Massimo Mangialavori Medico Chirurgo – Omeopata CASTEL DEL PIANO (GR)

mangialavori@mac.com



Perché un'altra materia medica **che tratta di Policresti?**

Probabilmente ogni collega che ha sentito il bisogno di scrivere un testo di Materia Medica - un altro dei tanti, forse troppi - era in buona fede convinto di apportare un suo contributo, magari anche originale o più moderno. Ma se siamo obiettivi e onesti penso che nessun'altra Medicina possa vantare una mole così vasta di testi, pubblicati in una così breve unità di tempo, che riportano in larghissima parte gli stessi dati. Spesso si tratta di un esercizio di copiatura in cui le informazioni originali, le reali gemme dell'esperienza vissuta di chi scrive, sono diluite omeopaticamente in quello già detto e già scritto da altri, sovente senza neppure curarsi di riportare persino le stesse frasi.

Sarà anche per questo che negli ultimi anni la vendita dei libri di Medicina Omeopatica è crollata e non solo i numeri dei lettori? Proprio per questa ragione fino ad ora mi sono ben guardato dallo scrivere qualcosa sui cosiddetti *policresti*. Infatti ho preferito tentare di condividere la mia esperienza clinica relativa a rimedi poco presenti, se non proprio assenti nella nostra letteratura recente. Mi sono anche occupato di nuovi provings, ma in larga parte ho preferito riesumare rimedi quasi dimenticati anche se già presenti nei nostri testi classici; chissà perché caduti in disuso, indegni dei necessari approfondimenti clinici che hanno portato così pochi rimedi a diventare appunto *policresti,* relegando nella categoria di *minori* la stragrande maggioranza della nostra Materia Medica.

Eppure Allen ha tentato di suggerire lo studio dei funghi. Clarke e Anshuntz hanno fatto un lavoro compilativo interessantissimo contattando colleghi lontani quando ancora non esisteva internet, e regalandoci rimedi come Cereus, Cypripedium, Dictamnus, Fagus, Indolum, Penthorum, etc. Farrington ha fatto luce sull'evidenza che molti rimedi somigliano tanto ad altri, suggerendo un concetto di *diagnosi differenziale* costruito sui sintomi omeopatici comuni e non sull'appartenenza ad altre tassonomie pre-esistenti, non necessariamente significative per una diagnosi di rimedio già condivisa dalla nostra comunità. Rimedi come Arsenicum sulphuratum flavum, Cinnabaris, Menyanthes, Oleander, Rheum palmatum, Spongia, Verbascum e molti altri, considerati *non-policresti,* sono parte della Materia Medica dello stesso Hahnemann, che usava comunemente Petroselinum negli ultimi anni della sua vita.

Io sono stato un giovane studente quando il concetto di *policresto versus rimedio minore* era molto più marcato di oggi e, senza falsa modestia, penso di avere contribuito non poco alla sua revisione critica, non ideologica ma sostenuta da una vasta, significativa e documentata esperienza clinica. Allora fui molto criticato per avere messo in discussione quel concetto, per avere chiarito che esistono solo rimedi meglio conosciuti di altri e che, addirittura, i cosiddetti policresti sono una specie di paradosso: rimedi che pensiamo di conoscere bene, forse anche troppo bene, ma solo in termini quantitativi! Rimedi che arrivano ad essere presenti nel Repertorio con decine di migliaia di sintomi perdono facilmente la loro precisa identità, per diventare possibilmente prescrivibili per qualsiasi disturbo. Come di fatto succede.

Inevitabilmente dobbiamo confrontarci con un problema simile alla quadratura del cerchio: da un lato la raccolta di una maggiore quantità di dati e dall'altra la necessità di una sintesi. La definizione e l'organizzazione di poche informazioni realmente importanti e dirimenti, quel processo che nel mio Metodo della Complessità chiamo "tematizzazione".

Passare da poche centinaia di sintomi omeopatici realmente significativi a decine di migliaia troppo generici e tutto sommato approssimativi, fare esplodere pochi temi davvero utili a definire precisamente un rimedio, ha fatto diventare i policresti essenzialmente delle caricature di alcuni grandi funzionamenti dell'anthropos, ha banalizzato i policresti a pochi e imprecisi stereotipi sui quali ancora si confrontano in punta di fioretto diverse scuole di pensiero.

