



La problematica dei sintomi mentali nei proving

Oggettività e soggettività come strumenti di lavoro del proving.
L'oggettività non basta per fare una patogenesi utilizzabile.

Traduzione a cura di Anna Fontebuoni

I. STATISTICA, OGGETTIVITÀ E MATERIALISMO

I metodi ufficiali di proving, da quando sono state stabilite delle regole da parte del Comitato Europeo per l'Omeopatia, sono in questo momento in Europa più di cinque e hanno in comune l'uso pressoché generale della statistica. Ciò risponde a un bisogno di oggettività e riconoscimento da parte degli organismi scientifici. Purtroppo l'enunciato di termini esoterici quali il Test χ^2 , le unità abbinare, il T di Wilcoxon, l'H di Krustall e Wallis, ha praticamente lo stesso effetto di un mantra, è giocoforza constatare che questi metodi sono inadatti. Strabismo e snobismo si riuniscono per dare esposizioni brillanti, ma senza alcun rapporto con la realtà.

La statistica permette di dire se esiste o no un legame di causa/effetto fra i cambiamenti di una popolazione dopo l'assorbimento di una sostanza e la sostanza stessa. Si conoscono le prove terapeutiche allopatriche o omeopatiche nelle quali sono studiate le modificazioni dello stato morboso naturale dopo l'assorbimento di farmaci. Effettivamente il proving studia una malattia, ma artificiale. Malattia naturale = malattia artificiale, arditi teorici superano in un batter d'occhio lo scoglio, immaginando che lo stesso metodo possa mettere in evidenza l'effetto di un farmaco che modifica i sintomi della malattia naturale e quello di un rimedio omeopatico che crea nuovi sintomi nella malattia artificiale. Ma le due situazioni non sono simili: il test terapeutico ha per oggetto la modificazione di uno stato morboso definito in

precedenza e il proving quella di un organismo sano variabile all'infinito. Nel primo caso i sintomi considerati (criteri) sono definiti, poco numerosi e le loro modificazioni osservate. Nel secondo caso non si possono prevedere i sintomi che si presenteranno e la sindrome descritta dai prover non è uguale per tutti. Per coloro che conoscono un po' il metodo statistico e l'omeopatia, il problema è spinoso, soprattutto quando non si dispone di mezzi materiali per risolverlo. Ammettiamo, non si sa per quale miracolo, che i sostenitori della statistica e dell'omeopatia dispongano di mezzi adeguati per condurre felicemente a termine un proving, si sa che il metodo può mettere in evidenza solo i sintomi palesi (cioè quelli oggettivi e fisici) nella popolazione dei prover, con un grande dispendio di dati. Riassumendo, il metodo statistico è una lente di ingrandimento che mette in evidenza solo oggetti abbastanza grossi e situati nel suo campo; le sensazioni e soprattutto i sintomi mentali meno frequenti, molto particolari e raffinati, non ne fanno parte. Questo è importante e dimostra i limiti dell'uso della statistica nei proving.

II. PARADIGMA, OMEOPATIA E ALLOPATIA

Ma allora perché certi omeopati utilizzano quasi esclusivamente metodi statistici nei loro proving? L'ignoranza o lo snobismo non bastano a spiegarlo. Altri fattori culturali di fondo condizionano questa tendenza pesante, 'materialista', già denunciata ai tempi di Hahnemann e Kent. Se la

statistica riassume al meglio questo materialismo, altri sperimentatori, senza usarla, raggiungono gli stessi risultati con proving strani. Per esempio, in una sperimentazione su un veleno di serpente gli autori danno per sicure tutte le modificazioni dei valori ematici, cioè tutto ciò che si esprime in cifre. Sembra che ignorino che l'effetto placebo è in grado anch'esso di produrne. Ma non se la prendano, anche noi ci siamo cascati, dieci anni fa, con un rimedio che agiva sul fegato e un marcatore: ci siamo potuti rendere conto della sciocchezza fatta per mancanza di mezzi. La risposta sta, in fin dei conti, nella filosofia, la scienza delle scienze. La problematica del proving nella cultura occidentale dipende da un 'paradigma metafisico', concetto formulato da Thomas Kuhn, che si definisce come un filtro soggettivo attraverso il quale il ricercatore scientifico 'vede il mondo', che condiziona le sue domande e le sue risposte. Un paradigma è il frutto di una società e la modifica a sua volta. Non è un caso che la statistica sia molto usata nei paesi anglosassoni, come l'omeopatia fu sradicata dall'America materialista. L'occidente ha sviluppato così cinque paradigmi (empirismo, positivismo, postpositivismo, teoria critica e costruttivismo), diversi per ontologia, epistemologia e metodologia. Ognuno di questi sistemi ha grosso modo la propria realtà personale che non è quella degli altri e ogni sistema procede secondo criteri propri. L'omeopatia è una medicina nata dall'esperienza, con un suo ragionamento induttivo e una sua metodologia basata su osservazioni. Per questo è più vicina all'empirismo ed è in

contrasto con la scienza occidentale razionalista di cui fa parte la statistica di Leibniz, Morgan e Boole. L'assurdità di molti omeopati e allopati sta nel disconoscimento della differenza di sistemi. Certo, l'arroganza del razionalismo trionfante da una parte e del misticismo più o meno esoterico dall'altra contribuiscono a ingarbugliare la situazione. Michel Schiff, scienziato del CNRS, in 'Un caso di censura nella scienza: la questione della memoria dell'acqua' (da Albin Michel) smonta il meccanismo del paradigma: non si capisce, quindi non esiste.

Provare a fare dell'omeopatia usando un metodo allopatico è come sezionare il cervello a colpi di scalpello per trovare il pensiero. Ogni trattamento omeopatico è basato su due aspetti soggettivi: quello del medico che sistema secondo un ordine repertoriale le parole e i sintomi oggettivi del paziente e quello del paziente che esprime le proprie sensazioni. Come dice Lacan "La realtà è intersoggettiva". Il trattamento allopatico, invece, privilegia i sintomi oggettivi, cioè gli esami paraclinici, in cui il paziente non ha nulla da dire. L'esame clinico non serve più per la diagnosi, perché in ogni caso ci sono le analisi di laboratorio, le scansioni, le ecografie, a confermare o no la malattia sospettata. Ecco la differenza fra soggettività e oggettività. E non è elegante, ai giorni nostri, essere soggettivi. Quando si dice a un paziente che il suo disturbo è 'psicosomatico', significa che non è reale. Dipende anche dalla visione deformante, paradigmatica, dell'allopata che tende a non riconoscere la mente e considerare solo il corpo.

Si può pensare seriamente di fare un proving 'oggettivo' che abbia come oggetto un uso terapeutico 'soggettivo'? Non credo proprio, per lo meno non solo quello. Può essere questa la spiegazione dell'insuccesso delle patogenesi moderne, che non sono altro che una sfilza eteroclitica di sintomi oggettivi.

III. FATTORE SOGGETTIVO DEL PROVING

L'omeopatia si pratica con una Materia Medica, le cui patogenesi più belle sono quelle che ci ha lasciato Hahnemann. Le

note alla Materia Medica sono rivelatrici del suo modo di lavorare. I sintomi sperimentali non sono sottoposti a un filtraggio meccanico sistematico, ognuno di essi è stato oggetto di indagini e riflessioni approfondite. L'elemento soggettivo è evidente e indispensabile per l'elaborazione della patogenesi. Bisogna che siano chiare le definizioni di soggettività e oggettività. Ancora una volta vi rimando ai libri di scuola. L'oggettività, per l'allopata

L'oggettività, per l'allopata moderno, è qualcosa che grosso modo si vede, si palpa, si dosa, che ha una consistenza materiale.

Per lui questo termine è il contrario di soggettività e definisce la realtà.

Il reale per lui è soltanto oggettivo. Purtroppo questo comportamento riflette i valori dominanti della società ed è per questo che l'omeopatia, quella vera, rimarrà un fenomeno marginale. Sì, al margine, ma superiore

moderno, è qualcosa che grosso modo si vede, si palpa, si dosa, che ha una consistenza materiale. Per lui questo termine è il contrario di soggettività e definisce la realtà. Il reale per lui è soltanto oggettivo. Purtroppo questo comportamento riflette i valori dominanti della società ed è per questo che l'omeopatia, quella vera, rimarrà un fenomeno marginale. Sì, al margine, ma superiore. Per me la soggettività

nel proving è il lavoro di riflessione a partire da semplici dati (sintomi raccolti) allo scopo di restituire un'immagine coerente, utilizzabile terapeuticamente. Perché la soggettività, come l'oggettività, è valida solo per il legame che ha con la realtà. Quando l'allopata constata una HTA e da' dei diuretici o altri IEC, la fa effettivamente abbassare. La sua rappresentazione del reale è valida perché efficace. Essere soggettivi, per un direttore di sperimentazione, non consiste nel librarsi nell'aria, ma nel delineare da vicino i contorni della realtà, la 'sua' realtà, grazie alla sua esperienza in quel campo, alla sua cultura omeopatica e generale e soprattutto alla sua tenacia nel verificarlo sui pazienti. Ne conosco uno solo che si avvicina a questo ideale: Hahnemann. Ogni sperimentatore, soprattutto se è imbevuto di statistica, è ossessionato dagli artefatti. Infatti, se si prende un minimo di precauzioni, i sintomi che non fanno rima con niente, sono rapidamente corretti dalla sorveglianza dei prover a lungo termine (dopo il proving), da altri proving e dall'uso clinico. Il metodo di Hahnemann differisce da quelli attuali per il lavoro soggettivo sul sintomo sperimentale, in altre parole i concetti/strumenti 'soggettività' e 'oggettività' erano utilizzati in pieno.

IV. METODO HAHNEMANNIANO

Hahnemann, pur senza scomodare la filosofia, aveva utilizzato un metodo di proving a partire dal paradigma empirico. Ma non fidiamoci delle definizioni, il termine 'metodologia hahnemanniana' che spesso si utilizza, nasconde delle realtà molto diverse. Un esame dei proving del maestro ci mostra che, per ottimizzare il fattore soggettivo, spesso utilizzava gli stessi prover, certo perché erano ipersensibili e la loro maniera di reagire gli era familiare. I risultati erano senza dubbio discussi e soppesati in gruppo. Conosciamo la sua dinamizzazione preferita, la 30 CH. Per riassumere in poche parole il suo metodo:

Prover ipersensibili (spesso gli stessi) che non conoscevano la natura della sostanza da sperimentare.

Dinamizzazione nettamente al di là della barriera materiale della Legge di Avogadro. Durata del proving lunga (più di un mese) con rigide regole di vita per il prover. Raccolta metodica di tutti i sintomi comparsi, discussione finale, verifica clinica.

Il problema dei sintomi abituali, che Hahnemann non considerava nemmeno, può essere eliminato solo con una sorveglianza e un interrogatorio del prover più serrati. In queste condizioni i sintomi mentali e quelli fisici hanno eguale e maggior probabilità di essere rilevati. La verifica dei sintomi si farà dopo, nel tempo e con l'uso clinico. In breve, invece di diminuire il fattore soggettivo Hahnemann l'aveva più che moltiplicato e alla sua soggettività si aggiungevano quelle dei suoi collaboratori e prover. Possiamo vedere che queste condizioni, attualmente, non sono quasi mai verificate. Le sperimentazioni contemporanee sono corte e anche troppo corte, mobilitano prover indefinibili, utilizzano dinamizza-

zioni uguali o inferiori alla 30 CH.

