

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The Italian Journal of Classical Homeopathy

in questo numero / in this issue

- La Giornata dell'Omeopatia/Hahnemann day di G. Fagone
- Intervista a Ioannis Konstantos di N. Chiaramida
- Il Proving omeopatico moderno di S. Segantini

RICERCA DI BASE/ BASIC RESEARCH

Il modello dei basofili nello studio delle alte diluizioni dinamizzate
di S. Chirumbolo, P. Bellavite et al.

OMEOPATIA CLINICA/ CLINICAL HOMEOPATHY

- Argentum phosphoricum in Veterinaria di M. Dodesini
- Syphilinum di L. Scheepers, Y. Faingnaert, M. Goossens
- Calcarea phosphorica di G. Dominici



Sommario

direttore responsabile
Gustavo Dominici

vice direttori
Antonella Ronchi
Pietro Gulia

segretaria di redazione
Giovanna Giorgetti

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

redattori
Luigia Alessandrino
Mario Buttignol
Renata Calieri
Mauro Dodesini
Anna Fontebuoni
Giandomenico Lusi
Paolo Roberti di Sarsina

redazione veterinaria
capo redattore
David Bettio

redattori
Roberto Rizza

comitato scientifico
Paolo Bellavite
Andrea Brancalion
Nicola Del Giudice
Paola Landi
Giusi Pitari

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

progetto grafico e impaginazione
B&M-design – via G. Leopardi, 26 – 05100 Terni

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

hanno collaborato alla realizzazione di questo numero:
P. Bellavite – M. Brizzi – N. Chiaramida
S. Chirumbolo – M. Dodesini – G. Dominici
G. Fagone – Y. Faingnaert – M.G. Ghisalberti
P. Gulia – M. Goossens – R. Ortolani
A. Ronchi – L. Scheepers – A. Vella

EDITORIALE *G. Dominici*

Omeopati in questa vita 5

LA VOCE DEL PRESIDENTE *A. Ronchi*

La medicina centrata sulla persona 6

HAHNEMANN DAY

La Giornata dell'Omeopatia 2009 *G. Fagone* 8

LETTERE AL GIORNALE 11

RECENSIONI

Materia medica clinica;
La sindrome influenzale in bambini e adulti;
Oscillococinum e influenza *N. Chiaramida* 12

INTERVISTA

L'importanza della clinica in Omeopatia. Intervista al Dr. Ioannis Konstantos
N. Chiaramida 14

RICERCA

Il proving omeopatico moderno. Revisione di metanalisi della raccolta dei sintomi
Sergio Segantini 18

RECENSIONI

L'Omeopatia nel trattamento delle irregolarità mestruali *P. Gulia* 24

RICERCA

Il modello dei basofili nello studio delle alte diluizioni dinamizzate:
nuove evidenze di laboratorio *Salvatore Chirumbolo, Riccardo Ortolani,*
Antonio Vella, Maurizio Brizzi, Paolo Bellavite 26

VETERINARIA *M. Dodesini*

Argentum Phosphoricum. Uso terapeutico negli animali domestici
e caratteristiche generali *M. Dodesini, M.G. Ghisalberti* 36

OMEOPATIA CLINICA

I Nosodi (seconda parte) *L. Scheepers, Y. Faingnaert, M. Goossens* 42

Calcarea Phosphorica. Alcune esperienze cliniche *G. Dominici* 62

NORME PER GLI AUTORI 70

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

Omeopati in questa vita

L'arrampicata sulle spalle del gigante

Negli ultimi decenni la Medicina Omeopatica non ha visto diminuire la sua forza attrattiva, né verso i Medici che vorrebbero praticarla, né verso i Pazienti che vorrebbero utilizzarla come terapia elettiva. Si assiste però a discrepanze vistose, persino paradossali. In molte zone d'Italia c'è una richiesta di omeopati che non viene soddisfatta, sostanzialmente ci sono più Pazienti che Terapeuti. Le leggi di mercato non sono l'unico fattore condizionante, ma è a dir poco strano che vengano clamorosamente contraddette. Per le informazioni di cui dispongo tale fenomeno a livello veterinario è, se possibile, ancora più accentuato. Alcuni seminari di colleghi importanti, italiani e stranieri, hanno un largo seguito di studenti, molti dei quali, però, stazionano ad libitum ai bordi della terapeutica, si cimentano solo in uscite estemporanee. L'Omeopatia, alla fine, viene utilizzata solo in una piccola percentuale della loro pratica terapeutica. Si scopre, in sostanza, una rilevante differenza fra frequentatori di corsi e praticanti. Eppure costoro sono Medici seriamente e profondamente motivati, che hanno studiato a lungo ed hanno seguito molti e molto importanti insegnanti. Perché non fanno il salto decisivo? Perché rimangono così in disparte? Quando lo si va a chiedere loro, in genere rispondono un po' dimessi: *Eh sì, lo so, ma è così difficile che non mi sento ancora in grado di tentare. È come se più studiassero, più la montagna si innalzasse, la vetta sembra sempre più distante. E l'Omeopatia vera, quella cioè praticata e non quella parlata, langue,*

Negli ultimi decenni la Medicina Omeopatica non ha visto diminuire la sua forza attrattiva, né verso i Medici che vorrebbero praticarla, né verso i Pazienti che vorrebbero utilizzarla come terapia elettiva.

Si assiste però a discrepanze vistose, persino paradossali. L'Omeopatia vera, quella cioè praticata e non quella parlata, langue, deperisce, lasciando spazio ad Omeopatie spurie, apparentemente più abordabili, ben strutturate a livello d'immagine, così come non troppo consistenti nel terreno della prassi.

deperisce, lasciando spazio ad omeopatie spurie, apparentemente più abordabili, ben strutturate a livello d'immagine, così come non troppo consistenti nel terreno della prassi. Per spiegare il fenomeno entrano in scena alcune considerazioni: i tempi sono diversi e le persone sono diverse; noi della generazione precedente eravamo più motivati ed avevamo una carica ideale più forte; la preparazione medica attuale è molto più nozionistica ed alienante; ci sono rigidi protocolli terapeutici e rischi medico legali; sta accadendo la stessa cosa in tutt'Europa, dove le scuole di Omeopatia stanno chiudendo... E magari ognuna di queste risposte ha la sua valenza, è ragionevole e giustifica gli eventi. E magari è vero che questo non è un periodo facile, ma rimane quell'esercito di colleghi-studenti che continuano a seguire, ad interessarsi, a dedicare tempo prezioso, e che non diventano mai Omeopati. Credo che qualche risposta diversa vada tentata.

In questo breve spazio non intendo affrontare esaustivamente un argomento così impegnativo ed importante, men-

che meno insegnare a chi ne sa più di me come impostare la propria didattica così da renderla più fruibile, magari lasciando lo studente un po' meno affascinato, ma senza la sgradevole sensazione che non potrà mai farcela ad arrivare lì, al livello che viene indicato. No, non intendo far questo, ma lanciare una provocazione sì, magari sufficiente a che qualcuno reagisca e quindi si generi un dibattito. Non sarà che abbiamo complicato un po' le cose? Non sarà che a forza di approfondire ci siamo avviluppati, che a forza di tentare di caratterizzarci abbiamo creato dei sentieri che risultano ai più poco percorribili? Invece di attingere alla Psicologia a volte siamo diventati psicologi, e poi antropologi, e anche botanici. A tratti filosofi, persino teologi. Da nanetto mi arrampico sulla schiena del gigante per vedere un po' meglio l'orizzonte - il gigante suppongo intuiate chi sia - e rifletto, mentre tento di mantenere un difficile equilibrio. Poi smetto di pensare e ammiro il gigante: ottimo medico, vero scienziato, divulgatore sintetico, terapeuta eccelso. Credo che deciderò semplicemente di imitarlo. Buona Estate.



La medicina centrata sulla persona

Roberto Petrucci e Massimo Mangialavori hanno dato la misura di come si possa coniugare il rigore hahnemanniano con una ricerca personale incessante, raggiungendo l'obiettivo di una pratica clinica dai risultati davvero rilevanti. Sappiamo che, in quanto scienza, la medicina può e deve evolvere. Abbiamo detto tante volte, anche da questa rubrica, che se i fatti contraddicono una teoria, ci teniamo stretti i fatti e abbandoniamo la teoria. Nella nostra pratica i fatti ci dicono sempre più, e Roberto e Massimo l'hanno confermato, che la costruzione di Hahnemann è radicalmente vera, ma che gli strumenti per affrontare questa realtà possono e devono evolvere, possono e devono essere oggetto di discussione e di confronto, con apertura di mente e libertà di giudizio. L'esposizione che i due colleghi hanno fatto del loro percorso ha permesso a tutti i presenti di capire i passaggi logici e le motivazioni cliniche della loro evoluzione, che integra spunti e riflessioni diverse, ma che punta con assoluta decisione verso la cura della totalità del paziente, nell'ottica di una medicina davvero centrata sulla persona.

L'approccio sistemico, l'azione specifica curativa, sono state il leitmotiv anche delle relazioni di clinica veterinaria che Mauro Dodesini e Francesca Pisseri hanno svolto nella stessa giornata di sabato. Tra i tanti spunti di riflessione, mi ha colpito in particolare l'osservazione fatta da Francesca sull'azione specifica curativa del medicinale omeopatico, che dispiega il potere soprattutto nei confronti degli organismi malati (lei parlava di greggi di

Il Convegno Nazionale FIAMO di Orvieto ha rappresentato un momento fondamentale nel confronto tra i paradigmi della medicina omeopatica e di quella convenzionale o accademica, coniugate in espressioni di riconosciuta eccellenza. Nella calda, accogliente atmosfera di Orvieto, immersi in un ambiente di suggestiva bellezza, abbiamo potuto ascoltare relazioni di grandissimo valore.

ovini). Questo rilievo mi ha colpito perché in questo momento, anche a livello internazionale, in campo omeopatico si fa un grande parlare di "salutogenesi" come chiave di presentazione al mondo medico, come biglietto da visita, della nostra branca medica. Credo che le motivazioni di questo orientamento siano prevalentemente politiche: se non entro in competizione con la medicina convenzionale nella cura dei pazienti, ma mi ritaglio uno spazio per la promozione della salute, non pesto i piedi a nessuno e mi lasciano vivere. Ma ricordiamo che Hahnemann era un medico che cercava un modo più efficace per curare, non era un operatore bio-naturale, né un terapeuta new age, e la medicina omeopatica si pone come specifico metodo di cura. Che poi la cura passi attraverso un ampliamento dello stato di salute, che si preferisca porre l'accento sulla salute invece che sulla malattia è condiviso ai più ampi livelli, tanto che anche il Ministero che di questi temi si occupa da Ministero della Sanità è diventato il Ministero della Salute.

Ricordare quindi che l'azione del medicinale omeopatico si esplica sull'organismo malato è una sottolineatura

fondamentale per non rischiare di perdere la bussola in questa confusa fase di rincorsa all'integrazione. E questo mi fa ricordare anche il dato che emergeva da un'importante studio tedesco che rilevava come l'azione specifica della terapia omeopatica fosse più evidente in caso di patologie serie¹. Ma soprattutto la conferma viene dalle ricerche in campo agro-alimentare che Lucietta Betti ci ha illustrato domenica. Le più recenti ricerche sviluppate insieme a Vittorio Elia ci dicono che l'azione del medicinale omeopatico è più evidente sul sistema biologico, dando importanti orientamenti in tema di ricerca e di diagnostica, e soprattutto ci confermano che anche in questo caso l'azione è specificatamente curativa, quindi si esplica sugli organismi vegetali malati.

Anche la relazione di Gustavo Dominici ha mostrato come il tema classico del proving, che è stato un tema di ricerca da lui approfondito nel corso degli anni, abbia una sua evoluzione, delle sue criticità, e si agganci strettamente all'applicazione clinica. La FIAMO da sempre sostiene questo indispensabile metodo di studio, che attualmente è sottoposto ad attacchi anche di "fuoco amico" e che proprio per queste difficoltà che incontra va invece potenziato e rivitalizzato.

Le relazioni di Bruno Silvestrini e di Salvatore de Masi hanno posto l'accento sugli aspetti per i quali l'apporto della medicina omeopatica costituisce di per se stesso una ricchezza nel progetto di costruzione di una medicina davvero centrata sulla persona. La medicina convenzionale attraversa una grave crisi perché prevale l'aspetto quantitativo su quello qualitativo, perché l'individualità del malato viene smarrita all'inseguimento di evidenze sempre più astratte. Ma il sistema stesso ormai tende a sviluppare i suoi anticorpi e ci è stata data dimostrazione di come si cerchi di invertire la rotta, ad esempio proprio nei processi di stesura delle linee guida. Qui la medicina omeopatica può e deve entrare con la sua specificità paradigmatica e la sua ricchezza, non appiattendosi su visioni che non le sono proprie. Questi contenuti erano stati, due giorni prima, anche il tema di un'interessantissima relazione magistrale al congresso degli anestesisti, a cui ero stata invitata a parlare. Il relatore, un americano, aveva parlato dell'evoluzione dall'EBM alla

Best Practice, dalla gerarchia di evidenze alla sinergia di evidenze, nell'ottica di un modello di medicina che inglobi il concetto di complessità. Tornando ad Orvieto, certamente l'aver potuto vedere quello che la medicina omeopatica può rappresentare nella cura dei pazienti, oltre che la profondità e ricchezza dei suoi contenuti, è stato uno stimolo importante per chi, come De Masi, lavora alla stesura delle linee guida per l'Istituto Superiore di Sanità e permette di aprire prospettive di collaborazione importanti.