Siamo figli di un principio curativo, di un episteme, fondato sulla ricerca di cosa individua quel paziente e questo è un fondamento da circa 200 anni! Mentre oggi attraversiamo il periodo storico in cui la Medicina convenzionale ha raggiunto i suoi più bassi livelli di omologazione, linee guida e protocolli. Una distanza che ci allontana sempre di più. Eppure… se ascoltiamo con onestà i pazienti che hanno fatto esperienze omeopatiche, ci sentiamo elencare quasi sempre quella ventina-trentina di rimedi. Poi magari alzando gli occhi verso la nostra libreria inciampiamo in Materie Mediche ben più corpose, senza domandarci il senso della nostra censura.

Il termine "policresto" è diventato ben presto un modo di pensare-la-nostra-farmacopea, piuttosto che un termine desueto ormai appannaggio dei soli omeopati. Se fossi davvero caustico dovrei dire un modo di non-pensare alla nostra farmacopea. Il *sale policresto* era l'antico nome del solfato di potassio o del tartrato sodico-potassico, ma nella vecchia Medicina e Farmacologia il termine policresto era più comunemente usato per indicare una sostanza dotata di molteplici effetti curativi. Quale rimedio omeopatico, allora, non è per definizione policresto?
Proprio la molteplicità del potenziale terapeutico dei nostri rimedi distingue così profondamente la nostra farmacopea sia da quella tradizionale che dalla più recente convenzionale. Essere policresto è quello che caratterizza tutti i nostri rimedi omeopatici rispetto ai farmaci cosiddetti *allopatici*, è la principale ragione per cui non è altrettanto semplice studiarli con le stesse prerogative della farmacologia moderna. Dopo la diluizione e la dinamizzazione l'essere policresto è per ogni rimedio omeopatico la causa principale della difficoltà di intendersi con i colleghi allopati, formati a considerare l'effetto farmacologico delle loro medicine molto più circoscritto rispetto ai nostri rimedi.

Rispetto a quando ero un giovane studente una larga parte della nostra comunità ormai concorda sul fatto che la caratteristica principale di un policresto, oggi, sia la ridondante quantità di sintomi repertoriali. Sicuramente non si tratta solo dei rimedi studiati per primi nemmeno dallo stesso Hahnemann né - tantomeno - di quelli più comunemente usati proprio da lui negli ultimi anni della sua vita: infatti sia *Rheum palmatum* che *Petroselinum* sono solo due indiscutibili esempi del suo bagaglio comune e che non rientrano affatto tra i cosiddetti policresti. La parola policresto è ormai un assunto del nostro lessico, che abbiamo tutto il diritto di mantenere, ma ritengo che oggi, al di là del termine, sia necessario riflettere seriamente sulle basi della nostra didattica e dalla nostra metodologia. Pensare in termini di *policresto* - piuttosto che di *rimedio minore* - è principalmente una questione di metodo: non di lessico, non di scelta dei rimedi studiati agli albori della nostra Medicina, non di maggiore o minore efficacia. Nemmeno di migliore conoscenza del rimedio, se non vogliamo confondere la quantità dei dati con la qualità delle informazioni. Diventa indiscutibile, allora, preoccuparsi di cosa definisce davvero e precisamente i più comuni policresti rispetto ai tanti rimedi con i quali possiamo confonderli. Cosa è, ma soprattutto cosa non-è, il modello antropologico che chiamiamo Sulphur, Lycopodium, Phosphorus, Calcarea carbonica, Pulsatilla, Natrum muriaticum e tanti altri.

