i diversi frammenti costituiti dai singoli provers si amalgamano nell'immagine del "come se si fosse una sola persona" e si può arrivare a capire quanto potente sia il significato dei sintomi, visti in un contesto più ampio."

MATERIALI E METODI

La sostanza, scelta dal direttore della sperimentazione, era Herpes simplex I.

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

Il gruppo del proving è stato reclutato tra gli allievi e i docenti della scuola così suddivisi:

10 provers (7 femmine e 3 maschi - di cui 9 studenti e un docente)

5 supervisori e un coordinatore (docenti della scuola)

Il direttore della sperimentazione (dott. Gustavo Dominici) Sono stati sperimentati gli effetti di tre diverse diluizioni della sostanza:

30CH - 4 provers
200CH - 3 provers
MK - un prover
due sperimentatori hanno avuto il placebo.

Ecco lo schema: (Fig. 1)

ELENCO PROVERS	FLACONE	DILUIZIONE
CG	4	30CH
DV	9	200CH
DA	1	placebo
PF	2	placebo
DT	8	200CH
MM	7	30CH
VR	10	200CH
CV	6	30CH
BTC	5	30CH
EF	3	MK

Fig. 1. Elenco dei provers e rispettive diluizione assunte

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

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

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

Diario pre-proving

Questa fase di preparazione del prover è molto importante

per il risultato finale. Il prover trascrive tutti i suoi sintomi fisici, emozionali ed intellettivi in questo diario per una settimana prima del proving.

Ciò è servito a definire i sintomi pregressi dello sperimentatore, che non possono essere inclusi tra i sintomi del proving, e a prendere confidenza con la tecnica dell'auto-osservazione e della trascrizione delle proprie sensazioni in termini adeguati.

Ogni sperimentatore era tenuto ad appuntare il sintomo non appena lo percepiva in modo da non incorrere in inevitabili dimenticanze, lacune, semplificazioni, con perdita di materiale prezioso. Ogni sera trascriveva le annotazioni in un file apposito, precisando e completando il sintomo con la collaborazione del supervisore.

Inizio della sperimentazione

La sperimentazione è iniziata la sera di lunedì 4 ottobre, previa compilazione da parte di ciascun supervisore della scheda personale dei provers con una accurata anamnesi.

I provers hanno assunto 5 gocce 4 volte al giorno per un massimo di 7 giorni.

La prima somministrazione è avvenuta la sera, prima di coricarsi, facendo cadere 5 gocce della sostanza direttamente sulla lingua o in cucchiaino di plastica con poca acqua, mantenendo la soluzione in bocca per circa un minuto.

Le somministrazioni successive sono avvenute ogni sei ore circa, nella medesima modalità, previa dinamizzazione.

L'assunzione della sostanza doveva essere sospesa alla comparsa del primo sintomo.

I provers durante l'esperimento non hanno scambiato fra loro alcuna considerazione sul proving.

I SOGGETTI DEL PROVING

Il gruppo del proving è composto da:

1. il direttore
2. il coordinatore
3. i supervisori
4. i provers

Il direttore

Il direttore è colui che organizza il proving ed è l'unico a conoscere la sostanza dinamizzata oggetto dell'esperimento, la/e potenza/e utilizzata/e, l'inserimento o meno di gruppi di controllo (placebo o blank).

Conserva i codici di ciascun prover e del flacone che ognuno di loro ha ricevuto e rilascia una copia ad una persona estranea al proving.

Il direttore partecipa con il coordinatore ad ogni decisione che si possa richiedere nello svolgimento del proving;

esamina la sintomatologia finale e decide di approfondire aspetti non sufficientemente chiari.

Organizza un incontro finale con il coordinatore, i supervisori e i provers per definire e completare la sintomatologia. Insieme al coordinatore e ai supervisori valuta i risultati raggiunti, apporta eventuali modifiche al protocollo utilizzato, decide riguardo la pubblicazione dei risultati.

Il coordinatore

Il ruolo del coordinatore è far svolgere il proving come stabilito.

E' una figura fondamentale per la buona riuscita della sperimentazione.

In genere è un omeopata di provata esperienza.

Insieme al direttore si assume la responsabilità finale del proving.

Detta i tempi, verifica, dà disposizioni, decide.

Non è a conoscenza del rimedio che viene sperimentato.

Riceve almeno una volta alla settimana i sintomi raccolti da ogni supervisore.

Verifica la qualità del lavoro dei supervisori e chiede chiarimenti circa ogni aspetto o sintomo non ben definito.

Decide insieme ai supervisori e consultando il direttore, l'interruzione dell'esperimento da parte di un prover, la somministrazione di un antidoto, il prolungamento dell'assunzione della sostanza, qualunque altro intervento si ritenga necessario.

Invia i sintomi al direttore e comunica periodicamente con lui circa lo svolgimento del proving.

I supervisori

Sono omeopati di esperienza o soggetti esperti.

Ogni supervisore segue da due a tre provers, di più solo in casi eccezionali.

I supervisori non possono scambiare fra loro alcuna considerazione prima del termine del proving.

Del loro ruolo sono parte fondamentale la scheda del prover, i contatti con il prover e con il coordinatore e la conclusione del proving.

Il supervisore redige una scheda per ciascun prover prima dell'inizio della sperimentazione, che include il diario pre-proving dello sperimentatore, l'anamnesi personale ed un parere finale nei riguardi del prover.

Invia una copia di ogni singola scheda al coordinatore, prima dell'inizio del proving.

Contatta ogni prover una o due volte al giorno nei primi 7 giorni.

Incontra poi ogni prover una volta a settimana, di persona o tramite video.

Durante questi incontri esamina con il prover i sintomi registrati per renderli più chiari e corrispondenti alla sensazione provata; li completa quando necessario, elimina le parti chiaramente superflue.

Evidenzia i sintomi oggettivi del prover: atteggiamento, espressione del viso, colorito, tono della voce. Tali sintomi costituiscono parte integrante e preziosa della sintomatologia.

Invia al coordinatore ogni 7 giorni copia del diario di sperimentazione di ogni prover.

Segnala ogni anomalia o modifica rilevante dello stato di salute dei provers e valuta insieme la sospensione della sperimentazione o la somministrazione di un antidoto.

Alla fine del proving il supervisore dispone per ogni prover di: una scheda del prover (diario pre-proving + scheda pre-proving), un diario della sperimentazione, le sue annotazioni - che includono i sintomi oggettivi da lui stesso rilevato - ed una valutazione finale del singolo esperimento.

Gli sperimentatori

Sono soggetti in buone condizioni di salute e con assenza di patologie acute o croniche attive, che non fanno uso abituale di farmaci né droghe, che non abbiano assunto rimedi omeopatici ad alta dinamizzazione nei 60 giorni precedenti l'inizio del proving, a bassa dinamizzazione 15 giorni prima.

Le donne non assumono la pillola anticoncezionale oppure debbono averla sospesa da almeno 3 mesi.

I provers durante l'esperimento non possono scambiare fra loro alcuna considerazione sul proving.

RISULTATI: I SINTOMI PATOGENETICI

LEGENDA

TO16 = Torino 2016 è la sigla del proving.

La sigla dopo ogni sintomo individua il prover.

Il numero successivo indica il giorno dell'osservazione, da 1 a 30, intendendo per 1 quello in cui si inizia ad assumere la sostanza.

Il numero successivo, se presente, indica l'orario di comparsa del sintomo.

Alla fine dell'elenco dei sintomi ci sono le "NOTE": annotazioni di rilievo del supervisore o del prover.

MENTE

1. Una certa intolleranza, non ho voglia di dedicare tempo alle cose che ritengo inutili, non ho voglia di fare discussioni. TO16 CG 5

2. Dimentico di fare delle cose, non è da me. TO16 CG 5,6
3. Il dolore mi fa urlare. TO16 CG 1,9
4. Una sensazione di distrazione, di non essere in quel punto in quel momento. TO16 DV 1
5. Nella mattinata fatica a guidare, come se non fossi stata io alla guida. TO16 DV 5
6. Ero in negozio, sono andata nel retro a prendere qualcosa in borsa, mi sono chinata, ma mi sono chiesta come mai fossi lì, per quale motivo; mi sono ripresa dopo una trentina di secondi. TO16 DV 5
7. Ho avuto l'impressione come se ci fosse qualcosa cui prestare attenzione che in realtà non c'era. Sensazione come se fossi appena in tempo per fermarmi, con batticuore per paura di non aver visto l'ostacolo. TO16 DV 6 h9
8. Mi capita sovente di dimenticarmi le parole durante un discorso. TO16 DV 6
9. Sensazione di essere sul punto di scoppiare a ridere in circostanze serie, di una risata fragorosa. TO16 DV 4
10. Durante il proving mi è capitato di essere dispiaciuta di facciata, ma quasi provare piacere interiormente. TO16 DV 3-7
11. Nella mattinata ho provato un senso di agitazione come se dovessi fare un sacco di cose e non avessi il tempo per farle tutte, accompagnato da leggero tremolio di tutto il corpo. TO16 DV 7,8
12. Irritabile, scatti di tensione per ogni minima cosa anche insignificante. TO16 DV 7
13. Mi dimentico delle azioni che ho svolto poco prima, a volte sono talmente automatiche che ho la sensazione di aver fatto una determinata cosa, di aver messo un oggetto in un posto, ma non ricordo se è successo veramente oppure no. TO16 DV 15
14. Per distrazione al casello la sbarra non si è alzata e ci ho sbattuto contro. TO16 DT 7
15. Distrazione, ma solo per le attività quotidiane, tipo non fai attenzione e sbagli strada, oppure dimentichi il codice della carta di credito. TO16 DT 7-30
16. Episodi di "premonizione" cioè ho pensato ad una cosa o ad una persona e in giornata la cosa si è avverata o la persona si è presentata inaspettata. TO16 VR 4,5

TESTA

17. Mal di testa leggero ma martellante, continuo, fastidioso, non si modifica. Non mi impedisce di svolgere le attività quotidiane ma svolgo i "compiti" con fatica, rallentati e mal volentieri, mi pesano. TO16 DV 1,2,3,5,6,7
18. Fortissimo mal di testa alle tempie, continuo per tutto il giorno, senza nessuna variazione con il riposo. E' sta-

- to insopportabile non tanto per l'intensità quanto per la durata la stanchezza che mi ha provocato TO16 DV 4 h19
19. Al risveglio cerchio alla testa, come una morsa alle tempie, che passa mangiando. TO16 EF 2,7
 20. Sensazione di tensione alla fronte con sensazione di confusione e testa ovattata, migliora mangiando. TO16 LTC 2,3

FACCIA

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

OCCHI

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

BOCCA

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

STOMACO

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

ADDOME

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

RETTO FECI

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

TORACE

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

GENITALI

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

DORSO

39. In tarda mattinata forte tensione al collo, i muscoli sono tesi e duri, dolore mordente, simile a quello sentito al polpaccio. TO16 CG 4
40. Dolore cervicale tipo fitte, fastidioso perché continuo. TO16 DV 1
41. Dolore pulsante come se il muscolo si muovesse per conto suo, continuo e fastidioso al terzo inferiore del tratto dorsale. TO16 MM 1 h17
42. Piccola contrattura dorsale in sede paravertebrale dx al terzo superiore, durata qualche ora. TO16 MM 7
43. Contrattura dolorosa dei muscoli a livello dorsale tipo sotto la scapola sinistra comparso improvvisamente e durata una ventina di minuti, con impossibilità di movimento. TO16 LTC
44. Il dolore alla zona lombare è migliorato, meno intenso e pungente. TO16 CG 3
45. Un dolore lancinante sul fianco destro, cerco di sedermi, ma non riesco neppure ad appoggiare la parte di destra.

- Il forte dolore mi fa urlare, non riesco a capire cosa sia successo. Non riesco a stare seduta, non riesco ad alzarmi, sento sollievo solo se mi sdraio. TO16 CG 9
46. Dolore muscolare ai fianchi bilaterale. TO16 MM 9
 47. Il mio dolore sacrale del mattino è quasi scomparso a dx e ridotto a sx e la schiena è meno rigida TO16 MM 3,4,6
 48. E' comparso un dolore puntorio a livello della scapola sinistra. TO16 VR 1-7

ESTREMITÀ

49. Sensazione di rigidità alle dita soprattutto nello scrivere o suonare la chitarra; a volte le dita si bloccavano quasi, a volte mi scappavano gli oggetti dalla mano come se non li sentissi. A volte formicolio, come perdita di sensibilità. TO16 DT 8-30
50. Pulsazione, come se il muscolo si muovesse per conto suo, al pollice sx che non si risolveva muovendo il braccio né massaggiando. TO16 MM 1
51. Ricomparsa dopo anni di un dolore alla spalla dx. Si tratta di dolore concentrato in un unico punto della testa omerale, come da trauma acuto, peggiorato dalla pressione anche leggera e dal movimento di retropulsione dell'arto superiore. TO16 CV 4-6
52. Migliorato il mio dolore al braccio e alla spalla destra, che avverto specialmente quando alzo il braccio ed alla retropulsione del braccio. TO16 VR 1-7
53. Forte crampo al polpaccio sinistro, il dolore acuto mi ha fatto svegliare e urlare. Durato pochi secondi ma il polpaccio è rimasto dolente, contratto e duro per molte ore. Il dolore di questa notte è stato improvviso, ho provato una forte morsa su tutta la lunghezza del muscolo, dolore tirante, come se il muscolo fosse preso da una morsa. TO16 CG 2,3,17
54. Le gambe sono pesanti, dolore tirante nella parte posteriore, anche il polpaccio sinistro è contratto. TO16 CG 3
55. Dolore leggero ma continuo ai polpacci; la sensazione era di tante, piccole ma continue contratture del muscolo, desiderio di allungare la parte del polpaccio. TO16 CG 26
56. Lieve indolenzimento dei quadricipiti. TO16 DT 1
57. Crampo improvviso doloroso alla gamba destra, ho dovuto farmelo passare stirando la gamba. TO16 MM 2
58. Contrattura muscolare al terzo superiore della gamba sinistra. Ho dovuto massaggiare a lungo per farlo passare. TO16 MM 2
59. Pulsazione lievemente dolorosa al polpaccio sinistra per una decina di secondi, poi è scomparsa. TO16 MM 2
60. Stamattina, appena alzata, comparsa di dolore muscolare tipo accumulo da acido lattico al terzo superiore del muscolo quadricipite sinistro. Ho dovuto massaggiare per alleviarlo. TO16 MM 9

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

SONNO

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

SOGNI

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

CUTE

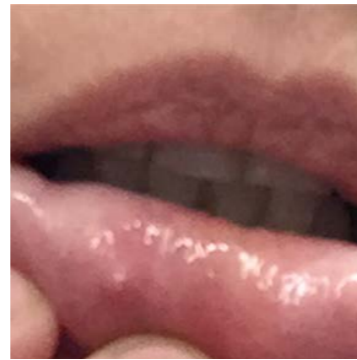
71. Prurito in varie parti del corpo. TO16 DV 15

NOTE

Prover CG

La vescicola comparsa al 5° giorno presenta “la punta è bianca con un po’ di liquido trasparente, la zona è leggermente gonfia e rossa; ho dato un leggero morso ed è scoppiata.”
 Al 7° giorno: Ore 13,00 ricomparsa all’interno del labbro destro rigonfiamento con punta bianca, lo sento con la punta della lingua, a differenza dell’altro giorno non sento bruciore.
 8° giorno: Ore 10,00 la piccola bolla bianca all’interno del labbro destro è ancora presente, oggi è più fastidiosa,

la sento più grossa, è arrossata e calda, guardandola ho notato che non è più bianca ma è trasparente, come se ci fosse del liquido. Ore 13,00 a pranzo masti-cando mi sono morsa l’interno del labbro ed è scoppiata. Ho sentito il liquido uscire, con notevole sollievo. Questa sera la bolla è di nuovo bianca, non è rossa e non è calda.



10° giorno: la bolla bianca all’interno del labbro destro è ancora presente, oggi assomiglia a un semino di sesamo. Non ho fastidio, si sente passando la lingua.

11° giorno: la bolla bianca all’interno del labbro destro è ancora presente, oggi è diventata trasparente, meno in rilievo.

15° giorno: la bolla bianca all’interno del labbro destro è ancora presente, tra sabato e domenica si è gonfiata soprattutto la parte intorno al semino bianco, sensazione di calore, molto rossa. Fastidio al passaggio della lingua. Oggi 17 ottobre il semino bianco si è trasformato in una bollicina con liquido trasparente al suo interno. Grande sensazione di gonfiore intorno alla bolla. Ore 13,30 mentre stavo mangiando è scoppiata, uscito il liquido interno, è rimasto un forellino, forte sensazione di bruciore e gonfiore.

Ore 17,30 la zona si è sgonfiata, non è più rossa, non sento bruciore.

Il sintomo è ricomparso al 37°, 38° e 39° giorno.

Prover DV

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

Prover DT

La distrazione permane fino al 40° giorno.

Prover EF

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

Prover MM

Il dolore pulsante come se il muscolo si muovesse per conto suo, al terzo inferiore del tratto dorsale, è comparso dopo 4 ore dalla 1a assunzione; ero seduta sulla sedia ed è ricomparso attenuato alla sesta ora per un minuto in ortostatismo, stessa sede.

Si tratta della stessa pulsazione - come se il muscolo si

muovesse per conto suo - avvertita al pollice sinistro; questa durata circa 30 minuti dopo l’assunzione del rimedio.

Prover VR

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

NOTE E COMMENTI EMERSI DURANTE IL SEMINARIO CONCLUSIVO

CG

A livello fisico mi ha molto colpito la violenza del dolore, ad esempio per quanto riguarda i crampi al polpaccio, il dolore lancinante al fianco destro, al collo; in molte occasioni ho urlato per il dolore.

Inoltre ho provato un sintomo per me nuovo, “la stitichezza che non mi è mai appartenuta e che adesso non c’è più”, che è durata molti giorni.” Questa stitichezza per me è un sintomo completamente nuovo emerso da quando ho iniziato ad assumere il rimedio per il proving. (Direi che adesso comprendo meglio chi racconta di questo problema!!!)” A livello mentale sono stata molto serena.

DV

Pensavo di aver assunto il placebo perché “non sentivo alcun sintomo”; in realtà mi sono poi accorta di averne sviluppati moltissimi, specialmente mentali.

(da notare che anche CG ha preso la 200CH, ma lei ha avuto soprattutto sintomi fisici).

Durante la settimana del proving c’è stato un episodio sul lavoro: arriva un cliente, abituale e molto particolare, che chiede e richiede le informazioni diverse volte, noncurante della coda che intanto si forma dietro di lui. Io penso al mio marocchino d’orzo con latte di soia che speravo di gustare caldo... Lui parla, parla, e mi arriva una sensazione di estraniamento.

Ho la sensazione di essere sul punto di scoppiargli a ridere in faccia, di una risata fragorosa, dentro di me ho questa forte sensazione, ma riesco a controllare; non mi era mia successo prima.

DT

Io non sono uno distratto, ma durante la settimana di proving e anche dopo, fino al 40° giorno circa, ho avuto nu-

merosi episodi di distrazione: ad esempio, al casello non ho visto la sbarra e ci sono andato contro; poi è rimasta distrazione ma solo “per le attività quotidiane...tipo non fai attenzione e sbagli strada...oppure dimentichi il codice della carta di credito.”. Nello studio invece tutto bene... sto preparando gli esami a Fisica e non ho problemi...

Inoltre ho avuto una “sensazione di rigidità soprattutto nello scrivere o suonare la chitarra...a volte le dita si bloccavano quasi...poi a volte mi scappavano gli oggetti dalla mano come se non li sentissi...a volte formicolio come perdita di sensibilità e poi appunto ti cadono le cose dalle mani.”

MM

È stato il mio primo proving. Quando me l’hanno proposto, ero incuriosita, ma titubante ... su ignoti sintomi da sperimentare! In teoria tutto sembra semplice, ma in pratica c’è il rischio di farsi suggestionare dall’entusiasmo o l’incapacità di riuscire ad osservarsi, non è affatto scontato. La mia partecipazione era genuinamente motivata: un’aspirante omeopata non può esimersi dallo sperimentare sulla propria pelle ciò che il genio di Hahnemann ha scoperto, esplorato, praticato e tramandato. È stata un’esperienza fantastica! Nell’era della medicina moderna ho avuto modo di sentire la forza della natura alla diluizione omeopatica nel mio corpo. Ho potuto leggere ciò che l’ignoto rimedio scriveva. Ogni giorno. Ho imparato ad osservare le mie sensazioni... cutanee, muscolari, articolari, organiche e mentali. Tutto questo nella normale quotidianità, senza cambiare alcuna consolidata abitudine. I sintomi nuovi rilevati e a suo tempo descritti, sono stati immediatamente riconosciuti ed esaminati nella mia modalità di presentazione. Nulla di insopportabile o di pericoloso. Durante l’assunzione del rimedio ho provato un benessere psicofisico significativo. Umore sempre buono, nonostante la presenza di antipatiche incombenze lavorative. Ho riscontrato di possedere una maggiore energia: affrontavo con maggiore entusiasmo la giornata, sentendo meno la necessità di riposarmi. Ma soprattutto è scomparso un dolore lombosacrale che compariva puntuale ogni mattina alzandomi dal letto! Questa vacanza terapeutica è durata settimane. Purtroppo è finita... e il dolore è ricomparso! Concludo con questo convincimento: nella Natura è insita la medicina per ogni malattia. Basta scoprirla per curare, ma bisogna provarla per poterla capire.

VR

Io sono sempre stata molto nervosa, non accetto i contrasti, se vengo contrariata o sono sotto stress per il lavoro, accumulo rabbia; e siccome non riesco ad esternarla per condizionamenti educativi, riverso tutto il nervosismo su di me e mi viene mal di stomaco ed inoltre alla sera sbot-

to con i famigliari; invece nella settimana di proving e nelle due successive sono stata più serena, più accomodante, non mi sono mai arrabbiata, sono riuscita ad affrontare i vari problemi e contrattempi della vita quotidiana senza provare rabbia, angoscia od ansia, mi sono sentita serena, come staccata, distante dalla realtà che mi circondava.

DISCUSSIONE

“L’insieme degli elementi di malattia che un farmaco è in grado di produrre può essere reso completo solo grazie a numerose osservazioni sulle persone adatte di entrambi i sessi e di varie costituzioni” (Hahnemann).

In questo modo un proving - “un’immagine di una malattia medicinale composita” - è data dalla somma di sintomi di molti sperimentatori della stessa sostanza, ciascuno contribuendo con i propri componenti caratteristici all’intera immagine di malattia.

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

Studio comparato dei sintomi

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

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

Sintomi legati alle pulsazioni:

a livello delle estremità

- sintomo 49 Pulsazione, come se il muscolo si muovesse per conto suo, al pollice sx che non si risolveva muovendo il braccio né massaggiando. TO16 MM 1

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

a livello del dorso

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

Sintomi legati a contratture e crampi a livello delle estremità:

- sintomo 53 Forte crampo al polpaccio sinistro, il dolore acuto mi ha fatto svegliare e urlare. Durato pochi secondi ma il polpaccio è rimasto dolente, contratto e duro per molte ore. Il dolore di questa notte è stato improvviso, ho

provato una forte morsa su tutta la lunghezza del muscolo, dolore tirante, come se il muscolo fosse preso da una morsa. TO16 CG 2,3,17

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Torino 2016	Verona 2015
<p>Pulsazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pulsazione, come se il muscolo si muovesse per conto suo, al pollice sx che non si risolveva muovendo il braccio né massaggiando. TO16 MM 1 - Pulsazione lievemente dolorosa al polpaccio sinistro per una decina di secondi, poi è scomparsa. TO16 MM 2 	<ul style="list-style-type: none"> - A letto, sveglia, è iniziata una pulsazione molto forte alla parte interna del ginocchio sx... era come avere un cuore lì, come se il cuore fosse lì. Non era doloroso, durato un paio di minuti. MCA 21 - Ho sentito dolore pulsante alla seconda falange dell’alluce dx. E’ durato 20-30 secondi. MCA 5,9 - Brevissimo pulsare alla base dell’alluce sinistro. MCA 7
<p>Crampi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forte crampo al polpaccio sinistro, il dolore acuto mi ha fatto svegliare e urlare (4). Durato pochi secondi ma il polpaccio è rimasto dolente, contratto e duro per molte ore. Il dolore di questa notte è stato improvviso, ho provato una forte morsa su tutta la lunghezza del muscolo, dolore tirante, come se il muscolo fosse preso da una morsa. TO16 CG 2,3,17 - Crampo improvviso doloroso alla gamba destra, ho dovuto farmelo passare stirando la gamba. TO16 MM 2 	<ul style="list-style-type: none"> - Crampi ai polpacci stirandomi. PLT 6,15 - Crampo al sartorio dx. PLT 18 - Crampi sotto la pianta del piede. PLT 15
<p>Contratture</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le gambe sono pesanti, dolore tirante nella parte posteriore, anche il polpaccio sinistro è contratto. TO16 CG 3 - Dolore leggero ma continuo ai polpacci; la sensazione era di tante, piccole ma continue contratture del muscolo, desiderio di allungare la parte del polpaccio. TO16 CG 26 - Contrattura muscolare al terzo superiore della gamba sinistra. Ho dovuto massaggiare a lungo per farlo passare. TO16 MM 2 	

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

Torino 2016	Verona 2015
<p>Contrattura</p> <ul style="list-style-type: none"> - In tarda mattinata forte tensione al collo, i muscoli sono tesi e duri, dolore mordente, simile a quello sentito al polpaccio. TO16 CG 4 - Piccola contrattura dorsale in sede paravertebrale dx al terzo superiore, durata qualche ora. TO16 MM 7 - Contrattura dolorosa dei muscoli a livello dorsale tipo sotto la scapola sinistra comparso improvvisamente e durata una ventina di minuti, con impossibilità di movimento. TO16 LTC - Il dolore alla zona lombare è migliorato, meno intenso e pungente. TO16 CG 3 - Un dolore lancinante sul fianco destro, cerco di sedermi, ma non riesco neppure ad appoggiare la parte di destra. Il forte dolore mi fa urlare, non riesco a capire cosa sia successo, Non riesco a stare seduta, non riesco ad alzarmi, sento sollievo solo se mi sdraio. TO16 CG 9 - Il mio dolore sacrale del mattino è quasi scomparso a dx e ridotto a sx e la schiena è meno rigida TO16 MM 3,4,6 	<ul style="list-style-type: none"> - E’ cominciato un dolore dal lato dx del collo a livello della seconda/terza cervicale, che scende lungo il collo ed alla spalla dx, quindi sotto la scapola dx, ed al lato della colonna, sempre a destra, tra questa e la scapola. Dolore acuto: spasmo-contrattura. MCA 14,15,17 - Alzando mia figlia mi sono bloccata con la schiena ed ho sentito un forte dolore lombare che si è irradiato alla gamba dx e sono quasi caduta in terra perché la gamba non mi sosteneva più. SC 32 - Tensione alla nuca fino all’occipite, come una rigidità. Dolore tirante. GF 3,4

A livello cutaneo e mucoso uno sperimentatore, che non aveva mai avuto manifestato l’herpes né aveva contratto la varicella, ha sviluppato ripetutamente e per lungo periodo la classica vescicola erpetica al labbro.