Abbiamo avuto la gioia di riavere tra noi Gios Bernardi, nostro Past President, importante ricercatore del mondo convenzionale, innamorato dell'omeopatia. Per concludere, Pindaro Mattoli ci ha anche dato una carrellata di quanto si va facendo con l'Officina Homoeopathica Internationalis.

La nostra Giovanna Giorgetti, instancabile deus ex machina dell'organizzazione, ha davvero pensato a tutto, anche ai momenti conviviali, che ci hanno fatto scoprire nuove qualità, canore e artistiche, di relatori e soci, e questo, che chi non

c'era purtroppo non troverà in nessuna relazione, ha costituito la solida trama di questo straordinario avvenimento. Perché le cose più belle devono avere un cuore e qui c'è stato. Grazie, Giovanna. Per concludere questa chiacchierata con voi vi segnalo che alle elezioni FISM del 19 giugno è stato eletto nel Consiglio Direttivo Francesco Macrì. Io avevo presentato senza successo la mia candidatura. Le congratulazioni più vive a Macrì: la SIOMI conferma di sapersi muovere molto bene nei rapporti con le società scientifiche convenzionali, da cui infatti Francesco ha avuto un forte appoggio. Nell'inviarvi le mie congratulazioni ho auspicato che la FISM si ponga come ambito privilegiato di incontro e confronto tra le varie anime che compongono il nostro mondo, opportunità che è stata completamente disattesa nella precedente gestione e che speriamo venga invece perseguita ora. Veglieremo su questo.

1. Homeopathic medical practice: Long-term results of a cohort study with 3981 patients, CLAUDIA M WITT, RAINER LÜDTKE, ROLAND BAUR and STEFAN NWILICH, *BMC Pu-*

Radar 10 - E.H.2.2 - WinCHIP 3.1.04



Nuova versione RADAR 10

Synthesis Essential il nuovo repertorio accettato da tutte le scuole di omeopatia classica
Synthesis 9.2 italiano/inglese - Synthesis 9.2 inglese
Synthesis disponibile anche in francese, tedesco e spagnolo



Nuova versione E.H.2.2

più di 1.500 volumi in varie lingue (inglese, francese, italiano, tedesco, spagnolo e portoghese)



h.m.s. s.r.l. health medicine services

Via Volta, 40 I-22100 Como CO - Tel. 031/24.30.07 - Fax 031/22.80.682 - E-mail: info@hmssrl.com



Nuova versione WinCHIP 3.1.04

con accesso alla Banca Dati CLIFCOL. Clinical File Collection
Abbonati a CLIFCOL e potrai utilizzare WinCHIP gratuitamente !!!

**Dal 2009
IMPORTANTI
NOVITÀ**

La giornata dell'Omeopatia 2009

La FIAMO è stata presente nelle piazze di dodici città italiane (Torino, Milano, Verona, Trieste, Bologna, Genova, Firenze, Cagliari, Roma, Napoli, Barletta, Catania), dove ha lanciato la campagna di raccolta fondi: “Un Euro per la ricerca in Omeopatia” cui si può aderire con una donazione liberale sul conto corrente della Federazione, sia in posta che in banca, sia singolarmente che come associazioni di pazienti o cittadini che vogliono sostenere la libertà di scelta terapeutica. Le singole iniziative sono state gestite dalle sezioni regionali e coordinate a livello nazionale dal Consiglio Direttivo, questo ha permesso di avere un filo rosso che ha accomunato tutte le piazze tra loro. Un atto unificante è stata la distribuzione della rivista per i cittadini e i pazienti “Il Granulo”, cui era associata la distribuzione di adesivi con la dichiarazione: “Io ho scelto l'Omeopatia” e di materiale informativo sul ruolo e l'attività della FIAMO. Molte persone che si sono fermate ai gazebo o ai tavolini di presentazione della Giornata nelle varie piazze hanno aderito alla newsletter che sarà inviata periodicamente dalla FIAMO, e che è possibile ricevere registrando il proprio indirizzo di posta elettronica sul sito www.fiamo.it così come hanno ritirato le informazioni sulla raccolta di fondi a favore della ricerca in medicina omeopatica. La novità di quest'anno è stata proprio la presenza dei gazebo o dei tavoli nelle piazze, questo elemento di presenza attiva tra la gente ha fatto comprendere

La FIAMO, Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati, ha aderito il 2 Aprile 2009, insieme alle Associazioni Europee di Omeopatia, all'iniziativa della Giornata dell'Omeopatia e ha lanciato in dodici città italiane la sua campagna di informazione ai cittadini e di raccolta fondi per la ricerca in medicina omeopatica, con la quale si sono curati già quasi dieci milioni di italiani negli ultimi due anni.

quanto sia importante dare informazioni chiare e precise su cosa sia la medicina omeopatica e su quanto sia distorta la visione che hanno le persone che non si sono mai rivolte ad un omeopata. Un altro evento qualificante, che ha accomunato le iniziative nelle dodici città è stata la presentazione del libro “Guarigione dolce, rapida e duratura” del dott. Coco Salvatore, edito dalla Bonanno Editrice. Una guida alla medicina omeopatica scritta in collaborazione con i pazienti nel corso di molti anni di attività e che proprio per questo risulta utile e completa nelle risposte alle molte domande che ogni persona si pone quando affronta una cura con l'omeopatia.

In alcuna città il rapporto con il pubblico si è limitato alla distribuzione della rivista “Il Granulo” e materiale informativo nelle piazze, come a Catania, Cagliari, Verona. In altre città l'azione è stata più strutturata, così a Barletta si è tenuta una conferenza presso la Sala Rossa del Castello cittadino. I relatori sono stati i dottori Salvatore Rainò e Antonio Rizzi, che

hanno illustrato i dati sulla diffusione dell'omeopatia e la realtà che questa medicina rappresenta nel sud dell'Italia. Oltre al patrocinio del Comune di Barletta hanno aderito realtà sanitarie locali.

A Milano, sempre il 2 Aprile, presso la Biblioteca Sicilia in via L. Sacco 14, si è tenuta la conferenza di inaugurazione della Giornata dell'Omeopatia cui ha partecipato il presidente della FIAMO, Dott. Antonella Ronchi e il Dott. Giuseppe Fagone che hanno introdotto il Dottor Salvatore Coco, il quale ha presentato il libro direttamente al pubblico, molto interessato e pronto a chiedere informazioni. Il 3 aprile due piazze milanesi hanno visto la presenza di due gazebo, in cui si



Il Dr. Coco e la Dr. Ronchi a Milano

COME CONTRIBUIRE ALLA RICERCA IN MEDICINA OMEOPATICA

Si può fare un versamento come donazione liberale tramite bollettino postale intestato a:
FIAMO Sede Amm.va, via C. Beccaria 22
05100 – Terni, C/C/P n. I 2334058

oppure tramite bonifico bancario intestato a:
F.I.A.M.O., Banca: BANCA DELLE MARCHE – Terni
Codice IBAN : IT 89 K 06055 I 4400 000 000
000 443

sono alternati medici e pazienti per dare informazioni alla gente e distribuire il materiale informativo. Importantissimo, come in tutte le altre città il lavoro di informazione sulla ricerca in omeopatia e la necessità di raccogliere dei fondi da destinare proprio alla ricerca in medicina omeopatica (Vedi box per i dati del versamento).

A Napoli, la mattina del 4 aprile, i molti convenuti presso l'Acquario, dopo aver ascoltato la bella presentazione della stazione zoologica, fatta dalla Dott.ssa Flegra Bentivegna, esperta nella cura delle tartarughe marine, hanno avuto la pazienza di ascoltare i colleghi omeopati napoletani, Andreina Fossati, Sergio Sportiello, Gilda La Bruna, Marisa Santoianni, Gaetana Minichini che, davanti alle varie vasche, descrivevamo la Sepia o la Murex Purpurea o la Calcarea Carbonica o il Corallium Rubrum, secondo la sperimentazione e la clinica omeopatiche. In una sala messa a disposizione dalla Stazione Zoologica hanno mostrato con dei cartelloni con



Giornata dell'Omeopatia a Napoli

nomi e immagini le altre fonti di farmaci omeopatici dal regno animale, rettili, anfibi, insetti, volatili e mammiferi con i rispettivi lattini. La musica di fiati, chitarra e percussioni ha aperto la mattinata e ha accompagnato la festa fin durante il buffet. A maggio una passeggiata simile è stata ripetuta all'Orto Botanico.

A Roma la Giornata ha preso il nome di "Hahnemann day" e si è tenuto sabato 4 Aprile, nei locali de "La Città dell'Altra Economia", una struttura creata e gestita dal Comune di Roma, adiacente all'ex mattatoio di Testaccio. La scelta non è stata casuale: questa sede, infatti, ospita associazioni ed imprese attive nell'ambito dell'agricoltura biologica, del commercio equo/solidale, della finanza etica, etc.,

che ha portato, tra l'altro, il saluto del padre Antonio, indiscusso Maestro di Omeopatia, dall'alto dei suoi 101 anni. Testimonianze ed esperienze personali di guarigioni si sono alternate a domande e richieste di una migliore e maggiore comunicazione. I pazienti, infatti, hanno lamentato il tipo di informazione, parziale se non proprio manipolata, che i media conducono nei confronti dell'Omeopatia. Proprio perché consapevoli di questa carenza, vogliono essere informati sui loro diritti, primo tra tutti quello sulla libertà di scelta terapeutica. Molti pazienti hanno anche denunciato la scarsa attenzione da parte delle autorità, che non tengono conto delle necessità di quasi 11 milioni di cittadini che, invece, hanno scelto l'Omeopatia come



Hahnemann day a Roma – il concerto

un luogo ideale, dunque, per una ricorrenza del genere, anche perché promuove valori e scelte di vita ampiamente condivisi dalla comunità omeopatica. La Giornata Mondiale dell'Omeopatia a Roma si è rivelata, come nelle attese degli organizzatori, una grande festa popolare. La sala era gremita di persone che hanno seguito con grande partecipazione le relazioni dei relatori ed il successivo dibattito. Particolarmente apprezzato l'intervento del Prof. Francesco E. Negro,

sistema di cura. In secondo luogo è stata sottolineata da tutti i presenti la necessità di salvaguardare la sicurezza dei cittadini-pazienti, di premiare la professionalità dei medici omeopati e di contrastare il triste fenomeno dell'abusivismo e dell'improvvisazione. Perché l'Omeopatia sopravviva e prosperi è indispensabile infatti disporre di professionisti competenti ed adeguatamente formati, in grado di soddisfare le richieste di un'utenza in crescita, nonostante la grave crisi eco-

nomica. A conclusione della Giornata, il Dott. Francesco Marino, Vicepresidente FIAMO ed organizzatore della manifestazione, ha richiamato l'attenzione dei partecipanti sull'importanza della Ricerca Clinica in Omeopatia. Molto apprezzato è stato il catering "vegano" (cioè assolutamente bio, vegetariano, ma senza derivati animali: latte, uova, etc.) che ha permesso ai partecipanti di assaggiare piatti deliziosi, anche se diversi dal "solito" menù. Infine uno splendido concerto



Dr. Bollo a Genova

di musica classica e lirica, magistralmente diretto dal Maestro Alessandro De Santis, ha chiuso la manifestazione, in un clima di grande cordialità. L'esperienza, largamente positiva, di quest'anno ci esorta quindi a fare dell'Hahnemann Day una ricorrenza annuale come gli stessi pazienti hanno richiesto.

La FIAMO ligure, in occasione della Giornata dell'Omeopatia, ha organizzato a Genova due giornate consecutive, venerdì 3 in piazza Manzoni e sabato 4 Aprile in piazza De Ferrari. Hanno partecipato 11 medici omeopati liguri, che si sono alternati nel gazebo incontrando i cittadini per illustrare l'attività della FIAMO e distribuire copie della rivista Il Granulo e rispondendo alle molte richieste di

informazioni sull'omeopatia in genere. Hanno ricevuto la gradita visita dell'Assessore regionale alla Sanità, Claudio Montaldo, e dei giornalisti della RAI e di TeleGenova. La scelta dei medici omeopati liguri è stata quella di offrire gratuitamente una visita presso il proprio studio ai cittadini che non avevano mai fatto una visita da un omeopata, iniziativa che naturalmente ha avuto successo e che pone le basi per una possibile futura iniziativa in forma più estesa.

Bologna ha visto l'organizzazione di una conferenza pubblica sulla universalità del metodo omeopatico nella cura degli esseri viventi, per cui si sono alternati, medici umani e veterinari, dopo la presentazione della Dott. Renata Ca-

lieri è intervenuto il Dott. Ruggero Consarino, che ha esposto i concetti di salute e malattia, sintomi e guarigione vera. Il Dott. Ennio Marelli ha esposto come si possa applicare l'Omeopatia nella cura dei tumori degli animali domestici e dello studio della papillomatosi bovina. Infine il Dott. Alessandro Battigelli ha parlato dell'individualità del paziente animale e delle evidenze e applicazioni in ippiatria.

Anche a Torino è affluito molto pubblico alla conferenza sulle vaccinazioni pediatriche, magistralmente tenuta dal Dott. Roberto Gava, presentata dai Dottori Alberto Magnetti e Mario Lombardo. La serata ha avuto lo scopo di approfondire, in modo rigoroso e scientifico, gli aspetti dei rischi e benefici delle vaccinazioni che normal-

mente non vengono messi in luce dalla comune informazione sanitaria. Le frequenti richieste di consigli e notizie di approfondimento sulle vaccinazioni da parte di pazienti e genitori hanno trovato risposte adeguate fornendo uno strumento interpretativo più ampio e specifico.