Anche io da giovane studente sono stato vittima di un altro colossale fraintendimento: il concetto di *simillimum*. Il superlativo del latino *similis* rappresenta quanto di più simile siamo in grado di intuire, pensare, elaborare, immaginare di conoscere e prescrivere sulla base della nostra e altrui esperienza. Ma simillimum ha significato anche il rimedio più simile relativamente alle conoscenze del tempo: prima che Hering fosse ispirato a sperimentare Lachesis quale poteva essere il simillimum? Di fronte a un caso acuto che richiede una prescrizione immediata il simillimum non è necessariamente il migliore a disposizione in quel momento, tanto nel panorama mentale dell'omeopata quanto nel suo armadietto dei rimedi?
Il concetto di *rimedio unico* a cui ci ispiriamo non significa affatto che la nostra idea di simillimum sia l'unico rimedio possibile. Quante volte in questi anni abbiamo provato quello stupido giochetto, totalmente incurante dello spazio terapeutico, dell'intimità e della qualità della relazione con il paziente, dove alcuni omeopati - considerati particolarmente capaci - si sono cimentati nel suggerire il loro personale simillimum a un paziente esposto alla pubblica piazza. Mi vergogno un po' di avere preso parte, poche volte in verità, a esperimenti del genere, ma in fondo sono state esperienze utili. E non ne ricordo UNA in cui sia stato suggerito lo stesso rimedio da almeno due colleghi. Nemmeno una volta! Magari nessuno di quei suggerimenti si sarebbe rivelato efficace. Magari, e invece, sarebbero state comunque d'aiuto ottiche e letture diverse, rimedi diversi, efficaci con tempi e percorsi diversi.
Una corretta diagnosi omeopatica, specialmente in un caso cronico e alla ricerca di un rimedio costituzionale, è sempre un punto di vista, una questione di prospettiva: come vediamo quel paziente in quel momento, cosa consideriamo importante e più o meno degno di essere preso in considerazione, che immagine ci formiamo nel nostro

pensiero e grazie alla nostra esperienza del rimedio che postuliamo come simillimum.

Il paradosso della quotidiana pratica omeopatica è proprio pensare di conoscere meglio i policresti di altri rimedi, proprio perché nel corso di questi anni i dati a nostra disposizione non sono solo tanti, sono diventati addirittura troppi. Per parecchi rimedi considerati minori necessitiamo di raccogliere più informazioni, a volte dai provings e soprattutto dalla clinica. Ma è assurdo, soprattutto inesatto, pensare che tutti i sintomi repertoriali di ogni rimedio siano attendibili, precisi, utili a riconoscere quel rimedio e, soprattutto, a distinguerlo da altri con i quali possiamo confonderlo. L'esperienza di tutti i giorni ce lo conferma, salvo costruire ipotesi metodologiche atte a giustificare prescrizioni inefficaci. Possiamo e dobbiamo ragionare sulla gigantesca pletora di sintomi dei policresti che, nella maggioranza dei casi, non descrive affatto né qualcosa di preciso né, tantomeno, specifico ai fini dell'eterno problema quotidiano di ogni serio omeopata: un'efficace diagnosi differenziale. Ci sono rimedi che dobbiamo scremare, altri che dobbiamo fare pazientemente lievitare. La scrematura dei policresti è un processo indispensabile.

Ogni disciplina sente la necessità di organizzare una sua tassonomia. Dai tempi più antichi le varie arti mediche si sono sempre cimentate in molteplici tentativi di definizioni più o meno numerose e non hanno ancora smesso di farlo. Sembra proprio impossibile evitarlo ed evidentemente deve avere un suo senso. Da pochi, pochissimi accorpamenti, due-tre o quattro, fino a tentare persino di rispettare numeri magici: sette, nove, dodici, trentasei, settantotto. Al di là delle interessantissime proto-teorie hahnemanniane sulla possibile spiegazione dell'origine dei mali dell'uomo, lo stesso concetto di *Miasma* ha rapidamente cambiato direzione, diventando un altro modo di raggruppare malati e malattie. La brillante mente del nostro padre fondatore cercava essenzialmente un possibile senso allo sviluppo di certe modalità di funzionamento del nostro organismo, il concetto di Miasma non nacque affatto come tentativo di incasellare in recipienti più o meno comunicanti la nostra farmacopea. Nel corso degli anni alle classiche tre Sicosi, Sifilide e Psora altri autori hanno aggiunto altri miasmi/gruppi (tubercolinici, carcinosinici, leproidi, tifoidi, particolarmente immuno-depressi come nell'AIDS, etc.) più o meno rispettosi di ricercare un perché ci si ammala, piuttosto orientati a descrivere come questo succeda: come i percorsi della patologia o della storia clinica di quel paziente somigliassero a quelli di un malato di tubercolosi o di lebbra o di tifo.
In ambito psichiatrico sono state proposte altre organizzazioni, come le psicotiche piuttosto che nevrotiche, tutto sommato concettualmente poco distanti dalle antiche costituzioni linfatiche o biliose. Le tipologie focose, acquatiche o aeriformi, gli enneagrammi, certe tassonomie archetipiche e quant'altro sono in fondo molteplici esempi di tentare di classificare modi di funzionare, maniere di stare al mondo. Sicuramente nei prossimi anni ne aggiungeranno altre, più moderne o semplicemente aderenti, ancora una volta, a prospettive più in linea con quel periodo storico e contesto culturale. E non ce ne è una migliore dell'altra. Come sempre dipende e come sempre non basta cercare di definire un certo numero di raggruppamenti, esistono sempre strutture ad albero fatte di gruppi, sotto-gruppi, sotto-sotto gruppi.