La descrizione dettagliata della lesione nella sua evoluzione e la documentazione fotografica è reperibile nella NOTA Prover CG

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

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

Torino 2016	Verona 2015
<ul style="list-style-type: none"> - Una piccola bolla bianca all’interno del labbro inferiore. La punta è bianca con un po’ di liquido trasparente, la zona è leggermente gonfia e rossa; ho dato un leggero morso ed è scoppiata (2). TO16 CG 5,7-15 <p>NOTE CG</p> <p>La vescicola comparsa al 5°giorno presenta "la punta è bianca con un po' di liquido trasparente, la zona è leggermente gonfia e rossa; ho dato un leggero morso ed è scoppiata."</p> <p>Al 7° giorno: Ore 13,00 ricomparsa all’interno del labbro destro rigonfiamento con punta bianca, lo sento con la punta della lingua, a differenza dell’altro giorno non sento bruciore e neanche</p> <p>Giorno 8° giorno: Ore 10,00 La piccola bolla bianca all’interno del labbro destro è ancora presente, oggi è più fastidiosa, la sento più grossa, è arrossata e calda, guardandola ho notato che non è più bianca ma è trasparente, come se ci fosse del liquido. Ore 13,00 A pranzo masticando mi sono morsa l’interno del labbro ed è scoppiata. Ho sentito il liquido uscire, con notevole sollievo. Questa sera la bolla è di nuovo bianca, non è rossa e non è calda.</p> <p>10° giorno: La bolla bianca all’interno del labbro destro è ancora presente, oggi è diventata trasparente, meno in rilievo.</p> <p>15° giorno: La bolla bianca all’interno del labbro destro è ancora presente, tra sabato e domenica si è gonfiata soprattutto la parte intorno al semino bianco, sensazione di calore, molto rossa. Fastidio al passaggio della lingua. Oggi 17 ottobre il semino bianco si è trasformato in una bollicina con liquido trasparente al suo interno. Grande sensazione di gonfiore intorno alla bolla. Ore 13,30 mentre stavo mangiando è scoppiata, uscito il liquido interno, è rimasto un forellino, forte sensazione di bruciore e gonfiore.</p> <p>Ore 17,30 la zona si è sgonfiata, non è più rossa, non sento bruciore.</p> <p>Il sintomo è ricomparso al 37°, 38° e 39° giorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gonfiore al centro del labbro inferiore che mi punge un poco, come se mi stesse per venire un herpes. GF 3,4 - Ho una bollicina sul labbro inferiore. GV 2 - Il labbro inferiore ha 2 crosticine dell’herpes, che si spellano. GF 5-8 - Mi è uscita una vescicolina sul labbro inferiore a destra. SC 11 - Sento un dolore pungente al labbro superiore e mi accorgo che ho una vescicolina erpetica. GF 11 - La vescicoletta erpetica asciugandomi dopo aver lavato il viso sanguina. E’ veramente strano in 10 giorni è la terza eruzione erpetica che mi viene attorno alla bocca. GF 12,13 - Prurito sul mento sotto l’emilabro inferiore sx. Temo un herpes. Avverto grande sensazione di secchezza in sede. VT 9 - L’herpes si evidenzia sotto il labbro sulla sinistra, ma senza né prurito, né bruciore, né con l’eruzione solita (grosse vescicole ed espansione), ma si riduce in fretta a zona molto rossa con piccole crosticine. VT 10 - Eruzione erpetica sul labbro superiore a sinistra, vicino alla commessura. Insolita posizione per me. Decorso insolitamente veloce, già con crosta la sera. VT 23 - All’angolo sx del labbro ho una piccola chiazza rossa tondeggiante con un taglietto al centro e con una piccola bollicina bianca, come un piccolissimo foruncolo, di consistenza dura, come un granello di miglio. L’ho spremuta, è venuta via, dopo qualche ora è ritornata. GC 18,19 - Specie di fornicolo al viso ed alle mani che mi prende dopo aver assunto le gocce. E’ come la sensazione di essere stato a contatto con l’ortica; una specie di lanetta che coinvolge anche gli occhi. LG 1-8

Sintomi riferentesi a retto e feci (Tab.4)

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

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

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

A livello genitale: (Tab.5)

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

Tab.5. Confronto tra esperienze distinte a livello genitale

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

Manifestazioni cefalalgiche hanno colpito con insi-stenza diversi provera (Tab.6).

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

Tab.6. Confronto tra esperienze distinte riferentesi alla cefalea

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

A livello oculare troviamo sintomi coerenti (Tab.7)

- sintomo 24 Fastidio all'occhio sinistro, appesantito, affa-ticato, anche chiudendo le palpebre, lo sento offuscato con difficoltà alla visione. TO16 DV 1-11
- sintomo 25 Occhi piccoli gonfi e pesanti come se si voles-sero chiudere con difficoltà nella visione sia da lontano che

da vicino. TO16 DV 1-9

- sintomo 26 Sensazione di avere le borse sotto gli occhi, visivamente si nota una colorazione bluastra un po' più scura del normale. TO16 DV 5
- sintomo 27 Maggior consapevolezza degli occhi", un "sentire" di più gli occhi, soprattutto la parte circolare dell'orbita. TO16 DT 1

Tab.7. Confronto tra esperienze distinte a livello oculare

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

- Il sonno è apparso modificato durante la somministrazione di Herpes virus 1, essendosi evidenziati sintomi a 3 su 8 verum**
- sintomo 62 Sonno agitato, molto leggero e non riposante, percepisco quello che succede intorno a me. TO16 DV 1-10
 - sintomo 63 Risvegli come di soprassalto come dopo un incubo alle ore 4 per tutta la settimana. TO16 DT 1-7
 - sintomo 65 Di notte numerosissimi risvegli con difficoltà di addormentamento fino alle 5 del mattino. TO16 VR 1

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

Tab.8. Confronto tra esperienze distinte riferentesi al sonno

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

A livello mentale abbiamo potuto evidenziare sintomi coerenti:

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

Tab.9. Confronto tra esperienze distinte riferentesi alla distrazione

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

Due proverbs hanno riportato episodi di **premonizione e di falsa percezione della realtà** (Tab. 10)

- sintomo 7 Ho avuto l'impressione come se ci fosse qualcosa cui prestare attenzione che in realtà non c'era. Sensazione come se fossi appena in tempo per fermarmi, con batticuore per paura di non aver visto l'ostacolo. TO16 DV 6 h9
- sintomo 16 Episodi di "premonizione" cioè ho pensato ad una cosa o ad una persona e in giornata la cosa si è avverata o la persona si è presentata inaspettata. TO16 VR 4,5
- sintomo 9 Sensazione di essere sul punto di scoppiare a ridere in circostanze serie, di una risata fragorosa. TO16 DV 4
- sintomo 10 Durante il proving mi è capitato di essere dispiaciuta di facciata, ma quasi provare piacere interiormente. TO16 DV 3-7

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

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

Alcuni proverbs dello studio patogenetico Torino 2016 hanno manifestato **agitazione e rabbia** (Tab. 11)

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONI

Il proving di Herpes Simplex 1, realizzato dalla Scuola "Similia Similibus" di Torino, ha soddisfatto gli obiettivi previsti. Abbiamo ottenuto numerosi sintomi patogenetici coerenti, e quindi di elevato valore, che potranno confermare il lavoro di altri gruppi, integrandoli con nuovi sintomi. Questo permetterà una più sicura prescrizione di questo nosode, la cui patogenesi comincia ad emergere: la conoscenza adeguata di un medicamento omeopatico si ottiene dopo più sperimentazioni e il ripetuto uso terapeutico.

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

Partecipare attivamente ad un proving, esperienza diretta dell'azione di un rimedio, permette di sviluppare e affinare la capacità di osservazione, qualità indispensabile nella pratica medica omeopatica.

Ringraziamenti

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

Bibliografia

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



XVI
congresso nazionale fiamo

Omeopatia tra scienza e pratica clinica

Temi Liberi

TORINO

16-17-18 MARZO 2018

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Manuela Sanguini
Gavina Costini
Vincenzo Falabella
Sara Mini
Massimo Rittatore
Antonella Ronchi
Chiara Scerna

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Giovanna Giorgetti
Giovanna Durante

Deadline invio abstract: 30 settembre 2017

Call for abstract: www.fiamo.it

INFORMAZIONI

Segreteria F.I.A.M.O. - Via C. Beccaria, 22 - 05100 Terni - Italia
e-mail: omeopatia@fiamo.it - tel/fax +39 0744 429900

SPAZI ESPOSITIVI CONGRESSO

INSERIMENTI PUBBLICITARI NELLA RIVISTA 'IL MEDICO OMEOPATA'

Giovanna Durante, tel. +39 347 6094735
email: gdurante@fiamo.it

www.fiamo.it

SPONSOR GOLD



Ricerca

Egidio Galli*, Gaetano Arcovito*, Salvatore Cirelli*, Sebastiano Di Salvo[^],
Vitoantonio Manzo* Piero Varano*, Vincenzo Falabella**.

Scuola E.M.C.- A.F.M.O. di Reggio Calabria

Herpes Simplex Virus I (HSV-I) Nosode

Proving 2015 Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica E.M.C. - A.F.M.O.

Lavoro presentato al XV Congresso Nazionale FIAMO - Reggio Calabria 24-26 marzo 2017, riveduto per la pubblicazione

RIASSUNTO

Introduzione

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

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

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

Materiali e Metodi

La sperimentazione effettuata in triplo cieco verso placebo è stata realizzata nel rispetto delle linee guida dell'European Committee for Homeopathy (ECH), e si è sviluppata nelle sue varie fasi lungo un periodo di 8 settimane. Il progetto ha richiesto la partecipazione di 1 Direttore (unico a conoscere la sostanza prescelta), di 1 Coordinatore, 6 Supervisor, 29 Sperimentatori, (17 donne e 12 uomini), dei quali 7 assegnati al placebo, 13 al rimedio alla 30 CH, 6 alla 200K e 3 alla MK.

La sostanza è stata fornita in flaconi di soluzione idroalcolica distribuiti con modalità random.

Il protocollo prevedeva, dopo una settimana di autoosservazione scritta, l'assunzione della sostanza con modalità standard per tutti i provers: 5 gocce sublinguali 4 volte al giorno, per massimo 7 giorni. Alla comparsa del primo sintomo con chiari aspetti di novità o modifica rispetto a come compare abitualmente, in accordo col proprio supervisore, l'assunzione andava sospesa. Segue un periodo di 6 settimane di autoosservazione con aggiornamento del diario di sperimentazione e periodici contatti con proprio tutor.

Si è proceduto inoltre ad effettuare una inedita ed approfondita analisi statistica dei risultati sperimentali.

Risultati

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

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

tato differenze statisticamente significative.

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

Discussione

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

Conclusioni

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

* Socio F.I.A.M.O. CALABRIA, Docente Scuola di Formazione E.M.C. - A.F.M.O.

[^] DAN F.I.A.M.O. CALABRIA, Docente Scuola di Formazione E.M.C. - A.F.M.O.

** Coordinatore Regionale F.I.A.M.O. CALABRIA, Coordinatore Didattico Scuola di Formazione E.M.C. - A.F.M.O.

° Coordinatore proving: egigalli@msn.com

PAROLE CHIAVE

Proving, placebo, sperimentazione omeopatica, herpes simplex virus tipo I

SUMMARY**Introduction**

In the period between May 17th and July 4th, the School [omissis], together with 1st and 3rd year students from the three-year training in Homeopathic Medicine and 1st and 2nd year students from the Advanced Training, realised a HERPES SIMPLEX VIRUS type I educational Proving, still in progress [omissis].

This is our fourth purely educational experimentation, relying on an experienced team of conductors, whereas many of the investigators had already taken part to one or more Proving.

The nosode that has been used, HSV-I, has recently been subject to other experimentations, so the confrontation of the different results in the obtained pathogenesis could be particularly interesting: it may (or may not) validate the symptomatology provided through classic homeopathic methodology and promote its therapeutic application.

Materials and Method

The triple-blinded vs. placebo experimentation has been realised in compliance with the guidelines of the European Committee for Homeopathy (ECH), and has developed its stages through an eight-week period. The project has required the participation of 1 Director (the only one to have knowledge of the selected substance), 1 Coordinator, 6 Supervisors, 29 Investigators (17 women and 12 men), of which 6 were assigned to the placebo, 13 to the remedy to 30CH, 6 to the 200K, and 3 to the MK. The substance has been provided and randomised in bottles of water-alcohol solution.

As provided by the protocol, after one week of self-observation, the substance has been taken in a standardised way by all Provers: 5 sublingual drops 4 times a day, for 7 days. In the event of any new or unusual symptom, the taking was suspended. Afterwards, a six-week self-observation period followed, together with the updating of the experimentation journal and regular contact with the respective Supervisor.

In addition, an in-depth statistical analysis of the experimentation results was carried out.

Results

The experimentation has provided confirmatory symptoms compared to those obtained with other proving, but also new symptoms that had never been observed before. In addition, some of them have shown an interesting correlation with the biological and pathophysiological features of the morbid herpes simplex virus manifestations. The significantly wide pathogenesis reported by subjects taking the placebo must be considered, too, also in terms of resemblance with the symptoms occurred among subjects that had taken verum.

The application statistics for a quantitative outcome between verum and placebo results (T test) has been particularly thorough and, for some aspects, rather surprising. The difference has reached statistical significance for the mental symptoms (an average of 14,4 symptoms among placebos and 7,4 among verums). The quantitative distribution of the symptoms under the repertorial subdivision has shown no significant statistical differences.

A summary of the most meaningful set of symptoms among Provers, for both recurrence and intensity, has shown: mental and physical symptoms of sexual excitement, drowsiness or unusual forgetfulness, marked asthenia or great vitality, various kinds of headache, itching sensations or stiff/sharp pain affecting different parts of the body, painful calves and knees.

Discussion

The educational Proving, that has been carried out as scrupulously and objectively as possible, has certainly provided interesting results, but has also pointed out the limits and contradictions of the traditional experimental homeopathic methodology. It is believed that the contribution of the quantitative statistical analysis of the Proving data should be made a mandatory routine in the process of confrontation and validation of the obtained results for Pure Experimentation, the cornerstone of Homeopathic Medicine, following criteria of major scientific evidence as rightly demanded by the Medical Community.

Conclusions

The new experimentation on Herpes Simplex Virus Type I has contributed to the widening of knowledge in the field of pharmaceutical homeopathic and has confirmed the need for annual experimentations during the training path of Homeopathic Medicine School students, preferably in collaboration with other national and international teaching centres, so

to promote personal experience and self-knowledge, the essential starting point for an effective care and understanding of the Other.

KEYWORDS

Proving, placebo, Herpes Simplex Virus type I.

INTRODUZIONE

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

Si tratta della quarta sperimentazione pura didattica realizzata dalla nostra Scuola, avvalendosi quindi di uno staff di conduttori già con buona esperienza nei rispettivi ruoli, mentre la maggioranza degli sperimentatori avevano già partecipato ad uno o più proving. La sperimentazione in triplo cieco (Coordinatore, Supervisor, Sperimentatori) versus placebo (25%) è stata realizzata nel rispetto delle linee guida dell'European Committee for Homeopathy (ECH) e dell'European Central Council of Homeopaths (ECCH), i Comitati Europei per l'Omeopatia Classica che si occupano di promuovere i più elevati standard d'insegnamento e formazione, ed in osservanza della metodologia Hahnemanniana descritta nell'Organon.

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

ca omeopatica e favorirne l'applicazione terapeutica.

Il Virus:

L'agente infettante è l'HSV (herpes simplex virus), esistono due tipi di herpes virus umani, il tipo 1 e il tipo 2. Si tratta di virus relativamente grandi e complessi dotati di una molecola di DNA a due filamenti la quale ha la capacità di codificare da 50 a 80 proteine. La capacità replicativa di questo virus si esplica con il montaggio del nucleo nelle cellule e successivamente il rilascio per gemmazione attraverso la membrana cellulare, rimanendo però avvolti in porzioni di membrana citoplasmatica e nucleare. Da una serie di test compiuti sui DNA dei vari tipi di herpes si è evidenziato che non vi è alcuna parentela per quanto riguarda antigeni ed omologia. Fanno eccezione i due herpes simplex che sono invece molto simili tra loro. Cenni clinici:

L'herpes simplex è un'infezione virale già descritta dagli antichi Egizi e caratterizzata da una o più lesioni primarie localizzate nella zona in cui il virus si è introdotto nell'organismo. Altra caratteristica sono i periodi di latenza virale e la successiva tendenza a recidive che di norma compaiono nello stesso punto dove è comparsa la lesione primaria. Viene trasmesso attraverso le secrezioni orali o piaghe sulla pelle, può essere diffuso attraverso baci o condivisione di oggetti come spazzolini o utensili per mangiare. Occorre evidenziare che chi è affetto da herpes genitale non svilupperà mai una recidiva nella zona orale e viceversa a patto di non infettarsi successivamente anche in quella zona. Occorre precisare che il rischio di autoinfezione in una altra zona del corpo (ad es. trasportando il virus con la propria mano) è maggiore durante l'infezione primaria e decresce con il tempo. La riattivazione di un'infezione latente provoca, in genere, una o più vescicole

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

Diagnosi:

Di norma non è difficile per un medico riconoscere le lesioni a colpo d'occhio (data la loro specificità), ma esistono varie possibilità di diagnosi clinica. Si possono osservare al microscopio campioni delle lesioni per ricercare cellule giganti polinucleate, i cui nuclei conterranno inclusioni eosinofile. I campioni possono anche essere colorati con antisieri specifici marcati con fluorescina formando così un complesso fluorescente quando illuminato con raggi ultravioletti. Occorre però precisare che le due varianti del virus appaiono al microscopio elettronico troppo simili per poter essere distinte. Attualmente il sistema più sicuro e collaudato è l'isolamento del virus da una coltura cellulare. L'HSV cresce molto bene in una ampia varietà di linee cellulari fibroblastiche ed epiteliali. La replicazione virale causa la degenerazione e la distruzione delle cellule cosa che rende sicura la diagnosi. Altre possibilità sono offerte dalle moderne tecniche PCR.

Cura allopatrica:

Attualmente il trattamento allopatrico

d'elezione consiste nella somministrazione di aciclovir, valaciclovir o famciclovir sia nella formulazione topica che in quella orale. Alcuni studi sembrano dimostrare che la formulazione topica sia di scarsa efficacia ma gli studi sono controversi. Nei pazienti che realizzano più di 6/8 recidive nel corso di un anno si ha l'indicazione per un trattamento soppressivo di lunga durata (6 o 12 mesi) con lo scopo di dilatare il tempo tra le recidive. Attualmente è anche disponibile un vaccino che garantisce buona copertura contro le recidive ma è inefficace come protezione dall'infezione primaria. Nel caso del trattamento con aciclovir è assolutamente necessario intraprenderlo al più presto possibile, possibilmente durante la fase prodromica. Se non si dispone di farmaci un primo o trattamento (abbastanza empirico) può consistere nell'applicare per circa 1 minuto un cubetto di ghiaccio sulla zona "formicolante" rimuovendolo e applicandolo nuovamente dopo 30 secondi. Il tutto per almeno mezz'ora. Questo metodo si basa su una caratteristica del virus: in laboratorio ha dimostrato di essere particolarmente sensibile al freddo.

MATERIALI E METODI**Disegno sperimentale del proving**

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

1 COORDINATORE: dott. Egidio Galli, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, libero professionista. Sovrintende alla corretta conduzione del proving, riceve settimanalmente

i sintomi raccolti da ogni Supervisore, ne verifica il lavoro e chiede e dà chiarimenti su ogni aspetto del proving, dei sintomi o di situazioni intercorrenti. Conserva e consulta tutte le schede dei Provers.

Decide insieme ai Supervisor e consultando il Direttore: l'interruzione dell'esperimento da parte del Prover, la somministrazione di un antidoto, il prolungamento o la ripresa dell'assunzione del rimedio. Preposto alla elaborazione finale del proving in base a tutti i dati provenienti dalle interviste e dai diari.

6 SUPERVISORI:

Dott. Gaetano Arcovito, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, dirigente medico.

Dott. Salvatore Cirelli, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, dirigente medico.

Dott. Sebastiano Di Salvo, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, dirigente medico.

Dott. Egidio Galli, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, libero professionista.

Dott. Vitoantonio Manzo, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, dirigente medico

Dott. Piero Varano, medico chirurgo, esperto in Omeopatia, già medico di M.G.

Realizzano una intervista omeopatica dei provers compilando una scheda pre-proving con sintomatologia attuale e pregressa, inoltre esprimono un giudizio sui requisiti di salute e attendibilità.

Mantengono contatti quasi quotidiani nelle prime 1-2 settimane o quando necessari con i provers assegnati a ciascuno, dilazionando poi nel periodo successivo, allo scopo di supportarli nell'interpretazione e chiarificazione dei sintomi nuovi, vecchi, curati, alterati e cogliere cambiamenti obiettivi

nel prover che egli può non notare, sottovalutare oppure al contrario enfatizzare.

Controllano le modalità di assunzione o sospensione del rimedio secondo il protocollo, comunicando sempre col Coordinatore per aggiornarlo e assicurando così la sicurezza del proving. Hanno divieto assoluto di comunicare tra loro i dati riguardanti l'esperimento in corso.

Al termine del proving estraggono dal diario di sperimentazione i sintomi significativi numerati e completi di: sigla del prover, tempo di comparsa, classificazione del sintomo, segnala inoltre segni oggettivi da loro stessi rilevati e infine effettuano una valutazione personale sul prover, trasmettendo poi il tutto al Coordinatore. Ogni supervisore ha una sigla identificativa, così come ogni prover, formata dalle proprie iniziali e seguita dall'anno di nascita, se necessario per distinguere.

29 PROVERS:

Di essi 7 (25%) hanno assunto il placebo, 13 il rimedio alla 30 CH, 6 alla 200 K, 3 alla MK.

E' stata fatta da parte dei Supervisor una accurata iniziale visita medica agli sperimentatori rispettivamente assegnati, con intervista omeopatica secondo i criteri e il modello E.C.H. (European Committee for Homeopathy), valutazione delle eventuali analisi emato-cliniche, successivo giudizio di inclusione dei partecipanti al proving, quando ritenuti in buon stato di salute.

I soggetti, allo stato sperimentatori sani, 16 donne e 13 uomini, allievi dei Corsi di Formazione Base di Reggio Calabria e di Catanzaro e del Corso di Perfezionamento di Reggio Calabria, organizzati dalla Scuola EMC- AFMO presso i rispettivi Ordini dei Medici, sono provenienti dalle provincie della

Calabria e da quella di Messina. Il range di età è compreso tra i 31 ed i 65 anni e sono tutti medici, medici veterinari, farmacisti e odontoiatri.

Tutti i partecipanti non presentano al momento di accesso al proving significativi sintomi patologici fisici e/o psichici e non effettuano trattamenti farmacologici, ad eccezione di alcuni provers con patologie croniche in stato di stabile compenso generale. Tutti gli sperimentatori sono stati valutati come persone sincere, affidabili, con buona capacità di espressione delle esperienze personali, non soggetti all'epoca di inizio della sperimentazione a cambiamenti di lavoro, a spostamenti di domicilio o importanti eventi stressanti in genere. Soddisfatti i criteri di inclusione, essi hanno firmato il consenso informato al proving e ricevuto il diario di autosservazione prima, durante e dopo l'assunzione del rimedio sperimentale verum o placebo consegnato contestualmente. E' fatto divieto ovviamente di comunicare tra loro dati relativi all'esperimento.

Particolare cura è stata posta nella preparazione dei provers. Numerose ore di lezione sono state dedicate allo studio della dinamica e della metodologia della sperimentazione, alle istruzioni ed esercitazioni per la corretta compilazione del diario e classificazione dei sintomi, uso del linguaggio naturale non medico, gestione dei fattori interferenti o disturbi intercorrenti, stile di vita e alimentazione, comunicazione tra i diversi attori del proving; il tutto è stato ribadito in un seminario pre-proving.

Si è proceduto inoltre ad effettuare una inedita ed approfondita analisi statistica dei risultati sperimentali volta ad analizzare in modo scientifico i dati ottenuti con particolare riguardo al rapporto tra i sintomi verum e placebo con il Ttest di Student.

Elenco dei provers con sigle identificative e potenza usata:

1- MT MK
2- LP 200K
3- AD 30 CH
4- BM 30 CH
5- MCA 30 CH
6- LM 79 30 CH
7- LS 60 30 CH
8- MC 200K
9- IC 30 CH
10- AG PLAC
11- GC 200K
12- GV 200K
13- FT 30 CH
14- ER 200K
15- FR MK
16- SP PLAC
17- LM MK
18- PM 85 200K
19- RG 30 CH
20- ID PLAC
21- ACI PLAC
22- ACA 30 CH
23- MTB 30 CH
24- PS 52 PLAC
25- GM 30 CH
26- AS 30 CH
27- MM PLAC
28- CR PLAC
29- GG 69 30 CH

Periodo di autosservazione pre-rimedio: 7 giorni (dal 17/5/2015 al 23/5/2015)

Periodo di autosservazione ed assunzione del rimedio (verum o placebo): 7 giorni (dal 24/5/2015 al 30/5/2015).

Periodo di autosservazione post assunzione rimedio: 5 settimane / 35 giorni (dal 31/5/2015 al 4/7/2015).

Si è sperimentato il nosode Herpes virus di tipo 1 (HSV1) in tre diverse diluizioni in soluzione idroalcolica: 13

flaconi alla 30 CH, 6 flaconi alla 200 K, 3 flaconi alla MK.

7 soggetti placebo, una rinuncia alla sperimentazione (uomo) 1 diario smarrito

5 provers placebo, 3 donne, 2 uomini 22 soggetti verum, 3 rinunce (2 uomini e una donna) + un diario smarrito (donna)

18 provers verum = 11 donne, 7 uomini Nessun abbandono durante la sperimentazione

22% placebo; 78% verum (considerando rinunce/smarrimento)

Placebo: 60% donne

Verum: 61% donne

Placebo: età media 47,6 aa

Verum: età media 48,05 aa

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

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

Sintesi del protocollo

• Visita medica iniziale con eventuali esami di laboratorio

• Intervista omeopatica secondo il modello E.C.H

• Valutazione dei provers secondo i criteri di inclusione standard (salute, affidabilità, terapie, abusi, stress, (nei 2 mesi precedenti)

• Consenso informato

• Lezioni sulla dinamica e la metodologia della sperimentazione.

• Istruzioni ed esercitazioni sulla compilazione dei diari, la classificazione dei sintomi per tipo ed intensità, l'uso del linguaggio naturale, la gestione dei fattori interferenti e degli stati acuti, lo stile di vita e l'alimentazione, la comunicazione tra i diversi ruoli funzionali del proving.

• Seminario pre-proving.