A Trieste la Giornata dell'Omeopatia ha rappresentato sicuramente un importante momento di diffusione e di confronto con le istituzioni con la presenza del coordinatore dell'Ordine dei Medici di Trieste, rafforzando un rapporto che necessita di lavoro costante e di informazioni scientificamente attendibili. Ma anche con il pubblico e i colleghi, che hanno apprezzato l'approccio alle problematiche della salute esposte dagli interventi dei Dottori Maurizio Cannarozzo e Franco Lenna, grande successo della veterinaria omeopatica grazie al Dott. Mauro Dodesini, che ha presentato alcuni casi emblematici affrontati con l'Omeopatia.

Una conclusione che è possibile trarre dall'esperienza di questa Giornata dell'Omeopatia è che tutti, cittadini comuni e pazienti omeopatici, hanno voglia di essere informati correttamente su cosa sia l'Omeopatia, sul perché di tante distinzioni e sulla certezza della formazione di chi deve prendersi cura della loro salute. La risposta è sicuramente una migliore ricerca clinica e di base in Omeopatia, una più approfondita formazione dei medici, veterinari e farmacisti ed infine una presenza più qualificata sui mezzi di informazione, con figure di alto profilo professionale e chiarezza di linguaggio. Queste sono le premesse per spingere le forze politiche che governano il paese a stilare una legislazione chiara, ben definita e condivisa sulla medicina omeopatica e le altre Medicine Non Convenzionali.

La terra promessa

Molte cose colpiscono in chi si accosta a Spinedi. Anzitutto l'umanità, poi e forse anche più, la modestia e la conseguente grandezza (negli uomini, inversamente proporzionale, in genere, alle arie che si danno) che in lui si percepisce subito, a intuito.

E scagli pure la prima pietra chi, tra noi omeopati, non fa largo e proficuo uso dell'intuizione con i pazienti; salvo beninteso verificarla con una mai abbastanza meticolosa repertorizzazione.

Ma tutte queste qualità, personali ancor prima che professionali, impalidiscono di fronte alla profondissima

fedede che tutto il suo metodo rivela: fedede nel lavoro che fa, fedede nella scienza omeopatica che lo sottende.

Una fedede addirittura sconvolgente in chi, come chi scrive, davanti all'immensa responsabilità che l'essere medico comporta, è preso da cento remore, cento dubbi, cento chissà.

D'accordo, Spinedi vanta un'esperienza vastissima, mentre io sono ancora alle prime armi perché in questa complessa, affascinante, stramaledetta, meravigliosa disciplina, le prime armi durano davvero molto.

Ma non si tratta solo di questo.

L'omeopatia è una scienza particolare, dove anche nella sperimentazione più

rigorosa, può pur sempre passare un filo di dubbio, proprio come a Lourdes anche la persona di fedede finisce col chiedersi: *Ma se, hai visto mai, non fosse stata la Madonna, come ce lo potremmo spiegare?* Sappiamo infatti bene che la fedede è qualcosa che attiene assai più al carattere di chi la possiede, che non alla veridicità oggettiva delle circostanze credute.

La pazienza con cui Dario Spinedi attende i risultati delle proprie terapie, anche per mesi, anche per anni, nella profondissima convinzione che esse non possano non fare l'effetto

che a questo punto si deve definire *atteso*, non solo *previsto*, è qualcosa in grado di lasciare stupefatto, forse addirittura sconvolto chi, come me, davanti a un insoddisfacente successo immediato della propria prescrizione si lacera in mille dubbi, perché di dire proprio: *Se dopo tutto lo studio che ho fatto la vedo così, così dev'essere!* non è capace.

E, ad esser franchi, di persone in grado di dirlo con ragione e non, come è così frequente, per narcisistica, ignorante superficialità, non se ne conoscono poi tante.

Viene in mente l'episodio della Bibbia in cui Mosè, in pieno, assolato deserto, lamenta con Dio la mancanza d'acqua e il Signore gli risponde che non c'è problema, basta che percuota una certa roccia col proprio bastone e l'acqua verrà. Mosè percuote la roccia: niente. Aspetta un po' e poi, inquieto - come lo saremmo tutti al suo posto con migliaia di persone che lo hanno seguito e che ora rischiano di morir di sete - percuote la roccia una seconda volta. L'acqua, a questo punto, sgorga copiosa; Mosè è contento, ma Dio no: *irato* (è l'unico aggettivo che Gli si confà) gli rimprovera la mancanza di fiducia in Lui e lo punisce negandogli di entrare nella Terra promessa.

Spinedi in quella Terra è entrato, a pieno diritto.

E noi?...

Giovanna Giorgetti

Medico Chirurgo – Omeopata TERNI

ggiovanna@tiscalinet.it



MATERIA MEDICA CLINICA

Il recente testo del Dott. Ioannis Konstantos è una Materia Medica in cui la descrizione dei rimedi viene effettuata privilegiando gli aspetti clinici al fine di rendere subito evidente l'essenza di ogni rimedio. Sin dall'inizio sono messi in risalto i sintomi direttamente osservabili nel paziente. Lo studio viene facilitato anche dalla presenza di numerosi esempi pratici, tra i quali casi clinici trascritti fedelmente dalle videoregistrazioni effettuate dall'autore stesso. Sono presenti 65 casi clinici di malattie acute e croniche anche di una certa gravità, dei quali 40 trascritti da videoregistrazioni, con testimonianze dirette e con le parole espresse dai pazienti. Molto rilievo è dato all'evidenza del metodo seguito per arrivare alla guarigione del paziente. Vi è anche lo sforzo di inserire nella valutazione dei casi, laddove possibile, i risultati di tutte le analisi di laboratorio e strumentali oggi a disposizione per evidenziare, con dati il più possibile oggettivi e valutabili da qualunque medico, la risposta al rimedio e l'andamento del caso. Sono presenti anche delle diagnosi differenziali alla fine di ogni rimedio in maniera tale da poter afferrare meglio le sottili differenze tra rimedi per ogni patologia definita. Lo spirito del libro è quello di condividere le esperienze cliniche personali per il miglioramento delle conoscenze e della pratica clinica con un confronto aperto con i colleghi.

La storia del dottor Konstantos è, inoltre, molto particolare in quanto, oltre ad aver seguito Vithoulkas del quale è stato un allievo diretto presso la scuola di Alonissos, è uno dei pochi omeopati dermatologi che ha potuto constatare anche come specialista che, come evidenza egli stesso riprendendo una frase di Cicerone, la pelle è lo specchio dell'anima e dunque si ammala quando vengono ingiustamente sopresse le sue manifestazioni. A tal proposito molto

interessante è il capitolo sul rapporto tra le dermatosi e le malattie psichiatriche in cui l'Autore ha potuto verificare le conseguenze di soppressioni di manifestazioni cutanee, così come descritto nell'Organon, e in cui è foriero di consigli per tali situazioni.

IOANNIS KONSTANTOS
**MATERIA MEDICA
 OMEOPATICA CLINICA**

Salus Infirmorum
 Pag. 352, € 28,00



Sono riportati nella materia medica anche sintomi ricavati da sperimentazioni effettuate personalmente e con gli allievi della sua scuola di Pisa. Le sperimentazioni di rimedi piccoli e poco conosciuti, come anche di rimedi spesso ingiustamente trascurati e dimenticati, sono riportate nel libro a confronto con i sintomi dei casi clinici, a conferma della loro validità. Non mancano anche osservazioni personali ripetute nel tempo di alcune caratteristiche dei rimedi, che gettano una nuova luce su di essi e che potrebbero arricchire ulteriormente la materia medica. Da tutto ciò si arriva alla fine del libro a proposte di aggiunte repertoriali. Altro capitolo interessante è quello delle osservazioni sul comportamento dei bambini in ambulatorio, con descrizioni molto precise di rimedi utili in pediatria. Le linee di condotta terapeutica, con particolare riguardo alle malattie croniche di lunga durata e la loro evoluzione nel tempo, sono altri argomenti ben descritti nel libro, anche in questo caso con esempi pratici di condotta terapeutica. Altri capitoli sono dedicati in modo molto chiaro all'uso dei nosodi, alle potenze omeopatiche e alla teoria dei miasmi.

Il lavoro del Dottor Konstantos è dunque sicuramente da apprezzare e da consultare. Solo attraverso un confronto aperto e sincero delle proprie esperienze si potrà arricchire la materia medica e avere un continuo progresso in omeopatia.

LA SINDROME INFLUENZALE IN BAMBINI E ADULTI

La sindrome influenzale è sempre più presente nei mass media in questi ultimi periodi e il ventilato pericolo di una imminente pandemia influenzale da virus H1N1 dalle temibili conseguenze potrebbe creare un eccessivo allarme nella popolazione. Può dunque essere molto utile, per riportare il giusto equilibrio, il recente libro di Roberto Gava su questo tema. L'argomento viene affrontato con la precisione dei dati della letteratura attraverso le evidenze scientifiche più recenti.

ROBERTO GAVA
**LA SINDROME INFLUENZALE
 IN BAMBINI ED ADULTI**

Salus Infirmorum
 Pag. 80, € 9,50



Valutando l'approccio medico attuale che si basa prevalentemente sulla vaccinazione antinfluenzale emerge soprattutto che non ci sono evidenze che tali vaccinazioni interrompano la catena epidemiologica dell'infezione e quindi della diffusione della malattia; inoltre molto spesso l'efficacia teorica (efficacy) si discosta notevolmente dalla reale efficacia clinica (effectiveness). Sono inoltre riportati i possibili danni da vaccino antinfluenzale, sia generici che specifici. Sono presentate altre strategie preventive per permettere un dif-

ferente approccio alle malattie infettive, a partire da un aumento della consapevolezza dell'individuo su cosa indebolisce il nostro sistema immunitario favorendo la comparsa della malattia. Si forniscono consigli sull'igiene di vita e alimentare, oltre che possibilità preventive con integratori vitaminici e fitoterapici, oligoelementi e nosodi. Le parti successive sono completamente dedicate alla terapia omeopatica della sindrome influenzale. Vengono illustrate le impostazioni della anamnesi e dell'esame obiettivo che permettono di personalizzare l'intervento terapeutico. Sono inoltre descritti, con relativa materia medica, i rimedi omeopatici più frequentemente utilizzati nella sindrome influenzale. Non manca uno schema finale con relativa diagnosi differenziale con numerose voci repertoriali che permettono il confronto preciso tra i suddetti rimedi facilitando il lavoro di chi consulta il testo. La storia dell'omeopatia dimostra che la terapia omeopatica ha sempre avuto degli ottimi risultati anche nei casi delle pandemie influenzali del passato. Concludendo con le parole del-

l'autore, il libro, oltre ai suoi numerosi aspetti positivi riesce a *Far riflettere il Lettore sul fatto che la salute è un dono così prezioso che non possiamo delegarlo ad altri.*

OSCILLOCOCCINUM E INFLUENZA

Segnaliamo, inoltre, il testo del professor Bellavite, che descrive lo stato dell'arte delle conoscenze mediche e scientifiche sul rimedio Oscillococcinum, esaminando non solo gli studi provenienti dagli archivi della casa farmaceutica produttrice, ma anche quelli provenienti da altre fonti. Si parte dalla lunga storia di Oscillococcinum dai primi studi del dottor Roy alla ricerca del fantomatico oscillococco fino alla attuale materia prima. Sono inserite le citazioni di tale rimedio nella letteratura omeopatica e nella patogenesi omeopatica clinica raccolta da Julian, oltre che i sintomi estratti dal repertorio universale di Van Zandvoort. Si esamina anche la scelta della diluizione 200 K. Molto curata è la parte relativa agli studi per la ricerca di

prove di efficacia moderne. Vi è una rassegna dei principali studi clinici effettuati, che vengono esaminati singolarmente sia per interesse che per criticità. I risultati sono esaminati in dettaglio ed è riportata anche la evidenza statisticamente positiva, anche se con conclusioni prudenti, della metanalisi della Cochrane. Sono presenti delle riflessioni dell'autore sulle difficoltà della ricerca in omeopatia secondo le regole della medicina ufficiale e del problema del confronto con il placebo. Nella parte finale vi sono ipotesi sul possibile meccanismo di azione dei rimedi omeopatici.



PAOLO BELLAVITE
**OSCILLOCOCCINUM
E INFLUENZA**

Edizioni libreria Cortina Verona
Pag.104

SERVIZIO FARMA-EXPRESS
consegna a domicilio in tutta Italia

06.89013476
ORDINI TELEFONICI

FARMA POINT

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

L'importanza della clinica in Omeopatia

Intervista al Dr. Ioannis Konstantos

Innanzitutto partiamo dal titolo del libro: perchè una *Materia Medica* “Clinica”?

La clinica è la cosa più importante in omeopatia; potremmo discutere per ore di un rimedio, ma se non abbiamo la conferma della sua reale essenza dalla clinica rimangono solo parole vuote. Tutto deve essere confermato dalla clinica. La clinica è la verità dei nostri casi guariti. Non ho fiducia di sintomi solo sperimentali, ma non confermati dalla clinica. Dopo la sperimentazione di un rimedio deve esserci la conferma clinica. Solo con la clinica l'allievo può impadronirsi dell'essenza dell'omeopatia. La clinica è, in definitiva, lo specchio di ogni insegnante. Purtroppo se ne fa ancora molto poca. Noi dovremmo avere in mano, come hanno gli allopati, una nostra patologia clinica relativa ad ogni rimedio omeopatico che metta in evidenza l'efficacia di ognuno di essi. Gli studenti di omeopatia che finiscono i loro corsi avendo una buona preparazione teorica trovano spesso uno scoglio nell'affrontare il paziente, perchè talvolta manca la capacità di afferrare l'essenza di un rimedio dalle sue manifestazioni cliniche.

Cosa intendi per *essenza di un rimedio*?