Restando nell'alveo della Medicina Omeopatica, sicuramente l'evoluzione della nostra disciplina ha più o meno continuato a rispettare i cosiddetti *Miasmi* di hahnemanniana memoria trasformandoli - come dicevo - in altre tassonomie, all'interno delle quali le diverse scuole di pensiero hanno altrettanto diversamente collocato i famosi policresti.

Il pensiero omeopatico si è sviluppato su binari paralleli: da un lato ha proseguito - e prosegue imperterrito - a sperimentare nuove sostanze, a ingigantire la nostra farmacopea più in senso quantitativo che qualitativo, dall'altro - e soprattutto fino a pochissimi decenni fa - ha caparbiamente continuato a focalizzare la sua pratica clinica su alcune decine di rimedi. I famosi policresti, appunto: il riduzionismo di una larghissima parte del pensiero omeopatico. Rimedi che si sono trasformati da *semplici rimedi omeopatici* in quelli considerati impropriamente più importanti o più efficaci, addirittura gli unici davvero curativi secondo alcune scuole.
Per altri, e io sono uno di quelli, i policresti sono diventati dei giganteschi contenitori: una descrizione di grandissime categorie, di macroscopiche modalità di funzionamento dell'anthropos.
La sola prospettiva di componenti fortemente vessatorie si chiama Staphysagria, quella più comunicativa e simpatetica si chiama Phosphorus, quella più rimuginante ed evitante è Natrum muriaticum, quella tenera e *coquettish* Pulsatilla, se è regressiva Calcarea carbonica. E così via. Per non parlare solo di aspetti comportamentali potremmo citare la tendenza a formare ascessi di Silicea, le insufficienze epatiche di Lycopodium, le dispepsie di Nux vomica, i pruriti di Sulphur. Ovviamente sto banalizzando, ma ad

essere onesti nemmeno troppo, se vi guardate intorno altrettanto onestamente. Quanti vessati diversissimi possiamo incontrare: non sono tutti Staphysagria ma anche Chelidonium, Scrophularia nodosa, Magnetis polis ambo, Bambusa arundinacea… Quanti apparentemente simpatetici e comunicativi, ad essere ben attenti, oltre a Phosphorus riconosce la nostra esperienza quotidiana: reali e mature sensibilità come quelle di Prunus spinosa, Rosa damascena, o apparenti tali come Cyclamen o Lysimachia. Pulsatilla non è solo tenera e infantile, ma profondamente manipolatoria e va distinta da Oleander, Aloe, Dulcamara… Il grande Hering suggerì una metafora: il tripode. Mi permetto di essere sicuro che non intendesse affatto solo tre sintomi degni di nota, ma pochi, buoni, importanti sintomi, organizzati tra loro come in un processo, non come una semplice lista. Se non ci fermiamo a un paio di banali modalità comportamentali o a una patologia i cui segni sembrano essere più obiettivi, come un ascesso, una lesione eczematosa o una diarrea ematica, possiamo e dobbiamo cercare di mettere insieme e organizzare, appunto, più osservazioni, più sintomi.
Succede allora che possiamo prescrivere, con risultati parziali, rimedi come Lachesis quando poi si dimostra più efficace Cenchris o Zincum phosphoricum, oppure Arnica quando poi funziona meglio Bellis perennis o Hamamelis, o ancora Sepia quando poi funziona meglio Medusa o Helonias, oppure Calcarea carbonica invece di Lapis albus o Plantago, od Opium quando funziona meglio Lactuca virosa o Bufo rana. Rimedi che possono derivare da sostanze simili, come nel caso di Cenchris al posto di Lachesis, ma anche Helonias che non è un animale come Sepia, oppure Bufo che non è una papaveracea ma un rospo. Tutto questo perché quello che comunemente chiamiamo *Lachesis* non è solo Lachesis, ma una vasta sintomatologia comune a tutti i serpenti, persino a molti rettili e non solamente a loro. Il contenitore *Lachesis* deve essere compreso come tale per cercare di definire cosa è comune a tutti quei rimedi che gli somigliano e cosa, invece, è più preciso soltanto per Lachesis: cosa lo distingue da tutti gli altri e cosa sono di preciso ognuno dei *fratelli* o *cugini* con cui può essere confuso.