Per quanto riguarda la dinamizzazione da utilizzare, punto molto importante, bisogna ricordare che è noto che le milionesime provocano sintomi mentali molto netti, come nel repertorio, coloro che prescrivono rimedi alla 1 milionesima possono testimoniare. Certo, non tutte le sostanze possiedono un effetto ottimale a questa dinamizzazione, ma molte, come Natrum muriaticum, per esempio, si esprimono nettamente a questo grado, tutti i grandi omeopati l'hanno confermato, specialmente Swan. Eppure nessuno in Europa attualmente fa proving di sostanze alla milionesima. Abbiamo molti proving senza statistiche, ma di una pesantezza che li avvicina agli esperimenti allopatrici.

Il problema dei prover ipersensibili e abituali è difficile da risolvere: a parte Julian che ha fatto più di 10 proving (ma con prover diversi), pochi patogenesisti sono recidivi. D'altra parte la statistica considera un errore sistematico questo genere di scelte.

È utile notare che non esistono strutture destinate unicamente alla sperimentazione omeopatica, in Europa. Sarebbe auspicabile una direzione collegiale del proving, a mio avviso, per rinforzare il fattore soggettivo utilizzato qui come amplificatore e ingranditore. L'esperienza sui proving praticati in gruppo del propanololo e dell'oxiprenololo o le divergenze d'opinione è a volte sconcertante e mostra un arricchimento della patogenesi con la discussione. Ci sono ancora dei partecipanti che si tengono il broncio. Attualmente la costruzione della materia medica di una droga ottenuta accumulando dati in tempi lunghi potrà solo essere una raccolta di sintomi oggettivi spontaneamente abbondanti nella nostra cultura materialista. Quanto ai sintomi mentali, se non esiste una volontà di andarli a cercare, c'è poca probabilità di trovarli per caso. L'esempio di Carcininum prova che alcuni tratti mentali caratteristici permettono a un rimedio di essere pienamente utilizzato dagli omeopati. ■

● TI Omeopatici
Italia

Omeopatia Italiana

O.T.I. srl

67061 CAROLI - S.S. TIBURTINA VALERIA KM:69,3000
TEL. 08632995932 - 0863995933 - FAX 0863995760
e-mail: info@otiomeopatici.com - www.otiomeopatici.com

L'oggettività del proving

Alcuni vincoli del proving derivanti dalla metodologia scientifica e dalla specificità dell'omeopatia

Traduzione a cura di Anna Fontebuoni

IL PROVING E L'OMEOPATIA CONTEMPORANEA

Lo scopo della sperimentazione omeopatica o proving, a differenza dell'esperienza bernardiana che tende a rispondere a una domanda teorica, è di fornire delle patogenesi per la terapeutica. Gli omeopati hanno quindi sperimentato usando le proprie metodologie, lasciando spesso in secondo piano le considerazioni statistiche. Hahnemann utilizzava un suo metodo, descritto nell'*Organon* e diverso da edizione a edizione, ma ai giorni nostri parlare di 'metodo hahnemanniano' non ha un senso preciso. La quasi totalità delle sperimentazioni effettuate in questi ultimi 4 o 5 decenni sono rimaste inutilizzate per numerose ragioni: si invoca l'età dell'oro di Hahnemann, la pleora dell'arsenale terapeutico, l'interesse minore delle droghe sperimentate di recente, il tempo necessario a che un rimedio divenga familiare e soprattutto l'incompletezza e la povertà di sintomi mentali dei proving moderni. (1,2) Per esempio: Amnii liquor (liquido amniotico) sperimentato da P. Schmidt con 7 prover e 6 sintomi raccolti (1). Hahnemann, Kent e Hering sperimentavano, utilizzavano il rimedio nella pratica clinica, risperimentavano e via di seguito. Purtroppo ai nostri giorni lo sperimentatore di una droga è raramente uno che la utilizza, oppure, senza una presentazione coerente dei sintomi che si può fare solo dopo la pratica clinica, gli stessi sono incomprensibili, come dimostrano certe patogenesi molto ricche e dimenticate,

per esempio quella della tioproperazina (3). Al contrario, le sostanze che hanno un ruolo in immunologia, come gli interferoni e la ciclosporina, hanno avuto in seguito un'utilizzazione per le indicazioni facili da indovinare. Una metodologia oggettiva scarterebbe a priori l'autosperimentazione, che invece ha un grande valore e non solamente didattico.

L'ESIGENZA DELL'OGGETTIVITÀ SCIENTIFICA

La difficoltà del proving sta nel ricostruire un'immagine autentica della malattia artificiale presentata dai prover dopo assunzione di una preparazione omeopatica. Bisogna sapere che tale malattia artificiale:

È poco pronunciata e si esprime in funzione di ciascun prover (ma mai solamente di uno solo).

Si inserisce in sovrapposizione su un rumore di fondo costituito dai sintomi abituali del prover.

È funzione della natura (composizione chimica della droga grezza prima della diluizione) e della forma (procedimento e grado di dinamizzazione-diluizione) della sostanza da sperimentare.

Le esigenze di un proving sono rimaste le stesse da Hahnemann ai nostri giorni, quello che è cambiato con l'avanzare della scienza sono state la relativa importanza e le soluzioni. L'omeopatia può essere considerata, alla maniera strutturalista, come un linguaggio. Il kentismo, in quanto sistema, è un'immagine per-

fetta di *linguaggio*, con il suo lessico (Repertorio), la sua grammatica e la sua semantica (materia medica, lezioni di filosofia). Questo approccio considera l'omeopatia sotto l'aspetto di una struttura, cioè di un insieme di elementi legati fra loro da relazioni formali, da cui una semplificazione e una standardizzazione dell'espressione dei sintomi. Utilizzando lo *Schema di Hering* completato da Schmidt, si arriva a una frammentazione dei sintomi nelle sue componenti:

Sintomo = Localizzazione - Modalità - Sensazione/i e Forma/e morbosa/e - Concomitante/i - Causalità.

Un sintomo appare da qualche parte in un individuo: è la localizzazione, che può essere:

Anatomica (testa, viso, tronco, ecc.)

Psicosensoriale (psichismo, sensorio) Generale (febbre).

Si traduce in sensazioni soggettive (per esempio un dolore, un'ansia) e/o uno o più disturbi oggettivi, su cui si può fare una diagnosi nosologica (per esempio, varicella).

È caratterizzato da modalità di orario, di miglioramento o aggravamento.

Qualsiasi altro sintomo meno importante che compaia nello stesso momento è un concomitante (Roberts considera come equivalente al concomitante il sintomo alternante) (4).

Schematicamente:

Localizzazioni: L t (testa) L o (occhi) ecc.

Modalità: Mc- (migliorato dal calore), Mc+ (aggravato dal calore), ecc.

Sensazioni (e psichismo): S d (dolore), S t (torpore), P t (tristezza), ecc.

Concomitanti: stessa frammentazione, Co (componenti).

Causalità: Ca t (traumatismo), Ca c (calore), Ca f (freddo), ecc.

Il sintomo può essere formulato anche in maniera compatibile con i calcoli probabilistici con, purtroppo, una perdita di informazioni più o meno grossa. Per esempio: il sintomo completo di un prover del propanololo 30 CH: *cefalea leggera frontale sinistra, il mattino al risveglio, con nausea*, può essere scomposto in:

Cefalea frontale: Ltf, Sd

Il mattino al risveglio: M(m,r)+

Con nausea: Co (S,n)

Dove Ltf = testa fronte, S d = dolore, M (m, r) = mattino, risveglio, Co (S, n) = stomaco, nausea.

L'utilizzazione di un questionario con caselle da barrare rafforza l'omogeneità dei dati: così le sensazioni di dolore possono restringersi a 6 tipi e le modalità di aggravamento e miglioramento a 14, come nel repertorio di Boger (5). La raccolta tramite questionario implica una perdita di informazioni che può essere compensata interrogando il prover alla fine della sperimentazione.

La valutazione terapeutica secondo la quale un procedimento di tipo sperimentale permette un'imputazione causale (5,6), è abbastanza vicina al proving, pur con la differenza fondamentale che la valutazione terapeutica si basa su pochi criteri e scelti in anticipo, mentre il proving riguarda sintomi poco prevedibili, numerosi e variabili all'infinito.

Volendo trasporre, si ha:

Fase preparatoria: ricerca di dati bibliografici sulla sostanza da sperimentare; redazione del protocollo, di fondamentale importanza, perché da esso dipende la legittimità del risultato finale.

Realizzazione: reclutamento dei prover secondo criteri definiti dal protocollo, assegnazione randomizzata ai gruppi, seguito. Analisi: test statistico di confronto, deduzioni, redazione finale della patogenesi.

Dato che la mancanza di prover condiziona il metodo, la procedura di tipo sperimentale più adeguata è quella delle unità abbinate (il prover è controllo di se stesso: prende il placebo e poi la preparazione o viceversa, senza saperlo) con test

statistici non parametrici (test non troppo esigenti ma sempre validi: numero minimo di prover circa 15).

Il protocollo definisce i seguenti punti:

Il problema studiato

I criteri di scelta dei prover, i loro numero

La randomizzazione

Il ruolo dei partecipanti (prover, direttore, ecc).

Il procedimento di raccolta sintomi

Il/i criterio/i di giudizio, il test statistico.

ALTRE ESIGENZE

A. Legate alla droga e alla sua preparazione

1. Determinazione e ponderabilità

La droga dev'essere ben definita e realmente ponderabile all'origine, prima della dinamizzazione/diluizione.

I veleni dei serpenti o di ragni spesso sono determinati approssimativamente, ne risultano degli errori abbastanza flagranti, la 'contaminazione' della patogenesi della tarantola, *Tarentula ispanica* (nome scientifico *Lycosa tarentula*) con quella della vedova nera *Latrodectus mactans*, un altro ragno molto conosciuto (4,5).

T.F.Allen aveva espresso dei dubbi sulla patogenesi di *Angostura versa*, e potrebbe essere possibile che i sintomi descritti siano quelli di *Brucea ferruginea* (4)

I rimedi come Sol, Luna, *Electricitas*, X-rays, ecc. sono preparati a partire da 'sostanze' che non hanno una realtà materiale: si preparano esponendo il lattosio al sole, alla luna, ai raggi X o facendo passarvi una corrente elettrica.

L'americano Samuel Swan aveva sperimentato molti rimedi del genere: ha anche stabilito la patogenesi dei granuli esposti al vento dell'est (Eurus), ai raggi della luna piena su una cima andina (Macrocosmus), al colore rosso (Rubrum iridis) e al blu dello spettro luminoso (Cerulea iridis); Swan ci ha lasciato anche delle patogenesi strane, come *Caguil colombiana* (pene in erezione di una scimmia del lago Titicaca), *Ice* (ghiaccio) *Lacrima filia* (lacrime di una giovane che soffre di una delusione d'amore), *Nix niphidin* (neve), aveva quindi sperimentato l'acqua in *Ice* e *Nix niphidin* (10).

I rimedi magnetici (*Magnes artificialis*,

Magnetis polus articus e *Magnetis polus australis*) eliminati da T.F.Allen dal suo manuale, sono probabilmente solo ferro (4). I nosodi intestinali introdotti dagli inglesi Wheeler, Bach (batteriologo di formazione), Dishington, John e Elizabeth Pater-son circa negli anni '20-'30, sono in generale mal definiti nella loro composizione. In Francia Hui Bon Hoa ha scritto molto su quest'argomento, attualmente sono poco utilizzati al di fuori del Regno Unito. Ricordiamo che sono batteri isolati da culture fecali: se Gaertner sembra corrispondere a *Salmonella enteritidis*, per gli altri (una decina) non se ne sa niente, tranne che non provocano la fermentazione del lattosio e che sono Gram-negativi (11).