Bisogna conoscere meglio le reali manifestazioni cliniche di un rimedio. I policresti, ad esempio, non si conoscono veramente bene soprattutto nelle loro diverse fasi. Pulsatilla, ad esempio, in alcune fasi ha una aggressività di-

In quel di Pisa, presso la tenuta di San Rossore, ricca di storia e di tradizioni, incontriamo il dottor Ioannis Konstantos, omeopata unicista classico di notevole esperienza, che ha da poco dato alle stampe un libro di *Materia Medica Clinica*. Accogliendoci nel suo studio ci ha concesso una intervista che ha fatto emergere numerosi spunti di riflessione. Konstantos è stato un allievo diretto di Vithoulkas presso la scuola di Alonissos, del quale ha seguito l'impostazione oltre ad aver fondato una scuola di omeopatia a Pisa con approccio pratico-clinico, di cui è un convinto sostenitore.

struttiva che si evidenzia solo in presenza del marito, che deriva dal fatto che non è aggressiva verbalmente, ma distrugge tutto se il marito entra nella stanza; è il suo modo di reagire ma questo non viene spesso colto dagli allievi e magari si continua a prescrivere Pulsatilla sull'avversione ai cibi grassi. Le materie mediche degli ultimi anni sono spesso sovrapponibili a quelle degli autori classici, ma questo significa che l'omeopatia non progredisce. Bisogna conoscere di più i policresti.

Cosa manca alla conoscenza delle diverse fasi di un rimedio?

Le fasi più difficili da comprendere sono quella finale e quella iniziale. Nella fase finale i sintomi dei rimedi sono spesso simili tra di loro ed è difficile distinguerli. Inoltre è spesso difficile cogliere l'essenza di un rimedio nei bambini nelle primissime fasi, in casi di rimedi che sono stati descritti soprattutto negli adulti. Non è vero che le false percezioni si trovano solo negli adulti ad esempio la falsa perce-

zione di cose vive nello stomaco di *Crocus Sativus* vengono descritte anche dai bambini. Alumina è presente in molti bambini, pur se si continua a considerarlo un rimedio delle fasi avanzate della vita. Ci sono diversi bambini *Anacardium* che in letteratura non vengono descritti, sono violenti con passerotti, lucertole e piccoli animali e questo nasce dal fatto che sono vessati dai genitori e tengono la loro rabbia dentro per dimostrare da adulti di essere i migliori. Dunque i due estremi di un rimedio non sono così chiari, la fase iniziale e la fase terminale. Dobbiamo assolutamente fuggire dagli stereotipi dei rimedi altrimenti perderemmo un sacco di possibilità terapeutiche.

Cosa intendi per *fuggire dagli stereotipi*?

Ad esempio per un bambino con sindrome di Down non dovremmo pensare subito a *Bufo Rana* o a *Baryta Carbonica* altrimenti elimineremmo un sacco di altri possibili rimedi. Alu-

mina, al contrario di quanto si pensi, si può trovare in molte adolescenti che ad esempio riferiscono di avere l'impressione che sia la madre a parlare al posto loro. Bisogna stare molto attenti ad escludere certi rimedi perchè li riteniamo adatti solo in determinate età o in determinate circostanze. Ogni rimedio può andare bene per qualunque



persona che soffre. Ancora oggi le nostre prescrizioni si basano sulla descrizione della personalità del rimedio fatta più di 100 anni fa e non si fa abbastanza per migliorare la conoscenza e la descrizione sia dei piccoli rimedi, ma anche per conoscere bene l'essenza reale dei policresti. In un corso di aggiornamento per omeopati ho domandato se conoscevano Sulphur. Tutti hanno sorriso, però poi ognuno ha sottolineato un aspetto: il filosofo pratico, lo sporco, etc. ma nessuno mi ha saputo dire l'essenza di Sulphur in poche parole. Oggi non esiste più il Sulphur sporco, nessuno oggi odora più di sporco tra i nostri pazienti. Sulphur può anche essere un grande lavoratore. Se però viene da noi un paziente depresso, come a me è capitato nel caso di un ricercatore universitario, che si stava dedicando da anni ad una ricerca che non è stata approvata dalla Commissione Scientifica, si svela il sintomo guida e la reale essenza di Sulphur. L'essenza di Sulphur è che vuole essere elogiato per il lavoro che sta facendo.

Come migliorare l'omeopatia nel prossimo futuro?

C'è ancora molto da fare. Ognuno ha dei casi risolti che dovrebbe comunicare agli altri ed avere una banca dati clinica di tali casi. Ogni omeopata dovrebbe impegnarsi per pubblicare qualche lavoro originale per contribuire alla crescita del movimento omeopatico.

Dovremmo sforzarci di più, inoltre, per rendere comprensibile a tutti cosa è l'omeopatia classica. Non si può accettare che venga definito ospedale omeopatico il centro di Pitigliano dove si fa del complessissimo e dell'omotossicologia. Gli omeopati classici do-

vrebbero superare le divisioni interne per rendere chiaro a tutti cosa è l'omeopatia. L'omeopatia è equilibrio, per cui per primi gli omeopati dovrebbero essere delle persone equilibrate e consapevoli. Bisogna unire le forze sane dell'omeopatia senza nascondersi, ma confrontandosi apertamente. Bisogna sapersi ascoltare reciprocamente per migliorarsi.

Come vedi il rapporto con la medicina ufficiale?

È fondamentale. Dobbiamo avere un rapporto di collaborazione con la medicina ufficiale anche per rendere chiari i limiti e le possibilità terapeutiche della omeopatia. Gli stessi omeopati non conoscono le reali possibilità della omeopatia. Essi, rispetto alla medicina ufficiale, oscillano da una posizione di onnipotenza della omeopatia in cui si può curare tutto, alla posizione in cui possiamo curare solo le patologie funzionali. Sono entrambe posizioni sbagliate. La collaborazione tra gli omeopati e la medicina ufficiale do-

vrebbe servire a comprendere meglio i limiti e le possibilità terapeutiche della omeopatia. Stiamo accumulando delle prove degli effetti dei rimedi nei nostri pazienti attraverso gli strumenti della medicina ufficiale, anche in casi clinici gravi come in casi di sindrome di Kawasaki, spondilite anchilosante, sclerosi multipla, sindrome di Sjogren, colite ulcerosa e molti altri. Questo è importante. Dobbiamo dialogare con lo stesso linguaggio della medicina ufficiale. Sono convinto che sarà attraverso i mezzi ed il linguaggio della medicina ufficiale ad essere possibile la convalida della omeopatia. Avere delle banche dati e conservare tutto, laddove è possibile videoregistrare i nostri pazienti.

Nel tuo libro è riportata la trascrizione di molti casi videoregistrati. Cosa pensi di questo mezzo?

È molto importante per avere delle prove di quello che affermi e per permettere l'insegnamento del metodo, osservando la risposta dei rimedi nei pazienti e l'evoluzione del caso. La medicina ufficiale si basa su indizi e non su prove. Noi abbiamo prove che derivano anche dal vedere cosa accade in una persona dopo la somministrazione del giusto rimedio. Attraverso i casi in video possiamo dimostrare e far vedere direttamente ciò che è scritto nell'Organon. La lettura di un caso sulla carta non sarà mai oggettiva e viva come un caso in video.

È necessario avere sempre una fase acuta per arrivare alla guarigione di una malattia cronica?

Direi che la fase acuta non solo è necessaria, ma auspicabile. L'organismo, per guarire, in pazienti con malattie croniche, deve manifestare una infiammazione dei tessuti. L'energia vitale in pazienti con malattie croniche di lunga durata e complicati da terapie allopati-

che precedenti è ridotta e ci sarà bisogno di un gruppo di rimedi prima che si possa sviluppare una fase acuta e molto tempo (da uno a tre anni). Bisogna attentamente rispettare la linea di condotta terapeutica omeopatica con i suoi principi. Solo se i rimedi impiegati saranno corretti e nella giusta sequenza si può sviluppare la forma acuta.

Come dermatologo come vedi le manifestazioni cutanee che si presentano nei pazienti?

La pelle è un organo emuntore; molte delle manifestazioni cutanee sono espressione della esonerazione sostenuta dalla forza vitale del paziente. Esiste nel libro una sezione dedicata al rapporto tra dermatosi e malattie psichiatriche, che possono talvolta presentarsi con dei rapporti reciproci ben precisi nel paziente. Bisogna però ancora una volta stare molto attenti perché non sempre il peggioramento cutaneo è il segnale dell'inizio della guarigione. Se questo può essere vero molte volte, può tuttavia verificarsi anche il caso che l'aggravamento cutaneo si accompagni ad un peggiora-

mento generale e mentale del paziente ed in questi casi il rimedio somministrato è sbagliato e va ripreso rapidamente il caso, altrimenti sarà ancora più complicato da gestire. Non bisogna attribuire all'aggravamento omeopatico dei casi del genere.

Nel libro sono riportati sintomi di rimedi che hai sperimentato personalmente nella tua scuola. Cosa pensi della sperimentazione?

La sperimentazione è il tema più importante e allo stesso tempo più delicato della omeopatia moderna. Solo attraverso la sperimentazione possiamo arricchire la nostra farmacopea ed essere credibili. La sperimentazione è la nostra principale fonte di ricerca. Nessuna scienza può progredire senza la ricerca. Ogni scuola di omeopatia dovrebbe avere un programma di sperimentazione. In questo modo si permette di evidenziare dei sintomi nuovi dei rimedi come ad esempio nelle nostre precedenti sperimentazioni di *Abelmoschus* o di *Chenopodium* o di *Sabadilla*. La sperimentazione che è in

corso sta evidenziando sintomi molto interessanti di un piccolo rimedio, che potrebbe risultare molto utile nella pratica clinica. Dovrebbe esserci una Commissione Scientifica di omeopati classici di una certa esperienza che esamini la raccolta di tutti i dati che provengono dalle sperimentazioni. Non si può trincerarsi dietro la mancanza di sperimentatori. Non si spiega a sufficienza cosa realmente è una sperimentazione ed i vantaggi in termini di salute che permette agli sperimentatori, altrimenti sarebbero gli stessi studenti a chiedere di sperimentare. Si può essere sperimentatori di rimedi omeopatici dai 18 anni ai 60 anni, anche se la forza vitale è in declino basta che si conduca una vita sana e non si assumano dei farmaci. Se non si affronterà in misura maggiore la necessità di sperimentare questo argomento delicato rischierà di minare la sopravvivenza della stessa omeopatia. Non si può formare omeopati che non abbiano fatto almeno una sperimentazione nel loro corso di studi. Non comprenderanno mai fino in fondo cosa è l'omeopatia.

FIAMO/ La voce forte della medicina dolce

Iscriviti o rinnova la tua iscrizione per il 2009

Le quote di Iscrizione sono le seguenti:

- **Soci ordinari* Medici**/ Iscrizione FIAMO-LIGA/ € 100,00
- **Soci ordinari* Medici**/ Iscrizione FIAMO-LIGA-ECH/ € 125,00
- **Soci ordinari* Veterinari**/ Iscrizione FIAMO-LIGA/ € 80,00
- **Soci aggregati**/ Allievi Scuole del Dipartimento Fiamo**
Iscrizione Fiamo/ € 50,00 – Iscrizione Fiamo-Liga € 62,00
- **Soci Sostenitori**/ da € 200,00 in su

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

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

Modalità di pagamento

BOLLETTINO POSTALE

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

BONIFICO BANCARIO

su F.I.A.M.O. – Banca delle Marche
Sedi di Terni – CIN K – ABI 06055 – CAB 14400
C/C/B 000 000 000 443
I.B.A.N. IT89 K 06055 14400 000 000 000 443
BIC: BAMAIT3A
con causale: Iscrizione F.I.A.M.O. 2009

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



FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI
FIAMO

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

Il proving omeopatico moderno

Revisione di metanalisi della raccolta dei sintomi

RIASSUNTO

La metanalisi è un approccio statistico che permette di combinare i risultati di diversi studi analoghi per ottenere una singola stima dell'effetto che integra tutte le informazioni disponibili.

Dato il relativo basso numero di sperimentatori e la grande eterogeneità, tutti i proving omeopatici che sono stati individuati per questo studio vengono raggruppati per aumentare la potenza dell'analisi combinata.

L'analisi dei sintomi omeopatici è orientata a individuare a posteriori l'entità della sintomatologia del campione. Per migliorare la metodologia, quello che ci proponiamo di sviluppare in prospettiva è l'indice di predizione e la verifica a posteriori delle probabilità associate a diversi esiti possibili che coincidono con i sintomi prodotti dal rimedio sperimentato. L'integrazione delle informazioni viene determinato dalla distribuzione a priori dei possibili esiti, vale a dire che per ottenere una buona confidenza nei lavori occorre attenersi a ricavare dati da provings realizzati in precedenza e non da sperimentazioni di nuovi rimedi.

PAROLE CHIAVE

Omeopatia, proving, metanalisi, medicina delle evidenze.

SUMMARY

Meta-analysis is a statistical approach which permits to conflate results of various and equivalent trials to get a single projection of the effect integrating all the available informations.

Because of the low number of provings and the high heterogeneity of various trials all the provings selected to increase the power of statistical analysis are grouped together. The homeopathic symptoms analyses are steered in subsequent stages to assess the extent of samples. In order to improve the methodology, in this study we try to perform the rate of prediction and the subsequent review of the odds connected with different outcomes which are just the

symptoms caused by the remedy proved. Main conclusions on supplemental informations are set out on sampling distribution of estimated outcomes, or better, in order to obtain a high confidence coefficient, we suggest to collect datas from old provings which are more reliability of news trials.