• Rimedi in soluzione alcolica al 18%, verum secondo H.A.B

• Identificazione in codice di rimedi e provers

• Assegnazione dei rimedi in modalità random

• Consegna dei diari di sperimentazione

• Periodo di autosservazione pre-rimedio di 7 giorni,

• Periodo di assunzione del rimedio, 5 gocce (dinamizzate 10 volte) 4 volte /die fino a 7 giorni o comparsa di sintomi sperimentali,

• Si sospende l'assunzione della sostanza alla comparsa del primo sintomo – sia fisico, che mentale/emozionale – sufficientemente rilevante ed inusuale dopo valutazione del supervisore che informerà il coordinatore per decidere insieme la eventuale sospensione entro le successive ore sulla base della anamnesi.

• L'assunzione della sostanza sarà comunque sospesa al termine dei 7 giorni stabiliti. E' bene evitare l'assunzione di cibo, alcolici, fumo, caffè e simili per 30 minuti prima e dopo ogni assunzione. I sintomi/ segni insorti dovranno essere regi-

strati sul diario giornaliero fornito indicando l'ora di inizio e remissione. In questa fase il prover è in contatto via mail o telefonico giornaliero con il Supervisore che a sua volta relazione al Coordinatore. Successivamente i contatti possono diradarsi in modo concordato secondo le esigenze.

- Periodo di autosservazione post-remedio di 5 settimane/35 giorni,
- Contatti frequenti dei proverbs con il proprio tutor che a sua volta relazione al Coordinatore
- Segue a breve termine un primo incontro post-proving per esaminare e valutare il lavoro svolto, vengono restituiti i diari di sperimentazione. In un secondo incontro circa 6 mesi dopo viene rivelato il rimedio utilizzato, verificati sintomi potenzialmente ancora correlabili al proving, discussa e confrontata l'esperienza individuale e collettiva.
- I dati presenti nei diari del proving vengono verificati e da essi i Supervisor estrapolano una serie di sintomi significativi che vengono consegnati insieme ai diari, alle interviste pre-proving e ai loro commenti a un Comitato di studio della sperimentazione, formato da 2 docenti della Scuola, che sviluppa e completa il lavoro di elaborazione.

Criteri di inclusione tra i sintomi validi

- 1) prossimità temporale rispetto alla assunzione del rimedio sperimentale.
- 2) sintomi riconosciuti con certezza dal prover
- 3) sintomi insoliti sorprendenti e rari
- 4) sintomi descritti, modalizzati e classificati con sufficiente chiarezza, completezza e tempestività.
- 5) sintomi con modalità o concomitanze caratteristiche e ripetute
- 6) possibilità di discriminare in base ai dati anamnestici, al diario ed ai contatti col prover se i sintomi sia-

no a lui abituali o ricorrenti oppure riconducibili solo al rimedio sperimentale.

- 7) non interferenza di eventi o fattori contingenti quali dispiaceri, stress emotivi, assunzione di farmaci, patologie acute, abusi vari, che possano inquinare il quadro sperimentale.
- 8) ricorrenza in altri proverbs.
- 9) confronto con altre sperimentazioni pubblicate, Materie Mediche accreditate, Repertori.

Criteri di esclusione:

- Sintomi comuni, molto dubbi, che il prover ritiene usuali per lui, recenti (RS).

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

- ns nuovo sintomo, mai avuto prima
 - rs sintomi recenti, presenti attualmente o nell'anno precedente l'assunzione della sostanza sperimentata.
 - os vecchio sintomo, avuto in passato e ricomparso senza motivo dopo almeno 1 anno di assenza
 - as sintomo alterato, pre-esistente che si è modificato in qualche aspetto o modalità
 - cs sintomo curato, sintomo preesistente che è regredito
- classificazione per intensità in gradi da 1 a 5*
- 1 leggerissimo, 2 leggero /vago, 3 chiaro, 4 forte, 5 molto forte

RISULTATI

La sintomatologia espressa dai soggetti placebo non è riportata.

PATOGENESI

MENTE 1>10

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

idea fissa" NS4

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

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

- 2) FR g4 17.45 Stordimento NS2
- 3) FT g2-11 Benessere generale, mai avuto dopo incidente stradale del 13 maggio 2014. Gioiosa, fiduciosa nella vita come non succedeva da tantissimo tempo, sopporta meglio i piccoli malanni fisici ed è più tollerante. CS 2-3
- 4) GV g20 mattina, osserva i piedi della gente che cammina NS3
- 5) GV g20 pomeriggio, sensazione di vedere la gente che zoppica NS3
- 6) RP g2 pomeriggio comparsa di ansia, come se dovesse accadere qualcosa di brutto OS

RP g3 mattina ansia, come se dovesse accadere qualcosa di brutto OS

7) RP g3 pomeriggio: stanchezza con desiderio di stare sola (vedi generali) OS

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

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

MT g1 mattina dimentico di caricare il cellulare perdo i documenti dalla tasca della giacca

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

MT g3 pomeriggio: dimentica il rimedio a casa uscendo

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

MT g20 Ancora persi i documenti

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

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

GENERALI 11>12

11) RP g3 pomeriggio: stanchezza con desiderio di stare sola (vedi mente) OS

RP g4 mattina: stanchezza marcata (dopo l'assunzione delle 7 sospende secondo indicazione del supervisore) OS

RP g6 mattina: al risveglio marcata astenia, voglia di stare con gli occhi chiusi e di dormire. Debolezza. Cefalea frontale. Stanchezza muscolare. (vedi testa) OS 4

12) MT g15 pomeriggio generali debolezza nel pomeriggio, tra le 17 e le 18, come per non aver mangiato < camminando, > dal riposo OS 3

13)

TESTA-FACCIA-VERTIGINI 13>25

14) RP g0 pomeriggio cefalea dopo arrabbiatura NS 2

15) RP g6 mattina: al risveglio marcata astenia, voglia di stare con gli occhi chiusi e di dormire. Debolezza. Cefalea frontale. Stanchezza muscolare. (vedi testa) OS 4

16) LM g12 Compare verso le 16,30 un dolore nevralgico sull'osso parietale sopra l'orecchio (circa 7 cm), a fitte regolari, di un'estensione di circa 2 cm di diametro, con intervalli di circa 7-8 secondi; l'intensità aumenta fino a sera, fino al momento di addormentarmi e dalle 20.00 in poi provoca persino un leggero spasmo involontario che porta alla rotazione della testa controlateralmente verso sx. Nella notte mi capita di svegliarmi e il dolore riappare. NS 4-5

LM g13 Mal di testa lieve generalizzato, permane il sintomo nevralgico con

latenza sempre maggiore fino a sera. LM g14 Il sintomo è sparito ma permane un leggero mal di testa.

LM g15 mattina Riprendo il rimedio dopo 2 gg di sospensione.

17) FR g2 19.40 dolore testa a livello frontale come delle fitte tipo spine NS2

18) FR g3 18.57 mal di testa lato destro, durato poco, si irradia verso l'occhio. OS3

19) FR g4 13.00 mal di testa frontale pulsante e tira sugli occhi OS2

20) FR g5 17.00 prurito testa NS2

21) FR g7 12.44 dolore tempia sinistra OS1 (pulsante)

22) BM g1 h23m30 vertigini nel coricarsi, tutto gira intorno, di breve durata.

23) LM g10 pomeriggio brufolo sottocute sulla rima labbro sup.(sx) dolente, gonfio, calore generalizzato al labbro (dalle 16,00 circa) NS2

24) GG g8 h 10,38 difficoltà all'apertura della mandibola (NS) dx. Una specie di rigidità muscolare. Sensazione di mal occlusione. NS3

25) MT B g1 17-20 "Labbro inferiore: taglietto" NS3

MT B g3 7-13 "Labbro inferiore: la ragade si è cicatrizzata" NS1

26) GV g3h22m45 bruciore intenso alle labbra come da contatto con peperoncino piccante, durato circa 2 minuti NS3

Occhi-Vista 26>30

27) MT g2-3 pomeriggio occhi rosore dopo il rimedio per circa 10 minuti

28) FR g0 19.15 occhi molto asciutti NS3

29) FR g0 20.30 dolore interno occhi (vecchio sintomo dolore pressorio, il più delle volte passa con il riposo, se continua perchè non ho la possibilità in quel momento di

riposare prendo un antinfiammatorio, che non ho preso in questa situazione). OS3

FR g1 10.45 dolore pressorio occhio sinistro OS3; occhi asciutti, ma meno.

FR g1 18.10 dolore interno occhio sinistro OS3

FR g2 12.00 occhi asciutti NS1

30) FR g4 17.15 senso di pesantezza occhi NS2

31) FR g4 18.29 tensione frontale e occhio sinistro, poi si spostava anche a destra OS2 §

Orecchie 0

Naso Bocca Denti 31>33

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

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

MT g6 pomeriggio bocca ascesso > rispetto a ieri 2 OS

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

Nel 2016 è stato asportato il granuloma

33) RP g0 14.25 bocca asciutta e appiccicosa NS

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

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

GOLA 34>36

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

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

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

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

37) FR g2 mattina mal di gola lato destro OS2

FR g8 mattina e pomeriggio mal di gola OS2

STOMACO 0

ADDOME 37>38

38) FR g1 12.00 dolore tipo spine si è spostato anche sull'addome, sempre a fitte NS4 (aggiunta su richiesta chiarimento: Era partito dalla schiena zona lombare e poi si era spostato sull'addome superiore e inferiore destro e sinistro)

39) FR g4 8.40 prurito su addome e schiena lombare NS1 °

FR g5 17.00 prurito addome, schiena e collo NS2

FECI-RETTO 0

ORGANI URINARI

Reni 0

Vescica 0

Prostata 0

Uretra 39>

39) GC g7 nel pomeriggio bruciore durante minzione NS2

Urine 40>

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

ORGANI SESSUALI 41>44

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

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

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

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

43) FT g7 migliorata la lubrificazione vaginale come mesi prima, quando aveva ciclo regolare CS2(?)

44) FT g30 ritorno flusso mestruale dopo diversi mesi

RESPIRO 0

TOSSE 0

TORACE 45>47

45) FR g4 8.40 comparso prurito sul petto, poi avambraccio destro e collo, gamba destra NS1

46) FR g4 11.35 fitta tipo spina seno destro NS3

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

APP. CARDIOVASCOLARE 0

COLLO DORSO LOMBI SACRO 48>54

48) MT B g2 7-12 "Dolore sopra rene destro come una fitta per circa mezz'ora" NS3

49) MT B g6 18-23 "Dolori muscoli del collo"NS4

50) MT B g20 8-12 "Dolori muscolari (collo a sx, ginocchio dx e schiena fascia lombare)" NS4

51) LS g1 Ore 7,05 dolore tra spalla e parte superiore della scapola sin. NS2

52) FR g1 11.50 dolore schiena lombare pulsorio destro, tipo spine che si spostano verso l'interno, poi si è localizzato su entrambi i lati, sempre a livello lombare. NS4

FR84 g1 19.20 dolore schiena lombare destro e sinistro, sempre a fitte, ma più leggero NS2

FR84 g3 19.40 fitte come spine a livello collo e lombare NS3

° vedi addome

53) FR84 g4 12.13 dolore collo che si estende alle spalle OS3

54) FR84 g4 20.00 prurito schiena lombare NS2

ESTREMITA' 55>67

55) MT g6-7 mattina ginocchio dolore iperestendendo ed alla pressione laterale laterali e alla rotula NS 2

56) MT g10 mattina dolore asp. interno lat. del ginocchio dx al primo movimento appena sveglio; > dal tenere l'arto al caldo. estende in basso e in alto. NS 2. Nel pomeriggio quasi scomparso

57) MT g17 al risveglio, piegando il ginocchio dx, dolore NS 2

MT g19 ginocchio dx dolore. faccia mediale sia estendendolo fino a bloccarlo che piegandolo NS 2

MT g20 mattina ginocchio che fa camminare con leggera claudicazione NS 3

MT g20 pomeriggio ginocchio che duole anche stando seduto, si avverte praticamente sempre NS 3

MT g21 devo trascinare il ginocchio sulla superficie del letto x muoverlo, durante la notte NS 3

MTg22 mattina il ginocchio duole camminando per tutto il tempo del passo, sia appoggiando che oscillando.

Pomeriggio dolore al ginocchio all'inizio del movimento e poi migliora dopo un po' di movimento (camminando); claudicazioen aumentata NS 3

MT g23 la mattina al risveglio posso girarmi solo se prima estendo la gamba dx bloccando il ginocchio NS 3.

Pomeriggio estremità il dolore al ginocchio < premendo alla rima articolare, aspetto mediale, come se fosse coinvolto il menisco mediale

MT g25 mattina dolore piegando o estendendo la gamba, > in posizione semiflessa NS 2 pomeriggio estremità camminando <, salendo e scendendo

le scale; in posizione seduta devo distendere la gamba in posizione semiflessa. NS 2

MT g30 il dolore al ginocchio è presente sia dorsiflettendo il piede ed estendendo la gamba, sia piegando passivamente la gamba. Il dolore si estende dalla rima articolare mediale lungo la fascia mediale, verso l'alto. NS 2

MT g36 dolore al ginocchio guidando MT g37 ginocchio rigido la mattina se non coperto la notte a letto

MT g39 dolore ginocchio > appoggiandolo sulla parte mediale e tenendo la gamba flessa a 90 gradi.

MT g43 estremità il ginocchio dx fa sempre male alla parte mediale, sia piegandolo completamente che estendendolo, > a 90 gradi; si irrigidisce con il riposo al freddo, > dopo un uso iniziale (che <). e < ancora dopo l'uso sostenuto.

Premendo sulla rima articolare mediale, dolore (menisco mediale, collaterale mediale). Anche (il collo del) la tibia è dolente al tatto in aspetto antero-mediale.

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

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

59) MT B g22 16-20 "Dolore ginocchio sx" NS4

60) MT B g22 16-20 "Dolore al ginocchio destro vicino al menisco, durante la flessione dell'arto" NS5

61) ADS g6a10 Dolore insistente martellante al ginocchio dx che migliora col movimento decrescente nei giorni successivi NS2

62) FR g1 11.20 dolore braccio de-

stro pulsante, avambraccio NS4

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

FR g3 19.10 prurito mano destra e poi gamba sinistra e ginocchio (sinistro) NS4

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

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

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

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

PELLE 68>69

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

La situazione si verifica in concomitanza col ciclo mestruale (iniziato al mattino) e si risolve dopo 7 gg.

69) ER g10a12 e ricomparsa g 18a23 e g32a38 NS macchie rosacee a forma di cerchi del diametro di circa 5 mm sulle gambe ed alcune sull'addome.

La situazione si verifica in concomitanza col ciclo mestruale (iniziato al mattino) e si risolve dopo 7 gg.

69) ER g10a12 e ricomparsa g 18a23 e g32a38 NS macchie rosacee a forma di cerchi del diametro di circa 5 mm sulle gambe ed alcune sull'addome.

La situazione si verifica in concomitanza col ciclo mestruale (iniziato al mattino) e si risolve dopo 7 gg.

69) ER g10a12 e ricomparsa g 18a23 e g32a38 NS macchie rosacee a forma di cerchi del diametro di circa 5 mm sulle gambe ed alcune sull'addome.

La situazione si verifica in concomitanza col ciclo mestruale (iniziato al mattino) e si risolve dopo 7 gg.

69) ER g10a12 e ricomparsa g 18a23 e g32a38 NS macchie rosacee a forma di cerchi del diametro di circa 5 mm sulle gambe ed alcune sull'addome.

La situazione si verifica in concomitanza col ciclo mestruale (iniziato al mattino) e si risolve dopo 7 gg.

MT g6 mattina sogno di una tettoia di vetro che protegge di (illeggibile) come una serra

MT g8 mattina sogno di torture. di una persona prigioniera di un gruppo di torturatori. nel sogno io temo di essere torturato anche io.

MT g9 mattina sogni vividi

MT g12 mattina sogni vivaci

MT g14 mattina sogno che il ginocchio sin e non il dx mi faceva male, raffreddandosi dopo essersi scoperto a letto la mattina nel dormiveglia in realtà la percezione è sbagliata, è il dx che fa male per essersi scoperto e essere stato al freddo della stanza

71) MT g20 mattina sogni vividi relativi alla mia prof medica, la paziente si dispera alla vista dei miei registri scolastici NS

72) MT g32 mattina sogno di volare (ricorrente)OS

73) sogno di essere deriso NS 2

74) PM g12 Sono steso per terra, paralizzato ma sveglio, non riesco a muovere nessun muscolo, nemmeno per respirare. Sento il senso di soffocamento salire fino a che mi sveglio di soprassalto, ansimando e gemendo, con la bocca secca. Ci metto circa 5 minuti a calmarmi.

75) FT g17 sogno (lo ricorda, sogna sempre ma non ricordava): smarrita in una città senza poter contattare i familiari, sogno angoscioso, simile a quelli fatti qualche decennio fa... OS 3-4

75) FT g17 sogno (lo ricorda, sogna sempre ma non ricordava): smarrita in una città senza poter contattare i familiari, sogno angoscioso, simile a quelli fatti qualche decennio fa... OS 3-4

75) FT g17 sogno (lo ricorda, sogna sempre ma non ricordava): smarrita in una città senza poter contattare i familiari, sogno angoscioso, simile a quelli fatti qualche decennio fa... OS 3-4

75) FT g17 sogno (lo ricorda, sogna sempre ma non ricordava): smarrita in una città senza poter contattare i familiari, sogno angoscioso, simile a quelli fatti qualche decennio fa... OS 3-4

75) FT g17 sogno (lo ricorda, sogna sempre ma non ricordava): smarrita in una città senza poter contattare i familiari, sogno angoscioso, simile a quelli fatti qualche decennio fa... OS 3-4

75) FT g17 sogno (lo ricorda, sogna sempre ma non ricordava): smarrita in una città senza poter contattare i familiari, sogno angoscioso, simile a quelli fatti qualche decennio fa... OS 3-4

75) FT g17 sogno (lo ricorda, sogna sempre ma non ricordava): smarrita in una città senza poter contattare i familiari, sogno angoscioso, simile a quelli fatti qualche decennio fa... OS 3-4

75) FT g17 sogno (lo ricorda, sogna sempre ma non ricordava): smarrita in una città senza poter contattare i familiari, sogno angoscioso, simile a quelli fatti qualche decennio fa... OS 3-4

75) FT g17 sogno (lo ricorda, sogna sempre ma non ricordava): smarrita in una città senza poter contattare i familiari, sogno angoscioso, simile a quelli fatti qualche decennio fa... OS 3-4

gruppi considerando tutti i sintomi o la loro classificazione per categoria (generali, mentali, locali) secondo il repertorio omeopatico Synthesis. Il confronto ha riguardato le categorie con maggior numero di sintomi (tutti i sintomi, i sintomi generali, i sintomi mentali, i sintomi delle estremità, la prima comparsa e l'ultima comparsa dei sintomi). Prima di ogni confronto statistico è stata confermata la distribuzione normale dei dati considerati calcolando l'asimmetria con Excel. L'asterisco * indica la significatività statistica.

provers

7 PLACEBO, una rinuncia alla sperimentazione (uomo); un diario smarrito;
5 provers placebo= 3 donne, 2 uomini
22 verum, 3 rinunce (2 uomini e una donna) + un diario smarrito (donna)
18 provers verum = 11 donne, 7 uomini
Nessun abbandono durante la sperimentazione
22% placebo; 78% verum (considerando rinunce/smarrimento)
Placebo: 60% donne
Verum: 61% donne
Placebo: età media 47,6 aa
Verum: età media 48,05 aa

DATI PLACEBO

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

ID (40) sospeso da giorno 2
SINTOMI 38; concentrati da g0 a g 39; sintomi insorti anche dopo

il 30 giorno
Mente 5
Generali 5
Testa 3
Occhi 1
Orecchie 3
Bocca 2
Faccia 1
Stomaco 2
Addome 2
Organi sessuali 1
Respiro 2
Cardiovascolare 2
Estremità 6
Pelle 1
Sonno-sogni 2

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

MM (31) sospeso al termine dei 7 gg di assunzione
SINTOMI 16 insorti tra g9 e g37
Mente 1
Generali 3
Testa 1
Orecchie 1
Occhi 1
Gola 1
Addome 1
Collo-dorso-lombare: 2
Estremità 4
Pelle 1
CR (49) sospeso dopo 7 gg di assunzione
Sintomi tra g1-g4
Sintomi totali 2
Mente: 2

DATIVERUM

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

MENTE 1

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

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

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

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

GC(47) 200 K
Sette gg di assunzione
Sintomi tra g0 e g10
Sintomi totali 15
MENTE 3
GENERALI 6
TESTA 1
OCCHI 1
STOMACO 2
URINARIO 1
ESTREMITA' 1

FT (58) 30 CH
Sette gg di assunzione
Sintomi da g1 a g37
Sintomi totali 20
MENTE 1
GENERALI 1

TESTA 2
OCCHI 1
ORECCHIE 1
BOCCA 3
GOLA 2
STOMACO 1
CARDIOVASCOLARE 1
GENITALE 1
SCHIENACOLLODORSO 2
ARTI 2
PELLE 2

RG(54) 30 CH
Nessun sintomo

GM(65) 30 CH
Nessun sintomo

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

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

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

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

SCHIENA: 1

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

LM (36) 30 CH
4 gg di assunzione
Sintomi da g8 a g20
Sintomi totali 12
GENERALI 1
TESTA 2
OCCHI 2
ORECCHIE 1
BOCCA 1
STOMACO 1
RETTO 1
TOSSE 1
SONNO 1
PELLE 1

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

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

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

APPARATO CARDIOVASCOLARE 1

GG (46) 30 CH
Sospeso al terzo giorno di assunzione per incidente (caduta da cavallo) con politrauma
Considerati i sintomi dei primi 2 gg
Sintomi totali: 10
MENTE: 1
VERTIGINE 1
TESTA 1
ORECCHIE 1
BOCCA 1
RESPIRAZIONE 1
APP. CARDIOVASCOLARE 1
SONNO E SOGNI 2
COLLO/DORSO/LOMBI/SACRO: 1

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

FIG. 1

FIG. 2

FIG. 3

Responder > di 1 sintomi
Non responder 0 o 1 sintomo

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

VERUM 134/18= 7.4

FIG. 4

FIG. 5

SINTOMI MENTALI VERUM/PLACEBO

Placebo 13/5 = 2.6 (4.8 superiori ai verum)

Verum 10/18= 0.55

FIG. 6

FIG. 7

FIG. 8

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

Se si confrontano i verum e i placebo rispetto alla prima comparsa ($p = 0.87$) o all'ultima comparsa dei sintomi ($p = 0.95$) non vi è differenza significativa.

L'analisi quantitativa dei dati relativi alla sperimentazione non permette di differenziare tra il gruppo verum e il gruppo placebo anche non considerando i non responder (0 o 1 sintomo) e la prover placebo con molti sintomi. **L'analisi è comunque limitata dal numero ridotto di sperimentatori (18 verum, 5 placebo).** Sarebbe utile valutare l'analisi quantitativa di proving analoghi e valutare se il semplice dato quantitativo può dare indicazione sulla qualità del proving.

DISCUSSIONE

La gestione ed elaborazione di una sperimentazione si conferma un impegno complesso che richiede una

fattiva collaborazione tra tutti i partecipanti nel rispetto del proprio ruolo e delle proprie competenze. Se dal punto di vista didattico il proving del nosode di Herpes Simplex Virus Tipo 1 si è confermato un'esperienza di grande utilità e di crescita per gli studenti, che vivono su di sé la meravigliosa evidenza dell'azione delle dosi ultramolecolari e dell'unità psiche-soma, nonché per la Scuola nel suo complesso, mentre sotto l'aspetto propriamente sperimentale i risultati sono stati forse inferiori alle aspettative. Dei 29 sperimentatori originari 4 hanno rinunciato nelle fasi preliminari per ragioni personali o di salute, di 2 si sono dispersi i diari cartacei (per cui in futuro passeremo a quelli in forma solo digitale, peraltro facilmente trasmissibili ai supervisori). Dall'analisi dei diari dei restanti provers risulta che 7 non hanno avuto alcun sintomo significativo mentre tra quelli che hanno assunto il verum abbiamo potuto estrapolare complessivamente solo 75 sintomi con buona o alta affidabilità, avendo scelto di applicare criteri di inclusione abbastanza severi. Sorprendentemente invece tra i 7 soggetti con placebo, 3 di essi hanno prodotto ben 72 sintomi (38 di un unico prover) e stranamente certi sintomi sono molto simili a quelli dei verum. Si tratta di un fenomeno già da noi osservato in altre esperienze e spesso riportato in sperimentazioni nazionali ed internazionali, che andrebbe meglio indagato (sincronicità? contagio psichico? trasferimento energetico dai flaconi verum adiacenti?). La distribuzione dei sintomi in ordine decrescente di frequenza è stata: TESTA-FACCIA-VERTIGINI ed ESTREMITA' (13), MENTE (10), SCHIENA (7), SOGNI (6), OCCHI (5), ORGANI SESSUALI (4), BOCCA e GOLA e TORACE (3), ADDOME e PELLE (2), URETRA e URINE

(1), nessuno a carico di altri organi o apparati. Nonostante la relativa scarsità numerica un certo numero di sintomi risulta abbastanza caratteristico e ripetuto tra i provers (a volte anche placebo!). Sintomi mentali e fisici di eccitazione sessuale, dolori tipo fitte o spine in molte parti del corpo, frequente stato di secchezza alle mucose e di prurito cutaneo, astenia fisica, grande benessere, dimenticanze, distrazione o ansia come dovesse succedere qualcosa di brutto a livello mentale., cefalee, accesso dentario, mestruazioni abbondanti o ritorno dopo molti mesi, dolori agli arti specie tipo gonalgia, bruciori e fissurazioni alle labbra, eruzioni orticarioidi, stranamente nessun caso di herpes, neppure a livello genitale, nonostante la grande somiglianza genica con il virus dell'Herpes simplex tipo 2. Anche la grande sensibilità al freddo del virus dimostrata in laboratorio non ha trovato corrispondenza nelle modalità generali. Particolarmente curata e per certi aspetti sorprendente è stata l'applicazione della statistica per un confronto quantitativo tra i dati dei verum e dei placebo (T test di Student). Si è calcolata e realizzata graficamente:

- 1) la distribuzione dei provers a inizio e fine della sperimentazione
- 2) il confronto tra responders/non responders alle potenze utilizzate e al placebo
- 3) il N° di sintomi per ciascuno e per la totalità dei provers verum e dei placebo
- 4) la distribuzione dei sintomi mentali tra i verum ed i placebo
- 5) la distribuzione per organi ed apparati dei sintomi in verum e in placebo sia complessiva che escludendo in non responders ed il soggetto placebo con molti sintomi.