2. Effetto esclusivamente energetico e standardizzazione

Secondo la legge di Avogadro, al di sopra della 12 CH non esistono più molecole della sostanza diluita all'inizio: per eliminare qualsiasi sintomo molecolare bisogna quindi avere una preparazione superiore alla 12 CH. Oppure, nel 1833 Hahnemann lo consigliava vivamente, la 30 CH: è quindi sensato, per selezionare solo i sintomi energetici e standardizzare i proving, usare la 30 CH (trentesima centesimale hahnemanniana):

diluizione da 10-60 (30 operazioni di diluizione successive, con diluizione, ogni volta 1/100)

dinamizzazione di 30 volte 100 scosse (o 27 volte, se la droga ha bisogno di una triturazione fino a 3 CH)

il legame fra diluizione e dinamizzazione è la succussione (100 scosse) per ciascuna operazione di diluizione (30 diluizioni successive a 1/100).

La forma di diluizione più adeguata è la monodose in globuli (1 gr. di globuli costituiti all'incirca da 1/3 di lattosio e 2/3 di saccarosio, impregnati della sostanza da sperimentare). Si può anche partire da 2 o 5 granuli (o gocce) e aumentare di un granulo al giorno fino alla comparsa dei sintomi: è quello che proponeva Hahnemann.

La posologia è in funzione della natura della droga:

dose unica se le sostanze hanno un notevole effetto su quasi tutti i prover (per esempio il

Propranololum 30 CH); l'ordine naturale di comparsa dei sintomi non è perturbato. Dosi ripetute per le sostanze il cui effetto è meno percepibile (per esempio Ciclosporinum 30 CH).

3. *Disponibilità*

Gli omeopati dei giorni nostri non preparano più i propri rimedi, cosa che pone il problema della disponibilità del prodotto. La migliore patogenesi sarà inutilizzabile se la droga non è disponibile in farmacia.

B. Legami con i sintomi abituali del prover

Al di fuori delle malattie acute evidenti, ogni persona presenta una serie di sintomi abituali, una specie di rumore di fondo, che dà poco fastidio e non si percepisce consciamente. Nel proving l'attenzione sostenuta lo rende percepibile. Un prover, anche se ha già partecipato a delle sperimentazioni, riferisce spesso in perfetta buona fede e coscienziosamente dei sintomi abituali. Gli sperimentatori omeopati evidentemente ne riferiscono meno perché si tratta per lo più di sintomi banali. È da notare che un sintomo appare soltanto nei prover suscettibili di esprimerlo, cioè in quei prover che l'hanno già avuto in passato. Il tipo sensibile e la sintomatologia abituale sono categorie molto vicine.

Il sintomo abituale da eliminare si definisce come frequente, ripetitivo, attuale (presente nelle settimane prima del proving), banale (sensazione vaga e breve, senza modalità).

Le precauzioni da prendere per evitare gli errori sono:

La scelta di soggetti sani: più una persona è malata più il suo rumore di fondo è importante e può occultare anche altri sintomi. Il soggetto sano può essere definito pragmaticamente dall'assenza di fastidioso rumore di fondo, terapie, automedicazione, antecedenti patologici significative (per esempio nevrosi accertata)

La rilevazione dei sintomi abituali di ciascun prover prima della sperimentazione. Un'altra maniera di procedere consiste nel dare una dose di placebo prima e una settimana dopo la sperimentazione con la droga. I sintomi registrati alla

presa del placebo sono considerati abituali. Ricordiamo che Hahnemann ignora questo punto (12)

L'utilizzazione preferenziale degli stessi prover, poiché paragonando due o più proving effettuati dallo stesso soggetto si vede nettamente che ci sono sintomi che si ripetono.

Il mantenimento dell'individuo nel suo ambiente e con le sue abitudini (specialmente alimentari) di vita normale durante tutta la sperimentazione. Chiedergli di evitare e di segnalare le eventuali perturbazioni

Lo smettere di fumare, bere il caffè o bevande alcoliche abituali crea una perturbazione maggiore, come dimostrato dal proving del propranololo e dalla risperimentazione di Nux vomica fatta dal gruppo Mercurius. I fattori climatici e metereologici possono anch'essi modificare il rumore di fondo, per cui è necessario annotarlo (13,14).

Il criterio omeopatico *sintomo inusuale, straordinario* si riferisce al contrasto fra il sintomo patogenetico e il rumore di fondo: un sintomo è non comune e straordinario perché non appartiene al rumore di fondo, cioè non è un sintomo comune, cosa che si comprende col teorema di Bayes (6,7).

C. Legami con i fenomeni di suggestione

Questi vincoli fanno parte di quelli del metodo statistico. La soggettività dei partecipanti al proving (prover, direttore, supervisor) e la loro intersoggettività possono indurre sintomi senza rapporto con la droga assorbita: sono i ben noti effetti placebo e nocebo. Tali effetti comprendono: L'eterosuggestione: un individuo, quello che suggestiona, induce consciamente o inconsciamente una suggestione inconscia in un altro, quello che è suggestionato.

L'autosuggestione: lo stesso individuo è nello stesso tempo quello che suggestiona e quello che è suggestionato. L'autosuggestione è inconscia. Secondo uno studio americano l'eterosuggestione, cioè l'effetto placebo, dà fino al 35 % di guarigioni nei casi di dolori postoperatori gravi, angor, cefalee, cinetosi, nausea, ansia, tosse, raffreddori, ecc. L'eterosug-

gestione inconscia si manifesta quando il medico è persuaso di aver prescritto la terapia giusta. (che è solo placebo, a sua insaputa) e riesce così a guarire il malato, cioè a persuaderlo a sua volta inconsciamente. È un fenomeno che si osserva sovente nei giovani omeopati pieni di fervore e di credulità, intimamente persuasi della potenza intrinseca del rimedio: chi non ha mai sentito dire di casi di malati innegabilmente guariti dopo che l'omeopata si era confuso e aveva dato una dose di un rimedio senza alcun rapporto col caso! Al contrario, il medico che dà senza convinzione o contro le proprie convinzioni un rimedio, anche se adeguato, ha tutte le probabilità di arrivare a un insuccesso: è piuttosto normale che un allopata sospettoso dica: "Ho provato con l'omeopatia e non ho avuto alcun risultato" perché al di là della sua incapacità tecnica, induce un effetto di suggestione in questo senso nel malato. Si può riscontrare nei trial terapeutici a singolo cieco o in certi proving (autosperimentazione, singolo cieco).

Il sintomo *salivazione* di Brucella dato all'inizio come importante perché si ritrova in tre sperimentatori, è in fin dei conti solo un sintomo dubbio (un prover l'aveva avuto per primo e l'aveva fatto sapere ad altri due sperimentatori, che poi avevano avuto quel sintomo). Questi effetti di suggestione possono dar luogo ad eruzioni cutanee, orticaria, diarree, palpitazioni, ecc. ma anche a modificazione della formula leucocitaria e di costanti biologiche, all'insaputa del soggetto (8,9). Alcuni ignorano che M.C. Boffa e M.Clais nei loro proving sui veleni dei serpenti si basano solo sui sintomi biologici serici (15,16). Non sono le prime a diffidare anche dei prover "isterici", ma...non abbastanza. L'autosuggestione è importante nel volontario (autoselezione positiva) e nel soggetto che viene 'prescelto', ma in senso inverso (autoselezione negativa). Se le motivazioni dei partecipanti sono diverse, non ci dev'essere una correlazione fra risultato e eventuale ricompensa o punizione. Costringere per una qualsiasi ragione una persona a sperimentare è condannabile eticamente e metodologicamente.



PERLAX
la natura
in un sorriso

Lichene Islandico

Ippocastano

Malva

Frumento

Riso

PERLAX senzamenta è una crema dentifricia indicata a chi segue cure **OMEOPATICHE**, soffice e impalpabile è ricca di ingredienti naturali in grado di liberare il bianco smagliante dei denti, senza abradere lo smalto, e assicurare contemporaneamente una azione antibatterica, tonica e lenitiva a tutto il cavo orale. Disponibile anche alla menta nella versione **PERLAX Plus** che mantiene le stesse proprietà benefiche e cosmetiche.

Numero Verde
800-013230

www.perlax.com - info@perlax.com

In vendita nelle migliori Farmacie

I lavori ufficiali di valutazione dell'omeopatia fatti per conto del IIIo Reich verso il 1938 da Fritz Donner, assistente sottufficiale medico, sono pieni di errori metodologici. Donner descriveva così gli sperimentatori: "Per quel che riguarda le mie sperimentazioni, si incominciava a farne sin dall'inizio delle lezioni, dal terzo giorno. La maggior parte dei colleghi non avevano, al loro arrivo, alcuna idea ben precisa sull'omeopatia. Alcuni la consideravano una via di mezzo tra l'iridologia e la radioestesia. Per ragioni politiche o in assenza di antecedenti ariani erano stati allontanati dalle loro funzioni - come medici scolastici, di circoscrizione, di famiglia, ecc.. (17). Da un punto di vista metodologico, queste cavie umane non erano affidabili: oppositori politici o ebrei, avevano tutto l'interesse a mostrarsi cooperativi, cioè a fornire più sintomi possibili, compresi quelli inventati. Questo particolare reclutamento, diremmo puerile, non sembra avere influenzato Donner come statistico, il quale rimase "sbalordito dalla ricchezza dei sintomi dopo somministrazione del placebo", e concluse con saccenteria che la sperimentazione omeopatica non è che placebo! Recentemente J.J.Aulas, psichiatra con un background in farmacologia, ha preteso di (in più di 40 pagine del suo libro): "fornire il materiale per aprire onestamente un dibattito", citando Donner come argomento contro l'omeopatia. È sorprendente come gli sia sfuggito questo particolare che permette di dare un giudizio su Donner come statistico (17).

D. Legami con i criteri di affidabilità

I criteri di convalida e valorizzazione dei sintomi devono essere definiti prima della sperimentazione. Ve ne sono di due tipi: di plausibilità e di probabilità. La plausibilità è una possibilità e la probabilità una possibilità con un certo margine d'errore. I criteri di plausibilità bastano da soli a fare una patogenesi, ma richiedono una verifica clinica. Sono quelli utilizzati da Hahnemann, Kent, Hering e molti altri patogenesisti. Si possono utilizzare anche per reperire le caratteristiche della droga e preparare un protocollo

per sfruttare la statistica applicata a questi punti. I criteri di probabilità sono più oggettivi, ma necessitano di un minimo di conoscenza predittiva sulla droga.

1. I criteri di plausibilità

La pertinenza ai dati della letteratura sulla droga da sperimentare: d'ordine tossicologico, farmacologico, clinico, sperimentale o anche tradizionale. Essa implica una ricerca nella letteratura prima del proving. L'assenza di un'altra causa possibile: la grande categoria delle "altre cause possibili" costituita da tutti quegli avvenimenti impreveduti e non comuni, quindi perturbatori, della vita quotidiana: la dieta (pasti inconsueti, emozioni diverse, traumi, ecc.). Sono previste delle disposizioni durante il proving per evitarli o segnalarli.

L'adeguamento cronologico: il ritardo di comparsa di un sintomo è funzione della sostanza e può essere oggetto di stima: più un sintomo si discosta da questo ritardo, più diminuisce la sua plausibilità. La somministrazione (challenge) dà dei disturbi, l'interruzione della somministrazione (dechallenge) permette la loro scomparsa e la risomministrazione (rechallenge) provoca la loro riapparizione. Questi criteri, ispirati alla farmacovigilanza, si possono utilizzare senza problemi quando si dà una sola dose di droga da sperimentare. In caso di somministrazioni ripetute ci sono due condizioni: il tempo che intercorre fra due dosi dev'essere uguale o superiore alla durata d'azione di una dose, il reperimento di eventuali fenomeni di autosuggestione dovuta alla ripetizione con in mezzo una dose di placebo fra due somministrazioni vere.