KEYWORDS

Homeopathy, proving, meta-analysis, evidence-based medicine.

INTRODUZIONE

Uno degli obiettivi che il mondo omeopatico richiede a coloro che impostano un proving è l'attendibilità dei risultati. Un altro obiettivo che si propone la comunità scientifica omeopatica è quello di procedere con una certa omogeneità metodologica. In questa revisione sono stati analizzati i lavori più rilevanti pubblicati di metanalisi dei provings e numerosi provings stessi, orientando la ricerca sulla metodologia di raccolta dei sintomi che vanno a costituire la Materia Medica del rimedio testato.

La Metanalisi è una procedura per raggruppare studi singoli come se fosse un unico studio molto più ampio (1). L'ottimale in senso statistico sarebbe la realizzazione di grandi studi, che porterebbero a stimare la raccolta dei sintomi con un ridotto intervallo di confidenza, vale a dire con elevata attendibilità. Purtroppo questo non è possibile nel mondo omeopatico a causa di limita-

zioni organizzative e per scarsità di mezzi finanziari. Dato che l'effettiva dimensione del campione aumenta combinando gli studi, la metanalisi porta a essere più confidenti e affidabili riguardo alle conclusioni sia negative che positive nei confronti dei risultati ottenuti negli studi separati. Anche l'omogeneità dei lavori favorisce la significatività dei risultati: nelle conclusioni sono evidenziate le elevate disomogeneità intrinseche dei provings visionati (delle sostanze testate, del numero degli sperimentatori, dei gruppi di controllo, delle dosi usate).

METANALISI

Premessa

Le prime sperimentazioni estese risalgono ad Hahnemann che dal 1790 elabora le direttive per la sperimentazione delle sostanze omeopatiche sull'uomo sano (2-3). Le indicazioni originarie di Hahnemann proponevano sperimentazioni su soggetti sani, preferibilmente di costituzioni diverse tra loro. L'elemento più interessante utilizzato da Hahnemann, che poi è stato spesso disatteso nei proving moderni, è l'utilizzo dei sintomi comuni testati dal maggior numero di sperimentatori e la seguente individuazione dei prover più prolifici con la relativa risperimentazione del rimedio ad alte potenze. Il procedimento di conferma dello stesso sintomo verificato in più sperimentatori conferisce una certa validità e at-

tendibilità metodologica che è sopravvissuta così tanto da essere tuttora determinante nelle prescrizioni degli omeopati. Hahnemann, nei limiti delle acquisizioni scientifiche dell'epoca, aveva quindi elaborato un metodo di una certa validità biometrica nella selezione dei sintomi utili per redigere la Materia Medica.

I Proving “moderni”

La maggior parte dei provings dal 1945 in poi trattano di nuove sperimentazioni. La codificazione del proving è un processo che si è reso necessario per cercare di unificare le varie metodologie. Tra i primi a tentare di sistematizzare le nuove sperimentazioni e quindi la selezione dei sintomi è stato Jeremy Sherr nel 1994 (*The Dynamics and Methodology of Homeopathic Provings*). Nello stesso periodo Jacques Himberegts elabora dei punti sistematici che vengono poi codificati in tempi recenti quando l'ECH produce delle linee guida per le sperimentazioni pure. Tra i punti dettagliati riportiamo il punto E che tratta della classificazione dei sintomi emergenti dal proving omeopatico (scheda A).

David Riley (4) nel 1996 pubblica un lavoro completo di metanalisi dei provings e così Dantas e Peter Fischer (5-6), in una recente revisione sistematica di 156 provings condotti dal 1945 fino al 1995, sono tra gli autori più accurati di metanalisi e sollevano delle perplessità metodologiche sulla validità scientifica di molti risultati.

Il Dott. Flick Reinhard (7) nella sua analisi-critica dei provings omeopatici mette in risalto lo stato mentale dello sperimentatore quando affronta una sperimentazione. Egli fa notare che già nel periodo della preparazione al proving si presentano quasi sempre un

SCHEDA A

STANDARDIZATION IN HOMEOPATHIC DRUG PROVING (HDP) METHODOLOGY

Uyttenhove L. E.C.H. Subcommittee
Provings Belgium

INTRODUCTION

The ECH subcommittee Provings has been working several years to elaborate the Guidelines for Homeopathic Drug Proving and a Minimum Standard in order to achieve a qualitative standardization in provings and to make them available to the whole homeopathic world.

SYMPTOMS CLASSIFICATION (CRF)

RS = recent symptom that has been from now or from in the last year before taking the experimented substance

NS = new symptom that has not been experienced before

OS = old symptom. Give the dates of occurrence and disappearance

AS = altered symptom, existing but modified

CS = cured symptom. It existed till the taking of the experimented substance

FS = family symptom that has not been experienced by the concerned person but that has been manifested in some member of his family. Give the reference of the member of the family

numero sorprendente di sintomi. Questo atteggiamento di attesa si incrementa notevolmente con l'inizio della sperimentazione. Come Dantas fa inoltre notare che in molti provings da lui esaminati c'è un numero di sintomi identico tra gruppo di controllo

e verum, e arriva a concludere che: *Il confronto tra i dati emergenti dal gruppo placebo e da quello verum appare spesso forzata.*

Jensen, autore di analisi critiche dei proving tra i più accreditati, afferma che il confronto tra verum e placebo deve migliorare, così come la valutazione dei sintomi e addirittura arriva ad affermare: *We excluded mental, emotional and dream symptoms, because this category of symptoms is too much open to interpretation.*

Gruppo di controllo

Gli studi clinici controllati mediante placebo rappresentano lo standard delle procedure di sperimentazione clinica dei farmaci. Tutti gli autori di studi fatti sui proving concordano nella necessità di condurre studi controllati, come peraltro le indicazioni dell'ECH hanno stabilito nelle linee guida citate. Dantas a proposito suggerisce inoltre di ridisegnare la metodologia di raccolta dei sintomi e definire meglio possibile i vecchi sintomi per differenziarli da quelli nuovi ovvero quelli prodotti dal verum.

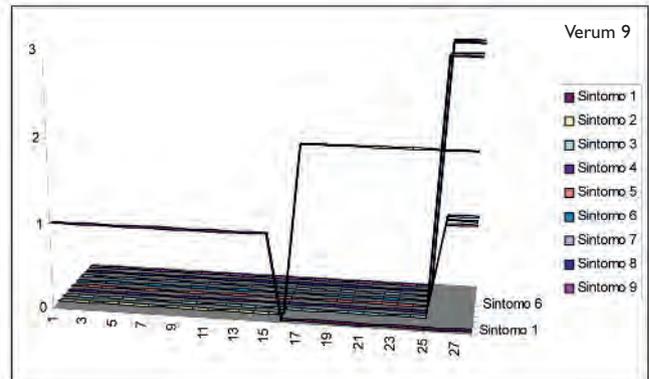
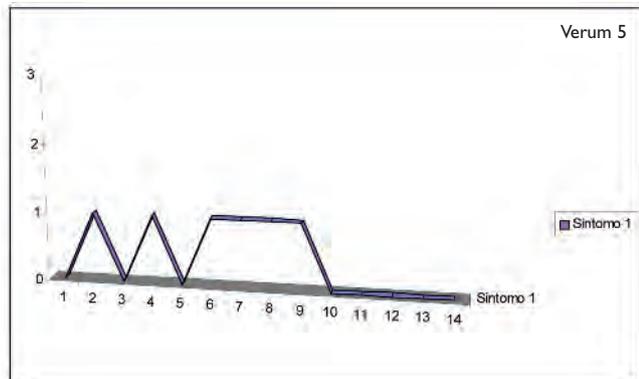
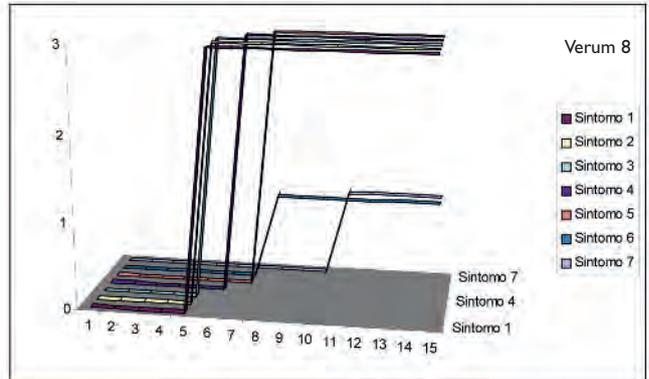
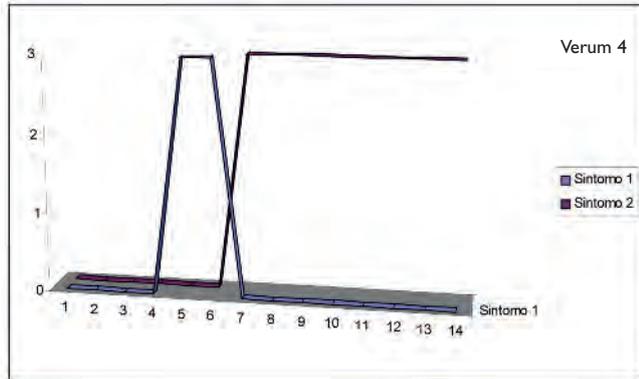
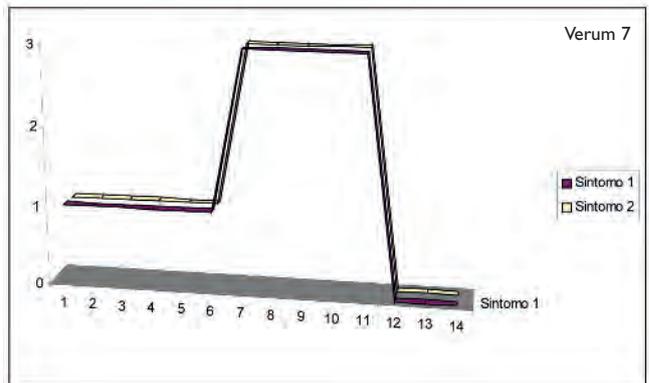
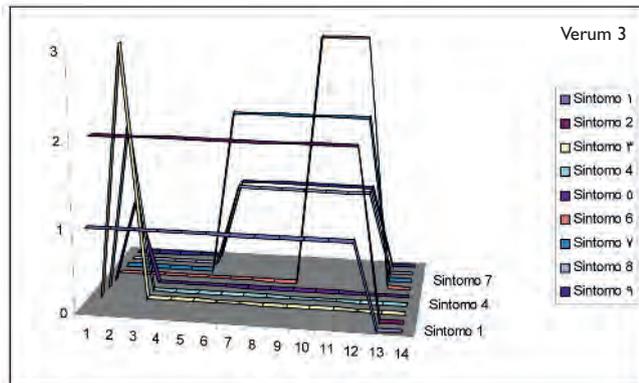
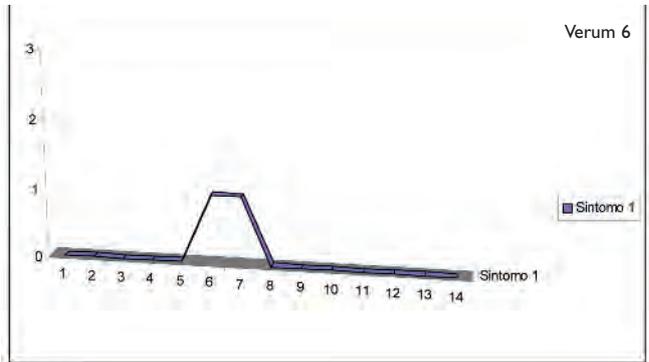
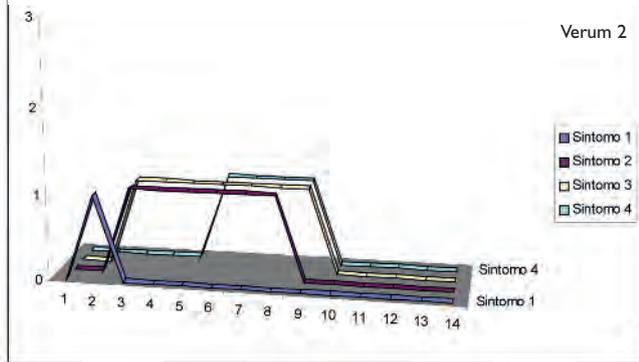
L'Associazione Lycopodium ha condotto in autonomia un proving nel 1998. Il proving: *Sperimentazione in doppio cieco di un estroprogestinico (17 beta etinilestradiolo 20 mg. desogestrel 150 mg.) diluito e dinamizzato alla 30 CH*, ha coinvolto 14 sperimentatori, tra cui tre animali di compagnia. Sono state seguite le linee di GCP redatte da esperti della nostra associazione. Abbiamo ottenuto una risposta quantitativa media per ogni sperimentatore analoga per il verum e per gruppo controllo. La nostra piccola, ma interessante esperienza ci ha presentato il problema del riconoscimento dei sintomi da selezionare.