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

CONCLUSIONI

Questa quarta sperimentazione didattica condotta dalla nostra Scuola si è realizzata nel solco della tradizione scientifica della Omeopatia Classica Hahnemanniana, che la considera un caposaldo essenziale sia per la formazione del medico omeopata sia perché necessario complemento all'applicazione clinica della Legge di Similitudine. La conoscenza dal punto di vista omeopatico di agenti microbiologici, come ad esempio l'HSV1, è sicuramente di notevole interesse pratico e terapeutico in un'ottica moderna in cui essi sono una componente essenziale dell'ecosistema in cui siamo immersi e con cui interagiamo in una condizione dinamica di equilibrio, soprattutto in una prospettiva medica in cui il terreno ed il substrato miasmatico sono di fondamentale importanza come quella omeopatica. Tuttavia le sperimentazioni pure di questa tipologia di rimedi hanno dimostrato una potenzialità patogena, seppure in rari casi, più elevata di quella abituale per altre sostanze del

mondo naturale, è stata quindi molto opportuna e prudente per la sicurezza dei provers, la scelta del Direttore di utilizzare potenze non troppo elevate e di far applicare rigorosamente la regola dell'interruzione del rimedio alla comparsa di sintomi significativi, grazie a questo alcune reazioni sono state solo più prolungate ma mai eccessive o lesionali e sempre del tutto reversibili. La sperimentazione del nosode HSV1 è stata progettata in collaborazione con la Scuola Omeopatica di Verona ma poi realizzata indipendentemente in tempi e con impostazione e potenze utilizzate leggermente diversi; questo consente di ottenere della informazioni comparative molto interessanti, soprattutto grazie ad un bacino di provers più ampio che consente una validazione più affidabile dei sintomi ottenuti e la possibilità di perfezionare la metodologia sperimentale. Si tratta quindi di una forma di condivisione tra le Scuole auspicabile sia per favorire una migliore conoscenza della farmacologia omeopatica che per promuovere una più stretta integrazione tra i centri di insegnamento del vero Sapere omeopatico, in un momento in cui l'interesse del mondo accademico verso la nostra Scienza, espresso anche dalla maggiore disponibilità all'accesso ad insegnamenti in sedi universitarie, seppur importante, rischia di determinarne uno scadimento qualitativo se affidato a docenti carenti in conoscenza teorica e soprattutto in esperienza clinica. Da sottolineare infine il contributo dell'Analisi Statistica quantitativa dei dati del proving che a nostro parere dovrebbe diventare una componente obbligatoria nel processo di confronto e validazione dei risultati ottenuti nella Sperimentazione Pura, cardine della Medicina Omeopatica, perseguendo così criteri di maggiore obiettività come giustamente esige la Comunità Scientifica.

Bibliografia

1. Organon dell'arte del guarire dott. C.F.S. Hahnemann, ed. LUIMO
2. Homeopathic drug proving guidelines, E.C.H. Bruxelles, 2004
3. Sherr Jeremy Y., *Le dinamiche e la metodologia della sperimentazione omeopatica*, ed. Salus Infirmorum
4. <https://www.graphpad.com/quickcalcs/ttest2/>
5. <http://www.real-statistics.com/tests-normality-and-symmetry/analysis-skewness-kurtosis/>
6. F. Schroyens, *The Essential Synthesis*, Archibel
7. Uyttenhove L., E.C.H. Subcommittee Proving –Standardization in homeopathic drug proving methodology- 63rd Congress of the LMHI, 2008, Oostende-Belgium
8. E. Galli, G. Arcovito, S. Cirelli, S. Di Salvo, V. Manzo, L. Pedrelli, P. Varano, V. Falabella, *Iris Versicolor - Proving 2010 Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica A.F.M.O.-E.M.C.*, Il Medico Omeopata n°50, p.18-25, F.I.A.M.O.
9. E. Galli, G. Arcovito, S. Cirelli, S. Di Salvo, V. Manzo, L. Pedrelli, P. Varano, V. Falabella, *Iris Versicolor - Proving 2011 Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica A.F.M.O.-E.M.C.*, Il Medico Omeopata n°53, p.38-45, F.I.A.M.O.
10. Falabella V., Segantini S., Arcovito G., Cirelli S., Di Salvo S., Galli E., Lanzara G., Pistelli E., Varano P., et al., *Proving of Culex Musca. 69th LMHI Congress, July 2014 Paris*
11. Riley D. *Homeopathic Drug Proving (HDP). Design for a randomized, double blind, placebo-controlled, homeopathic drug proving with a cross-over design.* Congresso LHMI Ostenda 2008
12. Benedetta Gobbi Frattini, Gustavo Dominici et al. *Scuola di Medicina Omeopatica di Verona quinto proving: nosode herpes virus di tipo 1.* XIV Congresso Nazionale FIAMO 2016

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

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



PHARMAZEUTISCHE FABRIK
DR. RECKEWEG & CO.
BENSHEIM



V-C 15 FORTE®

La ricarica per il fisico e per la psiche



COMPOSIZIONE

Acidum phosphoricum (8)	D3
Citrus medica limonum (1,3)	D1
Cocculus (12)	D5
Ginseng (6,7,9,10)	D1
Helonias dioica (2)	D5
Ignatia (11)	D5
Sepia (4)	D6
Zincum metallicum (5)	D6

IMPIEGO PREVALENTE

Manca di energia
Scarsa capacità di concentrazione
Stanchezza fisica
Psicoastenìa
Depressione reattiva
Disturbi da carenza di sonno

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

Si consiglia di assumere uno o due flaconcini al giorno, al mattino e metà pomeriggio, per un periodo di almeno 2 settimane.

Confezioni:

12 fiale bevibili da 10 ml
24 fiale bevibili da 10 ml



BIBLIOGRAFIA: 1 - Campanini E. - Dizionario di Fitoterapia e Piante Medicinali. Pagg. 129-131. Ed. Tecniche Nuove, Milano, 1998. 2 - Clarke J.H. - Dizionario di Farmacologia Omeopatia Clinica. Vol. 2, Pagg. 978-982. Nuova Ipsa Editore, Palermo, 1994. 3 - Heering C. - The Guiding Symptoms of our Materia Medica. Volume IV. Pagg. 228-230. Gregg Press Limited, England, 1967. 4 - Hordemann G. - Trattato di Farmacologia Omeopatia - Tomo III, Rimedi e Veleni del Regno Animale in Omeopatia. Pagg. 132-144. Nuova Ipsa Editore, Palermo, 1997. 5 - Hordemann G. - Trattato di Farmacologia Omeopatia - Tomo I, Rimedi Minerali e Chimici. Pagg. 159-165. Nuova Ipsa Editore, Palermo, 2004. 6 - Jang DU, Lee MS, Shin BC, Lee YC, Ernst E. Red ginseng for treating erectile dysfunction: a systematic review. Br J Clin Pharmacol. 2008 Oct;64(4):444-50. 7 - Jang HW, Seo UK, Kim JH, Lee SM, Park YK. Flower extract of Panax notoginseng attenuates lipopolysaccharide-induced inflammatory response via blocking of NF-kappaB signaling pathway in murine macrophages. J Ethnopharmacol. 2008 Dec 27; 8 - Nash E.B. - Fondamenti di Terapia Omeopatia. Pagg. 248-253. Ed. Solus Informum, Padova, 2000. 9 - Rasheed N, Tyagi E, Ahmad A, Sripurapu KB, Lahiri S, Shukla R, Palit G. Involvement of monoamines and proinflammatory cytokines in mediating the anti-stress effects of Panax quinquefolium. J Ethnopharmacol. 2008 May 8;117(2):257-62. 10 - Scaglione F, Ferrara F, Dagnano S, Fokki M, Santoro G, Freschini F. Immunomodulatory effects of two extracts of Panax ginseng C.A. Meyer. Disso Exp Clin Res. 1996;16(10):537-42. 11 - Tetzlaff M. - La materia medica omeopatia clinica e associazioni biotipiche. Pagg. 158-162. Nuova Ipsa Editore, Palermo, 1999. 12 - Vermeulen E. - Pisma The Arcana of Materia Medica Illuminated - Similes and Parallels Between Substance and Remedy. Pagg. 492-498. Entries by Publishers, Hazleton, 2002. 13 - Visalli N, Pulci R. Studio osservazionale sul complesso VC15 Forte. Omeopatia Oggi 37, pagg. 11-15, marzo 2007

Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate. Trattasi di indicazioni per cui non vi è, allo stato, evidenza scientificamente provata dell'efficacia del medicinale omeopatico, secondo l'art.120 comma 1-bis del DL.vo 219/2006.



dep. AIFA in data 27 febbraio 2009

Presidente del Centre Liégeois d'Homéopathie
Fondatore dei gruppi Homeopatia Europea (HE) Causticum e Petroleum

Cannelle, Yasco e Cash: tre casi veterinari

Lavoro presentato al XV Congresso Nazionale FIAMO - Reggio Calabria 24-26 marzo 2017, riveduto per la pubblicazione
Traduzione a cura di Antonella Ronchi, anto.ronchi@tiscali.it

RIASSUNTO

Lo scopo di questa relazione è triplice: innanzi tutto mostrare che l'omeopatia può avere un ruolo nella cura di malattie importanti. In secondo luogo dimostrare che approcci diversi possono condurci a un buon rimedio: una griglia repertoriale kentiana, una conoscenza della materia medica vagliata da anni di esperienza, quindi basata essenzialmente sull'affidabilità o anche una conoscenza recente, più moderna, sempre classica, ma basata sulla specificità, vale a dire sulla problematica centrale dei rimedi. E infine farvi scoprire dei nuovi modi per calcolare le nostre griglie repertoriali, che permettono di raggiungere risultati molto più efficaci.

SUMMARY

Three aims of this lecture: first of all to show that the homeopathy can have a role in the care of important illnesses. Then to demonstrate that different approaches can lead to a good remedy: a kentian repertorial scheme, a deepened knowledge of the materia medica, result of years of experience, therefore based essentially on the reliability or also a recent kind of knowledge, more modern, always classical, but based on the specificity, or rather on the core problem of each remedy. Finally to explain some new ways to calculate our repertorial schemes, that allows us to reach more effective results.

CASO CLINICO N. 1

CANNELLE, il cane pastore della Brie di Marie Claire, il mio primo caso di cancro "bloccato" con l'omeopatia. Marie Claire è originaria del mio stesso piccolo paese, abbiamo fatto tutti gli studi nella stessa scuola, sposata con Georges, hanno quattro figli e lavorano entrambi, amano il loro cane, ma non è la loro prima preoccupazione. Sono ecologisti e così scelgono senza esitare di affidarsi al loro amico veterinario omeopata.

Prima visita il 1° marzo 1988

La femmina di Pastore del Brie è nata nell'agosto 83 e ha avuto a un anno o due una cisti sul dorso eliminata chirurgicamente. La cicatrizzazione ha richiesto un tempo maggiore del normale. Da sempre Cannelle presenta problemi alle orecchie di cui i proprietari non si sono molto curati.

Presenta qua e là delle placche di scaglie grossolane su una pelle in generale un po' grassa. La carezza lascia dell'unto sulla mano.

La cagna ama molto il formaggio, ma rifiuta il latte. Non è golosa. Spesso se la prende molto comoda di fronte al suo piatto. Niente di rilevante riguardo alla sete.

Rispetto al tempo, Cannelle non ama per niente la pioggia, né la neve o l'inverno. Preferisce il caldo, non troppo lontano dalla stufa a legna, ma neanche addosso (siamo in inverno).

Spontaneamente Marie Claire mi racconta che la cagna ama la compagnia; i suoi calori sono assolutamente normali, meno banale è il poco interesse che la cagna gli rivolge. Ha paura dei rumori forti, soprattutto le litigate.

Non è mai aggressiva, non ha ringhiato nemmeno una volta nella sua vita.

Socializza con gli altri cani in modo anche esuberante. Non è gelosa. D'altro canto sembra inquieta quando, se non siamo a casa nostra, ci allontaniamo e sembriamo lasciarla.

Nel 1988 non ho ancora programmi informatici e non ho sempre il coraggio di fare una griglia repertoriale a mano. Scelgo Silicea 30 K che faccio somministrare 4 volte in 48 ore. Malgrado l'insuccesso netto di Silicea Marie Claire, o meglio suo marito, mi consulta il 15 novembre 1988 e la situazione è ben peggiore: la cagna presenta un tumore della mascella inferiore che imprigiona il canino inferiore sinistro... Cannelle ha 5 anni e mezzo!

Riprendo tutta l'anamnesi da zero, ed ecco quello che Georges mi racconta:

Cannelle nella cucciolata era la più piccola e da giovane era calma, gentile, paziente. A 8-9 mesi già presentava i problemi alle orecchie di cui poi ha sempre sofferto. Le piacciono le gaufres, il formaggio e il latte non le provoca alcun problema, ogni tanto ne prende (contraddizione con la prima anamnesi!!!). Invece apprendo che ha un vero orrore per le patate.

Sovente mangia in due riprese, una metà del cibo verso le 21 e il resto la mattina successiva. Non ama essere bagnata e ha orrore della pioggia.

La versione di Georges non collima affatto con quella che avevo raccolto da Marie Claire. Per lui, Cannelle tollera la neve e il freddo, apprezza il calore della stufa, ma è disturbata dal dall'eccesso di calore. Georges è sicuro che essa rifugga sia il caldo che il freddo, il che le fa spesso cambiare posto.

Se vengono degli ospiti, Cannelle viene a salutarli. E' molto gentile con i bambini, i nostri e i loro amici. Possono camminarle sulle zampe e lei non reagisce. Da sempre non mangia molto. Non è sterilizzata.

Georges mi conferma la difficoltà alla cicatrizzazione fin dall'asportazione della cisti sul dorso.

Il più delle volte, Cannelle sta ai nostri piedi, o nel corridoio per tenere sotto controllo tutti, se non siamo nella stessa stanza. Ha sempre paura che non la prendiamo con noi quando partiamo. Ha imparato subito i confini non recintati della proprietà e non li oltrepassa. Se la sgrido, si nasconde dietro a Marie Claire.

Dal punto di vista meteo l'unica cosa che proprio la imbestialisce è l'umidità: proprio non l'ama.

I suoi calori sono assolutamente normali, forse mangia solo un po' di meno.

Prescrivo THUJA 200K

Il 19 dicembre 1988, un mese più tardi, la situazione non si è aggravata: la mascella sembra migliorata, il labbro è meno coinvolto dal tumore. La le orecchie sono peggiorate ed è comparsa un'eruzione sulla testa e la nuca. *Non è la prima volta - dice Marie Claire - ma questa volta è peggio delle altre.*

Il 24 giugno 1989 (ve l'ho detto, Georges e Marie Claire sono negligenti col loro cane, lavorano entrambi e hanno quattro figli) il tumore era completamente sparito, ma è riapparso. Le feci sono molli e Cannelle mangia male (siamo in una ondata di caldo precoce ma intensa).

THUJA 200K

Il 23 novembre 89 la negligenza continua: tutto andava alla perfezione, ma Georges ritorna perché il tumore che era sparito si è ripresentato di nuovo. THUJA 6LM mattina e sera per 8 giorni e insisto per rivedere la cagna ogni due mesi. Ma non rivedo Cannelle fino alla primavera 91. Era stata bene ma ora presenta da un mese circa dei linfonodi ingrossati un po' dappertutto: mascellari, scapolari, circonflessi iliaci, poplitei. I proprietari decidono per l'eutanasia.

Ecco la griglia

	Merc	Thuja	Sil	Lyc	Ars-i
Heat and cold	2	-	2	2	-
Wet weather	2	2	2	2	2
Aversion potatoes	-	1	-	-	-
Face greasy	2	1	-	-	-
Cancerous affection	2	2	3	2	2

Il rimedio è stato scelto sulla base di una griglia assolutamente classica.

Avrei potuto anche prendere in considerazione altri sintomi:

1. Appetite easy satiety
2. Wounds slow to heal
3. Skin unhealthy

Ma lavorando senza computer mi sono limitato a una griglia corta!

Una sopravvivenza di 3 anni per un cane di questa razza così fragile corrisponde a un terzo della sua vita! Come a dire 25 anni per un essere umano. Sono felice di questo risultato. Osserverete che nel titolo del caso ho utilizzato la parola "bloccato" e non "guarito".

CASO CLINICO N. 2

YASCO è un pastore tedesco, maschio, nato il 20 settembre 2009. I proprietari abitano a due ore di strada da Esneux e per un paese piccolo come il nostro questa è una distanza considerevole!

Lo vedo la prima volta il 26 dicembre 2009 a tre mesi e 10 giorni di età.

I proprietari non hanno figli e sono particolarmente attaccati ai loro due cani.

Yasco presenta delle crisi leggere di difficoltà respiratorie, che si sono nettamente aggravate all'indomani del richiamo vaccinale due settimane prima. Da allora presenta delle difficoltà alla deglutizione con risalita nel naso, si soffoca, cerca di respirare, va in panico, poi ha spasmi addominali e questo si conclude con un vomito di muco o a una grossa espulsione d'aria. Respira verso l'alto, come se cercasse l'aria. Poi piomba addormentato per una mezz'ora.

Yasco mi sembra calmo, ma soprattutto si mette da parte dopo una molto breve esplorazione dell'ambulatorio.

Zaina, la cagna di casa, l'ha dapprima ignorato, poi gli ha mostrato i denti. Il giorno che siamo andati a sceglierlo, uno dei suoi fratelli l'ha aggredito e la reazione è stata fulminea. Al ritorno a casa, abbiamo isolato i due cani, lui e Zaina. Poi, l'indomani, li abbiamo messi a contatto: Zaina ha dettato le regole e sono diventati grandi amici.

Yasco adora i dolci, gli si getta sopra letteralmente e Zaina l'ha bloccato due volte perché lui voleva rubare i suoi. Complessivamente Yasco non ha l'intraprendenza e la temerarietà che ci si aspetta in un cucciolo di tre mesi: Zaina lo supporta molto, dice il proprietario.

Il suo allevatore lo ha descritto tenero ed affettuoso ed è stato allevato separatamente dai suoi fratelli e sorelle per-

ché mangiava male e non si sviluppava normalmente. Non partecipava ai giochi violenti degli altri, giocava da solo e preferiva l'attenzione e le coccole.

Al momento alla scuola di addestramento si isola dagli altri cuccioli.

Imita Zaina: con lei si sente sicuro, anche in treno o nel metro. A casa ha esplorato tutto il primo giorno, poi basta. Non è curioso. Ha in effetti bisogno di punti di riferimento. Non apprezza affatto le crocchette, dobbiamo migliorarle con del formaggio petit suisse e allora ce le strappa di mano. Distrugge i suoi giochi. Non ama essere spazzolato, ama le abitudini e i punti di riferimento. La Signora D. P. è preoccupata per il suo peso.

In base alla repertorizzazione seguente gli somministro CUPRUM METALLICUM.

- sudden manifestation
- spasms respiration
 - respiration asthmatic children
 - respiration difficult in children
- reserved
- vaccination after
- development arrested
- dwarfishness
- Aversion to play in children

Cupr	Sulf	Phos	Carc
2	-	2	-
1	1	1	2
1	1	3	1
1	4	1	1
1	3	2	2
1	2	-	1

Qui sono informatizzato! Ma la mia repertorizzazione che mi porta a Cuprum, dato che penso a un problema di origine spastica, non mette in evidenza il rimedio che più avanti si dimostrerà quello della sua malattia endogena, che in questa repertorizzazione si colloca al 152esimo posto ed esce solo al primo grado.

Il signor DP e la moglie, come la maggior parte dei pazienti, ignorano che noi cerchiamo il rimedio del malato e non del disturbo che li ha portati alla visita. Sono soddisfatti del risultato e non li rivedo che molto più tardi, dopo quattro anni, il 16 ottobre 2013.

La prima cosa che mi salta all'occhio è l'irsutismo di Yasco: un pelo corto e decolorato (color cuoio invece che nero) con dei lunghi peli radi che spuntano da questo mantello. Conserva ancora un sottopelo da cucciolo. E' un maschio

che ha la struttura di una piccola femmina. Ha dimenticato di crescere! Da circa un anno ha sviluppato su un fianco una macchia ... che l'allopattia ha tenuto a bada. Ma qualche mese più tardi è ricominciato e si è innestato il circolo vizioso, antibiotici, cortisonici a ripetizione. E intanto la pelle del ventre, dell'inguine e delle ascelle è nera, ispessita ... una magnifica sclerodermia. E non ci facciamo mancare delle zone con secreto mieloso. E prude, prude, prude.

Nel mio ambulatorio Yasco non sta al suo posto.

Tende a mettersi in luoghi ristretti, dove si nasconde. Si muove in continuazione, è spesso iperattivo. Mangia quanto gli pare e resta magro. In questo periodo, mangia ancora di più e perde peso. Non è temerario, non ha fiducia in sé stesso. Ha la fortuna di avere Zaina che l'ha sollecitato. A passeggio è esuberante, perfino iperattivo. Quando è fermo, sta nella sua bolla. Sbava, e la saliva cola. Non è ingordo, anche i dolci li prende con delicatezza. Ha sempre freddo, non ama uscire, ma non sta troppo attaccato alle sorgenti di calore. Beve in modo calmo quantità normali.

Io formulo la parola "immaturo" e la proprietari a mi dice immediatamente, mostrandomi un piccolo quaderno:

E' la prima cosa che ho scritto sul mio memorandum, è restato bloccato a uno stadio della vita: non è temerario né fa la guardia, gioca troppo, non smette mai, agisce solo su sollecitazione. Non è intelligente. Continua ad essere terrorizzato dai veterinari. Non è capace di alcuna deduzione. Non prende mai iniziative e se si alza la voce, prende un atteggiamento da cane bastonato.

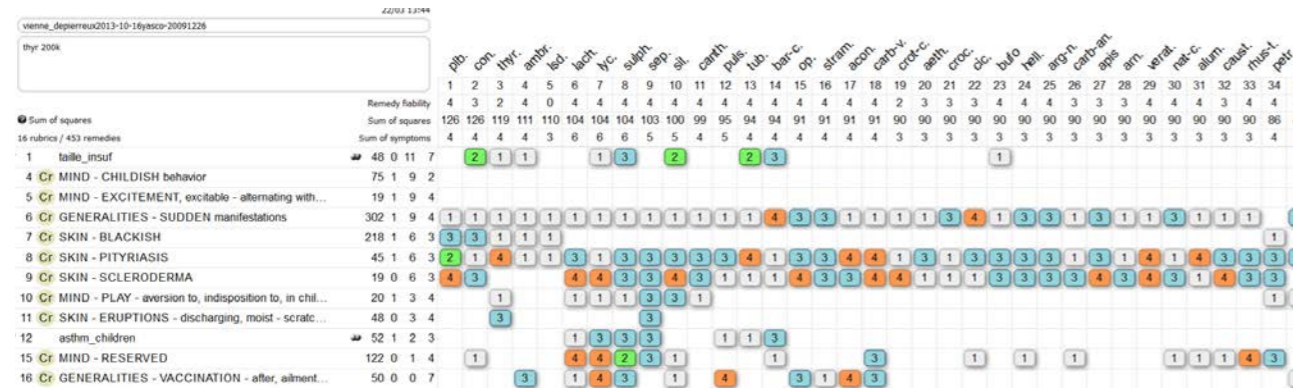
Il 16 ottobre 2013 gli prescrivo THYROIDINUM 200K

15 giorni più tardi Yasco va già meglio, non puzza più, la pelle migliora gradualmente, e lui è più presente. La mattina quando ci alziamo ci fa le feste. E' di buon umore e per la prima volta ha delle erezioni; gioca a palla con noi nel prato; soltanto, le dita continuano a dargli fastidio (pelle). Adesso gli ingranaggi girano in modo armonioso.

Yasco ha continuato a migliorare. A ogni ricaduta cutanea, in genere leggera, Thyroidinum è stato ripetuto in dosi crescenti: 15/12/13: Thyr. 200 K, 30/01/14: Thyr. MK, 04/06/14: Thyr. MK, 01/10/14: Thyr. XMK, 02/02/15: Thyr. XMK, 16/06/15: Thyr. 30 CH, 22/10/15: Thyr. 30 CH 02/02/16: Thyr. 60 CH, 30/05/16: Thyr. 60 CH, 01/10/16: Thyr. 60 CH, 13/03/17: Thyr. 200 CH.

Gli amici della coppia dicono che Yasco per l'evoluzione che ha fatto è irriconoscibile.

THYROIDINUM: Non so come evolvere, sia il percorso che il modo



Thyroidinum è un rimedio che ho prescritto molte volte. Pensate a questo rimedio quando vi trovate davanti a un animale di taglia inferiore al normale e che presenta uno o più handicap fisici o un ritardo mentale, o entrambe le cose. In questo caso le nuove possibilità di calcolo sono particolarmente efficaci. Guardate la tabella sottostante. Un accenno rapido a questo sistema di calcolo multimodale delle griglie:

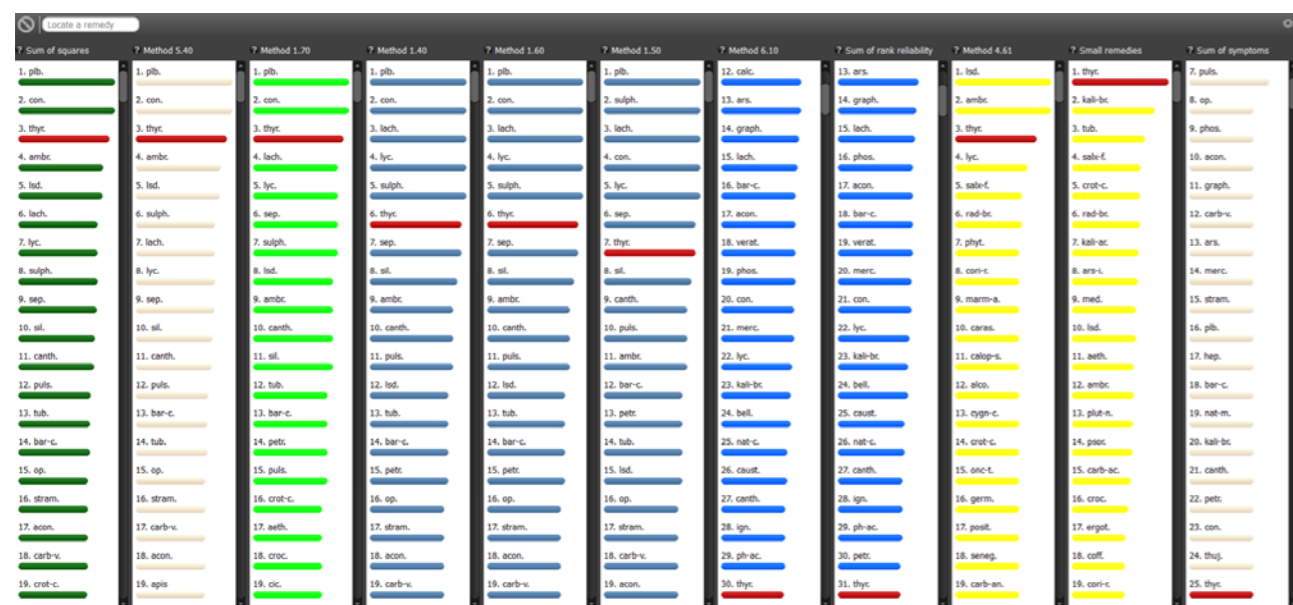
- La colonna chiara all'estrema destra è il vecchio modo di calcolo che abbiamo sempre utilizzato di default. Lo utilizzo solo quando prendo in considerazione meno di cinque sintomi o quando non ho realizzato una buona gerarchizzazione.
- Le colonne gialle servono unicamente a far emergere i piccoli rimedi
- Le due colonne blu alla loro sinistra servono a distinguere i policresti tra loro: i piccoli rimedi non vi compariranno mai.