Oggi nei Paesi occidentali siamo soprattutto chiamati ad affrontare situazioni croniche molto serie e che non rispondono bene alle terapie convenzionali. Raramente in questi casi succede di prescrivere subito un rimedio molto efficace, il più delle volte si tratta di un percorso. Non sempre è così semplice costruire una buona diagnosi omeopatica, non sempre è possibile e soprattutto non è comune riuscirci in fretta. Ma è altrettanto normale anche per i cardiologi, reumatologi, dermatologi, oncologi, etc, dovere modificare la terapia inizialmente suggerita, perché anche a ragion veduta può risultare poco efficace. Questa è la Medicina, tutta la Medicina, che ci piaccia o no. È più che comprensibile che l'omeopata, come qualsiasi altro medico, senta più o meno consapevolmente la necessità di semplificare. È più che comprensibile che inizialmente ci si rivolga a rimedi che pensiamo di conoscere meglio, o crediamo che la nostra comunità conosca meglio. Ma nella stragrande maggioranza dei casi, se davvero vogliamo riconoscere e dare un senso a una Medicina nata e cresciuta sul concetto di individualità della terapia, non possiamo evitare di confrontarci con una Materia Medica composta di decine, di centinaia di rimedi. Rimedi che incontestabilmente si somigliano, perché si somigliano i nostri modi di funzionare e non solo le sostanze con cui prepariamo i rimedi.
Non sappiamo ancora con certezza come funzionano i rimedi omeopatici. Sappiamo sicuramente che funzionano, ma non ancora come. Spesso è sufficiente uno stimolo per innescare le nostre migliori modalità di resilienza. Il principio di SIMILITUDINE non è affatto un principio di IDENTITÀ. Se così fosse la nostra Medicina non sarebbe mai esistita. È sempre qualcosa di simile a quel modo di funzionare, di ammalarsi, che mette in moto il processo di cura. Qualcosa di più o meno simile. Il principale problema che assilla, attanaglia e strugge tutti gli omeopati, dal primo all'ultimo giorno della loro professione, è sempre stato la diagnosi differenziale: la possibilità di prescrivere con buon margine di sicurezza un rimedio efficace; capire, quando succede, come mai non funziona come ci aspettiamo; ma soprattutto sapere dove e come orientarci nella scelta del prossimo rimedio.

Come dicevo, dopo più di 40 anni di esperienza e dopo avere consultato migliaia di pazienti, sono sempre più convinto che quello che pensiamo dei cosiddetti *policresti* siano solo grandi modalità del nostro modo di funzionare. Possiamo immaginare ogni grande policresto come un altrettanto grande contenitore di parecchi rimedi che funzionano in modo simile. Una buona diagnosi omeopatica riconosce innanzitutto questo contenitore. Quando la terapia non sortisce gli effetti sperati è indispensabile comprendere se stiamo sbagliando contenitore o se, all'interno di questo, abbiamo cercato il rimedio più efficace. Il cosiddetto *simillimum*, è SEMPRE un concetto relativo, in quanto non esiste per definizione solo un rimedio che in modo assoluto stimoli il nostro sistema ad esprimere

la sua migliore resilienza. Se abbiamo confuso un contenitore con un altro dobbiamo cambiare prospettiva: è un percorso normale in tutte le Medicine. Di fronte a un quadro infiammatorio grave è innanzitutto importante essere sicuri che di infiammazione si tratta. Chiarito ciò, va compreso di che natura sia questa infiammazione e, se siamo sicuri che sia batterica, è importante sapere quale farmaco sia il più adatto e poi verificare la risposta di quel paziente. Ovviamente mi scuso per l'esempio così banale, ma mi auguro sia calzante: in fondo il nostro percorso omeopatico non è così diverso. A volte è sufficiente un buon anti-infiammatorio, altre è fondamentale trovare l'antibiotico giusto o qualcosa di ancora migliore.

Non voglio affrontare in questa sede la mia personale visione di cosa sia una famiglia omeopatica. L'ho già fatto in altri testi e stiamo ancora lavorando alla collana dedicata alle famiglie omeopatiche secondo il Metodo della Complessità in Medicina Omeopatica, insieme a Betty Wood, Krista Heron e John Sobraske, che non ringrazierò mai abbastanza. Come in tutti i miei libri, ritengo essenziale tentare di illustrare la mia esperienza clinica. Quanto scrivo è sempre e solo il risultato di osservazioni di diversi casi trattati con lo stesso rimedio, in condizioni sia acute che croniche per qualche anno.