I criteri specifici dell'omeopatia: il carattere, straordinario, inconsueto, tardivo; la persistenza; la pertinenza, secondo una cronologia della comparsa di sintomi caratteristici della droga; il valore globale dei sintomi di un prover, hanno tutti i propri vincoli di durata di sorveglianza, conoscenza della droga e di certi principi dell'omeopatia.

2. I criteri di probabilità

Sono quelli del metodo statistico che richiede molto rigore, specialmente in fase di elaborazione del protocollo.

E. Legami con le particolarità del proving o del prover

Non si può paragonare ciò che non è paragonabile, nei limiti della variabilità biologica. Le condizioni climatiche, meteorologiche (specialmente le differenze di stagioni), alimentari (prover a dieta vegetariana), ecc. non menzionate possono fare generalizzare ciò che è particolare: Gli asiatici sono più sensibili degli europei al propanololo in dosi ponderali. Non conoscendo il meccanismo d'azione delle preparazioni omeopatiche, sarebbe prudente segnalare la razza del prover nella sperimentazione del propanololo 30 CH. La sperimentazione in una comunità, o su prover residenti nella stessa città, creando unità di tempo e di luogo può indurre degli errori a volte difficili da mettere in evidenza. Ci sono fenomeni che interessano tutto il gruppo di prover e dipendenti dall'ambiente climatico (da cui l'importanza di annotare che tempo fa contemporaneamente ai sintomi). Per esempio coliche estive e patologie otl col tempo freddo, ecc.. Bisogna dunque segnalare queste variabili per potere tenerne conto in seguito.

IL TIPO SENSIBILE E LA CRONOBIOLOGIA

L'espressione della droga è condizionata dalle possibilità espressive dell'individuo: se il prover presenta un sintomo, è perché l'aveva già provato prima. Per esempio, un evento epidemiologico importante concerne la migliore resistenza alla brucellosi da parte di soggetti di costituzione Silicea (per esempio tutta una famiglia è colpita da brucellosi tranne un individuo Silicea). Al contrario il tipo Lycopodium è più vulnerabile. Clinicamente la Silicea non viene praticamente mai usata nella brucellosi cronica, mentre Lycopodium è un rimedio frequente. Nei proving di Brucella, il tipo Silicea in generale ipersensibile, dà pochi sintomi e sembra essere immunizzato contro la Brucellosi. È curioso notare che Silicea e Brucella sono i soli rimedi che presentano il sintomo *sogno con vertigine* (per Sil. aggiunta di Schmidt), la capra ha per

rimedio *Silicea* e *Brucella melitensis* è il suo ospite preferenziale.

La sintomatologia abituale, la sensibilità selettiva e le predisposizioni morbide di un individuo entrano nella composizione di ciò che per comodità chiamiamo il 'tipo sensibile', la descrizione dei prover è dunque importante.

È possibile 'bloccare' l'espressione della droga: il caso dei prover 'scettici ma onesti' è flagrante e non si deve mettere in dubbio la loro buona fede, perché essi non esprimono né percepiscono effettivamente disturbi. A differenza dei fenomeni di suggestione, è come se l'organismo si rifiuti di lasciarsi invadere dalla droga. D'altra parte le donne, per loro natura recettive, danno in generale sintomi più significativi degli uomini.

I fattori di cronobiologia possono provo-

care variazioni d'intensità d'azione della droga e della sensibilità del prover, secondo il fattore tempo. Ci auguriamo di sperimentare la stessa sostanza in differenti stagioni dell'anno e di prendere le dosi in ore differenti. D'altra parte la sensibilità di un prover conosce indubbiamente variazioni orarie e stagionali.

BIBLIOGRAFIA

- STEPHENSON J. - *A materia medica and repertory, Hahnemannian provings 1924-1959*. 1963, Roy and Co, Bombay.
- JULIAN O.A. - *Traité de micro-immunothérapie*. 1977, Librairie Le François, Paris.
- JULIAN O.A. - *Protocole cortico-viscéral pharmacodynamique ou pathogénésie du Thiopropazine ou Majepil*. Revue belge d'Homéopathie, 1981, 1: 31-46.
- ALLEN - *Therapeutic Pocketbook*.
- BOGER - *A synoptic key of the materia medica*.
- SCHWARTZ D. - *Méthode statistique à l'usage des médecins et des biologistes*. 1988, Flammarion.
- SCHWARTZ D., FLAMANT R., LELLOUCH J. - *L'essai thérapeutique chez l'homme*. 1987, Flammarion.

- MULLER F. - *Contribution à l'étude des arachnides utilisées en Homéopathie*. Thèse pharmacie, Lyon 1983.
- MONIN - VEYRET N. - *Contribution à l'étude chimiotaxonomique et pratique des principaux venins utilisés en Homéopathie*. Thèse pharmacie, Lyon 1985.
- P. - *Les remèdes de Swan*. CGHL, 2è s, n°14: 461-480.
- HUI BON HOA - *Les nosodes intestinaux*. 1966, Coquemard.
- HUGHES R. - *Manual of pharmacodynamics*. 1899 reprint, B. Jain publishers, New Delhi 1980.
- GRUPE MERCURIUS - *Proving du Propranolol*. Bulletin semestriel du Groupe Mercurius, 1987, n°1.
- GRUPE MERCURIUS - *Expérimentation comparée de Nuxvomica*. Revue belge d'Homéopathie, 1983, 1.
- BOFFA M.C. - *Modification du complément sérique par le venin de Naja nigricollis*. A.H.F. 1976, 2.
- Essais de pathogénésie de *Bothrops atrox*. Séminaire de l'E.H.H.D.S., novembre 1987.
- AULAS J.J. - *l'Homéopathie*. 1985, Roland Bettex



Sub Rosa Homeopathy
Organizza un seminario dal titolo:

SEMINARIO DI OMEOPATIA IN PEDIATRIA

LE TAPPE EVOLUTIVE DELLA PERSONALITÀ

Il trattamento omeopatico dei disagi infantili e delle patologie pediatriche dall'esistenza fetale all'adolescenza

Battaglia Terme (PD)
15-16 ottobre 2005

Relatori:
Ab Straatmann
Frans Vermeulen

Per iscrizioni: sig.ra Martina Corona
Tel. 0471 343330 Fax verde 800-239506
e-mail: info@subrosahomeopathy.it

Per informazioni: dr.ssa Renata Calvieri
Tel. 333 7492216 fax 051 461215
e-mail: info@subrosahomeopathy.it
oppure visitate il sito:
www.subrosahomeopathy.it
dove è possibile scaricare tutte le informazioni sul seminario!

Sede del Seminario
CASTELLO DEL CATAJO
Via Catajo, 1
35041 Battaglia Terme (PD)
Tel. 049 8759326/9100411
Fax 049 6663295/526946
www.castellodelcatajo.it

in collaborazione con:



www.loackerremedia.it

Disordini neurologici della minzione: incontinenza e ritenzione urinaria

Analisi retrospettiva su 25 casi

RIASSUNTO

In questo articolo viene esposta un'analisi retrospettiva di 25 casi di animali d'affezione con problemi di minzione. Ne vengono riportati otto con repertorizzazione dei sintomi, prescrizioni e decorso clinico.

PAROLE CHIAVE

Minzione, vescica, midollo spinale, sistema simpatico e parasimpatico, sfintere, deficit endocrino.

SUMMARY

Here is stated a retrospective analysis of 25 cases of pets with urination problems, 8 of which are fully supported with repertorization and clinical condition.

KEYWORDS

Urination, bladder, spinal cord, sympathetic and parasympathetic nervous systems, sphincter, endocrine deficiency.

Introduzione

Quando si presenta ad un animale d'affezione che vive in casa un episodio di incontinenza urinaria, siate certi il proprietario si rivolgerà sicuramente ad un Professionista di fiducia nel più breve tempo possibile.

Non è una patologia gravissima per l'animale, ma spesso compromette un delicato equilibrio interno tra tutti i membri della famiglia e il quattrozampe in causa, fino ad arrivare, in casi estremi, alla richiesta di eutanasia in un soggetto senza gravi patologie concomitanti.

Questo lavoro è stato sviluppato su 25 casi trattati nella mia struttura esclusivamente con la terapia omeopatica. Per comprendere le alterazioni che possono

determinare l'insorgenza di questo problema è necessario ricordarci quali sono i meccanismi che regolano la fisiologia della minzione.

ANATOMIA E FISIOLOGIA DEI CARNIVORI DOMESTICI (Fig. 1)

La vescica è un organo cavo molto distensibile provvisto di due strati di fibre muscolari lisce perpendicolari tra di loro, il muscolo detrusore, che assumono una configurazione circolare quando formano a livello del collo della vescica lo sfintere interno. Questa struttura permette un'importante distensione della parete della vescica quando raccoglie urina senza un incremento parallelo della pressione all'interno della stessa.

L'innervazione della vescica è dovuta a: Componente motoria parasimpatica: il nervo pelvico, S1-S3 del SNA parasimpatico, che determina la contrazione del muscolo detrusore e il rilassamento dello sfintere interno.

Componente sensitiva: i pressocettori presenti nella sottomucosa vescicale sensibili all'incremento progressivo di pressione all'interno della vescica in seguito alla raccolta di urina. Le vie afferenti sono all'interno del nervo pelvico e arrivano ai tre segmenti midollari sacrali. A livello sacrale esiste un meccanismo primitivo che non permette il completo svuotamento della vescica, questo viene sospeso quando la pressione all'interno della vescica si riduce pur essendoci ancora presenza di urina.

Componente motoria simpatica: fibre ascendenti che hanno origine dai pressocettori parasimpatici, eccitano centri subcorticali posti nella sostanza reticolare del ponte. Questo ulteriore controllo motorio aiuta un completo svuotamento della vescica.

Componente sensitiva: pressocettori molto più sensibili dei precedenti che si eccitano man mano che la vescica si riempie, che stimolano per via riflessa lo sfintere interno e inibiscono il nervo pelvico e la conseguente attivazione del detrusore.

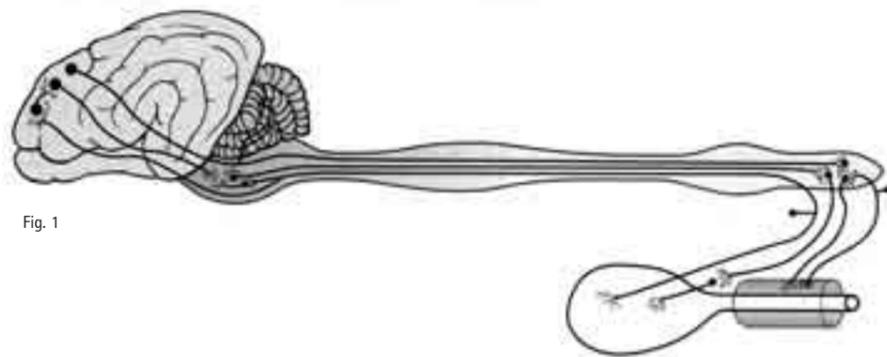


Fig. 1

Sono fibre appartenenti al SNA simpatico che sono sia centrifughe che centripete all'interno del nervo ipogastrico, che nel cane va a L1-L4 mentre nel gatto a L2-L5. La minzione non è solo un involontario meccanismo viscerale riflesso, ma anche un evento volontario; le strutture finora descritte sono subcorticali, ma è evidente che per avere la coscienza dello stato di riempimento della vescica ed esprimere la volontà di urinare devono esistere fibre che vanno alla corteccia sensitiva della regione pontina e via motorie dalla corteccia per la minzione volontaria. Inoltre deve mantenersi attivo il controllo del muscolo striato che costituisce lo sfintere esterno: questo avviene per via ascendente attraverso il nervo pudendo fino al midollo sacrale, dove queste fibre chiudono l'arco diastaltico con motoneuroni che, sempre attraverso il nervo pudendo, determinano la contrazione dello sfintere uretrale esterno. Inoltre esistono vie corticospinali che inibiscono i motoneuroni del nervo pudendo durante l'atto della minzione.