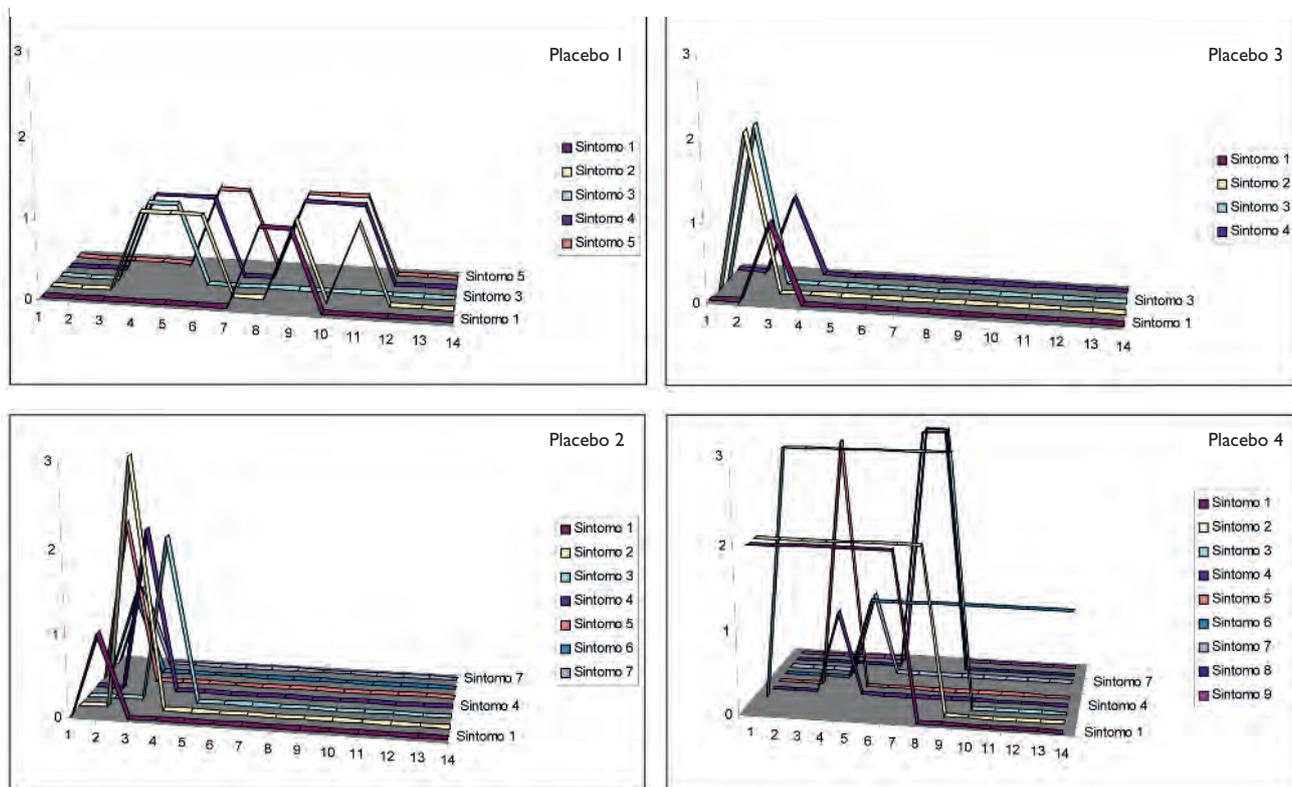
Abbiamo disegnato dei grafici che riflettono le curve dell'andamento sintomatologico.

GRAFICI DEI SINTOMI RICAIVATI DAL PROVING. Ogni grafico corrisponde a un prover.

Sono riportati solo gli sperimentatori che hanno prodotto sintomi. I provers verum 1 e placebo 5 non hanno manifestato sintomi.

SCHEDA VERUM





Il confronto dei grafici evidenzia una forte analogia dell'andamento dei sintomi tra gruppo verum e controllo e anche se si tratta di un numero basso di sperimentatori, ci fa riflettere sulla reale significatività dei valori ottenuti e sulla bassa differenza nei risultati tra verum e placebo. Ad una attenta osservazione nel gruppo verum abbiamo comunque notato un andamento persistente di alcuni sintomi, diversamente da quelli osservati nel gruppo di controllo, che sono più disordinati ed estemporanei. Ma questa constatazione non ci esime dall'escludere anche nella nostra esperienza una accettabile attendibilità scientifica del procedimento che dovrà essere rivisto negli eventuali prossimi studi.

Gli autori visionati e citati sono concordi nell'affermare che i sintomi dello sperimentatore, sia fisici che generali o mentali, sono difficilmente sistematizzabili, mentre quelli nuovi sono altamente influenzati dall'aspettativa attivata dai contenuti emotivi attribuibili alla sperimentazione su di sé (da come viene presentata, vissuta ecc.), condizionando in questo modo sia lo sperimentatore che il medico esaminatore. Ne consegue che il corredo dei sintomi appartenenti al soggetto non implicati nel proving, non possono rappresentare elementi chiaramente distintivi rispetto ai sintomi prodotti dalla sostanza, di conseguenza separarli può essere arbitrario. Riley ha individuato il punto debole del proving proprio nella selezione dei sintomi nuovi e ha

suggerito alcuni punti fissi che riportiamo:

The symptom occurs soon after taking the substance

The symptom occurs over a period of several days

The symptom occurs in association with specific modalities

The symptom occurs in association with other symptoms

The symptom is unusual, striking or rare

The symptom occurs in more than one voluntary

The symptom can be precisely defined by volunteer

Anche David Riley dopo la sua analisi critica dei proving afferma: *The data provided in the M.M. are imprecise or unreliable.* Tutti gli autori sembrano quindi d'accordo nell'affermare che il

problema più complesso consiste proprio nell'elemento cruciale in oggetto, cioè la validazione dei sintomi, ovvero ottenere dai provings **la sicurezza che i sintomi sperimentali che poi andranno a costituire la Materia Medica siano realmente effetto del rimedio omeopatico testato.**

DISCUSSIONE

Nei lavori e nelle opinioni degli omeopati più esperti di provings traspare spesso una certa sfiducia nei confronti della statistica. A titolo rappresentativo riportiamo le parole di uno dei più accreditati omeopati che si occupano di proving (8): "... *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*"...La T... *ha praticamente lo stesso effetto di un mantra, è giocoforza che questi metodi sono inadatti (9-10).* C'è una mentalità molto diffusa nel mondo omeopatico che identifica la statistica e il metodo scientifico come qualcosa di estraneo all'omeopatia. Questo è un punto dove viene trovato il terreno per screditare l'omeopatia identificata da gran parte della voce convenzionale (11) come una terapeutica priva di rigore scientifico (12). Il procedimento hahnemanniano, che partendo dall'osservazione arriva alla formulazione di ipotesi, per finire alla sperimentazione ed alla verifica di un principio, rispetta invece pienamente il percorso del metodo scientifico. Non avvalersi dei mezzi che la biometria ci mette a disposizione ci

porta verso due conseguenze deleterie: la prima, già accennata, di avallare il disegno dei detrattori della medicina omeopatica; la seconda, di non dare sicurezza e attendibilità ai risultati delle sperimentazioni omeopatiche, con il conseguente riflesso negativo sul nostro lavoro. Questa inattendibilità non è solo nei confronti di chi analizza una metodologia non propriamente corretta, ma riguarda proprio gli strumenti del nostro lavoro, ovvero le Materie Mediche. Con tutti gli sforzi che l'omeopata unicista fa per analizzare il caso clinico e per selezionare dei sintomi validi su cui prescrivere, il fatto che questi sintomi possano non essere attendibili è altamente dequalificante e avvilente per la sua professionalità.

La medicina basata sulle evidenze di efficacia suggerisce che il gruppo di controllo debba essere numericamente identico al gruppo del verum. L'analisi dei dati deve essere fatta da un metodologo e rispettare le condizioni statistiche di appropriatezza, che nella fattispecie riguardo al punto E del documento dell'ECH riguardano sia criteri quantitativi (dipendenza dalla numerosità campionaria), che criteri qualitativi (relazione con la procedura per la verifica di ipotesi). Per dare credibilità statistica ad un nuovo sintomo sicuramente da attribuire alla sostanza sperimentata, si dovrebbe **preven- tivamente** codificare lo stesso con un codice in un elenco che ha determinati gradi di significatività e di predittività. Si stabilisce così un insieme di elementi che in questo caso sono dei sintomi, meglio se già sperimentati, se ne fa una lista con tutti i criteri di modalizzazione (maggiore è la modalizzazione minore è l'indice di probabilità della espressione del sintomo) e infine si determinano le

qualità delle evidenze. L'elenco può consistere di un singolo sintomo o più sintomi selezionati con criteri basati su coefficienti di correlazione. Sarebbe come un controllo storico che conferma il doppio cieco che è l'unico modello che si può realizzare a fini statistici.

Le nuove sperimentazioni non possono rispondere al controllo storico se non quando vengono ripetute (in doppio cieco e preferibilmente da un altro gruppo di sperimentatori). I criteri di aspettativa di un evento sono matematici come nel caso in cui si stabilisce un valore dipendente dalla numerosità campionaria: quante probabilità ci sono che un evento si ripeta in una determinata condizione?

Nella statistica biomedica, si chiama *regola di Bayes*, permette di specificare una distribuzione a priori dei possibili esiti. Questo è il processo che si usa in ogni studio per integrare nuove informazioni ed è rappresentato dal famoso valore P (<0,05) che riflette la logica della verifica statistica di ipotesi. La potenza in senso statistico quantifica la probabilità di ottenere una differenza reale di una certa entità. La *potenza* aumenta con il numero di sperimentatori e di lavori analoghi. **I proving analizzati presentano un grado di potenza molto basso, confermato da tutti gli osservatori.**

CONCLUSIONI

Dalle considerazioni provenienti dalle analisi dei proving prodotte dai vari autori emerge che i soggetti che si sottopongono a una sperimentazione sono indotti a mettere in atto particolari precauzioni e atteggiamenti emotivi che possono condizionare i

risultati. Abbiamo già ricordato le elevate disomogeneità intrinseche dei vari provings, dal numero degli sperimentatori, ai gruppi di controllo, alle dosi usate. *I risultati di molte sperimentazioni probabilmente sono validi, ma per ottimizzare i nostri strumenti dobbiamo avere la certezza assoluta che i sintomi di una sperimentazione appartengano alla sostanza e non siano invece condizionati dall'aspettativa dello sperimentatore o da altre condizioni psicologiche.*

Ci saranno sicuramente molti motivi per i quali nelle sperimentazioni non si è proceduto in questa direzione.

L'esperienza che abbiamo condotto nella nostra Associazione ha risentito di questa mancanza di impostazione, anche se sono stati ottenuti alcuni obiettivi apprezzabili. Lo stesso per molti altri lavori ben più completi e ambiziosi del nostro, che sono sembrati convincenti in alcuni risultati, ma lacunosi nella metodologia. Nei provings che abbiamo osservato non abbiamo mai visto utilizzate delle semplici e minimali procedure statistiche chiamate *test di ipotesi* che permettono di stimare le probabilità che due fenomeni siano associati tra loro. Nella valutazione delle metanalisi e nelle revisioni statistiche formali c'è inoltre da considerare un errore che modifica la realtà, prodotto dal fatto che gli autori tendono a sovrastimare i lavori positivi rispetto a quelli negativi. Secondo l'esperienza di molti autori consultati teniamo dunque a far presente che se vogliamo interloquire con il mondo convenzionale e ricevere credibilità, occorre rivedere e modificare nella ricerca omeopatica sia sperimentale che clinica (seguendo gli RCTs), gli aspetti organizzativi e culturali che determinano i limiti di una attendibilità scientifica del nostro lavoro.

Per un miglioramento della attendibilità dei risultati nella selezione dei sintomi utili alla redazione delle materie mediche ricavate da proving sperimentali si consiglia pertanto l'autoreferenzialità della sperimentazione confinata a operatori omeopati non affiancati da medici esaminatori convenzionali e da statistici. Secondo gli autori consultati si consiglia invece di:

- rispettare le proporzioni del gruppo di controllo
- estendere il numero degli sperimentatori con dei criteri di pertinenza
- sperimentare un rimedio già testato utilizzare una sola potenza
- trovare sintomi chiari e meglio se inaspettati comuni a più sperimentatori
- confrontare i sintomi già sperimentati con quelli nuovi applicando criteri di numerosità campionaria.