- Le prime tre colonne a destra sono a largo spettro: possono sia differenziare che far emergere.
- Le tre non citate sono ancora in corso di valutazione. Oggi non posso fare a meno di questa analisi multimodale. Non dimenticate che l'omeopatia è un po' di ispirazione e molto sudore (Inspiration e traspiration).

CASO CLINICO N. 3

CASH - Fine di settembre 2014, ricevo una telefonata dal fondo della Francia profonda: *Dottore, potrebbe fare qualcosa per il mio cane? Deve essere operato alla Clinica Universitaria veterinaria di Liegi. Ha un cancro della mascella inferiore che coinvolge l'osso intorno al canino di sinistra.*

L'analisi fatta alla clinica ha rilevato un carcinoma della mucosa buccale esteso all'osso mascellare. L'operazione consiste nel togliere più o meno un quarto della mascella.



L'intervento è fissato per dieci giorni più tardi. MB: *Mi spiace, non posso fare nulla in dieci giorni... E se ritardo l'operazione di due-tre settimane...?*

MB: *Nella peggiore delle ipotesi si dovrà togliere un terzo della mascella invece che un quarto. La compromissione non sarà tanto diversa, comunque le due metà della mascella, destra e sinistra, non saranno più solidali. Ma devo vedere il cane e lei abita troppo lontano.*

Nessun problema, sono belga, espatriata in Francia, ritorno spesso in Belgio dai miei famigliari.

MB: *Allora, d'accordo. Nel frattempo comperi HEKLA LAVA 9CH e gli dia tre granuli due volte al giorno*

Il trattamento comincia il 3 ottobre. Il tumore cambia subito di colore: in dieci giorni da rosso diventa rosa e il volume si riduce.

A fine ottobre, nessun dubbio che il trattamento sia efficace, anche se il tumore si è ridotto solo della metà. Comunque l'idea di operare è abbandonata.

Vedo Cash in carne ed ossa il 10 novembre 2014. Il tumore è già molto diminuito. La parte centrale è diventata più pallida del resto della mucosa della bocca.

Cash è nato il 5 febbraio 2007. La signora VDK l'ha ricevuto all'età di due anni.

In effetti, Cash è un cane che lavora con gli handicappati. E come i cani guida per i ciechi, ha fatto un lungo periodo di addestramento. Per superare questo percorso ad ostacoli, Cash ha conosciuto tre differenti famiglie d'accoglienza. Questo non è indifferente per un cane posto al servizio dell'uomo. I cani educati in questo modo, se sono poi selezionati, legano simbolicamente valorizzazione a obbedienza.

Nel maggio 2009, molto prima di questo periodo, Cash ha avuto un eczema da stress. Si grattava a sangue un po' dappertutto, ma soprattutto all'inguine. Un episodio simile si è verificato successivamente. E' stato effettivamente preso in carico da una persona che l'ha coccolato al massimo, ed è guarito spontaneamente.

Più o meno nello stesso periodo ha presentato dei disturbi intestinali (feci molli e gialle) controllate con la dieta. Da allora, Cash è vissuto con la stessa proprietaria, la signora VDK, che mi dice: *E' realmente appiccicato a me.*

Al lavoro, alla casa di riposo dove è impiegato, si è fatto notare dal personale per la sua modalità nell'andare verso i malati.

La signora VDK vive da sola con Cash in una piccola frazione composta di 14 case. Cash resta accucciato in mezzo alla strada e le macchine devono girargli intorno. Va a mangiare

dai vicini. E' davvero molto tranquillo. E posso verificarlo quando esamino l'interno della sua bocca.

Quando Cash va a nuotare, cosa che fa regolarmente anche d'inverno, fa poi sempre una scarica di feci completamente liquida. E' impetuoso al punto da scorticarsi nelle recinzioni. Se non cammina al guinzaglio è capace di prendere la corsa per inseguire un fagiano. Si avventa verso gli odori e può entrare in un caffè di Bruxelles come da un vicino che sta cucinando. Adora la neve, si immerge anche d'inverno. Esce da solo tutte le mattine. Adora star fuori, si accuccia al sole e talvolta si rifiuta di rientrare. Gli piace accucciarsi davanti alla stufa a legna, ma anche fare veri bagni di sole d'estate. E' un cane molto obbediente. Cambia il posto dove si accuccia più di quanto non facesse una volta.

E' ancora più affettuoso da quando la signora non è più al lavoro. E' davvero molto obbediente. Si mantiene imperturbabile, come se niente fosse. Nel bosco rincorre i fagiani e sulle dune gli uccelli.

Annoto: vittima dell'amore condizionato. E' in carenza perenne di carezze. Si avvicina a tutti in strada. Talvolta feci molli senza consistenza. Dorme spesso sulla schiena con le zampe in aria, ma anche sul fianco o arrotolato. La signora dice che per lei non ha paure di alcun tipo.

Hekla lava sarà data alla 9 CH due volte al giorno per una quindicina di giorni poi una 12 CH a giorni alterni per circa un mese. Poi una 15 CH due volte a un mese di intervallo e una 30 è prevista per luglio.

Rivedo Cash il 22 luglio 2015: il tumore a quella data è completamente sparito già da diverse settimane. Dedico quindi la visita a raccogliere elementi su Cash pensando di arricchire la mia materia medica di Hekla lava. Ci potrebbe esser stato un elemento scatenante rispetto al suo problema della mascella?

Sono stata ferma col lavoro dal settembre 2014 e quindi anche Cash. Poi il cane ha dovuto andare "al lavoro" senza di me, affidato ad altri, che in realtà l'hanno lasciato in un angolo senza che lui fosse occupato e senza occuparsi di lui. E lui è deperito. Un giorno ho visto del sangue sul bastone con cui giocava e così ho scoperto il primo tumore, uno spessore di un centimetro per 5 di lunghezza. Si è proceduto all'ablazione di questa che si supponeva fosse un'epulide, ma l'analisi ha rivelato che si trattava di un carcinoma della mucosa.

In lui tutto passa per le fauci! Gioca, mangia, naso a terra, annusa tutto, afferra tutto. Continuamente. Capisce tutto quello che gli si dice. Se si annoia faccio cadere apposta degli oggetti perché lui li raccolga, gli domando di portare il cesto delle mollette da bucato.

Il villaggio è il suo giardino. E' birichino, burlone, per esempio va in giro con la scodella in bocca sfidandomi, o mi ruba gli attrezzi da giardino. Quando è stressato, si gratta. La stessa cosa se si annoia o gli manca l'affetto. Nuota tutti i giorni, anche d'inverno, ma in quel caso ha poi una scarica di feci liquide. Beve poco, un vero cammello. E' poco attirato dal pane, va a mangiare gli avanzi dai vicini, adora star fuori, si rotola mugolando di gioia. Non ha paura di niente, resta accucciato in mezzo alla strada e le macchine devono girargli intorno"

In quel momento nel mio ambulatorio è sdraiato quasi sulla schiena contro il muro... atteggiamento super tranquillo. Non è dominante né aggressivo. Quando si lancia nel bosco a caccia, non mi ascolta più; si è anche perso molte volte. Rincorre per gioco i gatti. Va in auto senza problemi. Non gli piace stare da solo, ma non fa danni. I vicini dicono che ulula e piange. E' ultrafelice quando rientro.

Il 22 luglio tutto sembra essere rientrato e prevediamo di dargli una dose di Hekla lava 30 CH ogni tre mesi a sco-

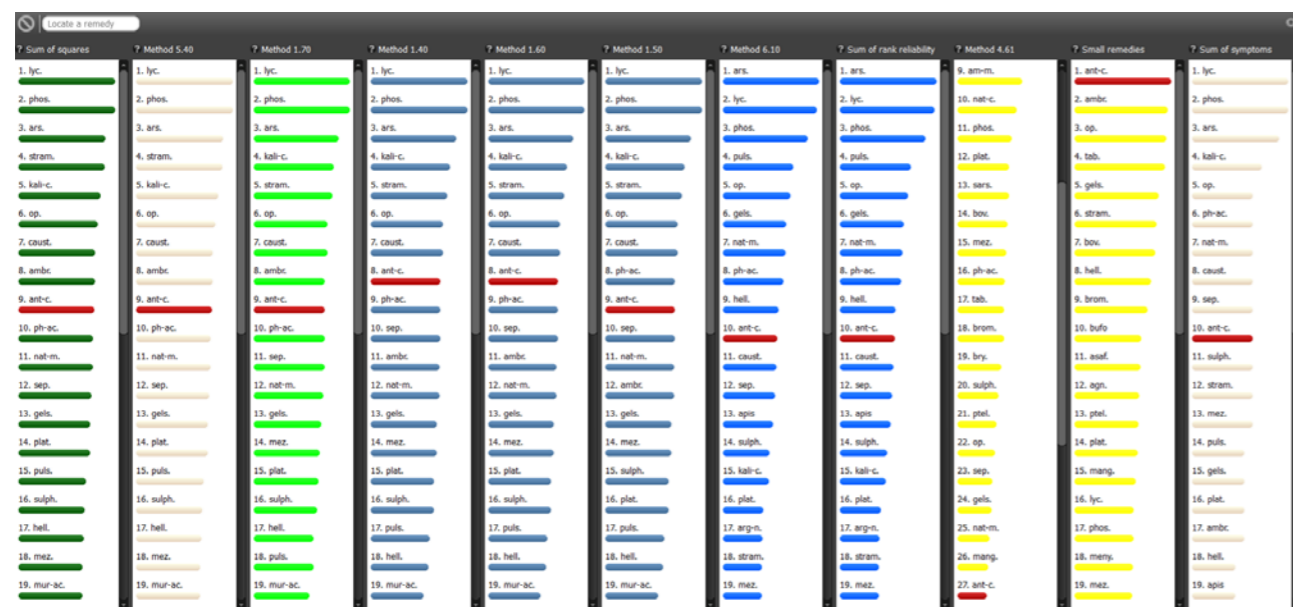
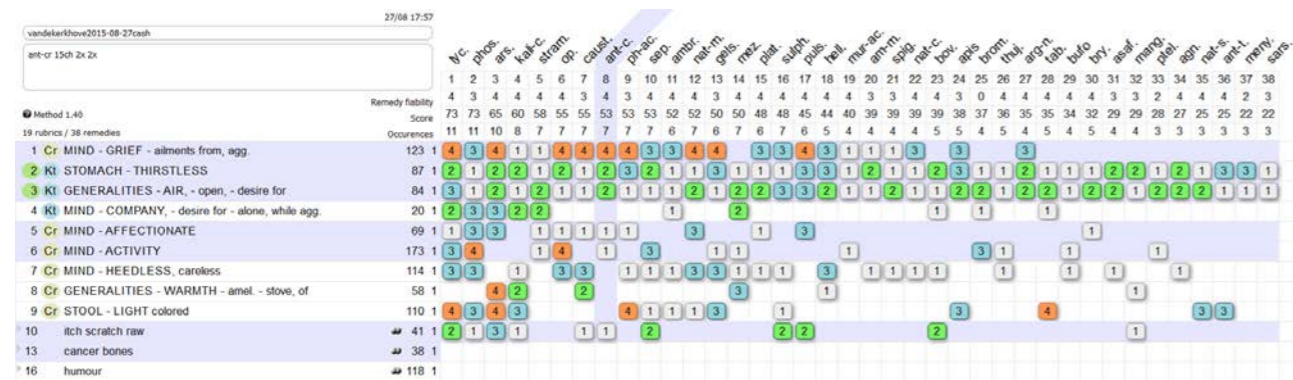
po preventivo. Ma le cose vanno diversamente da quanto prevedevamo, perché Cash comincia a sviluppare una dermatite suppurata tipo quella che aveva avuto nel passato. Provo a ripetere Hekla lava, ma a una bassa diluizione, ripetuta, convinto che questo rimedio, che aveva agito in questo modo sensazionale sul tumore, dovesse essere il rimedio della malattia endogena di Cash. E invece no!

Il 5 agosto 2015, nessun risultato. Repertorizzo e gli faccio somministrare Phosphorus 15 CH.

Al telefono la signora MDK mi dice: Abbiamo fatto 8000 km in camper e lui è stato infelice perché non ha potuto fare mai un bagno.

Risultato zero: le eruzioni suppurate si estendono sempre più.

Riprendo la mia griglia repertoriale il 27 agosto 2015 e scelgo Antimonium crudum 15 CH e glielo faccio somministrare 4 volte nelle 48 ore. E stavolta ci siamo, il rimedio funziona.



Ripeto la 15 CH il 20/1/2016 poi il 15/02/2016 e una 30 CH il 17/07/2016.

Il 19 agosto 2016 fa una delle sue crisi cutanee acute e la 9CH somministrata 3 volte al giorno ferma il sintomo in due giorni.

Il 22 novembre 2016 rivedo Cash a Esneux: Va tutto bene. Gli ho ridato Ant-c 9CH perché si sono ripresentati tre macchie.

Sta andando molto bene. E' in piena forma fisica. Ha sempre delle feci molli dopo il bagno nell'acqua fredda.

Qualche volta per qualche giorno presenta della scarica di muco agli angoli degli occhi, gliel'asciugo e passa poi da sola. Se non mi occupo continuamente di lui o se non è nella sua routine, si stressa. Devo sempre dargli molto amore e attenzione. Continua a giocare come un cucciolo, ma mai da solo, sempre con me. Dorme più di prima.



30/09/2014



21/05/2015

La signora VDK ripartirà per la Francia con 6 dosi di scorta di Ant. c (due 30K, due 200K e due XMK). Nessuna notizia da allora, tutto procede bene

Curare con Dolcezza

Dal 1957 prepariamo le potenze LM esclusivamente tramite succussione manuale e triturazione manuale.

Il nostro laboratorio a conduzione familiare opera nel solco della tradizione omeopatica. ARCANA si impegna a fondo per continuare a mettere a disposizione dell'omeopatia un ampio ventaglio di rimedi .



www.arcana.de

Distribuito in Italia da:



Similia S.r.l. Via Toscana 28 - 20020 - Lainate (Mi)
T 0293790010 / 63 · F 0293571375 · info@similia.eu www.similia.eu



D'ATRI
LABORATORI



- Preparazioni omeopatiche allestite secondo la farmacopea tedesca ed europea
- Diluizioni e alte diluizioni alla CH LM K in granuli e gocce
- Granuli lactose free e tubi-dose con vetro interno
- Diluiteca con oltre 300 rimedi certificati

Il laboratorio è attrezzato con: K-tronic (preparazioni Korsakoviane ad alte diluizioni), cappe a flusso laminare, produzione di acqua sterile, dinamizzatori e impregnatori.

Farmacia D'Atri del Dottor Luigi D'Atri
Piazza Municipio 15, 80133, Napoli

Storie di omeopatia quotidiana

Guarigioni in breve raccontate dagli omeopati italiani

EPISODIO DI ARTRITE ACUTA ALLE MANI A RAPIDA RISOLUZIONE IN ARTRITE CRONICA

Paolo Vildera

Castelfranco Veneto (TV)

Allievo della scuola di Medicina Omeopatica di Verona

vildera@libero.it

Donna di 87 anni.

Dopo la morte del marito, avvenuta 15 anni prima, ha lentamente sviluppato un'artrite cronica alle mani con graduale, lento peggioramento. Le dita si sono progressivamente deformate, con rigidità e perdita dei movimenti fini. Aveva periodi di dolore, che trattava con ketoprofene con beneficio, alternati a periodi senza dolore. Presentava un aggravamento del dolore con il freddo umido d'inverno. Mai episodi acuti. Mai visite reumatologiche né ricerca di markers biumorali di malattia reumatica. Non ha mai fatto terapia antiinfiammatorie prolungate né mai usato cortisonici. È molto freddolosa, deve vestirsi molto. Ha stipsi cronica da sempre. Sonno regolare. Non ha intolleranze né avversioni alimentari. Raramente assume caffè, non fuma. Tonsillectomia in età infantile. Laparoisterectomia a circa 50 anni per fibromatosi uterina emorragica con anemizzazione. Tendenza all'ipertensione non trattata farmacologicamente. Non assume farmaci. Il caffè aggrava (aumento della PA, insonnia).

Ha un temperamento calmo. Sopporta bene il dolore fisico. E' un po' impressionabile: ha paura dell'acqua, le provoca ansia anche passare sopra un ponte, la vista e il rumore dell'acqua.

Mi chiama nel gennaio 2015 perché da 48 ore circa ha un dolore intenso a entrambe le mani che non la lascia riposare. È a letto molto sofferente. Alla visita osservo che le mani sono gonfie, con edema importante che non le permette neppure di piegarle. Il colorito delle mani è pallido, non ci sono ferite, non c'è quadro di flemmone. Non ha febbre. Ho saputo che il giorno prima della comparsa dei disturbi aveva lavato i pavimenti con acqua fredda.

Prendo in considerazione solo pochi sintomi, come la rigidità articolare alle mani, il dolore alle mani che aggrava

col freddo-umido, il gonfiore importante alle mani (Hahnemann, Materia Medica Pura, sintomo 643 proving di Rhus: *A causa del gran gonfiore le dita potevano essere mosse solo con dolore*), in una persona freddolosa con un'artrite cronica. Senza repertorizzare somministro Rhus toxicodendron 30 CH 4 granuli a secco. Dopo alcune ore ha un leggero miglioramento che diventa significativo dopo 24 ore. Dopo meno di 48 ore dalla prima visita la rivedo: è guarita completamente, le mani sono asciutte e non ha più dolore. La somministrazione di Rhus è stata unica. Due volte nelle 48 ore ha assunto 10 gtt di OKI (ketoprofene).

Follow up: non ha più avuto episodi acuti. Ho ripetuto la somministrazione di Rhus tox 30 CH 3 granuli ogni volta che aveva dolore alle mani, cioè ogni 1 - 2 mesi e solo durante la stagione fredda, mai durante l'estate. Il rimedio ha continuato a funzionare bene, il dolore se ne andava rapidamente dopo ogni somministrazione. A distanza di 2 anni, all'età di 89 anni, ho osservato un arresto della progressione della malattia, anzi le dita delle mani sembrano leggermente meno deformate. Gli episodi di dolore sono sempre più distanziati.

IRIS VERSICOLOR IN UN PAZIENTE CON CALCOLOSI DELLA COLECISTI E CALCOLI NEL COLEDOCO

Livia Mondina

Medico Chirurgo – Omeopata MILANO

Allieva della Scuola di Medicina Omeopatica di Verona

livia.mondina@gmail.com

Visito il paziente in ospedale per la prima volta il 16.06.2006. 58 anni, portatore di colelitiasi nota da 3 mesi, al terzo ricovero per episodi acuti di colica biliare, con iniziale sofferenza pancreatica e un episodio di pancreatite acuta. Il paziente aveva appena effettuato la RMN addominale, che confermava la presenza di calcoli nel coledoco e la necessità di una colecistectomia.

Il paziente è molto magro, sofferente e affaticato, collabora però volentieri durante la visita, fornendomi notizie e documenti clinici essenziali anche durante l'interrogatorio omeopatico. Anamnesi: tonsilliti frequenti nell'infanzia trattate con Diaminocillina come profilassi, senza che si sia mai presentata infezione streptococcica o malattia reumatica. Il paziente è giornalista e ha sempre praticato molto sport, talvolta anche agonistico (tennis).

Mai ricoveri per malattie o interventi chirurgici. Donatore di sangue dall'età di 22 anni, essendo sempre stato in buona salute psicofisica. Il 21.05.2006 in seguito ad un episodio di epigastralgia acuta e vomito alimentare, il paziente si rivolge al P.S. dove viene posta diagnosi di "Screzio pancreatico in portatore di colelitiasi" e viene dimesso con terapia medica. Il 25/5 viene ricoverato d'urgenza nel reparto di chirurgia dove viene eseguita un'ecografia addome completo, che dà il seguente risultato: Fegato di volume ed eco struttura nei limiti. Micro litiasi colecistica; si intravedono 2 microcalcoli in seno alla VBP: si evidenzia anche una discreta raccolta (di spessore inferiore ad 1cm) in sede peri-pancreatica caudale, tutto confermato da una TAC.

Durante il ricovero il paziente è sottoposto a terapia infusionale, antibiotica e antisecretiva gastrica con buon miglioramento delle condizioni generali, però alimentazione scarsa per difficoltà digestive ed episodi di nausea e vomito. Il 31.05 il paziente viene dimesso con la diagnosi di "Pancreatite acuta biliare". In seguito però ad un nuovo episodio di vomito biliare il paziente si reca in PS dello stesso Ospedale il 13.06, viene nuovamente ricoverato e viene eseguita una RMN dell'addome superiore (Fig.1) che mette in evidenza numerose micro formazioni litiasiche nel coledoco, non evidenti alterazioni a carico del pancreas e Wirsung normodilatato; si conferma la presenza di microlitiasi della colecisti.

PROVINCIA LOMBARDO VENEZIA - ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO - FATEBENEFRAELLI
OSPEDALE GENERALE DI ZONA - SAN GIUSEPPE
20129 Milano - Via San Vittore, 12
Telefono (02) 80991 - Telefax (02) 809420

UNITA' OPERATIVA DI RADIOLOGIA
Dott. Giuseppe Vecchi

N° Pratica 2006/24252
Referto 15-06-2006
Urgenza No
Telefono 02 70601862

Paziente GIANMARIA M
Data Nascita 29-12-1947
Residenza MILANO VIA FRANCESCO D'OVIDI
Provenienza MILANO CITTA'
Esame 15-06-2006
Casa 892125

RMN ADDOME SUPERIORE
Indagine eseguita con acquisizioni in TSE T1 e T2 dipendenti e colangio RM. Numerose gli artefatti da movimento. Piccole cisti biliari semplici in corrispondenza del II e VIII segmento epatico delle dimensioni massime di un centimetro. Le vie biliari intra epatiche non sono dilatate. La colecisti scarsamente distesa presenta numerosi difetti di riempimenti interni compatibile con microlitiasi. Il coledoco presenta una calibro massimo di 1,2 cm ed al suo interno si riconoscono numerose microformazioni litiasiche. Non evidenti alterazioni a carico del pancreas che presenta wirsung normodilatato. Regolarità di milza surreni e reni.

Lo specialista
DOTT. SA E. USLENGHI

Figura 1

Viene quindi predisposto nello stesso giorno un altro ricovero urgente in chirurgia per ERCP (Colangio Pancreatografia Endoscopica Retrograda) prima della colecistectomia. Il paziente ha perso 10 kg in un mese circa. Già all'esame obiettivo rilevo immediatamente i seguenti sintomi: cute pallida, fredda e sudata; dopo l'anamnesi il paziente mi riferisce di avere sudorazioni frequenti, soprattutto all'inguine, che il suo appetito è diminuito e che continua a presentare vomito alimentare e biliare. Riferisce di avere nausea, senso di pienezza allo stomaco, anche dopo aver mangiato molto poco, ma che si sente migliorare dalle eruttazioni; lamenta cefalea e stanchezza intensa. Riferisce insonnia ed il manifestarsi di frequenti sobbalzi durante i brevi periodi di sonno; mi dice, sottolineandolo come molto disturbante, che ha un forte dolore bruciante in bocca. Al termine del nostro colloquio rilevo che la lingua si presenta con una patina bianca, striata da due evidenti strisce rosse verso il centro; tale sintomo mi ha subito colpito per la sua stranezza e peculiarità e mi ha guidato nella diagnosi del rimedio.

L'anamnesi è stata effettuata necessariamente in condizioni acute e pertanto è piuttosto breve; inoltre la debolezza e la sofferenza del paziente non hanno permesso un colloquio secondo i normali canoni e tempi dell'Omeopatia. Tuttavia i sintomi raccolti sembravano sufficientemente peculiari e caratteristici da permettere una repertorizzazione. Quindi, utilizzando il programma Radar 10, si ottiene quanto segue:

Basandomi su questi pochi sintomi, che presentano una pe-

Mondina Livio (31589)
gennaio 1 - 15062006
Questa analisi contiene 281 rimedi e 6 sintomi.
Intensità considerata

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
01. STOMACH - FULLNESS, sensation of - eructations - amel.	6	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
02. ABDOMEN - LIVER and region of liver; complaints of	10	9	8	8	7	6	6	6	6	5	5	5	4	4	4	3	3	3
03. ABDOMEN - PANCREAS; complaints of	1	25	2	1	2	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-
04. ABDOMEN - PAIN - Liver - colic; gallstone	1	62	2	3	2	-	1	3	2	2	2	2	-	1	3	2	1	1
05. MOUTH - DISCOLORATION - Tongue - red - stripes - Down center; stripe	1	28	1	2	-	2	2	-	2	2	1	-	-	1	-	1	2	-
06. ABDOMEN - PAIN - Liver - colic; gallstone - accompanied by - Tongue and white sides; red streak on centre of	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

culiarità e un'associazione tra le patologie di questo caso, prescrivo IRIS VERSICOLOR MK, somministrato in soluzione acquosa, 2 gocce ripetute in plus 3 volte nelle 24 ore per un totale di 3 giorni, con inizio il 17.06. Due giorni dopo rivedo il paziente, che mi riferisce subito una maggiore energia fisica e vitalità; inoltre è diminuito il dolore addominale colico all'ipogastrio ed in regione epatica e sono spariti i brontolii allo stomaco e all'addome. Essendo migliorato lo stato generale del paziente, il 21.06 viene fatta la ERCP, che porta all'estrazione di un solo calcolo nel coledoco, senza reperire più le altre formazioni litiasiche evidenziate con la RMN. Dato il buon esito di questa prima fase, viene deciso

di effettuare già il 26.06 l'intervento di colecistectomia, colangiografia e il sondaggio della via biliare in laparoscopia. Il drenaggio post intervento è lasciato solo poche ore, essendo risultato pulito e asciutto. Gli esami ematici del 29/6 mostrano un progressivo miglioramento, persistendo ancora solo ALT:47 e un incremento della GGT:284 e della FA:442. Perciò il paziente viene dimesso già il giorno dopo con la prescrizione della sola Seleparina per 10 giorni, come terapia preventiva postoperatoria (Fig. 2)

I successivi controlli hanno mostrato una completa normalizzazione del quadro ematochimico. Il paziente era arrivato pochi giorni prima dell'intervento di ERCP in condizioni molto precarie, indebolito dal forte dimagrimento e dalla malnutrizione. Il trattamento con il rimedio omeopatico gli ha permesso di affrontare con più energia e a breve distanza dal primo intervento anche la colecistectomia, meravigliando gli stessi chirurghi per la veloce e insolita ripresa. Già dal giorno dopo l'intervento sono tornate le funzioni fisiologiche basali e con una graduale ripresa dell'alimentazione il paziente ha ripreso velocemente il suo peso corporeo. Essendo un libero professionista, appena tornato a casa ha ripreso a lavorare, con buona lena ed entusiasmo, dopo molti mesi di sofferenza.