I - INCONTINENZA DA DEFICIT ENDOCRINO

In letteratura è stato pubblicato molto in merito al rapporto tra deficit endocrino, estrogenico della femmina e androgeno del maschio, e manifestazione di incontinenza urinaria. Attualmente si considera un'etiologia polifattoriale:

Il deficit estrogenico delle femmine isteroannessiectomizzate, che da solo non è in grado di giustificare episodi di incontinenza urinaria perché il monitoraggio degli ormoni ovarici plasmatici di tali soggetti femmine è sovrapponibile a quello delle intere in anaestro. Inoltre l'incontinenza statisticamente compare in un periodo compreso tra sei mesi e tre anni successivi alla sterilizzazione.

Un problema neurologico: la dissinergia riflessa. La carenza di coordinazione tra: a. il riflesso detrusore; b. il rilassamento della muscolatura liscia dello sfintere uretrale interno e della muscolatura striata dello sfintere uretrale esterno è alterata. La minzione inizia normalmente ma si ferma per contrazione involontaria

dello sfintere uretrale, anche se il soggetto continua a spingere. Neurologicamente è difficile dimostrare quali siano i distretti coinvolti.

Casi di insufficienza primaria dello sfintere interno: la muscolatura liscia del collo della vescica e dell'uretra causa episodi di incontinenza sporadica non accompagnata da grave distensione vescicale.

Eccessivo peso corporeo.

Predisposizioni anatomiche: vescica in posizione pelvica, morfologia dell'uretra e della vagina.

Caso n. 1

Siria è un Labrador Retriever nata il 15 Novembre 1999, che il 9 Gennaio 2001 viene sottoposta ad intervento chirurgico per ovarioisterectomia, ad un anno e otto mesi di età. Nell'Ottobre dello stesso anno, a nove mesi di distanza dall'intervento, manifesta il primo episodio di incontinenza urinaria: la cagna sdraiata sul pavimento si rialza per uscire e lascia un'abbondante pozza di urina, inodore e incolore.

La proprietaria non dà troppa importanza al fatto, augurandosi la risoluzione spontanea, ma Siria nei giorni successivi presenta in diverse occasioni lo stesso problema, nonostante sia accompagnata spesso all'aperto a urinare. Gli episodi si ripetono almeno due volte alla settimana e durano per due giorni consecutivi. L'entità delle perdite non è sempre la stessa: inizialmente grosse quantità, poi poche gocce, ma non sempre viene rispettata questa cronologia, capita persino che perda gocce di urina mentre cammina per rientrare.

in casa da queste passeggiate. Le vengono fatte indossare delle mutandine in commercio per soggetti con questi problemi, ma la situazione persiste così che la Proprietaria decide di affrontare il problema. Il cane viene sottoposto agli accertamenti clinici del caso con esame delle urine, emocromo con formula e biochimico completo, che danno esito negativo: il paziente gode di ottima salute.

Il 15 Febbraio 2002, dopo quattro mesi dall'esordio del problema, Siria viene portata nel mio studio per una visita omeopatica.

REPERTORIZZAZIONE (Synthesis 8.1)

BLADDER - URINATION - dribbling - retention, with

BLADDER - URINATION - involuntary - motion - during

BLADDER - URINATION - involuntary - walking - while

BLADDER - URINATION - involuntary - sitting, while

BLADDER - URINATION - unconscious, urethra insensible

BLADDER - WEAKNESS - Sphincter

La terapia è BELLADONNA 10.000K - 3 gocce x 3 volte al giorno per 3 giorni.

Consiglio di sospendere poi la terapia per qualche giorno e ripetere tre gocce per ogni ricaduta.

La prima ricaduta è dopo pochi giorni, la seconda dopo quattro settimane e poi, fino al Gennaio 2004, Siria ripresenterà il sintomo solo in altre due occasioni, sempre dopo intensi allenamenti di *Agility* al campo di addestramento. In entrambi i casi con successo una dose del Rimedio ha risolto la situazione. Inoltre le perdite non sono più state abbondanti, ma solo poche gocce lasciate sul pavimento quando si rialza.

Solo quattro episodi in due anni trattati con successo sono sicuramente un dato confortante!

L'alternativa farmacologica più moderna in caso di incontinenza urinaria canina successiva ad isteroannessiectomia è la Fenilpropanolamina cloridrato.

Caso n. 2

Sandy è una femmina di Golden Retriever che alla prima visita omeopatica ha dieci anni di età con un sintomo storico singolare: dopo dodici giorni dall'inizio del calore, quando le perdite non sono più rosse, la cagna non riesce a controllare volontariamente la minzione.

Nel Repertorio (Synthesis 8.1) trovo un sintomo che non conoscevo:

BLADDER - Urination - Frequent - menses - after: Cham, Puls, Sars.

Nella Repertorizzazione inoltre aggiungo:

BLADDER - URINATION - involuntary - sitting, while

BLADDER - URINATION - unconscious, urethra insensibile

La terapia è SARSAPARILLA 30 CH - 3 gocce mattina e sera, per via orale, x cinque giorni.

Questo perdite durano normalmente qualche settimana ed invece, con l'aiuto del rimedio, in tre giorni Sandy riesce a controllare la minzione sia di giorno che di notte, mentre la produzione di urina rimane aumentata.

Questo sintomo mi conferma la scelta del Rimedio:

URINE - COPIOUS - drunk, more than is

Dopo una settimana prescrivo ancora SARSAPARILLA 30 CH - 3 gocce il Lunedì e il Giovedì mattina per due settimane. Rivedo il cane dopo quattordici giorni e la Proprietaria mi conferma la guarigione assoluta.

II - INCONTINENZA DA LESIONE DEL SNC COMPRESA TRA PONTE E L7 (Lesione del MNS)

L'ariflessia del muscolo detrusore dovuta a una lesione delle fibre del riflesso detrusore può determinare ritenzione urinaria. Questa situazione provoca un'alterazione del controllo dello sfintere uretrale esterno che può presentare un tono normale oppure aumentato. Quest'ultima situazione è di difficile gestione per il pericolo che la compressione addominale, da preferirsi, o la cateterizzazione, da effettuarsi tre volte al giorno per evitare l'atonia permanente del muscolo detrusore, possano causare una lesione iatrogena sia allo sfintere uretrale che alla parete della vescica, con eventuale rischio di rottura. La presenza di un eccesso di urina provoca una sovraddistensione vescicale e quindi una lesione delle thigh-junction tra le fibre e conseguente compromissione di un recupero per ariflessia del detrusore da iperdistensione.

Questa situazione è particolarmente frequente nelle razze condrodistrofiche, facili

a protrusione del disco nella zona toracico-lombare, e in soggetti di razze diverse che per lungo tempo abbiano sofferto di ostruzioni ricorrenti delle basse vie urinarie per cause diverse come litiasi e neoplasie. Nei maschi lo sfintere uretrale esterno è molto più lungo che nelle femmine, così che un'iper-tonia determina una resistenza decisamente inferiore nelle femmine.

CASO N. 3 (Figura II)



Fig. II

Bizet è un gatto persiano, maschio, non castrato, di cinque anni e mezzo, che soffre da tempo di litiasi vescicale: il referto dell'esame delle urine effettuate in Laboratorio certifica la presenza di cristalli di struvite e importante leucocitosi. In passato è già stato sottoposto in più occasioni a svuotamento manuale della vescica, nonostante segua una dieta mirata alla prevenzione di questi episodi.

Alla visita clinica si evidenziano: procidenza di entrambe le ghiandole lacrimali; fissurazioni longitudinali sanguinanti della cute del muso dall'angolo interno dell'occhio al labbro superiore; presenza di croste sul collo. Il motivo della visita è il blocco della minzione: Bizet si mette sulla cassetta per urinare, spinge, ma non riesce ad emettere nulla.

REPERTORIZZAZIONE (Synthesis 8.1)

BLADDER - URINATION - retarded, must wait for urine to start - press a long time before he can begin; must
URINE - SPECIFIC gravity - increased
URINE - ODOR - ammoniacal
URINE - SEDIMENT - sand - gravel
SKIN - CRACKS - deep, bloody

La prescrizione è: NITRICUM ACIDUM 1.000 K - tre gocce mattina e sera per due giorni. Telefonicamente sento la proprietaria che mi comunica che Bizet dopo due giorni *urina come un rubinetto aperto!*

Rivedo il gatto dopo dieci giorni, verifico che sono sparite le croste presenti sul collo. Mi viene riferito che la protrusione della ghiandola lacrimale *va e viene*.

Dopo due mesi il paziente viene portato per una nuova visita perché non mangia: diagnostico un'infezione all'apice del polmone destro. Prescrivo un chemioterapico Chinolonico per 5 giorni a cui associo il suo Rimedio NITRICUM ACIDUM 1.000 k : 3 gocce tre volte al giorno per tre giorni.

Dopo due giorni il gatto viene riascoltato: non esiste più nessun interessamento polmonare. La proprietaria mi riferisce di alcuni episodi di diarrea.

A distanza di sei mesi dalla prima visita urina senza problemi.

CASO N. 4 (Figura III)



Fig. III

Camilla. È una gatta nata nell'Aprile del 1995, a quattro mesi di vita subisce una caduta dal terzo piano, fortunatamente attutita dalla presenza di cavi elettrici tesi tra due case. All'esame radiografico non vengono evidenziate lesioni ossee, nonostante ciò per almeno due mesi quando cammina si trascina sugli arti posteriori e, a circa nove mesi di età, inizia a lasciare grosse chiazze di urina dopo avere sostato in qualche zona della casa.

Si presenta alla prima visita omeopatica il 28.07.2003, a 8 anni e 3 mesi di età, a 8 anni di distanza dall'incidente. Ora Camilla è una robusta gatta del peso di circa Kg 8, non sterilizzata. Ripetuto un esame radiografico viene rilevata una fusione vertebrale tra T1 e L7 di probabile origine traumatica e postumi da trauma alle cartilagini di accrescimento di entrambe le tibie.

I proprietari riferiscono che Camilla è un soggetto con scarsa predisposizione verso gli estranei; che sembra abbastanza calorosa

(ma siamo nell'estate del caldo torrido, più interessante sarà l'inverno successivo sapere che si avvicina volentieri al calorifero acceso), che ama bere acqua fresca corrente. Di rilievo per la determinazione del Rimedio è la temporalità degli episodi di incontinenza urinaria: spesso sono concomitanti a scosse che somigliano a brividi agli arti posteriori.

REPERTORIZZAZIONE (Synthesis 8.1)

BLADDER - URINATION - involuntary - chill - during

BLADDER - URINATION - involuntary - night

La prima prescrizione il 28.07.03 è: CAUSTICUM 1.000 K gocce - 3 gocce mattina e pomeriggio.

Dopo i primi dieci giorni il quadro clinico che sembra timidamente presentare qualche segno di miglioramento: la gatta di giorno, quando ci sono i proprietari presenti, controlla la minzione, mentre di notte meno.