Questo è il primo testo della collana dedicata ai policresti, il mio intento è esattamente quanto cerco di chiarire in questa introduzione: definire al meglio cosa sia più specifico possibile per ogni policresto, non solo il contenitore ma il preciso contenuto corrispondente a quel policresto. In questi volumi abbiamo volutamente dedicato un ampio spazio alle diagnosi differenziali, agli altri rimedi presenti in ogni contenitore, soltanto e sempre secondo la mia esperienza.
Ovviamente per ogni policresto, i rimedi che possono essere confusi con quello non sono numericamente uguali, per esempio conosco molti più rimedi simili a Lachesis di quanti ne conosca simili a Bryonia. Semplicemente per alcuni policresti sono riuscito a prescrivere con successo più rimedi simili che per altri. Potrei appendere un cartello con la scritta "scusate, lavori in corso". Ho cercato di porre la mia attenzione sia all'immagine che mi sembra condivisa dalla maggioranza della nostra comunità, sia alla mia personale lettura di ogni singolo policresto. Ho scelto volutamente di non riportare casi clinici, come nella collana delle famiglie omeopatiche, per esigenze di spazio e di fattibilità del progetto. Un bel proverbio latino recita: *ars longa vita brevis*. Posso assicurare che, nel mio caso, quanto vorrei scrivere supera di parecchio quanto riuscirò e riusciremo a fare. Raccogliere tutti i casi a cui pensavo avrebbe comportato una grande quantità di tempo: tra stesura del testo, correzione, traduzione, il vaglio e il permesso di ogni singolo paziente. E poi… mi piace pensare che, a differenza dei rimedi cosiddetti minori, la stragrande maggioranza di chi leggerà questo testo possa annoverare nella sua personale esperienza diversi pazienti trattati con il policresto in questione.
Ho pensato di presentare in questa collana i primi 50 policresti, selezionati in ordine di quantità di sintomi nei Repertori più comuni. Il mio proposito è condividere il risultato dell'esperienza clinica maturata dopo più di 40 anni di lavoro, tentare di illustrare cosa definisce a mio avviso e precisamente i policresti più noti, cercare di distinguerli dagli altri rimedi con i quali comunemente e ricorrentemente si possono confondere.

One more thing… direbbe un personaggio geniale che in qualche modo ha cambiato anche la mia vita, Steve Jobs. Una mia piccola riflessione, quella di un uomo disordinato.
Forse una delle ragioni per cui adoro la farmacopea omeopatica è proprio il suo disordine. Se ci pensate bene, i primi rimedi studiati da Hahnemann erano quasi tutti veleni: più facile studiare la loro tossicologia e più semplice immaginarsi a cosa sarebbero potuti servire. Salvo poi, da geniale uomo di scienza quale egli era, sottoporre ogni sua intuizione al vaglio del rigore dei provings: il primo tentativo in epoca illuminista di fondare le basi di una ricerca seria, con i mezzi del tempo. I policresti della nostra Medicina tradizionale sono, però, ben altri. Sono principalmente piante e altri veleni di origine animale, minerale e fungina di uso molto comune, appartenenti a tradizioni antichissime, spesso condivise da culture diverse, distanti tra loro nel tempo e nello spazio. Aglio, aloe, alloro, biancospino, bardana, cannella, carciofo, colchico, curcuma, echinacea, elicriso, eucalipto, finocchio, genziana, iperico, lavanda, limone, liquerizia, malva, mandragora, mirtillo, rosa canina, rosmarino, sambuco, salice, tiglio, timo, uva ursina, vischio, zenzero… solo per citare le prime che mi vengono in mente senza pensarci troppo.
Chissà perché, come mai, queste medicine tanto antiche, tanto conosciute e universalmente riconosciute, non sono entrate nell'olimpo dei nostri rimedi.
Me lo sono sempre domandato… e ancora non so darmi una risposta.
Mi piace pensare che la Medicina Omeopatica, tutto sommato, sia molto giovane, forse nemmeno adolescente e, in quanto tale, proprio disordinata… mancante di quella sistematicità degli adulti. Forse mi è tanto simpatica anche per questo.