OSPEDALE FATEBENEFRAELLI E OFTALMICO
Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale di Alta specializzazione
C.so Porta Nuova, 23 - 20121 Milano

STRUTTURA COMPLESSA CHIRURGIA 1A
Direttore Dott. G. Familiari

Recapiti telefonici:
Studio Direttore: 02.63.63.2520 (Fax)
Studio Medici A: 02.63.63.2643
Studio Medici B: 02.63.63.2409 (Fax)
Studio Capo Sala: 02.63.63.2218
Reparto: 02.63.63.2482/2461
e-mail: chirurgia_1@bf.milano.it

STRUTTURA SEMPLICE DI CHIRURGIA MINI-INVASIVA LAPAROSCOPICA
resp. Dott. R.Paternello

STRUTTURA SEMPLICE DI CHIRURGIA ONCOLOGICA
resp. Dott. C.Ballarini

30 giugno 2006

Egredo Collega
Dimettiamo in data odierna il Sig. [redacted] Gianmaria ricoverato il 15.06 per esiti pancreatiche biliari, calcolosi colecisto coledocica (eseguita RM colangio prima del ricovero)
In data 21.06 ha eseguito ERCP con PST e estrazione di calcolo ben tollerata
In data 26.06 il paz è stato sottoposto a intervento di colecistectomia, colangiografia, sondaggio via biliare laparoscopico.
Il decorso postoperatorio è stato regolare
A domicilio dieta semplice con pochi grassi
Seleparina 03 1 f.sc al di
Controlli Ambulatorio CH 1 fra 10 gg
Controlli ematochimici tra 7 gg

D. Nardi Soli S.

Azienda Ospedaliera Fatebenefraelli e Oculistico
Dott. SLAVIERO GIUSEPPE
C.F. SLV GPP 45L10 A371D

Figura 2

Radar - EH - WinCHIP
ora sono un programma "unico"

Programma e Testi in Italiano
Aggiunta anche di singoli testi
Aggiornamenti via Internet
Funzionalità anche su Cloud

Accesso alla Banca Dati Proving e Clifcol
Assistenza tecnica garantita
Contattaci per training gratuito

the homeopathic software
radaropus
Su Tablet e Smartphone
iOS
Android

Importazione dati dalle precedenti versioni

Contatta l' h.m.s. per nuovi acquisti, aggiornamenti o per proposte personalizzate!!!
H.M.S. Health Medicine Services

Tel. 031/24.30.07
info@hmsr.com
Visitate il sito www.hmsr.com

La dignità ferita di **Delphinium Staphysagria**

RIASSUNTO

Staphysagria è un rimedio policresto caratterizzato da disturbi conseguenti ad indignazione, vessazione o dispiaceri repressi. È un rimedio omeopatico indicato in molte condizioni cliniche come sindromi ansiose depressive, cistiti, prostatiti, eczemi, condilomi peduncolati, nodosità o calazi palpebrali, odontalgie o carie dentali, cefalea e molte altre. È anche indicato in pazienti sensibili alla rudezza degli altri e con collera repressa. Sono descritti in questo articolo alcuni casi clinici di tale rimedio tratti dalla letteratura scientifica oltre che da casi personali.

SUMMARY

Staphysagria is a polychrest remedy characterized by ailments from indignation, vexation or reserved displeasure. It is an homeopathic remedy indicated in many clinical conditions such as depressive anxiety syndrome, cystitis, prostatitis, eczema, peduncolated condylomata, nodositae and chalaze of the eyelids, toothache and teeth decay, headache and many others. It is also indicated in patients sensitive to rudeness and repressed anger. Some clinical cases of this remedy from homeopathic materia medica, from scientific literature and also personal cases are described in this article.



**Potete dominare il mio corpo, non il mio onore o la mia anima.
GANDHI**

Le parole di Gandhi permettono di introdurre un rimedio che ha nella dignità ferita a seguito delle vessazioni continue uno dei sintomi principali. Come ha sottolineato Sankaran la repressione sotto il dominio degli inglesi poteva aver condotto, secondo il parere dell'omeopata indiano, Gandhi in uno stato Staphysagria. Il rimedio è in ogni caso un grande policresto che ha numerose possibilità terapeutiche. In questo articolo ne saranno evidenziate alcune delle sue principali tratte dalle materie mediche e dalla letteratura scientifica internazionale oltre che da

casi clinici personali.

Il termine generico è il nome greco usato da Dioscoride (I sec. d. C.) e deriva da *'delphis, delphinos'* = delfino, a causa della somiglianza del sepalo superiore di alcune specie a un delfino araldico. Il termine specifico deriva dal greco *'staphis'* = grappolo, uva, e *'agrios'* = selvaggio, per i frutti simili a grappoli d'uva. È diffusa nelle nostre regioni, specialmente in Sicilia. Come sottolinea Demarque l'area di applicazione di questo rimedio è molto ampia, come del resto aveva indicato già Hahnemann, che lo aveva sperimentato nel 1819:

esso coinvolge tutto l'organismo, sia a livello fisico che mentale e comportamentale. Non è solo il rimedio per le conseguenze della rabbia trattenuta, ma può essere utilmente indicato in molte condizioni cliniche, come evidenzia anche questo articolo.

Sindromi ansioso-depressive

Definito rimedio della ingiustizia subita o supposta per Guernonprez. Per Clarke *Staphysagria* è un rimedio per la rabbia e per gli effetti della rabbia, specialmente se l'indignazione non trova una sua espressione naturale.

Il comportamento del paziente Staphysagria è però spesso apparentemente tranquillo ed è difficile che riferisca direttamente la sua rabbia repressa. Per il suo alto senso di onore e della dignità non ama mettere in luce la causa dei suoi travagli interiori, creando notevoli difficoltà all'omeopata, che in questi casi deve avere l'accortezza di cogliere dagli altri sintomi oltre l'atteggiamento di chiusura del paziente, ciò che bolle in pentola. Molti dei disturbi anche fisici oltre che mentali possono essere collegati ad un comune denominatore. A tale proposito le parole di Kent sono molto illuminanti nel descrivere il meccanismo in cui si entra in uno stato Staphysagria: *Un signore ben educato incontra un uomo di ceto sociale basso; hanno un alterco, una discussione che si conclude con degli insulti, e il signore ben educato gira la schiena all'altro. Ritorna a casa e soffre; non ne parla ma si controlla e ne soffre. Passa delle notti insonni e presenta per molti giorni fatica e astenia cerebrale; per giorni e settimane, non riesce a fare né un'addizione né una sottrazione, fa degli errori scrivendo e parlando, presenta irritazione alla vescica, coliche, ecc.*

Per Vithoulkas Staphysagria è caratterizzata dalla soppressione delle emozioni, in particolare da quelle della sfera romantica. La soppressione delle emozioni porta, secondo il grande omeopata, ad un processo di indurimento sia psichico che anche fisico, che caratterizza alcune delle sue manifestazioni patologiche. La collera di Staphysagria viene generalmente soppressa e non espressa apertamente dato l'atteggiamento fiero e repressivo del paziente o tutt'al più darà origine a quella che Hodiament definisce *collera bianca* in cui l'esplosione è molto breve e seguita subito dal pentimento e dallo stare male, ben diversamente dalla collera di Nux Vomica o di altri rimedi.

Sindromi maniacali

Accanto alla Staphysagria dolce che manifesta una completa repressione della sua rabbia trattenuta vi è, secondo Bailey, un altro tipo di Staphysagria che definisce *selvaggia*, in cui la collera repressa viene liberata in altro modo attraverso il brivido di comportamenti pericolosi. Egli descrive il caso di un suo paziente in California che era un alpinista entusiasta che si vantava delle volte in cui l'imbracatura si era rotta o del brivido nel superare una sporgenza pericolosissima. Aveva difficoltà a descrivere le proprie emozioni interiori e, a parte l'alpinismo, amava il suo lavoro di custode di alcune terre selvagge poste sulle montagne costiere della California. Amava viaggiare e non rendere conto a nessuno. Per questa sua tendenza alla sfida nel suo lavoro di alpinista si era messo in pericolo ed aveva messo in pericolo le persone che si affidavano a lui, continuando in questo atteggiamento nonostante la perdita di una sua amica in una spedizione. La somministrazione di Staphysagria 10M fu in grado di rendere il paziente più stabile, meno eccitabile manifestando per la prima volta il desiderio di mettere su casa con la sua nuova ragazza.

Difficoltà di apprendimento scolastico

La soppressione delle inclinazioni naturali imposte dai genitori o dagli insegnanti può essere una delle indicazioni all'uso del rimedio. Un caso descritto da Vithoulkas era quello di un ragazzo di 11 anni che era stato intelligente, estroverso ed amichevole fino all'età di 6 anni quando era andato alle elementari. Già al secondo anno non riusciva più a portare a termine i suoi compiti ed all'età della visita era considerato un ritardato mentale. Aveva perso 3 anni di scuola ed aveva comportamenti in-

sopportabili soprattutto con la madre. Il cambiamento era insorto all'epoca delle sue prime esperienze scolastiche quando il ragazzo, che era un mancino naturale, venne forzato a scrivere con la mano destra come tutti gli altri ragazzi. Questa forte imposizione dall'esterno con soppressione della sua naturale inclinazione lo aveva fortemente condizionato. Dopo la somministrazione di Staphysagria Vithoulkas descrive come il ragazzo fu in grado di riprendere i suoi studi e di recuperare rapidamente i tre anni persi.

Un altro caso interessante è quello di una mia paziente adolescente che era continuamente sottoposta alle vessazioni di una professoressa che la aveva presa di mira pretendendo da lei degli ottimi risultati, anche perché le ricordava la propria figlia ed aveva riversato su di lei una notevole pressione per avere sempre una media di voti più che eccellente. Nel poco tempo libero che le rimaneva si dedicava alla musica, ma anche in tale ambito si era ricreata una situazione simile in quanto si sentiva in obbligo di fare bene, pur se la insegnante di musica la stimava ed aveva un rapporto più aperto con lei. Tuttavia aveva cominciato a soffrire di cefalea, reflusso gastroesofageo e odontalgie recidivanti. In passato aveva avuto cistiti e candidosi. Aveva inoltre dolori alla schiena ed un atteggiamento posturale bloccato con le spalle incurvate in avanti. Non dormiva bene ed aveva numerosi incubi che la svegliavano nel cuore della notte. Il culmine dello stress era arrivato al saggio finale di musica in cui si era completamente bloccata ed aveva ricominciato varie volte il brano musicale che conosceva a memoria e che aveva suonato tante volte in maniera perfetta. La paziente di carattere dolce e sottomesso non aveva mai

riferito ed ammesso a se stessa una sia pur minima rabbia o risentimento. La somministrazione di una dose unica di Staphysagria XMK ebbe un effetto notevole in quanto, oltre a far scomparire progressivamente tutti i sintomi, le permise di fare uno scatto di crescita notevole anche a livello fisico nel giro di poche settimane, aumentando rapidamente di statura e facendo scomparire l'atteggiamento curvo e chiuso su se stessa della paziente. Inoltre ne risultò completamente cambiata a livello mentale, con la comparsa di un sano senso dell'umor ed autoironia di fronte alle difficoltà che prima erano totalmente assenti.

I bambini che necessitano di Staphysagria soprattutto sono estremamente sensibili ai rimproveri. Soffrono con i denti anche loro come i bambini Chamomilla, che però danno pieno sfogo alla loro rabbia.

Orzaioli

Per Margaret Tyler Staphysagria è nota per il suo effetto sugli orzaioli ricorrenti, che lasciano un indurimento e che desquamano ai margini delle ciglia. Un caso classico è quello descritto da H.C. Allen in cui venne curato un orzaiolo indurito sulla palpebra inferiore che si ripresentava da svariati anni. Nel giro di due settimane la somministrazione di Staphysagria 30 CH due volte al dì era quasi completamente scomparso e riducendo le somministrazioni nel corso di un mese i bordi delle palpebre erano completamente liberi. Gli orzaioli di Staphysagria, secondo Vithoulkas, fanno parte di quel *processo di indurimento* descritto dall'omeopata greco, essendo caratterizzati dal fatto che non solo vanno e vengono come nelle altre persone, ma *non spariscono mai del tutto, lasciando piccoli punti induriti che il tempo non cancellerà.*

Nevralgia del trigemino

Un caso riportato da Choudhuri era quello di un paziente di 30 anni che si aggravava di inverno presentando, oltre ai disturbi gastrici, dolori reumatici e una nevralgia trigeminale con dolori tiranti nella parte sinistra della faccia. La nevralgia iniziava a partire da una zona gengivale in cui era caduto un dente nella mascella superiore e si spandeva su tutta l'arcata dentale superiore sinistra, con un rigonfiamento della guancia e con un dolore molto intenso che peggiorava toccando la parte, leggermente migliorato dalla pressione forte della zona. Quando era al massimo della intensità il dolore si propagava davanti all'orecchio sinistro e si irradiava anche al braccio sinistro. Il dolore parossistico si ripresentava con frequenza spesso quotidiana e si accompagnava anche a spasmi esofagei, coliche intestinali, dispnea, estremità fredde e sudorazione fredda della faccia. La somministrazione di Staphysagria 30 CH curò tale quadro clinico.

Un caso riportato da Gunavante era quello di una paziente che soffriva da circa 3 anni di una nevralgia ribelle a livello del viso e che aveva il sintomo caratteristico che il dolore si manifestava al risveglio ed era presente tutto il giorno mentre scompariva quando andava a letto.

Staphysagria, come riferisce Hodiament, determina una alterazione del trofismo dei nervi, in particolare delle branche del trigemino che sono dirette alle arcate dentarie.

Carie dentali

Staphysagria è uno dei rimedi che presentano la caratteristica della tendenza alle carie dentali. In particolare le carie che si verificano al livello del bordo gengivale sono una delle keynote di Staphysagria. Per Clarke in Staphysagria i denti cambiano colo-

re, diventano neri e mostrano righe scure che li attraversano, non si riesce a pulirli, sono fragili. Nei bambini Staphysagria i denti sono spesso cariati sin dalla nascita, avverte Hodiament. *Nei bambini si può vedere che i denti si cariano non appena spuntati.*

Dolori postoperatori

Nei postumi degli interventi che lasciano cicatrici dolorose o nelle manovre chirurgiche in cui vi è stata dilatazione forzata degli sfinteri, come riporta anche la Tyler. Nei dolori che seguono la episiotomia, ad esempio, può essere di grande efficacia.

Sindromi ipertensive

In letteratura è descritta la azione di Staphysagria sul sistema arterioso. La pianta presenta degli alcalodi come la *delfinina* che sono molto simili ad altri alcaloidi come la *aconitina* presente in Aconitum, parente botanico di Staphysagria, che hanno una azione cardiotoxicca.

Un caso personale di un paziente che presentava una ipertensione arteriosa essenziale in fase iniziale, dopo che erano state escluse altre cause organiche di ipertensione, ha avuto un ottimo risultato terapeutico con la somministrazione di Staphysagria LM in gocce in potenze crescenti. Tale paziente nel periodo precedente la comparsa della ipertensione era stato sottoposto a continue vessazioni da parte dei datori di lavoro, con conseguenti frustrazioni e collere che non poteva esprimere. La somministrazione di Staphysagria ha avuto un miglioramento rapido della ipertensione che si è associato ad un allentamento della tensione mentale e ad una accettazione con maggiore distacco delle frustrazioni a cui era stato sottoposto.

Patologie respiratorie

Sankaran riporta il caso di un suo

paziente che venne in visita per una bronchite acuta che colpiva tutta la parte destra del torace in cui Staphysagria riuscì a risolvere sia il quadro acuto che le patologie croniche del paziente. I sintomi che fecero prescrivere il rimedio erano soprattutto incentrati sulla necessità che aveva il paziente di mantenere il controllo, l'onore e la dignità. In ambito respiratorio Sankaran fa notare che, come nel caso del suo paziente, Staphysagria è il principale rimedio di chi voglia smettere di fumare senza riuscirci. Il paziente, infatti, non riusciva a smettere di fumare nonostante le sue buone intenzioni. Inoltre entrava in crisi perché alternava la frequentazione di sedute di meditazione a quelle di una bisca in cui dava sfogo alle sue pulsioni fumando e giocando d'azzardo.

La paura di perdere il controllo e le conseguenze dell'onore ferito sono per l'omeopata indiano i due sintomi importanti del rimedio. Grandgeorge ritiene che Staphysagria possa essere molto utile nei casi di asma bronchiale in cui anche il trattenere troppo l'aria fa parte dell'atteggiamento di Staphysagria nei confronti della vita. Le famiglie Staphysagria sono quelle in cui domina, secondo il grande omeopata francese, un atteggiamento molto austero e tendenzialmente repressivo. Del resto Staphysagria, secondo Grandgeorge, è quel bambino che diventa quasi insopportabile quando rimugina sulle ingiustizie vere o presunte subite e che quasi *cerca la sculacciata*, che non fa altro che perpetrare la indignazione ferita e che al contrario andrà sostituita da una monodose di Staphysagria.

Cistiti e disturbi sessuali

Rimedio della repressione sessuale, di quando vi è un aumento del desiderio che viene soppresso. Come indica Hodiament bisogna sempre pensare a Staphysagria in pazienti che non

possono soddisfare i desideri sessuali, anche se nove volte su dieci non parleranno di questo argomento. Il desiderio sessuale in eccesso potrebbe, secondo Hodiament, essere legato all'azione a livello centrale diencefalico della delfinina per cui in Staphysagria vi è una attivazione anche a livello centrale e non solo periferica.

Nelle infezioni urinarie ricorrenti Staphysagria è stato uno dei rimedi utilizzati in una ricerca in pazienti che avevano disfunzioni dovute alla vescica neurogenica per lesioni al midollo spinale. La ricerca, condotta in un ospedale indiano da Pannek e collaboratori, ha evidenziato come l'omeopatia unicista, in aggiunta alle metodiche standard di profilassi delle infezioni urinarie in pazienti con vescica neurogena, ha dato dei risultati incoraggianti. Su 8 pazienti seguiti per 15 mesi 5 non hanno avuto infezioni mentre 3 hanno avuto una minore frequenza di infezione. Il 3° caso clinico di questa ricerca ha utilizzato ad esempio Staphysagria dalla 1 alla 2 LM ed ha avuto una diminuzione della incidenza delle infezioni urinarie oltre ad un miglioramento del suo stato mentale.

Nella cistite Demarque identifica nel dolore durante la minzione con la emissione di urine chiare uno dei sintomi più caratteristici e consiglia il suo utilizzo alla 7 CH o alla 9 CH. Indicato nelle materie mediche anche in casi di cistiti della luna di miele. Staphysagria è inoltre indicata nella profilassi delle cistiti dopo cateterizzazione: la somministrazione di una monodose la sera prima del cambio del catetere o in granuli prima e dopo il cambio del catetere può essere una efficace misura preventiva assieme alle altre misure di profilassi della cistite in paziente cateterizzati. Viene somministrata anche nei pazienti che si debbano sottoporre a litotrissia.



Iperprostatia prostatica

Secondo Vithoulkas l'iperprostatia prostatica può essere presente per il processo di indurimento a livello degli organi sessuali soprattutto quando il desiderio è stato soppresso o al contrario si è ecceduto in lascivia e promiscuità.

Priapismo e malattia di La Peyronie

Con il caratteristico indurimento della tunica albuginea dell'organo sessuale maschile, le condizioni cliniche suddette sono delle patologie che potrebbero rientrare nella sfera di azione del rimedio che può avere erezioni dolorose e prolungate. Per Vithoulkas Staphysagria è con Lycopodium *la cura principale dell'impotenza.*

Punture di insetto

Secondo Trexler, Staphysagria sarebbe in grado, entrando in diagnosi differenziale con Ledum palustre, di alleviare ed anche di prevenire le punture di insetto, soprattutto le zanzare. In ogni caso è in grado di migliorare, secondo l'omeopata suddetto, il dolore ed il disagio quando viene assunta dopo che vi è stata la puntura. Afferma che le punture scompaiono rapidamente dopo aver preso il rimedio. Anche secondo Julian Staphysagria è un rimedio preventivo per la puntura delle zanzare. Andrebbe ricordato anche da coloro che si ostinano a somministrare in maniera automatica Ledum palustre in questi casi.

Pediculosi

Nota nella tradizione popolare come *erba dei pidocchi*, sembra avere un ruolo in ambito omeopatico secondo alcuni autori nel modificare il terreno su cui possono o meno attecchire i pidocchi.

Guarigione delle cicatrici

Assieme a Silicea è il rimedio che favorisce la guarigione delle cicatrici, specialmente quelle che derivano da ferite da taglio lineare come quelle chirurgiche, ad esempio la episiotomia. Kent descrive questa azione di Staphysagria: *Se avete una ferita da taglio fatta con uno strumento tagliente o se avete fatto un'incisione di questo tipo con il vostro bisturi durante un intervento chirurgico, se avete aperto la cavità addominale e le pareti dell'addome presentano un aspetto malsano, se ci sono dolori pungenti, urenti, Staphysagria è il rimedio che farà apparire immediatamente la granulazione.*

Patologie dermatologiche

La pelle è una cartina al tornasole per la scelta di questo rimedio su cui esercita un notevole tropismo in tutte le sperimentazioni. Spesso quando si effettuano nel colloquio omeopatico delle domande che toccano la sua estrema sensibilità, ad esempio sui rapporti di lavoro o con il/la consorte, il paziente Staphysagria, reticente sulle cause dei suoi malanni, ha sulla pelle una reazione caratteristica: piccole aree circoscritte di leggero arrossamento appaiono e sono circondate da zone pallide formando una specie di carta geografica, soprattutto sulla gola, ma talvolta si estendono anche al volto e al torace ed alle braccia o alla schiena ed è l'alternanza tra il rossore ed

il pallore nelle varie piccole zone di pelle circoscritte ad indicare la reazione Staphysagria. Anche su questa reazione eritematosa Staphysagria esercita il controllo e non le permette di esprimersi a pieno, ma la alterna con aree che hanno la reazione opposta di pallore. La pelle è inoltre spesso sede di patologie dermatologiche su cui può avere una notevole efficacia.

Roger Morrison la considera il rimedio più importante nella psoriasi dei bambini e nella psoriasi che compare dopo stress ed emozioni soppresse. Staphysagria è per Guernonprez uno dei rimedi principali per il Lichen pla-



nus specialmente nelle forme invetrate molto pruriginose con andamento variabile in base allo stress ed alla tensione nervosa. È riportato il suo uso nelle forme crostose dell'eczema e nelle verruche peduncolate e nei papillomi oltre che, classicamente negli orzaioli palpebrali induriti e recidivanti descritti anche in un'altra parte dell'articolo.

Kent evidenzia come sono tipici anche piccoli tumori polipoidi delle dimensioni di un chicco di grano, privi di epitelio, trasudanti, arrossati, infiammati, blu.

Secondo quanto riporta Clarke: *Cisti sebacee e tumori incistati scoppiano dopo*

Staph. 200.

Per Demarque è caratteristica in Staphysagria la comparsa di eruzioni pruriginose che danno luogo alla comparsa di vescicole seguite da lesioni crostose.

Dermatite atopica

Staphysagria è uno dei rimedi utilizzati in una ricerca giapponese condotta da Itamura e collaboratori in pazienti con dermatite atopica intrattabile. L'aggiunta della terapia omeopatica individualizza in un periodo variabile dai 6 mesi ai 2 anni e 7 mesi ha consentito, dopo che tutte le altre terapie convenzionali erano state usate, un notevole miglioramento del quadro clinico oggettivo e dei sintomi come il prurito e l'insonnia.

Linfoadeniti

Staphysagria presenta spesso un ingrossamento delle linfoghiandole sia a livello laterocervicale che in altri distretti corporei. I linfo nodi sono ingrossati, duri e dolenti alla palpazione. L'uso di Staphysagria a po-

tenze LM crescenti insieme a delle monodosi ripetute ogni 4 settimane di Phytolacca 200 CH possono essere utili, dopo avere effettuato i dovuti accertamenti diagnostici, in caso di linfoadeniti croniche con ingrossamento di linfo nodi duri a livello laterocervicale. Anche le tonsille indurite e preda di una flogosi cronica rientrano nel quadro patogenetico del rimedio. Del resto dalla delphinina, l'alcaloide presente nel rimedio, derivano per distillazione, come descrive Hodiamont, dei derivati delle piridine, simili alla conicina, alcaloide di Conium, altro rimedio utilizzato in questi casi.

Patologie reumatiche

Kent riporta il caso di un paziente che soffriva di tofi; che aveva condotto una vita di continenza. Estremamente debilitato sul piano fisico e con idee fisse sul piano mentale, Staphysagria *gli fece uscire sulle gambe, fino all'altezza delle ginocchia, un'eruzione così estesa che sembrava indossasse un paio di pantaloni.* Tale eruzione durò un anno, ma fisicamente il paziente stava molto meglio e le sue articolazioni ingrossate migliorarono progressivamente. L'eruzione era gialla, crostosa, dura, come il cuoio, e spesso sollevandosi a causa dell'essudato sottostante, era necessario togliere questa crosta come se si trattasse di una benda contribuendo a rendere il paziente praticamente claudicante, anche perché le croste lo tagliavano. Ciò permise in ogni caso di sgonfiare le articolazioni.

Tic della faccia

Per Guernonprez è indicata nei tic della faccia che si manifestano in seguito a preoccupazioni familiari o sessuali.

Coliche addominali

Assieme a Colocynthis, che è suo complementare in acuto, è indicata nelle forme recidivanti di coliche e spasmi addominali dopo collera e rabbia trattenuta.

Vertigini

Hahnemann riporta le vertigini nella sua sperimentazione che migliorano camminando e che peggiorano stando seduti.

Teste la utilizzava anche per la nausea in gravidanza ed è anche utile per eliminare gli effetti del tabagismo. Teste guarì con tale rimedio le conseguenze del tabagismo oltre che anche l'abitudine alla masticazione del tabacco, che all'epoca era molto più diffusa.

Mal di mare e chinetosi

Teste usava Staphysagria come rimedio per il mal di mare e la impiegava alla 6 CH e riportava la sua efficacia se presa ai primi sintomi quando si manifestano la nausea e i capogiri prima dell'inizio del vomito. Lo stesso Teste ebbe vertigini come il mal di mare sperimentando su se stesso il rimedio. Demarque la utilizzava nel mal di mare con caratteristiche vertigini e nausea e consigliava di assumerla circa 1 ora prima dell'imbarco.

Sudorazione

Assenza di sudorazione o sudore che puzza di uova marce sono sintomi riportati nelle materie mediche.

Miasmi

Staphysagria è un rimedio con una predominanza sifilitica. Si aggrava di notte come altri rimedi di tale natura, come evidenzia Kent, che comunque afferma che, essendo un policresto ad indicazioni molto ampie, è indicato in situazioni complesse per tutti e tre i miasmi. Hahnemann lo considerava un antipsorico anche per il prurito che è uno dei sintomi sperimentali dei proving di più frequente riscontro. D'altra parte è anche un rimedio antiscorbutico considerando la sua capacità di curare le condilomatosi e le escrescenze dermatologiche quando indicato al pari di Nitricum Zcidum o di Thuya.