Dopo tre settimane prescrivo CAUSTICUM 10.000 K gocce, due somministrazioni al giorno per tre giorni, seguite poi per tre giorni da una somministrazione giornaliera e successivamente da una dose a giorni alterni per un'altra settimana. Man mano che la terapia prosegue gli episodi di incontinenza si diradano sempre di più e si mantengono soprattutto notturni, durante il sonno.

Il 13.10.2003 CAUSTICUM 20.000 K - una dose ogni 15 giorni.

Decido di aumentare gradatamente la potenza del Rimedio per allungare i tempi di somministrazione.

Fino al Dicembre 2004 il miglioramento è tale da farci gridare alla guarigione.

La ricomparsa di episodi di minzione involontaria è dovuta a due fattori concomitanti: la sospensione della somministrazione del Rimedio e la comparsa del calore. 17.12.04 CAUSTICUM 30.000 K due dosi al giorno nei primi due giorni e poi una dose alla settimana di mantenimento.

01.04. 05 Da circa un mese non ci sono più state scoperte così poco simpatiche in casa.

Camilla ha ormai dieci anni di età ed è una gatta molto pigra; gli episodi di incontinenza urinaria si presentano soprattutto la notte durante il sonno, solo quando non viene svegliata dalla proprietaria per ricordarle di fare i suoi *bisognini*. CAUSTICUM 30.000 K - due somministrazioni la settimana.

III - INCONTINENZA DA LESIONE DEI SEGMENTI MIDOLLARI SACRALI (S1-S3)

Neurologicamente un trauma a questo livello determina una ipo-ariflessia del muscolo detrussore a causa dell'interessamento del nervo pelvico e una ipo-ariflessia dello sfintere uretrale esterno. Il controllo della minzione è compromesso sia sotto l'aspetto volontario che riflesso.

CASO N. 5

Otis è una cane Basset Hound, maschio, che verso la fine di Maggio 2003, all'età di 8 anni si presenta alla prima visita omeopatica perché fatica a salire le scale, manifesta evidenti tremori agli arti posteriori sia mentre cammina che quando sta fermo sulle quattro zampe e presenta episodi di minzione involontaria. Sottoposto ad esame radiografico del rachide si evidenzia la presenza di una spondilosi diffusa su tutto il rachide dal tratto lombare a quello dorsale.

REPERTORIZZAZIONE (Synthesis 8.1)

EXTREMITIES - TREMBLING - Lower limbs - standing

EXTREMITIES - TREMBLING - Lower limbs - ascending stairs

EXTREMITIES - WEAKNESS - Lower limbs

CAUSTICUM 10.000 K - 3 gocce mattina e sera per 3 giorni e poi a giorni alterni per una settimana.

Dopo due settimane sulla cute dell'addome e delle cosce appaiono eruzioni pruriginose che hanno un giovamento quando il cane si gratta. Si evidenzia un miglioramento dell'andatura e della min-

zione che permane fino a Ottobre dello stesso anno, pur senza la somministrazione di alcuna terapia, quando Otis presenta problemi nel cavo orale con retrazione gengivale importante causata dalla presenza di tartaro, con infiammazione e sanguinamento delle gengive; fistolizzazione di un ascesso posto sopra un molare della mascella; concomitante ricomparsa di incontinenza urinaria mentre cammina.

REPERTORIZZAZIONE (Synthesis 8.1)

MIND - DEFIANT

MOUTH - DETACHED from teeth; gums

MOUTH - SUPPURATION - Gums

TEETH - ULCERATION of roots

BLADDER - URINATION - involuntary - walking - while

CAUSTICUM 10.000 K gocce - 3 gocce due volte al giorno per 2 giorni.

Nel Gennaio 2004 ricompaiono problemi nella deambulazione e nel controllo volontario della minzione, probabilmente a causa del freddo.

CAUSTICUM 20.000 K gocce :

Sono necessarie due somministrazioni al giorno del Rimedio per mantenere il miglioramento dell'incontinenza urinaria e, fino a quando il Rimedio non viene sospeso, il quadro clinico rimane stabilmente buono.

Nell'Ottobre 2004 prescrivo a CAUSTICUM 20.000 K gocce alla ricomparsa di episodi di minzione involontaria. Sono sufficienti due somministrazioni alla settimana per evitare che si ripresentino altri episodi.

Sotto il profilo di diagnosi di Rimedio Otis non è stato un caso difficile, perché la "sua malattia" veniva confermata anche nella predisposizione alla formazione di fistole dentarie, ma le alterazioni neurologiche di cui soffre richiedono una somministrazione costante del Rimedio. La perseveranza nell'applicazione delle terapie - convenzionali e non - non è sempre ben accetta dai proprietari degli animali che talvolta le sospendono quando il nostro assistito sta bene.

Si potrà obiettare che con Causticum 50.000 K avrei avuto un miglioramento

più duraturo nel tempo, ma in presenza di un paziente con un danno lesionale abitualmente preferisco incrementare la potenza per gradi, questo evita eventuali aggravamenti, che sarebbero difficilmente gestibili.

CASO N. 6

Charly è una cane meticcio maschio che si presenta alla prima visita omeopatica il 31.07.03 alla veneranda età di 16 anni e 8 mesi perché presenta: una leggera displasia all'anca destra e un'artrosi al ginocchio omolaterale che gli impediscono di salire le scale e gli causano una evidente rigidità del ginocchio interessato durante la deambulazione. Incontinenza urinaria quando deve resistere e quando si distrae (per esempio mentre mangia). Qualche episodio di incontinenza fecale accompagna la minzione involontaria. Tosse cardiaca. Irrequietezza degli arti posteriori durante il sonno. Risveglio alle ore 3-4 a.m.

REPERTORIZZAZIONE (Synthesis 8.1)

MIND - WASHING - aversion to wash
RECTUM - INVOLUNTARY stool - urination - and stool
BLADDER - URINATION - involuntary - desire is resisted; if
BLADDER - URINATION - involuntary - delayed, if
BLADDER - URINATION - involuntary - old people, in
EXTREMITIES - WEAKNESS - Lower limbs - ascending stairs
EXTREMITIES - RESTLESSNESS - Lower limbs - night - bed, in
EXTREMITIES - RESTLESSNESS - Lower limbs - evening - bed, in
GENERALS - NIGHT - midnight - after - 3 h
GENERALS - NIGHT - midnight - after - 4 h

SULPHUR 3 LM gocce - 2 somministrazioni al giorno.

Lo rivedo 11 giorni dopo. I Proprietari mi riferiscono che Charly dorme più tranquillamente la notte e i movimenti di pedalamento si sono decisamente atte-

nuati. Gli episodi di incontinenza urinaria si stanno diradando ma si sono ancora ripetuti mentre mangia, probabilmente perché abbassa la soglia di attenzione. Sopporta meglio il caldo afoso. SULPHUR 4 LM gocce - Quando notano un arresto del miglioramento del paziente, visto che i Proprietari abitano ad una distanza di 50 Km dal mio Ambulatorio.

Rivedo Charly quasi un anno dopo, il 05.06.04, all'età più che veneranda di 17 anni e 7 mesi.

I proprietari mi riferiscono che la tosse cardiaca è scomparsa e che il miglioramento generale si è mantenuto costante fino ad oggi, quando Charly presenta: - minzione involontaria non più mentre mangia, ma subito dopo; - cade quando sale le scale. - mostra debolezza agli arti posteriori quando sta sulle quattro zampe. - alle ore 3-4 a.m. vuole essere accompagnato ad urinare e poi non vuole più rientrare. - è infastidito dal rumore di un giornale vecchio stropicciato.

REPERTORIZZAZIONE (Synthesis 8.1)

MIND - ANXIETY - alone; when
MIND - SENSITIVE - noise, to - crackling of paper, to
VERTIGO - ASCENDING; when - stairs
BLADDER - URINATION - involuntary - desire is resisted; if
BLADDER - URINATION - involuntary - delayed, if
EXTREMITIES - WEAKNESS - Lower limbs - ascending stairs
EXTREMITIES - WEAKNESS - Lower limbs - standing, while
GENERALS - WEAKNESS - exertion - slight; from
GENERALS - NIGHT - midnight - after - 3 h
GENERALS - NIGHT - midnight - after - 4 h

FERRUM SULPHURICUM 200 K - Al mattino, a giorni alterni, per 14 giorni.

Risento telefonicamente i Proprietari dopo due, settimane ma non sanno bene cosa riferirmi, la situazione è stazionaria. Prescrivo ancora, 3 somministrazioni la

settimana per altre due settimane. Il 24.06.04 Charly è sottoposto ad esame Ecocardiografico durante il quale gli viene riscontrata una leggera insufficienza mitralica. Nella stessa occasione i Proprietari mi riferiscono che da pochi giorni il nostro paziente è molto più tonico: non scivola più *in spaccata* sugli arti posteriori mentre mangia; dorme più profondamente senza risvegli per urinare. FERRUM SULPHURICUM 200 K - 2 somministrazioni la settimana.

11.04.05 Il Proprietario mi riferisce che il cane, che ora ha 18 anni e mezzo d'età, sta bene. Non ci sono più stati episodi di enuresi involontaria, Charly chiama quando deve urinare. Rimane una certa debolezza agli arti posteriori che lo fa scivolare camminando su un pavimento liscio.

IV - INCONTINENZA DA DISSINERGIA

CASO N. 7 (Figura IV)



Fig. IV

GAS è un Pastore Tedesco maschio di tredici mesi d'età, che affronta l'Omeopatia come ultima spiaggia visto che da circa tre settimane manifesta una estrema difficoltà ad urinare, è costretto a mettersi in posizione piegandosi sulle ginocchia come un cucciolo, riesce ad emettere solo poche gocce poi si blocca. Paradossalmente quando si rialza da sdraiato perde qualche goccia di urina. Il cane è già stato sottoposto a tutti gli esami diagnostici del caso che escludono neoformazioni, litiasi e forme infettive, rimane solo l'ipotesi del problema neurologico. Sembra un tipico caso di dissinergia riflessa, cioè una carenza di coordinazione tra riflesso detrusore, sfintere uretrale interno ed esterno. La minzione inizia normalmente, ma poi si blocca per contrazione involontaria dello sfintere uretrale anche in presenza della sforzo a mingere del soggetto.

REPERTORIZZAZIONE (Synthesis 8.1)
BLADDER - URINATION - involuntary - sitting, while
BLADDER - URINATION - retarded, must wait for urine to start
BLADDER - URINATION - retarded, must wait for urine to start - press a long time before he can begin; must
BLADDER - PARALYSIS - over-distension, after
BLADDER - PARALYTIC weakness - Sphincter
BLADDER - URINATION - dribbling - retention, with

Inoltre do importanza alla descrizione del Proprietario, che lo definisce un cane indipendente:

MIND - INDEPENDENT

Prescrivo BELLADONNA 1.000 K - 3 gocce 3 volte al giorno.

Una telefonata entusiasta del Proprietario mi comunica che già dal giorno dopo il cane urina con molto meno sforzo! La settimana successiva proseguo con tre gocce la mattina a giorni alterni per mantenere il paziente sotto uno stimolo continuo. Dopo due mesi il cane non sta bene e presenta una sintomatologia particolare: beve moltissimo, si rifiuta di mangiare, si abbassa sugli arti posteriori, tiene le orecchie all'indietro, spinge, ma non riesce a urinare. BELLADONNA 10.000 K - 3 gocce 2 volte al giorno per 3 giorni.