BIBLIOGRAFIA

1. STANTON A. GLANZ. *Statistica per discipline biomediche*. 6° Edizione. Mc Graw Hill, 2007.
2. HAHNEMANN S. Letter to a high-ranking physician concerning the urgent need for reform in medicine. Quoted in: *Etudes de Médecine Homeopathique*. 1° series, 400-413.
3. BELON P. *Provings. Concepts and methodology*. British American Journal. October 1995, Vol. 84, pp. 213-7
4. RILEY D. HOMEOPATHIC DRUG PROVING (HDP). *Design for a randomized, double blind, placebo-controlled, homeopathic drug proving with a cross-over design*. Congresso LHMI Ostenda 2008
5. DANTAS F. ET AL. Search strategy and study selection. Study design. Procedures
6. DANTAS, F, FISHER P. A systematic review of homeopathic pathogenic trials ('provings') published in the United Kingdom from 1945 to 1995. In: Ernst E, ed. *Homeopathy: A Critical Appraisal*. London: Butterworth Heinemann; 1998:69-97.
7. F. REINHARD. *Analisi critica dei provings omeopatici*. Il Medico Omeopata, N° 24, pag. 18-23
8. Souk-Aloun P.N. *L'oggettività del proving*. Il Medico Omeopata. N° 29, 22-27
9. SOUK-ALOUN P.N.. La problematica dei sintomi mentali nei proving. Il Medico Omeopata. N° 29, 19-21

10. FONTEBUONI A. *Soggettività ed oggettività nei provings*. *Intervista al Dott. Souk-Aloun*. Il Medico Omeopata. N° 29, 16:18
 11. HILL C., D'PYON F. *Review of randomized trials of homeopathy*. Rev. Epidemiol. Santé. Pub. 1990; 38:39-47
 12. MASTRANGELO D. *Scientificità dell'Omeopatia e incoerenze della medicina convenzionale*. Il Medico Omeopata. N° 38: 30-35
 13. LINDE K, CLAUDIUS N., RAMIREZ G. et al. *Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo controlled trials*. Lancet 1997; 350:833-43
 14. A.L.B. RUTTEN, C.F. STOLPER. *The 2005 meta-analysis of homeopathy: the importance of post-publication data*. Pages 169-177
 15. M. PAOLELLA. *Proving omeopatici*. Il medico omeopata. Giugno 1999. Pagg. 38-39
 16. MILGROM L.R.: *Is homeopathy possible? Journal of the Royal Society of Health*, 2006; 126: 211-18
 17. SIGNORINI A., CASTELLANI M., Del Carlo A. *L'oggettività del proving*. Il Medico Omeopata, N° 29, pag. 22-27
 18. KLEIJNEN J., KNIPSCHILD P, RIET G. *Clinical trials of homeopathy*. British Medical Journal. 1991, 302:311
 19. Sherr J., 2002. *Dynamic provings*, volume II. Malvern: Dynamis Books
 20. TOMASSINI R. *Sperimentazione pura. Caos e teoria dell'informazione*. Il Medico Omeopata, N° 4, pag. 18-19
 21. DOMINICI G., DODESINI M. *Proving results and clinical use in human and animals of Hydrogene Peroxide*. LHMI Congress, Ostenda, 2008
 22. PANOZZO A., SEGANTINI S. *Studio dei sintomi prodotti da estroprogestinici in pazienti viste secondo una metodologia omeopatica*. Medicina Naturale, settembre 1998.
- www.flick-ord.at/publikationen.phtml-11k
www.the-proving-grounds.com/opponent_finder.html-464k
www.sciencedirect.com/science/journal/14754916

L'Omeopatia nel trattamento delle irregolarità mestruali

Lavoro clinico di Paolo Cardigno su Homeopathy

La rivista Homeopathy ha recentemente pubblicato un pregevole e ben strutturato lavoro clinico del collega Paolo Cardigno, del Dipartimento Scientifico della FIAMO. Titolo originale dell'articolo: *Homeopathy for the treatment of menstrual irregularities: a case series* (Homeopathy (2009) 98, 97-106). Il capitolo affrontato nello studio di Cardigno comprende un gruppo di condizioni patologiche molto frequenti in clinica; per esempio, secondo studi citati in bibliografia, il 52% delle adolescenti che si rivolge ad un ginecologo presenta amenorrea secondaria e il restante 42% accusa oligomenorrea! Le cause delle irregolarità mestruali sono molteplici: endocrinopatie, tumori, uso di farmaci, eccessiva attività fisica e/o perdita di peso ecc. Non frequente in termini percentuali (2%), ma non trascurabile in termini assoluti tenuto conto dell'alto numero di donne che ricorrono alla pillola contraccettiva, è la comparsa di amenorrea alla sua sospensione e, in tali casi, neppure il trattamento progestinico sostitutivo sembra essere efficace nel ristabilire l'autonoma fisiologica funzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio. Senza dimenticare che molti casi di amenorrea secondaria non riconoscono una causa ben identificabile quanto un insieme di concause determinanti uno stato di stress marcato con ripercussioni sugli assi ipotalamo-ipofisi-surrene e ipotalamo-ipofisi-tiroide. L'Autore ha voluto esaminare la possibilità terapeutica e l'efficacia clinica del trattamento omeopatico unicista

classico in tali patologie. Innanzi tutto, sono stati stabiliti i seguenti criteri d'inclusione: età compresa tra 16 e 45 anni, con diagnosi d'amenorrea secondaria (SA) effettuata da un ginecologo; follow-up di almeno un anno con check-up delle pazienti almeno ogni 3 mesi; regolare registrazione di tutti i cicli mestruali; nessuna somministrazione di ormoni sessuali o altri farmaci che ne possano stimolare o influenzare la produzione durante tutto il periodo di trattamento omeopatico; non più di 7 cicli/anno (cioè una durata media di 52 giorni per ciclo) o una condizione d'amenorrea al momento della prima visita omeopatica; assenza di una ben definita eziologia, la cui eliminazione avrebbe potuto di per sé consentire il ripristino di un ciclo regolare.

Con questi criteri è stato possibile selezionare 18 pazienti, suddivise in 4 gruppi:

AM = assenza di ciclo mestruale da più di tre mesi al momento della prima visita: 8 donne.

OL-AM = oligo-amenorrea. Meno di 5 cicli nell'ultimo anno o al massimo 7 cicli/anno ma con periodo d'amenorrea superiore a tre mesi: 6 donne.

OL = oligomenorrea, 5-7 cicli nell'ultimo anno: 2 donne.

HRT = pazienti in terapia ormonale sostitutiva: 2 donne.

Di ogni paziente selezionata si sono registrati: età, diagnosi ginecologica effettuata da uno specialista, durata dell'amenorrea secondaria, periodo d'insorgenza dell'irregolarità mestruale (dal menarca, da 5 anni, da 9 mesi ecc), la durata del trattamento ormonale eventualmente effettuato, l'intervallo di tempo trascorso tra la sospensione del trattamento ormonale e l'inizio di quello omeopatico, il numero di cicli spontanei nell'ultimo anno.

S'è considerata anche la motivazione del passaggio alla cura omeopatica: principalmente le pazienti hanno lamentato che il trattamento ormonale convenzionale non otteneva la regolarizzazione del ciclo mestruale ed induceva effetti indesiderati e/o non tollerabili (metrorragie, aumento di peso, flebiti, ritenzione idrica, ecc.). Tutte le 18 pazienti arruolate – giova evidenziarlo! – sono state sottoposte a *trattamento individualizzato*, vale a dire secondo i canoni della metodologia clinica unicista classica, che tiene in massima considerazione la *totalità* del paziente e non solo la sintomatologia d'organo o d'apparato.

In 12 casi è stato prescritto durante tutta la durata del trattamento sempre lo stesso medicinale selezionato alla prima visita. Nei rimanenti 6 casi si è fatto ricorso a *cambio del rimedio*, secondo le indicazioni suggerite dall'andamento clinico del caso esaminato.

Cinque pazienti hanno ricevuto *Pulsatilla* (in 3 casi mai sostituita); quattro, *Sepia* (mai sostituita in 3); 3 *Calcarea carbonica* (in 2 mai sostituita); 4 *Natrum*

muriaticum (mai sostituito in un caso); 2 *Phosphorus* (mai cambiato in 1). Altri rimedi prescritti: *Mercurius solubilis* (1 caso); *Nux vomica* (1); *Camomilla* (1); *Arsenicum album* (1); *Gelsemium* (1); *Rhus toxicodendron* (1); *Baryta carbonica* (1); *Kali bromatum* (1); *Lycopodium* (1).

Questi i rimedi usati nei 12 casi in cui si è prescritto sempre lo stesso rimedio per tutta la durata del trattamento: *Mercurius solubilis* (1); *Nux Vomica* (1); *Sepia* (3); *Calcarea carbonica* (2); *Pulsatilla* (3); *Phosphorus* (1); *Natrum muriaticum* (1)

Negli altri 6 casi: quattro volte si sono usati 2 rimedi (*Pulsatilla/Chamomilla* – *Gelsemium/Calcarea carbonica* – *Lycopodium/Rhus toxicodendron* – *Natrum muriaticum/Kali bromatum*); in un caso s'è fatto ricorso alla prescrizione in successione di tre rimedi (*Pulsatilla/Baryta carbonica/Natrum muriaticum*) e in un caso, a quattro rimedi (*Arsenicum album/Phosphorus/Natrum muriaticum/Sepia*).

Sono state utilizzate potenze centesimali korsakoviane, dalla 6 alla 200.000 (CCM), in granuli o in gocce.

Il follow-up medio è stato di 21 mesi. Durante i mesi d'osservazione, sono stati presi in considerazione e monitorati quali sintomi indicativi di recupero dell'attività ormonale: mastodinia, mucosità cervicale, dolori addominali intermestruali, leucorrea non infiammatoria.

In primo luogo, risultati da ottenere con il trattamento omeopatico:

in caso di AM, tempo di ripristino delle mestruazioni;

modificazione della diagnosi clinica al termine del follow-up o dopo due anni

In secondo luogo:

regolarità mestruale in confronto con quanto si verificava prima del trattamento omeopatico rispetto alla frequenza spontanea delle mestruazioni; caratteristiche del flusso mestruale: durata, quantità, presenza di *spotting* premenstruali o in fase ovulatoria.

Quali i risultati effettivamente raggiunti?

Nelle 8 donne affette da amenorrea secondaria le mestruazioni sono ricomparse, in media, dopo 58 giorni dall'inizio della cura omeopatica; considerate tutte le 18 donne, l'evento si è verificato in media entro 46 giorni. Il 50% (4 su 8) delle pazienti con amenorrea ha visto ripresentarsi un regolare ciclo ovulatorio; il 12,5% (1 su 8) è rimasto amenorroeico. Il 33,3% (2 su 6) con OL-AM ha ripristinato cicli regolari; il 100% con OL (2 pazienti) e HRT (2 pazienti) riebbe il ciclo naturale.

Se la frequenza di cicli spontanei/anno pre-trattamento omeopatico era di 4,3, con la cura omeopatica è diventata di 9,6 cicli/anno alla fine del periodo di follow-up, vale a dire un raddoppio del numero medio di cicli spontanei.

Nella maggioranza delle pazienti arruolate le caratteristiche del flusso sono state normali; solo in 3 casi si sono verificate alterazioni significative (spotting premenstruali e ipomenorrea in 2, metrorragia in 1), ma solo nel primo anno di trattamento.

Inoltre, tutte le 18 pazienti presentavano concomitanti al problema ginecologico altre importanti condizioni cliniche quali: acne, distiroidismo, sindrome bipolare, bulimia, obesità, disturbi ossessivo-compulsivi, fobie, rino-congiuntivite allergica, verruche, ipertricosi, cefalea, ecc. Tutte queste condizioni *concomitanti* rispetto all'aspetto ginecologico, oggetto precipuo dello studio, sono state curate o marcatamente migliorate (solamente nel caso della paziente con disordine ossessivo-compulsivo si è registrato un aggravamento): prova che la cura omeopatica classica con rimedio unitario determina una guarigione *globale*, non solo un'attenuazione o remissione di una patologia localizzata.

Il dott. Cardigno, a conclusione dello studio, riporta nella loro interezza (storia clinica, sintomatologia gineco-

logica, sintomi caratteristici mentali e generali, loro selezione e repertorizzazione), quattro dei 18 casi clinici. L'Autore ha utilizzato i programmi RADAR e WINCHIP per la repertorizzazione, archiviazione e studio della propria casistica.

Concludiamo con alcune delle considerazioni finali esposte dall'Autore, che consideriamo del tutto condivisibili:

il corretto medicinale omeopatico unitario individualizzato ha un'azione totale, sistemica e non solo d'organo o d'apparato;

spesso, nella pratica quotidiana i sintomi specifici dell'irregolarità mestruali non sono i più utili per la diagnosi del corretto medicinale omeopatico, la cui selezione si basa sulla *totalità* dei sintomi caratteristici del singolo caso;

i trattamenti farmacologici convenzionali – spesso gravati da effetti collaterali – possono risolvere un'amenorrea, ma non sono in grado di favorire ovulazioni spontanee regolari e cicli mestruali spontanei regolari;

per raggiungere un tale obiettivo, cioè il ripristino di regolare ciclo mestruale spontaneo, è necessario che il trattamento omeopatico sia effettuato con regolarità, in maniera continuativa, per almeno 8-10 mesi. Una volta raggiunto il risultato, cioè ripristinata la regolarità mestruale, può venire meno anche la necessità di trattamento omeopatico continuativo;

le irregolarità mestruali riconoscono, talvolta, un'identificabile causa patogenetica; più spesso sono il risultato di una complessa e sistemica compromissione della capacità d'auto-regolazione dell'organismo. Secondo questa valutazione la cura omeopatica unicista individualizzata, capace di stimolare l'organismo a recuperare l'equilibrio psico-fisico alterato, risulta un'efficace ed affidabile alternativa ai trattamenti ormonali proposti dalla medicina convenzionale.

Il modello dei basofili nello studio delle alte diluizioni dinamizzate: nuove evidenze di laboratorio

RIASSUNTO

Il dibattito scientifico sul fenomeno della permanenza di un'attività farmacologica in soluzioni altamente diluite e dinamizzate non sembra essersi concluso con la nota vicenda apparsa sulla rivista Nature nel 1988 (la storia della cosiddetta "memoria dell'acqua"): da allora sono stati sviluppati numerosi modelli di laboratorio per verificare se diluizioni di un composto bioattivo spinte oltre il numero di Avogadro siano in grado di suscitare un'attività biologica misurabile. Il più solido di questi modelli è rappresentato dall'inibizione del mediatore vasoattivo istamina sui basofili umani. In questo modello diluizioni centesimali successe di istamina in acqua tali da abbassare la concentrazione - anche fino a valori teorici inferiori a 10^{-23} mol/L - sono in grado di inibire significativamente l'attivazione dei basofili in vitro. L'azione inibitoria è specifica poiché viene bloccata da H2-antagonisti come la cimetidina e non si verifica con analoghi inattivi dell'istamina. Numerosi problemi di riproducibilità e di standardizzazione non hanno consentito di dare la giusta risonanza al fenomeno osservato dai diversi gruppi di ricerca. I protocolli usati dai diversi gruppi non sempre sono stati confrontabili, gli studi multicentrici hanno presentato diverse variabili critiche e l'attività delle alte diluizioni ha manifestato anche dati apparentemente discordanti. I problemi principali hanno riguardato, oltre che la metodologia di identificazione dei basofili e il livello qualitativo dei reagenti, anche l'inclusione di replicati di controllo con solo solvente, la standardizzazione dei metodi di dinamizzazione e la scelta dei più adeguati parametri di valutazione. Il nostro gruppo

di ricerca è riuscito a dimostrare che l'istamina 12C, 14C, 15C e 16C inibisce significativamente l'attivazione cellulare mentre diluizioni assolutamente simili ma fatte da sola acqua dinamizzata non hanno riportato alcun effetto. Questi risultati consolidano fortemente le prove che il solvente (acqua e gas o ioni in essa disciolti) conserva l'informazione molecolare di un principio attivo da cui sono state eseguite diluizioni seriali fino a superare il cosiddetto numero di Avogadro e spingono a continuare gli studi biofisici e biologici sull'acqua liquida e sul suo ruolo nella funzione cellulare.