Relazione con altri rimedi

Colocynthis è il suo rimedio complementare in acuto ed è particolarmente efficace quando si verifica una somatizzazione della rabbia repressa che si esprime in coliche intestinali o anche in lombosciatalgie. Causticum è un altro dei suoi rimedi complementari in cui l'indignazione di Staphysagria si colora del senso della ingiustizia e della partecipazione

alle ingiustizie subite dagli altri. Per Clarke Causticum, Colocynthis e Staphysagria costituiscono un trio di rimedi che seguono bene l'uno all'altro in tale ordine.

Conclusioni

Come evidenziano i casi clinici tratti dalle materie mediche e dalla letteratura scientifica oltre che personali Staphysagria è un rimedio in grado di curare numerose patologie in differenti distretti dell'organismo. È particolarmente indicata nei soggetti che presentano le conseguenze della rabbia repressa, in coloro in cui prevale una indole remissiva ma che covano dentro una indignazione per le ingiustizie che ritengono di avere subito a cui si associano possibili variabili manifestazioni patologiche.

Staphysagria può curare oltre che sindromi ansioso-depressive o maniacali, anche infezioni urinarie recidivanti, patologie odontoiatriche, patologie dermatologiche come dermatite atopica o lichen planus, postumi di interventi chirurgici con cicatrici lineari, patologie conseguenti a cateterismo e molte altre.

Come traspare dalla frase di Gandhi riportata da Sankaran l'onore e la dignità in tali pazienti sono irrinunciabili nonostante le offese ed i maltrattamenti subiti. Di fronte alle aggressioni esterne ed al senso di ingiustizia dilagante che in particolare nei nostri giorni è sempre più diffuso, gli omeopati dovranno essere in grado di riconoscere la reazione dei pazienti Staphysagria anche quando si chiudono in se stessi e hanno un comportamento apparentemente dimesso e conciliante. In questo modo sarà possibile riportare calma e tranquillità sedando il mare in tempesta che dentro di loro ribolle facendoli ritornare ad un uso corretto delle loro energie.

Bibliografia

- Allen T.F. *The Encyclopedia of pure materia medica*. B Jain publishers. New Delhi. 2001.
- Bailey P.M. *Psicologia omeopatica*. Salus Infirmerum. Padova. 2000.
- Burt W. *Physiological Materia Medica* 1882. B Jain Publisher. New Delhi. Reprint edition. 2000.
- Charette G. *La Materia Medica Spiegata. Compendio di omeopatia*. Nuova Ipsa Editore. Palermo. 1998.
- Choudhuri N.M. *A study on materia medica*. B Jain publishers. New Delhi. 2001.
- Clarke Galdstone A. *Decacordi e pentacordi*. Salus Infirmerum. Padova. 2011.
- Clarke J.H. *Dizionario di farmacologia omeopatica clinica*. IPSA. Palermo. 1999.
- Demarque D., Poitevin J., Jouanny J., Saint Jean Y. *Farmacologia e Materia Medica Omeopatica*. Tecniche Nuove edizioni. 2005.
- Farrington E.A. *Clinical Materia Medica*. B Jain Publishers. New Delhi. Reprint edition. 1999.
- Grandgeorge D. *Lo spirito del rimedio omeopatico*. Mirdad editore. Torino. 1996.
- Guermonprez M., Pinkas M., Torck M. *Matiere Medicale Homeopatique*. CEDH. 2005.
- Gunavante S.M., Bath S. *Il Meraviglioso Potere dell'Omeopatia. 200 casi clinici guariti rapidamente e dolcemente con i rimedi omeopatici*. Salus Infirmerum. Padova. 2006.
- Hahnemann C.F.S. *Materia Medica Pura*. Edi-Lombardo. Roma. 2000.
- Hahnemann C.F.S. *Organon dell'arte del guarire*. Salus Infirmerum. Padova. 2011.
- Hering C. *The Guiding symptoms of our materia medica*. B Jain Publishers. New Delhi. Reprint editions. 2000.
- Hodiamont G. *Trattato di Farmacologia Omeopatica. Il Volume. Rimedi Vegetali in Omeopatia*. 1984. Nuova IPSA editore.
- Hughes R. Dake J.P. *A cyclopedya of drug pathogenesy*. B Jain publishers. New Delhi. 1988. Reprint edition
- Itamura R, Hosoya R. *Homeopathic treatment of Japanese patients with intractable atopic dermatitis* - DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1475-4916\(03\)00017-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1475-4916(03)00017-1). Homeopathy, 2003 – Elsevier
- Juri G. *Staphisagria: Dermatological features and miasmatic considerations*. Revista Romana de Homeopatie, 2002; 2, 27-35
- Kent J.T. *Materia Medica Omeopatica*. Red edizioni. Novara. 2003.
- Kent J.T. *Clinica Omeopatica. Casi clinici*. Red edizioni. Novara. 1996.
- Lamothe J. *Homeopathie pediatrique*. Editions Similia. France. 2008
- Lathoud J.A. *Materia Medica omeopatica*. Salus Infirmerum. Padova. 2011.
- Murphy R. *Lotus Materia Medica*. 2nd revised edition. 2002. B Jain publishers. New Delhi. India
- Mousavi F. et al. *Ignatia in the treatment of oral lichen planus*. Homeopathy. 2009 Jan;98(1):40-4. doi: 10.1016/j.homp.2008.11.007.
- Nash E.B. *Fondamenti di Terapia Omeopatica*. Salus Infirmerum. Padova. 2005.
- Ortega P.S. *Introduzione alla medicina omeopatica*. Nuova Ipsa editore. Palermo. 2001.
- Pannek J, Pannek-Rademacher S, Jus MC, Jus MS. *Usefulness of classical homeopathy for the prevention of urinary tract infections in patients with neurogenic bladder dysfunction: A case series*. Indian J Res Homeopathy 2014;8:31-6.
- Phatak S.R. *Materia medica e repertorio essenziale dei medicamenti omeopatici*. Salus Infirmerum. Padova. 2005.
- Sankaran R. *Uno sguardo ai rimedi omeopatici vegetali*. Salus Infirmerum. Padova. 2005.
- Tetau M. *La Materia Medica Omeopatica clinica e associazioni bioterapiche*. Nuova Ipsa editore. Palermo. 1989.
- Tyler M. L. *Quadri di Rimedi Omeopatici*. Salus Infirmerum. Padova. 2001
- Vannier L. *L'omeopatia nelle malattie acute*. Fratelli Palombi editore. Roma. 1970.
- Vannier L. *Tipologia Omeopatica*. Red edizioni. Como. 1983.
- Vermeulen F. *Prisma*. Salus Infirmerum Editore. Padova. 2015.
- Vithoulkas G. *Essenze psicopatologiche del rimedio omeopatico*. Mirdad editore. Torino. 1997.
- Vithoulkas G. *Talks on Classical Homeopathy*. B Jain publishers. New Delhi. 200110.1089/acm.2011.0821. Epub 2012 Sep 14.

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA
The Italian Journal of Classical Homeopathy

è online!

www.ilmedicoomeopata.it



COMUNICATO CeMON

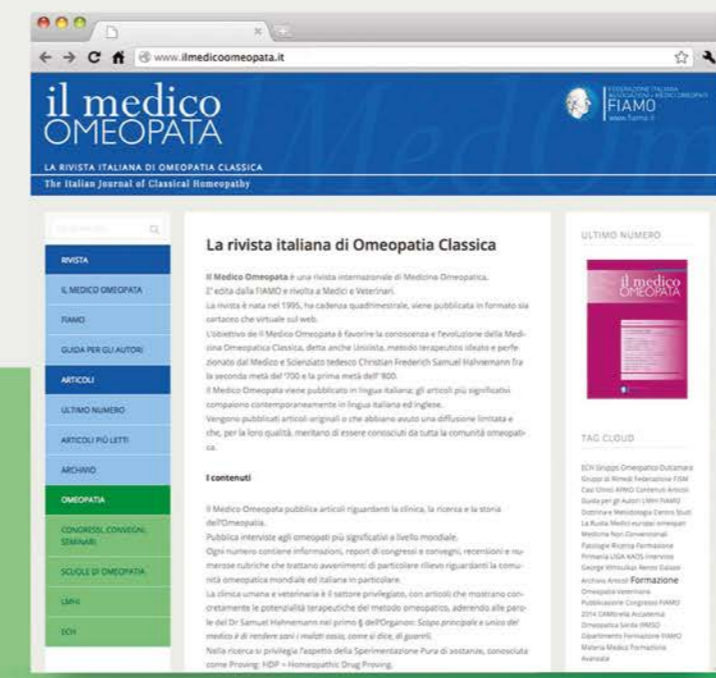
Gentile Dottoressa, Egregio Dottore,
con immenso orgoglio e piacere La informiamo che CeMON ha presentato presso AIFA i dossier e la domanda di registrazione, entro il termine di legge del 30 giugno, per ben circa 400 rimedi unitari e 57 composti.

È stata, come potete facilmente immaginare, una operazione difficile e pesante, fatta tanto di competenza, quanto di impegno e sacrificio prolungato da parte del personale coinvolto. A ciò si aggiunge un investimento finanziario complessivo di ben oltre un milione di euro.

Con questo primo traguardo, consegniamo quindi un pezzo di futuro ed un rinnovato impulso per la medicina omeopatica. Infatti, ciò consentirà la permanenza sul mercato dei nostri rimedi anche oltre il 31/12/2018, data di cancellazione e ritiro dei medicinali non registrati.

Napoli, 12 luglio 2017

Ce.M.O.N. S.r.l.
Aurelio Rocco
Amministratore delegato



Un tesoro accumulato in 20 anni
a disposizione di tutti gli omeopati!
Oltre 500 casi clinici umani e veterinari,
ricerca, storia e dottrina omeopatiche.

Inoltre:
Interviste: il pensiero dei più grandi omeopati internazionali / **Scuole di Omeopatia:** tutte le scuole del circuito FIAMO per la formazione primaria e avanzata / **Congressi, convegni e seminari:** il meglio delle iniziative italiane e mondiali **FIAMO, ECH, LMHI:** le maggiori organizzazioni omeopatiche

Omeopatia in oncologia

Quattro anni di collaborazione con una struttura ospedaliera

Lavoro presentato al XV Congresso Nazionale FIAMO - Reggio Calabria 24-26 marzo 2017, riveduto per la pubblicazione

RIASSUNTO

In questo articolo viene riportato l'esito di una collaborazione quadriennale con una struttura pubblica (Reparto di Day Hospital oncologico dell'Ospedale di Sassuolo - Modena) concernente l'impiego dell'Omeopatia Classica come terapia di supporto per pazienti oncologici sottoposti a trattamenti convenzionali. La terapia omeopatica, con i limiti connessi ad un approccio terapeutico integrato e non esclusivo, ha permesso di evidenziare e meglio definire possibilità e limiti dell'Omeopatia Classica rispetto alla patologia cronica. La "sfida" delle cure omeopatiche in condizioni che mettono in rilievo la complessità delle risposte adattative dell'essere umano malato costituisce per l'autore una possibile via alla comprensione della persona sofferente, proprio perché la considerazione dell'organismo nel suo insieme è alla base della pratica clinica omeopatica. L'autore riporta una sintesi della casistica trattata ed alcune considerazioni in merito alla sua esperienza.

PAROLE CHIAVE

Oncologia – Omeopatia - Terapia di integrazione - Terapia di supporto - Qualità della vita.

SUMMARY

This article reported the outcome of a four-year collaboration with a public hospital (Oncological Day Hospital department, Hospital of Sassuolo - Modena) concerning the use of Classical Homeopathy as supportive therapy for cancer patients subjected to conventional treatments. The use of the homeopathic approach, with the limits associated with an integrated and non-exclusive therapeutic approach, has allowed to highlight and better define the possibilities and limits of Classical Homeopathy in chronic pathology. The "challenge" of homeopathic care in conditions that emphasize the complexity of adaptive responses of the sick human being is the author's way to the understanding of the suffering person, precisely because the consideration of the organism as a whole is at the basis of homeopathic clinical practice. The author reports a summary of treated cases and some conclusion about his own experience.

KEYWORDS

Oncology – Homeopathy - Integrative care - Supportive care - Quality of life.

INTRODUZIONE

L'uso della medicina complementare e alternativa in Oncologia è aumentato negli ultimi dieci anni. Prestigiose cliniche in tutto il mondo hanno inserito ormai da diversi anni un servizio o un reparto di medicina complementare.

In questo ambito l'Omeopatia è rappresentata, anche se ci sono pochi dati in letteratura in merito ai risultati del lavoro svolto. Credo che una valutazione sugli esiti dei trattamenti sia una prerogativa imprescindibile per un confronto sia interno all'Omeopatia che con colleghi e istituzioni appartenenti alla medicina convenzionale.

Questo articolo riporta i risultati di quattro anni di collaborazione (2011-2015) con il Day Hospital Oncologico dell'Ospedale di Sassuolo (Modena). Questa collaborazione è stata resa possibile grazie all'intervento all'associazione *Per Vincere Domani* attiva presso il Day Hospital medesimo, che ha sostenuto questo percorso terapeutico, gratuito per i pazienti. La collaborazione ha riguardato - e riguarda tuttora - l'applicazione della Medicina Omeopatica come terapia di supporto ai pazienti in terapia oncologica convenzionale (chirurgia, chemioterapia, radioterapia).

I dati riportati non sono stati sottoposti ad analisi statistica, fondamentalmente per due motivi:

1. Il numero dei pazienti trattati (61) per diverse patologie non può rappresentare un campione particolarmente significativo in termini statistici;
2. non è stato possibile per problemi organizzativi selezionare un gruppo di controllo, che avrebbe consentito le indispensabili comparazioni.

MATERIALI E METODI

Nel quadriennio 2011-2015 sono stati visitati 61 pazienti: 49 donne e 12 uomini.

L'età media dei pazienti era di 49,1 anni. In nettissima maggioranza i pazienti erano residenti nell'area sud della provincia di Modena e l'Ospedale di Sassuolo era il loro riferimento territoriale. Circa il 35% dei pazienti aveva già ricevuto altri trattamenti di medicina complementare. La bassa età media era ampiamente dovuta alla forte presenza di giovani donne con neoplasia mammaria che erano spesso in cura presso il reparto.

I pazienti venivano a conoscenza di questa opzione terapeutica attraverso i volontari dell'Associazione. Rari

gli invii da parte del collega oncologo (5 pazienti), dello psicologo del reparto (3 pazienti), nonostante alcuni incontri preliminari di illustrazione della collaborazione non avessero evidenziato particolari criticità.

I pazienti giungevano alla osservazione prevalentemente per una o più di queste ragioni:

- Richiesta di "sostegno", definito dai diversi pazienti in base alla personale percezione di bisogno di aiuto (immunitario, disintossicante, affettivo etc.).

- Sindrome da fatica cronica (Fatigue);

- Effetti avversi da chemioterapia, radioterapia, chirurgia e terapia ormono-soppressiva;

Spesso lo stesso paziente presentava situazioni complesse e numerose problematiche sovrapposte.

Le patologie neoplastiche dei 61 pazienti erano così suddivise:

Neoplasie del seno	28 (46%)
Neoplasie dell'ovaio	7 (11%)
Neoplasie gastrointestinali	10 (16%)
Neoplasie polmonari	8 (13%)
Neoplasie ematologiche	4 (7%)
Neoplasie ossee	3 (5%)
Neoplasie cerebrali	1 (2%)

Lo stadio di evoluzione della patologia era estremamente vario. Sono stati seguiti sia pazienti subito dopo la prima diagnosi di malattia e quindi prima di qualsiasi terapia; pazienti in fase di malattia diffusa e conclamata; pazienti con recidiva; pazienti in remissione.

Ogni paziente ha avuto una prima visita seguita da uno o più controlli, a cadenza media mensile.

L'approccio seguito per la prescrizione del rimedio è stato quello dell'Omeopatia Classica, cercando la massima similitudine possibile fra il quadro clinico del paziente nella sua complessità e la patogenesi del rimedio omeopatico.

Per l'elaborazione dei sintomi è stato utilizzato il repertorio omeopatico informatizzato McRepertory. Per la consultazione delle materie mediche si è utilizzata la biblioteca informatica Reference Works.

Le diluizioni impiegate sono state in prevalenza diluizioni cinquantamillesimali (Q), meno spesso centesimali (CH o K). La ripetizione del rimedio varia da una a diverse somministrazioni giornaliere.

Sono stati prescritti rimedi che in gran parte risultano essere policrestati di uso storicamente frequente in campo oncologico (Tabella n. 1). Rimedi di meno frequente prescrizione hanno spesso consentito di curare importanti sintomi locali, avendo

probabilmente un'azione più spesso palliativa.

Oltre all'Omeopatia sono stati impiegati nutraceutici (funghi medicinali, probiotici, antiossidanti) e sovente si è cercato di offrire consigli nutrizionali in base alla costituzione individuale e alla condizione clinica del paziente.

I colleghi oncologi sono sempre stati informati della "presa in carico" del paziente e dell'andamento delle terapie.

RIMEDI di frequente prescrizione
1. Phosphorus
2. Arsenicum album
3. Sepia succus
4. Lachesis muta
5. Conium maculatum
6. Nux vomica
7. Pulsatilla pratensis
8. Staphisagria
9. Ignatia amara
10. Carbo animalis
11. Kalium carbonicum
12. Calcarea carbonica
RIMEDI di infrequente prescrizione
1. Carbo animalis
2. Hydrastis canadensis
3. Phytolacca decandra
4. Muriaticum acidum
5. Carbolicum acidum
6. Condurango
7. Cadmium sulphuricum
8. Radium bromatum
9. Bellis perennis
10. Chelidonium majus
11. Ferrum phosphoricum

Tabella 1.

RISULTATI

I risultati sono stati valutati su alcuni parametri fondamentali:

- il grado di miglioramento percepito dal paziente, valutato con particolare riferimento rispetto alle problematiche iniziali e alla vitalità generale;

- il grado di risposta in base alla prognosi individuale in quel contesto di cura;

- la capacità di completare l'iter previsto di cure convenzionali.

La valutazione è stata in sostanza una valutazione di efficacia da parte del paziente, confrontata con la valutazione clinica circa gli effetti imputabili esclusivamente al trattamento omeopatico o relativi alle altre terapie in corso o all'evoluzione naturale della malattia.

I 61 pazienti trattati sono stati suddivisi in base al risultato in 4 gruppi (Grafico n. 1):

1. Esito completamente soddisfacente 05 (7%)
2. Esito parzialmente soddisfacente 24 (40%)
3. Esito parziale e insoddisfacente 11 (19%)
4. Esito completamente insoddisfacente 09 (14%)
5. Non valutabile (follow up assente o troppo breve) 12 (20%)

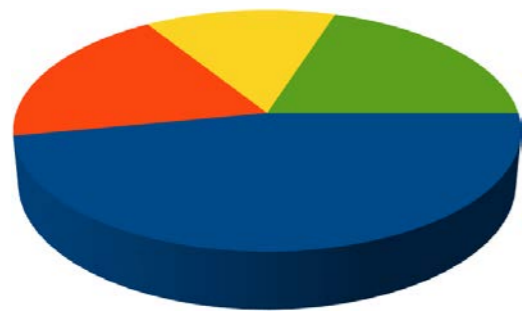


Grafico 1.

- BLU: ESITO POSITIVO: 47%
- ROSSO: ESITO PARZIALMENTE POSITIVO 19%
- GIALLO: ESITO NEGATIVO 14%
- VERDE: ESITO NON VALUTABILE 20%

E' stata inoltre eseguita una valutazione separata per "problema clinico" emergente. È Da tenere presente che nella stessa storia clinica di ogni paziente si sono sovrapposti anche più volte i medesimi problemi. (Tabella n. 2)

VALUTAZIONE DEI RISULTATI SU PROBLEMI CLINICI SPECIFICI					
PROBLEMA	PAZIENTI	++	+	+/-	0
UMORE	48	0	26	14	8
FATIGUE	40	4	17	15	4
ORMONOTP	10	6	2	2	0
CHEMIOTP	38	2	15	7	5
RADIOTP	27	0	15	7	5
CHIRURGIA	9	4	2	0	3

Tabella 2.

- ++ RISULTATO COMPLETO
- + RISULTATO PARZIALE
- +/- RISULTATO PARZIALE MA INSODDISFACENTE
- 0 NESSUN RISULTATO.

In due casi è stato possibile evidenziare la risoluzione di complicanze potenzialmente fatali.

CASO N. 1

Un paziente, affetto da carcinoma squamocellulare del polmone che presentava importanti emottisi, anche più volte nella stessa giornata.

Il paziente presentava un quadro clinico dominato da sintomi legati all'anemia da perdita ematica e difficoltà respiratorie. La situazione era molto grave. La neoplasia era presente con multiple lesioni polmonari e metastasi cerebrali. Repertorizzando i sintomi più evidenti (Fig. 1) è stato prescritto Ferrum Phosphoricum 30 CH, 5 gocce diluite in acqua, da assumere a sorsi e da ripetere 4 volte nella giornata. Nella settimanaseguente la frequenza degli episodi si è drasticamente ridotta, e la dispnea è migliorata. Il paziente è deceduto qualche mese dopo per una complicanza infettiva.

GENERALITIES; ANEMIA; blood, from loss of; hemorrhage, after (K1345, Sll-33, G1110) (19)
 EXPECTORATION; BLOODY, spitting of blood (K813, G688) (CHEST; Hemorrhage) (234)
 CHEST; HEMORRHAGE (K833, G704) (EXPECTORATION; Bloody) (147)
 EXPECTORATION; BLOODY, spitting of blood; bright-red (K813, G688) (55)
 EXPECTORATION; BLOODY, spitting of blood; cough; with (7)

Figura 1.

CASO N. 2

Una donna di 60 anni, affetta da epato/colangiocarcinoma che già alla diagnosi presentava multiple metastasi intestinali e linfonodali.

Viene sottoposta a polichemioterapia per 6 mesi, durante i quali viene trattata principalmente con Phosphorus Q1. Durante tutto il periodo si alimenta e non accusa particolare stanchezza (fatto veramente insolito vista la malattia di base e le terapie allopatiche in corso).

Ad Ottobre dello stesso anno un episodio di addome acuto costringe la paziente ad un ricovero urgente. Viene posta diagnosi di perforazione intestinale con peritonite.

Per le condizioni generali la paziente non è sottoposta a terapia chirurgica, ma a massiccia antibioticoterapia e a terapia con analgesici oppiacei. Continua ad assumere Phosphorus Q1.

Nei giorni successivi c'è un progressivo miglioramento. Appena riprende ad alimentarsi, si arriva rapidamente ad una condizione di occlusione intestinale che si accompagna a spasmi dolorosi, un po' alleviati dalla faticosa emissione di minime quantità di feci e gas.

La paziente mi segnala telefonicamente la gravità della situazione. Interrogata sulla presenza di altri sintomi parla di notevoli borborigmi e un marcato gonfiore addominale. Inoltre nota una linea nerastra al centro della lingua. I medici ospedalieri la tengono semplicemente in osservazione attuando blande misure di (ulteriore) sedazione con oppiacei. Le condizioni generali sono pessime: grande debolezza, incapacità quasi completa di alzarsi dal letto, frequente dispnea.

Vengono repertorizzati i sintomi più chiari (Fig. 2) e si prescrive Muriaticum acidum Q1.

In particolare considerando lo stato di profondo affaticamento, l'uso protratto di oppiacei (dei quali il rimedio è un antidoto) e il piccolo sintomo obiettivo riferito relativo alla lingua.

La paziente assume una soluzione acquosa con 10 gocce del rimedio, ripetutamente nel corso della notte. Verso mattina si verificano alcune evacuazioni importanti, riferite come maleodoranti e semiliquide. Segue la risoluzione completa del quadro clinico.

GENERALITIES; CACHEXIA
 ABDOMEN; TUMORS; Liver, cancerous
 MOUTH; DISCOLORATION; black; tongue; center
 RECTUM; PARALYSIS
 ABDOMEN; INFLAMMATION, peritonitis, enteritis; appendix perforated, perityphilitis
 ABDOMEN; HARDNESS
 ABDOMEN; DISTENSION; tympanic
 GENERALITIES; ABUSE of, poisoning with; narcotics

Figura 2.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La valutazione definitiva e sintetica rispetto ai vantaggi dell'uso della terapia Omeopatica Classica in pazienti oncologici è positiva.

Più complesso è la valutazione delle diverse componenti, molto differenti da caso a caso, e strettamente connesse anche ad aspetti di interazione con altre terapie.

In particolare si è evidenziata una buona efficacia nel trattare gli effetti collaterali di terapie ormono-soppressive, della fatigue, della condizione emozionale.

Riguardo gli effetti collaterali della chemioterapia e della radioterapia i risultati sono stati mediamente soddisfacenti per le problematiche gastrointestinali, neurologiche e dermatologiche, insoddisfacenti per la deplezione midollare.

Nel complesso si è chiaramente evidenziato il miglioramento

della condizione generale, in particolare la condizione di malattia è stata vissuta in modalità molto più positiva.

Il risultato ottenuto rappresenta esclusivamente il resoconto di un'esperienza terapeutica ed umana, ovviamente impossibile da tradurre, nella sua complessità, in termini meramente numerici.

E' evidente il limite statistico di questo resoconto, dato dalla mancanza di omogeneità di diagnosi e stadio di malattia e dall'assenza di un gruppo di controllo. Volutamente i dati non sono stati elaborati statisticamente, infatti l'obiettivo del presente lavoro non era stabilire una rilevanza statistica, ma la condivisione di un'esperienza di indubbio interesse. Tuttavia queste osservazioni possono essere un punto di partenza per ulteriori approfondimenti teorici e pratici, tenendo anche conto del crescente interesse rispetto all'esperienza dell'integrazione delle terapie oncologiche convenzionali con diverse medicine complementari.

Da evidenziare come l'interesse per la Medicina Omeopatica in Oncologia sia nettamente superiore nel paziente rispetto al medico oncologo. Indubbiamente la maggiore focalizzazione sulla malattia rispetto al malato, nell'intento di eliminare in primis il tessuto patologico, può limitare nel medico oncologo la possibilità di cogliere rilevanti aspetti non solo di natura relazionale, ma anche di importante significato clinico, come la Fatigue.

L'Omeopatia supporta una visione della malattia oncologica come malattia sistemica, dove la lesione anatomica è soltanto l'esito finale di un disordine/squilibrio che si realizza in prima istanza su un piano informativo/energetico. Questo concetto consente di inquadrare ogni dato clinico in una visione inclusiva rispetto ad ogni aspetto vitale dell'Essere.