Gas, spingendo emette faticosamente qualche goccia di urina poi si blocca. Dopo due giorni prescrivo HEPAR SULPHUR 1.000 K - 3 gocce 3 volte al giorno. La risposta è un miglioramento veloce, ma solamente per un mese. Rivedo il caso, dando importanza ad altri sintomi:

MIND - ANXIETY - alone; when
BLADDER - URINATION - retarded, must wait for urine to start
BLADDER - URINATION - retarded, must wait for urine to start - press a long time before he can begin; must

BLADDER - URINATION - thin stream
URINE - ODOR - ammoniacal

NITRICUM ACIDUM 1.000 K - 3 gocce 3 volte al giorno per 3 giorni, poi gradatamente si riduce la frequenza a 2 somministrazioni al giorno per una settimana, 1 al giorno per un'altra settimana e poi 1 a giorni alterni, fino ad arrivare a 2 dosi alla settimana.

Il miglioramento dura fino al 20 Dicembre quando Gas non riesce più ad urinare. NITRICUM ACIDUM 10.000 K - 3 gocce 3 volte al giorno per 3 giorni. Il risultato non è soddisfacente.

La Proprietaria del cane mi ricorda che anche l'anno precedente il primo episodio si era presentato d'inverno quando il cane, tenuto nella casa riscaldata, era stato accompagnato all'aperto una sera per fare i suoi *bisognini*, aveva tentato di urinare ma si era bloccato.

GENERALS - PARALYSIS - cold: Caust, Rhus-t, Sulphur.

CAUSTICUM 200 CH - 3 volte al giorno fino a miglioramento.

In un paio di giorni il getto dell'urina si normalizza, ma la terapia viene mantenuta con due dosi al giorno per dieci giorni, perché i proprietari del cane temono il ripresentarsi di un altro episodio. Gradatamente la frequenza di somministrazione viene diminuita. All'inizio di Marzo il miglioramento prosegue ancora, pur se la stagione presenta una variabilità climatica incredibile alternando giornate in cui nevicata, risplende un sole caldo, piove a dirotto. La temperatura ha notevoli escursioni notte giorno, situazioni non comuni dalle nostre parti a Primavera. Poi la Proprietaria va in vacanza un mese e il cane ha una ricaduta, fatica ad urinare. Gas risponde bene e riprende ad urinare solo con CAUSTICUM 200 CH gocce, due somministrazioni giornaliere, mentre non reagisce a nessun'altra potenza dello stesso Rimedio. Dopo quattro settimane la Proprietaria ritorna dalle vacanze ed assi-

stiamo ad una guarigione assoluta!

MIND - AILMENTS FROM - cares, worries
MIND - CARES, full of - relatives, about

Il Rimedio è davvero confermato: ogni soggetto *fa la sua malattia!*

IV - INCONTINENZA DA EMOTIVITÀ

CASO N. 8 (Figura V)



Fig. V

Gigio è un coniglio nano, maschio, nato nel Dicembre 2003, che dal Maggio 2004 a circa cinque mesi d'età presenta episodi di enuresi involontaria più volte nella giornata, quando si agita. Secondo la Proprietaria ha un temperamento caratterizzato da due aspetti: *È allegro, estroverso e socievole; quando rientro in casa la sera si apposta dietro la porta della stanza dove c'è la sua gabbia è impaziente di vedermi, appena apro la porta mi corre incontro festoso, suberante, al punto di impedirmi di camminare. Diventa brusco se la sera ritardo nel dargli da mangiare, si spazientisce e manifesta il suo disappunto sollevando la sua ciotola con la bocca e lasciandola rumorosamente cadere nella gabbia o scarraventandola fuori da questa. È talmente irruento che quando gli riposiziono la ciotola piena nella gabbia devo usare le due mani, con una devo tenere fermo Gigio e con l'altra la ciotola altrimenti mi rovescia tutto con le zampette anteriori. Quando lo libero per la casa si dirige deciso verso il tappeto e comincia a rotolarsi sulla schiena e a saltellare freneticamente. È invadente e prepotente, emette dei versi come per sgridare la Proprietaria se non gli riempie subito la ciotola vuota dell'acqua da bere. Quando siamo*

sul divano a vedere la TV continua a saltare sul braccio anche se non voglio, mentre ubbidisce subito a mio marito quando lo riprende. Quando abbiamo ospitato per un certo periodo la gatta dei suoceri - 10 volte più grande di lui - la comandava con autorità!

REPERTORIZZAZIONE (Synthesis 8.1)

BLADDER - URINATION - involuntary - excitement - from
 BLADDER - URINATION - involuntary - surprise, pleasurable agg.
 BLADDER - URINATION - involuntary - urination - after
 BLADDER - URGING to urinate - sudden

Il 9.6.04 AGARICUS 10.000 K - 3 gocce al mattino a giorni alterni per una settimana. Nei giorni successivi si evidenzia il miglioramento, gli episodi di incontinenza urinaria diminuiscono, ma il risultato non è completamente soddisfacente. Il 3.09.04 prescrivo AGARICUS 50.000 K, 3 gocce mattina e sera per 3 giorni. Poi 3 gocce x 2 volte la settimana per due settimane.

In tre settimane abbiamo assistito alla guarigione assoluta degli episodi di minzione involontaria, ma il carattere ...

In questo caso mi è stato decisamente utile l'insegnamento di Roberto Petrucci: quando un soggetto è apparentemente Fosforico senza esserlo allora il suo rimedio è Agaricus!

Risultati e conclusioni

L'analisi retrospettiva di 25 casi di incontinenza urinaria trattati esclusivamente con un rimedio unico omeopatico, su differenti specie animali, con differente eziologia e diverso distretto anatomico coinvolto, mostra i seguenti risultati:

I proprietari si sono presentati solo alla prima visita: 3 casi.

Risultato insufficiente: 3 casi.

Cani di almeno 10 anni di età con concomitanti altre gravi patologie (Morbo di Cushing, gravissima insufficienza renale, neoplasie, postumi di gravissimi traumi al sacro) che muoiono in un periodo tra 1 e 3 mesi dalla prima visita.

Risultato sufficiente: sufficiente riduzione del numero degli episodi di incontinenza urinaria: 3 casi (cani di 12 anni con concomitanti gravi problemi neurologici).

Risultato buono: notevole riduzione del numero degli episodi di incontinenza urinari: 5 casi.

Risultato ottimo: scomparsa degli episodi di incontinenza urinaria: 11 casi.

Il dato è sicuramente confortante: l'efficacia del Rimedio Omeopatico in pazienti affetti da patologie neurologiche è talmente evidente che ci sprona a proseguire in questa Ricerca tanto faticosa quanto entusiasmante.

Bibliografia

- 1) *Neurologia del cane e del gatto.*
Aut.: MARCO BERNARDINI - Editore Poletto.
- 2) *Endocrinologia e Riproduzione del cane e del gatto.*
Aut.: C. FELDMAN E W. NELSON - Editore: Utet
- 3) *La riproduzione del cane e del gatto.*
Aut.: CHRISTIANSEN. Editore: Edi-Ermes.
- 4) *Trattato di Medicina Interna Veterinaria.*
Aut.: ETTINGER - Editore: SBM - Noceto - Parma
- 5) *Patologia Generale.*
Aut.: G. FAVILLI. Editore: Casa Editrice Ambrosiana Milano.
- 6) *Fisiologia degli animali domestici.*
Aut.: E. MARTINI - Editore: Tinarelli Bologna.
- 7) *Semiologia e diagnostica medica veterinaria.*
Aut.: MESSIERI E MORETTI - Editore: Tinarelli Bologna
- 8) *Omeopatia e Fisiologia.*
Aut.: G. HODIAMONT - Editore: Ipsa Editore
- 9) *Materia Medica*
Aut.: G. VITOUKAS - Editore: Belladonna.
- 10) *Lezioni di Materia Medica Omeopatica.*
Aut.: J.T. KENT - Editore: Ipsa Editore.
- 11) *Materia Medica Omeopatica.*
Autore: BOERICKE.
- 12) *Concordant Materia Medica.*
Autore: VERMEULEN.
Editore: Emrys Publishers - Harlem - The Netherlands
- 13) *A study on Materia Medica*
Autore: N.M. CHOUDURY - Editore: B. Jain Publishers pvt. Ltd - India
- 14) *Synthesis 9.1*
Autore: SCHROYENS - Editore: Homeopatie Book Publishers London
- 15) *Encyclopedia of Remedy Relationships in Homeopathy.*
Autore: A. REHMAN - Editore: Haug Verlag - Heidelberg.

CEFORMED
 Centro Regionale di Formazione per l'Area della Medicina Generale e per la Pediatria di Libera Scelta per il Friuli Venezia Giulia,

BELENOS
 Associazione di Medicina non Convenzionale del il Friuli Venezia Giulia e

FIAMO
 Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopati

invitano alla partecipazione a due Seminari di formazione per medici nell'ambito di un'iniziativa dal titolo

“Olistmo e complessità: il nuovo e l'antico nel sistema salute”

che si svolgeranno a Monfalcone il 14, 15, 16 ottobre e il 11, 12, 13 novembre 2005.

Gli incontri dedicati ai medici si svolgeranno in particolare nelle giornate di sabato e per tali eventi verranno richiesti i crediti ECM.

Il 15 ottobre si svolgerà il Seminario dal titolo: **Medicina dei sistemi complessi: il caso dell'oncologia;**

il 12 novembre il Seminario dal titolo: **Medicina dei sistemi complessi: basi epistemologiche, avanzamenti e professione medica.**

Per ulteriori informazioni:
www.belenos.it
www.fiamo.it
www.smileservice.it

la FIAMO siamo noi!



Iscriviti alla FIAMO

ISCRIVITI O RINNOVA LA TUA ISCRIZIONE PER IL 2005

DAL 2005 È POSSIBILE VERSARE LE QUOTE DI ISCRIZIONE TRAMITE RID BANCARIO O MAV. CHIUNQUE FOSSE INTERESSATO È PREGATO DI COMUNICARE ALLA SEGRETERIA DELLA FIAMO TRAMITE FAX (0744.429900) O TRAMITE E-MAIL (omeopatia@fiamo.it):

1. NOME E COGNOME;
2. NOME COGNOME INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE BANCARIO;
3. NOME DELL'ISTITUTO BANCARIO DEL CONTO CORRENTE;
4. CODICE CIN, ABI E CAB E NUMERO DI CONTO CORRENTE;
5. IMPORTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE.

SUCCESSIVAMENTE SARÀ INVIATO IL MODULO DA CONSEGNARE ALLA PROPRIA BANCA PER PERFEZIONARE IL PAGAMENTO.

QUOTE

LE QUOTE DI ISCRIZIONE SONO LE SEGUENTI:

Soci Ordinari*: € 100,00 / **Soci Aggregati**:** € 50,00
Soci Sostenitori: da € 100,00 in su / **Associazioni:** gratuite

Allievi delle Scuole del Dipartimento FIAMO:
Iscrizione FIAMO: € 50,00 **Iscrizione LMHI:** € 14,00

* Socio Ordinario: Medico Omeopata italiano o non, che opera e risiede in Italia;
 ** Socio Aggregato: Studente di Medicina e Chirurgia e di Medicina Veterinaria nonché Medico Chirurgo e Medico Veterinario che non eserciti l'Omeopatia.

> ISCRIVENDOTI DARAI UN CONTRIBUTO CONCRETO PER MANTENERE E FAR PROGREDIRE LA F.I.A.M.O.

> DAI ANCHE TU LA TUA PARTE PERCHÉ LA VOCE FORTE DELLA MEDICINA DOLCE ...NON SI AFFIEVOLISCA.



La F.I.A.M.O. è membro istituzionale della L.M.H.I. (Liga Medicorum Homeopathica Internationalis) e collabora dal 1999 con la Vicepresidenza italiana della LIGA in ambito nazionale.