Bibliografia

- TESTI
1. Hahnemann, CFS: *Organon dell'Arte del guarire* – VI ed. – trad. G. Riccamboni, L.U.I.M.O. – Napoli, 1987.
 2. Hahnemann, CFS: *Le malattie croniche* - ed. De Ferrari 1994
 3. Kent, JT: *Lectures on homeopathic Materia Medica* – B. Jain Pub., New Delhi, 1990
 4. Clarke J.H. *Dizionario di Farmacologia Omeopatica Clinica*. IPSA Editore. 1997.
 5. Boericke W. - *Materia Medica Omeopatica* – traduzione del Dott Roberto Petrucci, 2004
 6. Ramakrishnan A.U., Coulter C. *A Homeopathic Approach to Cancer*. Ninth House Publishing, West Virginia. 2001.
 7. Spinedi D.: *L'Omeopatia in Oncologia - Tecniche Nuove*, 2011.
 8. Payrhuber D. *Omeopatia e Cancro- Salus Infirmorum*, 2017
 9. *Influence of adjunctive classical homeopathy on global health status and subjective wellbeing in cancer patients - A pragmatic randomized controlled trial* Frass M. et al, *Complement Ther Med*. 2015 Jun;23(3):309-17.

PROGRAMMI INFORMATICI
 Kent homeopathic Ass., USA, McRepertory, 2006
 Kent homeopathic Ass. ReferenceWorks Pro 2006

Direttore de Il Medico Omeopata
gustavo.dominici@omeopatia-roma.it
www.omeopatia-roma.it

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

Lavoro presentato al XV Congresso Nazionale FIAMO - Reggio Calabria 24-26 marzo 2017, riveduto per la pubblicazione

RIASSUNTO

L'Autore mostra il caso clinico di una paziente 95enne curata negli ultimi 13 anni con l'Omeopatia Classica o Hahnemaniana per numerose e gravi patologie degenerative. Si descrivono i 10 quadri clinici più importanti con la sintomatologia, la terapia e l'evoluzione. In particolare si illustra il quadro clinico di anemia aplastica, completamente risolto con la terapia omeopatica.

PAROLE CHIAVE

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

SUMMARY

The Author shows the clinical case of a 95-year-old patient who has been treated for the last 13 years with Classical or Hahnemanian Homeopathy for numerous and severe degenerative diseases. The ten most important clinical pictures are described with symptomatology, therapy and follow up. In particular, the clinical picture of aplastic anemia, completely resolved with homeopathic therapy, is described.

KEYWORDS

Degenerative diseases - Old patients - Classical or Hahnemanian Homeopathy - Clinical pictures - Aplastic anemia - Homeopathic potencies

INTRODUZIONE

Per malattie degenerative intendiamo malattie croniche riguardanti ogni organo o apparato, non a carattere specificamente infiammatorio, che in maniera ingravescente portano ad alterazioni per-

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

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

MATERIALI E METODI

L'approccio alla paziente è stato quello caratteristico dell'Omeopatia Classica o Hahnemaniana.

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

Per facilitare l'individuazione del rimedio si è fatto uso del repertorio omeopatico informatizzato¹ che permette un veloce confronto fra i sintomi.

Le visite sono state effettuate quasi interamente a domicilio, per le condizioni cliniche e l'età della paziente e per la

favorevole situazione di vicinanza fra la sua abitazione e lo studio medico.

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

In base ai risultati terapeutici si è deciso di volta in volta se: mantenere il rimedio assunto, modificandone o meno la potenza; sostituire il rimedio con un altro più adeguato alla situazione.

Si è ricorso sporadicamente all'uso del placebo quando c'era semplicemente da attendere, questo per garantire alla paziente la fondamentale sensazione di "sentirsi curata".

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

Dei 13 anni di terapia sono stati estrapolati i momenti più significativi, elencati cronologicamente per mantenere il senso evolutivo del case report, corrispondenti alla malattia degenerativa in causa al momento o alla esacerbazione di una di esse. Per ognuno di questi eventi si mostrano i sintomi soggettivi ed oggettivi più significativi, talvolta riportando le parole stesse della paziente. Vengono evidenziate le indicazioni repertoriali ed infine la prescrizione, i risultati e l'evoluzione.

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

RISULTATI

>>> BRONCHITE ACUTA IN BPCO

17 Febbraio 2003 – Prima visita. Domicilio

Paziente di anni 82

8 giorni or sono rinite, tosse e mal di testa infernale.

Tutto è iniziato con delle vertigini.

Da ieri respiro strano.

Respiro corto e frequente, tosse grassa Non ha fame né sete

Dolore al fianco sinistro

Quando è malata diventa taciturna

ANSIOSA PER TUTTO: RITARDI DELLA FIGLIA, PER GLI ALTRI, PER LE COSE DA FARE.

In genere dormo bene, ma da un po' MI SVEGLIO TUTTE LE NOTTI ALLE 3.

MOLTO FREDDOLOSA, mancanza di calore vitale.

Esame obiettivo: Poco vigile e scarsamente partecipe alla visita.

Lingua molto arrossata; tagli agli angoli delle labbra.

In terapia con Microser® e Inderal® (½ cp/die).

Diagnosi: riacutizzazione in quadro di BPCO; fibrillazione atriale.

L'ansia per sé e per gli altri, il risveglio notturno e la marcata freddolosità vengono considerati elementi sufficienti a prescrivere: ARSENICUM ALBUM 30CH 10 granuli in soluzione dinamizzata, un sorso ogni 4 ore.

Esito: netto miglioramento della bronchite in pochi giorni.

Continua ad assumere Arsenicum album 30CH x 2/die

>>> ASTENIA

DA FIBRILLAZIONE ATRIALE

13 Marzo 2003

La bronchite acuta è velocemente mi-

gliorata, rimane del catarro cronico con tosse produttiva e sporadica. La paziente è più vigile e più partecipe alla visita, riferisce lei stessa i sintomi.

Ho una GRAN FIACCA ... FIATONE ... sudorazione ... debbo sdraiarmi.

In Primavera è sempre così.

Ho una sensazione di tremore, dappertutto, anche in testa.

Ho mal di testa, ci sono cresciuta, si sta riavfaciando. (Assume Cibalgina®).

Ho anche mal di testa alla fine di una crisi di tosse.

Ripenso agli errori fatti, ai torti fatti ... perché io ho sbagliato! (Molto autocritica)

Molto PESSIMISTA, pensa sia accaduto qualcosa di spiacevole.

Risveglio alle 2-2.30.

OB: Il polso è debole, evidente FIBRILLAZIONE ATRIALE A BASSA FREQUENZA, che le impedisce il minimo sforzo.

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

FOLLOW UP

Dopo 14 giorni la paziente si mostra persino vivace e notevolmente più energica.

Afferma con convinzione: Faccio passi da gigante! Voglio scacciare il male!

Si mantiene invariata la terapia con Digitalis 5CH. Si sospende definitivamente Inderal®.

La paziente mantiene una discreta condizione per mesi. Periodici resoconti telefonici.

In uno di questi viene prescritto Gelsemium 30CH per debolezza e tremori, senza rilevanti risultati.

>>> INSONNIA - ANSIA - DEPRESSIONE

18 Settembre 2003

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

Insonnia ed inquietudine dalle 2 in poi, di giorno è poi sonnolenta.

MOLTO APPRENSIVA PER RITARDI, PER DISGRAZIE, IMMAGINA SEMPRE "COSE NERE" PER I SUOI FAMILIARI.

SENSAZIONE DITREMORE INTERNO MOLTO FORTE.

RIPENSA A COSE DEL PASSATO, LA NOTTE: cosa ho sbagliato?! L'infanzia ...

Un figlio che mi ha urtato (la figlia: E' sempre stata molto suscettibile e molto facilmente offesa).

Sogno sempre di essere inseguita, corro, mi nascondo ...

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

PLATINUM METALLICUM 5CH x 2/die.

FOLLOW UP

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

Dopo 3 mesi (Dicembre 2003) alla visita si rileva un miglioramento globale, sia a livello fisico che di umore. Il tremore

interno è praticamente scomparso. *I pensieri cattivi e tristi mi venivano di notte, ora solo quando non dormo* (che succede raramente).

Il passato è passato! In effetti è molto più concentrata sul presente.

Platinum metallicum 15CH x 2

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

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

>>> ASTENIA – STIPSI – BRONCHITE ACUTA

10 Maggio 2005

Buone condizioni fino a Marzo 2005, quindi per un anno e mezzo, un tempo molto lungo.

Ha assunto i granuli fino a Novembre. Poi è tornata la debolezza, il mal di testa, una rinite, inquietudine ed insonnia notturne. La situazione era comunque accettabile ed ha preferito non chiamare. Conferma che in Primavera ammalata facilmente. Attualmente:

Fiacca, MI PESANO LE BRACCIA, MI CADONO GIU'!

Pensieri neri, disgrazie a familiari, morte se qualcuno ritarda, aggressioni ... mi impressiono molto anche guardando la TV.

TOSSE, mi si chiude la gola, DIVENTO ROSSA INVISO, mi spavento, non trovo l'aria. Anche molto catarro.

INTESTINO STITICO, 3-4 giorni e anche più.

FORMICOLIO ALLA COSCIA sinistra.

I sintomi evidenziati (stipsi, formicolio, pesantezza degli arti, bronchite con rossore del viso) portano alla prescrizione

di OPIUM CRUDUM 200K + 35K x 2/die.

FOLLOW UP

La terapia con Opium si dimostra molto efficace. La paziente trascorre un'ottima estate, la stipsi si allevia e tutto migliora. Un altro tubo dose telefonicamente.

Visita domiciliare in Ottobre 2005. Vista l'ottima reazione ad entrambe le somministrazioni di 200K, si prescrive Opium crudum MK + 35K x 2/die.

>>> BRONCOPOLMONITE DESTRA

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

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

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

>>> TROMBOFLEBITE PROFONDA GAMBA SINISTRA

15 Dicembre 2005

La figlia della paziente richiede una visita urgente per un disturbo acuto della madre, un dolore alla gamba sinistra. Alla visita rilevo un chiaro quadro di tromboflebite profonda con rischio di trombo embolia. La situazione è troppo delicata, si decide per il ricovero, nonostante l'avversione della paziente per medici ed ospedali.

Nota: la paziente non mi perdonerà mai più di averla mandata in ospedale, da quella vicenda ogni volta mi guarderà in cagnesco ricordandomi la scelta fatta, subita come sorta di tradimento imperdonabile.

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

FOLLOW UP

La paziente migliora; dopo due mesi viene prescritto Arsenicum album 200K.

Ancora miglioramento, ciò nonostante la paziente non recupererà mai completamente lo stato antecedente l'evento tromboflebitico.

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

22 Maggio 2006

Una grande fiacca, stroncata, da mettermi a letto.

Rinite e tosse passate e tornate più volte. Attualmente tosse con molto catarro.

Perdita di memoria rilevante: il giorno, le cose da fare; a tratti smarrimento. *RIPENSO MOLTO ALLE COSE DEL PASSATO. HO SUBITO PREPOTENZE! Ce l'ho con me, sono stata fessa ... mi sento cattiva per cose fatte da altri ...*

La figlia: *NONVUOLE ESSERE AIUTATA*. Chiedo se desidera cibi con sale: *Recentemente è una capra!*

La sintomatologia è suggestiva per Natrum muriaticum, da qui la domanda circa il desiderio di sale. La repertizzazione, considerando l'intensità dei sintomi, conferma la scelta.

1. MIND - DWELLS - past disagreeable occurrences, on
2. MIND - CONSOLATION - agg.
3. GENERALS - FOOD and DRINKS - salt - desire

NATRUM MURIATICUM 200K + 35K x 2

FOLLOW UP

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

Ancora un ottimo inverno. Non più cefalea, oramai da molto tempo. Tornata l'astenia.

Natrum muriaticum MK + 35K x 2.

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

Nel Febbraio 2008 cade e si frattura il femore. Viene ricoverata. Al ritorno a casa alla visita di controllo viene prescritto LEDUM PALUSTRE 30CH per due volte al giorno per gonfiore e pesantezza alle gambe. In meno di un mese recupera totalmente la funzione di entrambi gli arti inferiori. Di nuovo viene prescritto Natrum muriaticum MK, poi XMK e ancora per ulteriori due anni. La paziente ora ha 89 anni. Farmaci convenzionali assunti: Coumadin®, Lanoxin®.

>>> ANEMIA APLASTICA

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

Novembre 2012

Non visito la paziente da molti mesi. Telefonicamente per tosse catarrale sono stati prescritti Ammonium carbonicum ed Opium crudum.

Pochi giorni or sono è stata effettuata una trasfusione

Inappetente: *Non mi va nulla!*

Note: polemica, si turba facilmente, non vuole interferenze, non vuole essere scoccata.

Dorme tutto il pomeriggio, russando.

Dolori alle gambe, per cattivo tempo, prima sinistra e poi destra. Peggio prima di un temporale.

Verso le 10.30-11 *si sente male*, subentra una intensa *fiacca*.

La figlia aggiunge:

Probabilmente non sente più i sapori, tutto è *cattivo*.

ANEMIA APLASTICA.

PERDITA QUASI TOTALE DELLA MEMORIA PER L'ATTUALITA', MANTIENE LA MEMORIA PER LE COSE PASSATE. C'è stato un netto peggioramento dopo l'intervento per la frattura femorale.

Si riflette per qualche giorno prima di prescrivere. La condizione della pazien-

te è in lento ma inesorabile declino, sia a livello intellettuale che come energia vitale; in più un'anemia aplastica ingravescente, che desta seria preoccupazione. Nonostante l'attenta raccolta dei sintomi non si riesce ad evidenziare con chiarezza un rimedio, diversamente dal passato.

Infine il deterioramento generale e l'anemia fanno propendere per PLUMBUM METALLICUM 30CH x 2 x 21 giorni. Poi un controllo.

FOLLOW UP

C'è una buona risposta terapeutica e dopo le tre settimane si continua con il rimedio.

Si passa alle potenze LM per evitare le incognite della ripetizione della 30CH, la 12LM, per tornare poi la 30CH che si rivela realmente efficace nel tempo e senza alcuna controindicazione.

Le trasfusioni rallentano fino a cessare definitivamente. Attualmente e da tempo (2016) la paziente produce i globuli rossi di cui necessita, con un tasso di Hb superiore ai 12g/dl.

In questo lasso di tempo c'è stato un episodio lipotimico, recuperato con Arsenicum album 30CH, che si conferma un ottimo rimedio per i casi acuti.

>>> TRAUMA PSICHICO

18 Ottobre 2013

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

Alla visita stenta a riconoscermi; la memoria è molto peggiorata e la situazione si aggrava con i cambi di tempo.

Durante la visita TENDE AD ADDORMENTARSI, DEVE ESSERE SCOSSA

PER RISVEGLIARSI, e così via ripetutamente.

Afferma di avere un dolore al ginocchio destro, che poi però dimentica.

Alzandosi da sdraiata o sdraiandosi accusa giramenti di testa.

Ad un certo punto MI SCACCIA, NON MIVUOLE, DICE CHE ME NE DEVO ANDARE, CHE LEI NON HA BISOGNO DI NULLA.

Teme di rimanere sola, di essere portata via; vuole che le si tenga la mano.

I sintomi evidenziati sono dei keynotes, si prescrive: ARNICA MONTANA 30CH x 2

FOLLOW UP

Notevole miglioramento, superiore alle attese. In base ai risultati viene mantenuta la terapia per tre mesi.

Nel Gennaio 2014, per una riacutizzazione bronchiale e per i sintomi di paura-terrore di essere rapita, viene prescritto Arsenicum album 30CH e poi 200K, con miglioramento bronchitico, ma non degli altri sintomi.

>>> DELIRIO SENILE

8 Luglio 2015

La paziente non ha più effettuato trasfusioni.

E' dimagrita, molto inquieta; ha lo SGUARDO notevolmente SPAVENTATO.

TIENE COSTANTEMENTE STRETTA LA MANO DEL FIGLIO/A CHE LE STAVICINO.

Si risveglia terrorizzata dal sonno gridando: *Dove sto? Mi portano via!*

La figlia afferma che in Gennaio c'è stata una CONDIZIONE COMATOSA per qualche ora, in cui la paziente era FREDDA GELIDA, SENZA COSCIENZA, COME MORTA.

Dolore alle ginocchia. Stipsi.

MIND - CLINGING - - grasps at others: (8) agar. ant-t. ars. *Camph.* lac-cp. op. phos. puls.

Il sintomo "aggrapparsi agli altri", che ben corrisponde alla realtà in quanto la paziente non si limita a tenere la mano di chi le sta accanto, viene scelto come keynote; sommato alla condizione oggettiva del corpo, col freddo e lo stato semicomatoso, porta a prescrivere: CAMPHORA 5CH x 2/die. Successivamente 30CH x 2/die.

FOLLOW UP

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

Nel dicembre 2015 si aggrava la situazione bronchiale: Antimonium tartaricum 30CH risolve la crisi respiratoria.

Nell'Aprile 2016 un aggravamento dell'astenia viene risolto da Acidum muriaticum 30CH.

Ultima visita il 13 Luglio 2016.

Non più trasfusioni; tosse rara; dolori diffusi alle gambe.

Vuole che le si tenga la mano, ma solo per conforto.

Qualche lieve episodio di paura di essere portata via, di lieve entità.

Parla nel sonno, anche frasi distinte.

Il problema attuale è che tende a dormire tutto il pomeriggio e la sera, riuscendo a stare sveglia solo al mattino.

Questa condizione sembra aggravarsi. Si prescrive OPIUM CRUDUM 200K + 35K x 2.

Dopo 2 settimane la figlia comunica che la paziente si è ripresa e riesce a stare più sveglia. Viste le condizioni decide di

portarla alla casa al mare.

Accetta con entusiasmo che pubblichi il caso clinico della madre, attualmente quasi 94enne.

E comunque, nonostante il trascorrere degli anni ed il deteriorarsi della memoria, per la paziente il sottoscritto è sempre "quello che la mandò in ospedale", uno di cui non potersi fidare fino in fondo.

DISCUSSIONE

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

REATTIVITÀ DEI PAZIENTI ANZIANI

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

RIMEDI OMEOPATICI UTILIZZATI, POTENZE, MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

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

Si è mantenuto lo stesso rimedio fino a che si dimostrava efficace, cambiando potenza quando il miglioramento cessava ma rimaneva la stessa sintomatologia.

Si è cambiato rimedio dopo una evidente inefficacia o cessazione del miglioramento con modifica sostanziale della sintomatologia.

La terapia alcune volte è iniziata da potenze centesimali basse: 5CH, per passare poi alla 15CH e successivamente alla 30CH. Più spesso ed in seguito si è partiti direttamente dalla 30CH. Il rimedio è stato ripetuto per 1 o 2 volte al giorno anche per lungo tempo, fino a vari mesi. La situazione è stata monitorata con frequenza. Per evitare eventuali inconvenienti dovuti alla ripetizione della dose è stato utilizzato il metodo della dinamizzazione in plus, niente affatto gradito dalla paziente e di fatto presto abbandonato. Comunque non è mai stata rilevata la comparsa di sintomi propri del rimedio stesso (patogenetici) o altri inconvenienti attribuibili anche ipoteticamente all'eccessiva somministrazione del rimedio. Al contrario, in questo caso clinico ci sono evidenze sufficienti per affermare che il buon risultato sia dovuto o favorito dalla ripetizione di basse potenze omeopatiche (da 5 a 30CH) per periodi di tempo di varia durata.

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

Sono state utilizzate potenze 200K, sempre con buon risultato e senza inconvenienti, ed anche potenze MK ed XMK. Nel caso di Opium crudum, dopo aver somministrato con successo e per due volte la potenza 200K, si è passati alla MK. Dopo circa 30 giorni la paziente ha sofferto di un episodio broncopulmonare, forse un semplice episodio esonerativo, facilmente risolto. A distanza di mesi ha avuto una tromboflebite profonda agli arti infe-

riori. Pur non avendo alcuna prova che quest'ultimo episodio sia stato favorito dalla potenza utilizzata, nel prosieguo della terapia si è avuta una cautela ancora maggiore e le potenze elevate sono state utilizzate con circospezione.

Con Natrum muriaticum, utilizzato più volte anche alla potenza XMK, non si è rilevato nessun tipo di inconveniente.

SCELTA DEL RIMEDIO SIMILLI-MUM

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

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

CIRCOSTANZE CHE HANNO MODIFICATO LA PROGnosi

La possibilità di visitare il paziente a domicilio, favorita dalla vicinanza della sua abitazione allo studio, è stato un fattore determinante. Ha anche permesso di rivalutare a breve situazioni difficili e potenzialmente pericolose, verificando di persona l'evoluzione del caso.

La collaborazione efficace di uno dei familiari è stata anche fattore determinante. La figlia in particolare, consapevole dell'importanza della scelta terapeutica, intelligente ed attendibile, è stata elemento prezioso.

CONCLUSIONI

Il caso illustrato con il prolungato follow up permette una visione d'insieme di una terapia omeopatica in un paziente molto anziano. Le conclusioni che si possono trarre sono certamente estensibili ad altri pazienti in simili condizioni e con gli stessi fattori esterni favorevoli (possibilità di andare a domicilio, collaborazione dei familiari).

Questo caso clinico dimostra che è possibile con la terapia omeopatica contenere e persino risolvere malattie degenerative di rilevante gravità. Questo non ci dà la possibilità di pronunciare prognosi favorevoli in situazioni apparentemente simili, ma ci fornisce la consapevolezza che applicando al meglio i principi basilari della Medicina Omeopatica si possono ottenere risultati che vanno oltre le più ottimistiche attese.

Bibliografia

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

Ringraziamenti

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

Editore: FIAMO – Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopatici
Redazione: Via Stimigliano, 22 – 00199 ROMA – ITALIA – omeopatia@fiamo.it
Direttore: Gustavo Dominici: gustavo.dominici@omeopatia-roma.it
Vice Direttore: Antonella Ronchi: anto.ronchi@tiscali.it
Capo Redattore Veterinaria: Mauro Dodesini: mauro.dodesini@omeopatiapossibile.it
Comitato di Redazione: Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it
Comitato di Revisori: Paolo Bellavite (Università di Verona); Nicola Del Giudice; Manuela Sanguini; 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 Omeopata 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: omeopatia@fiamo.it, o direttamente al Direttore responsabile: gustavo.dominici@omeopatia-roma.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.

RESPONSABILITÀ

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: Via Stimigliano, 22 – 00199 ROMA – ITALY – omeopatia@fiamo.it
Editor: Gustavo Dominici: gustavo.dominici@omeopatia-roma.it
Vice Editor: Antonella Ronchi: anto.ronchi@tiscali.it
Veterinary: Mauro Dodesini: mauro.dodesini@omeopatiapossibile.it
Editorial board: Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it
Editorial Advisory Board: Paolo Bellavite (University of Verona – Italy); Nicola Del Giudice; Manuela Sanguini; 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: "omeopatia@fiamo.it", or directly to the Director: "gustavo.dominici@omeopatia-roma.it". 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.



ACQUA MINERALE MINIMAMENTE MINERALIZZATA

La purezza dell'alta montagna fa bene al nostro benessere.

L'acqua minerale minimamente mineralizzata Plose è un vero gioiello della natura. Sgorge leggerissima in Alto Adige, dal monte Plose, a ben 1870 metri di altitudine.

Le sue particolari caratteristiche chimiche e organolettiche la rendono particolarmente compatibile con le cure omeopatiche e l'omeopatia in generale, sia nella diluizione dei farmaci che come acqua di regime.

Il pH identico a quello dell'acqua intracellulare, il residuo fisso minimo, l'irrelevante presenza di sodio e l'alto contenuto di ossigeno fanno di Acqua Plose un prezioso elisir della vita.

RESIDUO FISSO	22 mg/l
PH	6.6
CONDUC. ELETTR.	27 µS/cm
RESISTIVITÀ	27.000
DUREZZA	1.2 F
SODIO	1.2 mg/l
OSSIGENO	10.2 mg/l

PLOSE
PARTNER UFFICIALE FIAMO
Medici Omeopati



Servizio a domicilio: n°verde 800 832 810 info@acquaplose.it

TRAUMI? DOLORI? AFFATICAMENTO MUSCOLARE?^{1,2}



ARNIGEL® a base di Arnica montana tintura madre al 7% TUTTI I BENEFICI DELL'ARNICA IN GEL

Arnica montana, contenuta in Arnigel®, è una pianta medicinale tradizionalmente utilizzata dalla farmacologia omeopatica per il trattamento dei **traumatismi minori** e dell'**affaticamento muscolare**¹.

"L'azione locale di Arnica montana viene esercitata:

- a livello dell'apparato locomotore sui muscoli, diminuendo il dolore e l'indolenzimento;
- riducendo il dolore articolare e il gonfiore causati da disturbi reumatici;
- nei capillari e nelle vene riducendo l'ematoma e l'ecchimosi, proteggendo i vasi sanguigni²."

Arnigel® trova utilizzo anche per chi pratica **attività sportiva**. Infatti, da uno studio clinico RCT risulta che Arnicare® (in Italia commercializzato con il nome di Arnigel®) "può essere usato dopo l'attività sportiva come aiuto contro gli effetti a breve termine di **rigidità muscolare e dolore**³".

*La qualità e l'affidabilità della Tintura madre di Arnica montana Boiron sono garantite dal processo produttivo conforme alla Farmacopea Francese⁴. La materia prima, ottenuta da pianta spontanea, fresca e intera, viene raccolta nel rispetto dell'ecosistema e lavorata entro 48 ore, assicurando un fitocomplesso riproducibile nel tempo. Come indicato da Farmacopea Francese, la Tintura madre di Arnica montana contiene i **lattoni sesquiterpenici "responsabili dell'attività antinfiammatoria"**².*

Arnigel® è privo di: parabeni, profumo e coloranti. La sua formulazione in gel consente una facile applicazione, un effetto rinfrescante e un rapido assorbimento. Inoltre, risulta ben tollerato e non irritante³. Arnigel® è indicato per adulti e bambini⁵.

Si consiglia di applicare Arnigel® 2-3 volte al giorno. Non utilizzare su occhi, mucose e cute lesa.



D.Lgs. 219/2006 art.85: "Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate".

D. Lgs. 219/2006 art.120 1 bis: "Trattasi di indicazioni per cui non vi è, allo stato, evidenza scientificamente provata dell'efficacia del medicinale omeopatico".

Medicinale non a carico del SSN.

1. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. Farmacologia e materia medica omeopatica. Milano: Tecniche Nuove; 2000. p.42-44. 2. Iannitti T, Morales-Medina JC, Bellavite P, Rottigni V, Palmieri B. Effectiveness and Safety of Arnica montana in Post-Surgical Setting, Pain and Inflammation. Am J Ther. 2014 Sep 17. 3. Nobel S, Merville C, Baker C, Fayard AL, Terzan L, Loullis C. Clinical evaluation of the effects of Arnicare gel, a homeopathic preparation in sport related pain and stiffness. The efficacy and safety of a homeopathic arnica gel (Arnicare®) in the treatment of sports. Homeopathy. 2014. 103:92. 4. Arnica montana for homeopathic preparations (French Pharmacopea). 5. Boiron M, Roux F. Pédiatrie. Le Moniteur; 2015. p. 89,91,95.