L'iscrizione come SOCIO ORDINARIO, comprende l'iscrizione alla LMHI e all'E.C.H.

USA PER IL PAGAMENTO IL BOLLETTINO POSTALE E INVIACI, DEBITAMENTE COMPILATO, IL MODULO DI ISCRIZIONE ALLEGATO.

Immagine tratta da: Omeoart, autore: Marco Manzella. Si ringraziano i Laboratoires Boiron per la gentile concessione.

Gustavo Ezequiel Krichesky

gustavozequielkrichesky@yahoo.com.ar

Professore di Materia Medica

presso la Scuola Medica Omeopatica Argentina di Buenos Aires

Vicepresidente della Commissione Direttiva

della Scuola Medica Omeopatica Tomás Pablo Paschero

Individualità caratteristica

Ustilago, Cantharis, Crocus sativus, Sabina, Erigeron canadensis

Traduzione a cura di Roberto Gava

Riceviamo dal Dr Gustavo Krichesky, argentino, allievo di Tomaso Pablo Paschero, questi due raffinati articoli di Materia Medica. Lo ringraziamo per la collaborazione e volentieri pubblichiamo il risultato del suo attento studio e della sua prolungata esperienza. (GD)

Il § 257 dell'Organon pesa su noi Omeopati come un chiaro monito sui nostri pregiudizi.

Dice Hahnemann:

Il vero artista del guarire saprà evitare di farsi preferibilmente mezzi favoriti [cioè, di privilegiare],

medicine il cui impiego egli abbia, in maniera casuale, trovato forse più frequentemente adatto,

e [abbia] avuto occasione di applicare con un buon successo.

Con ciò, [quelle medicine] più raramente adoperate, vengono spesso postposte [cioè] quelle che,

omeopaticamente più adatte, sarebbero di conseguenza più giovevoli.

(Samuele Hahnemann. *Organon dell'Arte di Guarire*. Vol. I, pag. 262-263. S.I.M.O.H. 1993)

Semplificando questo concetto: se usiamo sempre e solo i rimedi che qualche volta ci sono stati utili nel risolvere un caso [pre-giudizio], ci posticiperemo continuamente (oppure non avremo mai) l'opportunità di sceglierne altri, omeopaticamente più adatti e, di conseguenza, più risolutivi. [N.d.T.]

Si sa che i rimedi policrestici ci offrono molti sintomi, specialmente sul piano del

mentale, che ci facilitano il compito di individualizzare, attraverso la comprensione di una sofferenza modalizzata. Bene: quando si tratta di sostanze poco sperimentate o di sostanze con una sintomatologia ricca e prolissa, che però esula dalla sfera mentale, ho trovato utile per il successo della prescrizione conoscere, oltre ai pochi sintomi sui quali possiamo contare, anche quali siano quelli che mancano al rimedio in questione. In questi casi il confronto fra i rimedi risulta imprescindibile e il compito dello studio si fa paradossalmente più arduo e si estende a quei rimedi che, in modo non corretto, chiamiamo piccoli rimedi.

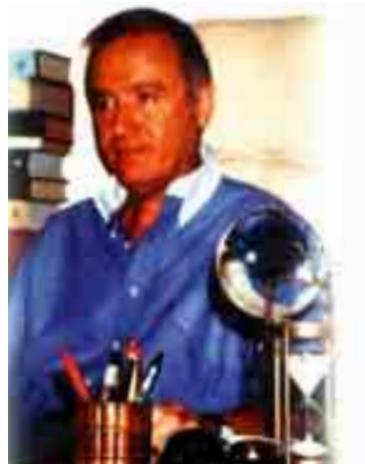
USTILAGO MAYDIS

Sappiamo che *Ustilago* si caratterizza per la presenza di debolezza e atonia uterina associata a emorragie e coaguli simili a lunghi filamenti neri (come si riscontra in *Crocus sativus*); sappiamo, poi, che è aggravato dal movimento e dal contatto ed è migliorato dal riposo.

Ustilago soffre di dolori all'ipogastrio, che si estendono alle cosce, e sente come se ci fosse un corpo estraneo di traverso nella pelvi.

Non posso dimenticare il caso, narrato da Hering, di una paziente che è riuscita a continuare la gravidanza, dopo una minaccia d'aborto al terzo mese con metrorragia, che presentava le caratteristiche descritte prima, associata ad un'iniziale psicosi, che mise in allarme tutta la sua famiglia.

La paziente era una donna gentile e colta, ma in questa occasione divenne irritabile e, davanti al minimo quesito, reagiva in



GUSTAVO EZEQUIEL KRICHESKY

Si è diplomato presso la Scuola di Medicina Omeopatica Argentina con Tomaso Pablo Paschero nel 1984. Dal 1993 è Professore titolare di Materia Medica nella medesima scuola e di Clinica Medica dal 1995. Collabora con la rivista della scuola con articoli di Materia Medica. Insegna inoltre Materia Medica presso l'Associazione Medico Omeopatica di Alicante in Spagna e la Materia Medica dei Nosodi nel Corso di perfezionamento per diplomati per l'Associazione Medico Omeopatica Brasiliana. Autore del libro HOMEOPÁTIA: Estudio comparativo de medicamentos de la materia médica homeopática. (Editorial Kier).

modo osceno, non solo per i termini che usava, ma anche per i gesti che faceva sui suoi genitali. Inoltre, cercava di isolarsi e di evitare qualsiasi sguardo per potersi masturbare.

Tutta la scena portava a *Bufo rana*, che pure presenta tendenza all'aborto, finché l'inquietudine notturna molto accentuata e la sudorazione profusa con odore di urina non condussero a *Ustilago*.

Bufo rana condivide con *Ustilago* tutto un quadro di lascivia, ma *Ustilago* non ha i seguenti nuclei-base di *Bufo rana*:

- Ansia per la sua salute.
- Ansia dovuta alla musica.
- Paure: di una malattia imminente; che

succeda qualcosa; delle infezioni; di stare da solo; degli specchi; dei cani.

- Sensazioni o false percezioni: di svenire; di vuoto nello stomaco; di essere ubriaco.

- Comportamento infantile: parla come uno scemo, lentamente, in modo incomprendibile; fa movimenti involontari con le mani, le torce; ride in modo sciocco, infantile e per un nonnulla.

- Cresce solo nel corpo.

- Umore variabile.

- Assorto nelle sue idee.

- Ha difficoltà di concentrazione.

- Sembra rimbambito di sera e confuso al risveglio.

- Collera con violenza; collera se sente di non essere capito; convulsioni dopo la collera.

- Insulta, sfida, è furioso, rabbioso, distruttivo; vuole colpire, mordere gli oggetti, sputare in faccia alla gente.

- Irritabile quando lo svegliano, quando lo interrogano e quando gli parlano.

Ustilago soffre di freddo ai genitali e di atonia uterina, che può portare a sanguinamento; è triste, irritabile e debole dopo l'eiaculazione ma, paradossalmente, è pieno di fantasie, pensieri e sogni erotici e ha un'irresistibile tendenza alla masturbazione.

Le seguenti sensazioni di calore nel suo corpo confermano il suo stato di "ebollizione":

- Sensazione come se bollisse.

- Calore negli occhi quando li chiude.

- Visione di scintillii bianchi chiudendo gli occhi.

- Sensazione come acqua bollente lungo tutta la schiena.

- Calore nella colonna vertebrale, come se ci fosse una corrente di acqua bollente.

- Febbre che compare durante il sonno e dolori ardenti (come quelli di *Secale cornutum*, noto per la sua azione sulla muscolatura liscia e in particolare sull'utero).

- Ha emorragie di sangue nero, ma quasi senza coaguli, con sensazione generalizzata di freddo, anche se rifiuta di coprirsi.

Andiamo a vedere nella Materia Medica altri rimedi che hanno *sensazione di calore ardente*:

- *Mancinella*: "Sensazione di fuoco nell'intestino".

- *Kreosotum*: "Come una palla di fuoco nell'addome".

- *Tuberculinum*: "Come carboni accesi, con dolore ardente come fuoco, nella parte alta della colonna".

- *Saccharum lactis*: "Come fuoco nella regione cardiaca".

- *Tartaricum acidum*: "Come fuoco nello stomaco e in gola".

- *Lycopodium clavatum*: "Come carboni ardenti nelle scapole".

- *Phosphorus*: "Nel chiudere gli occhi vede un mare di fuoco".

CANTHARIS VESCICATORIA



Tra i molti rimedi, che riportano le sensazioni di calore e di fuoco, risalta *Cantharis*, che ha i seguenti sintomi:

- Sensazione di ardere, ma non solo a livello della pelle e delle mucose, perché tutte le sue lesioni ardono, con secrezioni escorianti che puzzano di urina ed evolvono rapidamente verso la gangrena.

- Irritabilità, collera e intensa inquietudine caratterizzano il suo carattere, la sua sessualità e i suoi dolori.

- Dolore alla gola, che arde come il fuoco.

- Sensazione come se lo sventolassero (paragone: come la sete di ossigeno che ha il fuoco).

- Sogna di fuoco.

- Alito che odora di catrame.

- Sente che dalle orecchie esce un vapore caldo.

- Eruttazioni calde.

- Cefalea, come se il cervello fosse in fiamme.

- Vampate di calore nello stomaco.

- Infiammazione con ardore ai piedi.

- Tutte le cavità del corpo ardono come se fossero in carne viva.

- Tutto ciò che vede è giallo.

- Tantissime sensazioni di bruciore e ardore nel retto, nell'ano, nel tratto genitourinario, nei bronchi, ecc.

È nell'affettività di *Cantharis* che troviamo molti sintomi connessi all'ardore, che sono simili a quelli di *Ustilago*: ambedue i rimedi hanno facilità ad innamorarsi, sono pieni di sogni, pensieri e fantasie lascive con satiriasi. Oltre a ciò, *Cantharis* è adultero, soffre d'inquietudine accompagnata da eccitazione sessuale, è impudico, non prova vergogna, è lussurioso, maniaco sessuale e ninfo-mane.

Cantharis si distingue (e non intendo in senso di superiorità) per questa serie di sintomi, che sono stati raccolti nelle patogenesi:

Prima ha ansia senza sapere perché, con tremore che invade tutto il corpo, come se avesse commesso un crimine; poi, diventa facilmente irritabile per le offese; infine, la scontentezza si trasforma in passione e in collera.

Cantharis non è solo un collerico violento, ma morde e colpisce, disprezza, contraddice, insulta e sfida gli altri; è crudele, prepotente, disobbediente e impertinente e ha un'inquietudine ansiosa, che sfocia nella furia. Come *Lyssinum* ha la sensazione che verrà ingiuriato e, più precisamente, che verrà ferito.

La violenza di *Cantharis* è presente anche nei suoi dolori ardenti: grida per i dolori, che avverte sulla pelle e sulle mucose e che corrono lungo il decorso dei nervi.

Le sue lesioni tipiche sono vescicole che ardono (herpes, erisipela) e che dopo si ulcerano, dando luogo ad un essudato pseudomembranoso.

La violenza del dolore e la sensazione di ardore portano ad uno spasmo muscolare e, nel caso di una patologia digestiva o urinaria, al tenesmo rettale e vescicale.

La stessa spiegazione aiuta a capire il suo spasmo e la contrazione a livello del velo palatino, con il conseguente reflusso nasale quando cerca di inghiottire i liquidi durante una faringite, oppure le sue erezioni, che si verificano durante i sintomi di irritazione del tratto urinario.

Il dolore bruciante (ardore) è aggravato dal bagno freddo e dalle applicazioni fredde e umide; invece, migliora con