PAROLE CHIAVE

Basofili-Memoria dell'acqua-Alte diluizioni-Istamina-Citofluorimetria

SUMMARY

Here we describe our recent results in the context of current literature within the field of the biological activity of high dilutions. The debate around the pharmacological properties of ultra-diluted drugs (see the snappy term "memory of water") has not still found its definitive conclusion since the appearance of Benveniste's famous article on the journal "Nature" in 1988; since then a great bulk of in vitro evidence was reported to verify if aqueous dilutions beyond the Avogadro's limit were able to exert a reliable and reproducible biological action. An effective model to show clues about high dilution efficacy was developed by studying histamine inhibition of basophil function.

With this approach succeeded histamine dilutions beyond 10^{-23} mol/L were able to inhibit basophil activation as evaluated by a flow cytometry assay. H2-antagonists such as cimetidine and inactive analogues to histamine prevented this inhibitory effect. Possibly due to concerns on reproducibility and standardization current pharmacological literature overlooked the importance of these results. Non comparable protocols, criticism in multicenter analysis and effects scattered on different dilutions were the main problems to face. Further experimental points of discussion were identified in the basophil separation approach by flow cytometry, the water controls, the succussion methods and the proper choice to monitor analytical parameters. Recently, our research group has succeeded into showing that histamine 12C, 14C, 15C and 16C inhibit significantly cell activation while water parallel dilutions, made by applying the same methodological criteria, were totally ineffective. These results enforce the evidence according to which liquid water, possibly with dissolved ions and gas nanobubbles, is able to retain a bio-informative nature though the molar solute is theoretically absent due to serial dilutions with the same solvent in a range where the Avogadro's threshold is passed through. The results here reported encourage research about the nature of liquid water and address to further evidence about its role inside the cell and in biological systems.

KEYWORDS

Basophils-Water-High dilutions-Histamine-Flow cytometry

Dipartimento di Scienze Morfologiche e Biomediche – Università di Verona.

* Azienda Ospedaliera di Verona, Servizio di Immunologia Clinica.

** Dipartimento di Scienze Statistiche "Paolo Fortunati" – Università di Bologna.

«There are more things
in heaven and earth,
Horatio, than are dreamt
of in your philosophy».
Hamlet Act 1, scene 5

INTRODUZIONE

In questo lavoro si illustrano i recentissimi risultati ottenuti dal nostro gruppo, inserendoli nel contesto delle problematiche della ricerca nel campo dei basofili umani e più in generale della letteratura corrente sulle alte diluizioni/dinamizzazioni.

Il contesto scientifico

Tra le varie “anomalie” dell’acqua liquida, oggetto di ampie discussioni, esiste il fenomeno per il quale una soluzione in acqua di un composto con azione biologica manterrebbe le sue proprietà farmacologiche anche quando la stessa soluzione venisse sottoposta ad una serie crescente di diluizioni seriali fino alla costituzione di un sistema chimico la cui concentrazione teorica del soluto è nulla, poiché è stato superato il cosiddetto numero di Avogadro, pari a circa $6,022 \times 10^{23}$ molecole/litro di una soluzione 1 M (1M=soluzione contenente un numero di grammi pari al peso molecolare della sostanza in un litro di soluzione). Per descrivere tale paradossale proprietà sono stati formulati i termini “memoria dell’acqua” (1;2), “proprietà farmacodinamica dell’acqua” (3) o “effetto alta-diluizione” (4). In termini omeopatici, se si diluisce serialmente di cento volte (diluizione centesimale: 10^2) una soluzione di partenza (Tintura Madre) in cui il principio attivo abbia la concentrazione di 1,0 M (equivalente al peso molecolare espresso in grammi sciolto in un litro),



Il gruppo veronese autore della ricerca.

Da sinistra: Salvatore Chirumbolo, Paolo Magnani, Marta Marzotto, Riccardo Ortolani, Paolo Bellavite, Antonio Vella.

sono sufficienti circa una dozzina di passaggi ($12C = 10^{2 \times 12} = 10^{24}$) per ottenere un sistema chimico praticamente costituito dal solo solvente. Che questa “diluizione” e le eventuali successive mantengano le proprietà informazionali tipiche del soluto nelle concentrazioni precedenti è motivo di incredulità per il senso comune ma l’esistenza in letteratura di numerose prove biologiche e biofisiche (5) circa la natura bio-informazionale delle alte diluizioni renderebbe legittimo il dibattito scientifico su quelli che possono essere considerati veri e propri temi di frontiera, in cui, fra l’altro, brillano anche vari gruppi di ricerca italiani (6-10). Il contributo del gruppo di Elia in tal senso è significativo in quanto ha riportato significative differenze nelle proprietà chimico-fisiche basali (pH, conducibilità, calorimetria) delle alte diluizioni, riprendendo il concetto di Prigogine sui sistemi dissipativi e applicandolo anche alle diluizioni in acqua oltre il numero di Avogadro

(11;12). L’aspetto che maggiormente salta all’occhio dell’osservatore inesperto quando si parla di alte diluizioni è la diminuzione della densità del soluto in acqua; tuttavia, la massa molare e la natura dell’acqua aggiunta ad una diluizione devono probabilmente giocare un ruolo più importante di quello che non si ritiene ancora. In questo contesto la chimica analitica utilizza terminologie esotiche per indicare composti presenti in soluzione a 10^{-18} M (attomole), 10^{-21} M (zeptomole) e 10^{-24} M (yoctomole) e quindi lo spazio di indagine prossimo al limite di Avogadro non è così inusuale in farmacologia e in analisi. Le moderne tecniche analitiche arrivano alle attomoli/L di sostanza ma recentemente sono state messe in piedi tecnologie in grado di spingersi ben oltre e di raggiungere lo spazio delle yoctomoli/L (13;14). Appare evidente che le prove sperimentali riguardanti l’effetto delle alte diluizioni di un composto anche oltre la soglia di Avogadro, costringono a una re-

visione critica delle teorie stocastiche che descrivono le relazioni ligando-recettore (15) e in ultima analisi persino le leggi fisiche (quantistiche) della materia condensata (16;17): ad ogni modo, se l'evidenza sperimentale è in contraddizione con un modello teorico seppure consolidato è quest'ultimo che deve cedere il passo ad una modifica.

Il modello biologico

In una precedente rassegna (18) è stato descritto come il modello biologico dello studio dei leucociti umani sia diventato uno dei settori di indagine più promettenti per la verifica del funzionamento delle alte diluizioni. Numerose altre pubblicazioni del settore hanno illustrato i diversi modelli cellulari, animali e vegetali usati per lo studio delle alte diluizioni e dei rimedi omeopatici (10;19-22), dando prova che l'efficacia delle alte diluizioni di un composto biologicamente attivo non è attribuibile ad un effetto "placebo" (23). Uno dei modelli su cui si è maggiormente concentrato lo studio delle proprietà farmacodinamiche delle alte diluizioni è il modello istamina-basofilo. L'istamina è un'ammina vasoattiva ed è il principale mediatore chimico dell'infiammazione allergica (24). I mastociti nei tessuti così come i basofili nel sangue periferico possiedono dei recettori H_2 in grado di legare l'istamina la quale, in questo modo, esercita un ruolo retroattivo sulle cellule stesse, inibendone perciò la caratteristica degranolazione con il rilascio di mediatori chimici e l'espressione sulla membrana di particolari molecole considerati marcatori tipici dello stato di attivazione cellulare (25). Tra questi marcatori i più noti tra gli addetti ai lavori sono il CD63 ed il CD203c. Quando i basofili vengono attivati in vitro da agonisti solubili, come peptidi chemiotattici di derivazione bat-

terica (ad esempio l'fMLP) o anticorpi anti-IgE, l'espressione di questi marcatori aumenta. È possibile monitorare questo incremento attraverso una tecnica molto sofisticata che è la citometria a flusso. Allo stesso modo il sistema di saggio può monitorare l'effetto inibitorio o stimolatorio di una qualsiasi sostanza, come ad esempio l'istamina, sull'attivazione cellulare valutando il decremento o l'incremento dell'espressione di questi marcatori. In anni passati l'attivazione del basofilo veniva valutata in microscopia ottica attraverso la scomparsa della colorazione metacromatica con blu alcian o di toluidina a causa di un processo di modifica fisico-chimica dei granuli cromatici. Le evidenze riportate dalla letteratura ufficiale in merito all'efficacia di diluizioni acquose di istamina oltre la 12C sui basofili sono state pubblicate da autori come Cherruault (26), dal gruppo di Sainte-Laudy e Belon (27-37), da Brown ed Ennis (38), da Lorenz (39) mentre altri gruppi non sono riusciti a replicare i risultati (40). In tale contesto si è recentemente inserito anche il nostro gruppo di lavoro, per cercare di chiarire definitivamente l'esistenza del fenomeno, standardizzando le metodiche laboratoristiche ad un livello di eccellenza (41).

Problematiche tecniche e ripetibilità

La Tabella 1 riassume tutti i principali lavori pubblicati sul settore: alcune evidenze, le prime da un punto di vista storico, sono state descritte analizzando la degranolazione cellulare. Il gruppo francese di Sainte-Laudy e Belon (31;34) e quello italiano di Chirumbolo e Bellavite (41) hanno pubblicato dei lavori *in extenso* come original research papers. La Tabella 1 riporta anche l'evidenza che sia stato senza dubbio merito dei francesi

l'aver introdotto la citometria a flusso che ha sostituito il test di degranolazione. Tuttavia il brillante lavoro di Belon del 2004 non è un multicentrico su un unico protocollo ma illustra i risultati di tre tipi di studi con una partecipazione non immediatamente comparabile dei diversi laboratori: il primo studio è un multicentrico sulla degranolazione e quindi metodologicamente ha maggiori criticità rispetto alla più precisa citometria a flusso e inoltre non è direttamente confrontabile con gli altri studi pubblicati che usano ampiamente i metodi citofluorimetrici, il secondo è un multicentrico che usa un metodo anti-IgE/CD63 ma coinvolge solo 3 laboratori e non offre i risultati sul marcatore CD203c e il terzo è l'unico che riguarda un singolo laboratorio (il laboratorio 4) ed usa solo il test del rilascio di istamina. Alcuni lavori non descrivono i risultati relativi all'impianto di un controllo in parallelo con diluizioni successe fatte di solo solvente ma si limitano a citare l'esistenza di un controllo con sola acqua (35;37) o non lo indicano affatto (27;30;36) ovvero non viene descritto il confronto tra diluizioni di istamina e diluizioni di acqua sottoposte a medesimo trattamento, descrivendo cioè il numero e la tipologia dei campioni messi a confronto, il processo di dinamizzazione e le statistiche relative, se si eccettua il lavoro di Belon che però riguarda solo lo studio della degranolazione (34): quindi questo è un dato che in letteratura andava chiarito. Data l'estrema complessità del fenomeno e la conseguente variabilità nella riproducibilità dei dati con le medesime condizioni sperimentali, una parola chiara quindi poteva essere detta coinvolgendo sullo stesso protocollo in cieco più laboratori o anche ripetendo gli esperimenti in modo molto controllato in un singolo laboratorio con un singolo metodo standardizzato e dal

medesimo operatore e includendo rigidi controlli in parallelo con diluizioni successe di sola acqua. In realtà, una serie notevole di risultati in diversi centri ha prodotto un unico lavoro sistematico (34), il quale sfortunatamente ha il difetto di comparare più metodi diversi, attribuendo maggiore

risalto ai risultati sul test di degranulazione rispetto a quelli più standardizzati e precisi delle analisi citofluorimetriche. In effetti sono stati pubblicati anche dati discordanti, come ad esempio quelli relativi ad una attività paradossa stimolatrice dell'istamina 13C sul CD63 (33), inibizioni

alle diluizioni 15C e 16C (29) oppure alle 10C e 13C (38). Uno dei problemi chiave di questi risultati è dunque la ripetibilità sperimentale di effetti così fini e questo potrebbe spiegare, almeno in parte, l'inadeguata attenzione al fenomeno nella letteratura scientifica di massimo livello.

Tabella 1. Lavori riguardanti l'effetto dell'istamina in alte diluizioni/dinamizzazioni sui basofili umani pubblicati nella letteratura scientifica

Anno/Autore (citazione)	Diluizioni/ dinamizzazioni testate	Tipo di succussione	PRINCIPALI ASPETTI METODOLOGICI			RISULTATI		
			Controllo con acqua "dinamizzata" (sì/no)	Protocollo/ Parametri misurati	Statistica	Dosi molecolari attive	Potenze corrispondenti dichiarate	Note
Cherruault 1989 (26)	4C-20C (10 ⁻⁸ M-10 ⁻⁴⁰ M), acqua non specif.	Non specif.	Non indicato	Microscopia ottica (*)	Non indicata	10 ⁻¹⁶ -10 ⁻¹⁷ M e 10 ⁻⁵⁰ -10 ⁻⁵⁸ M	5C-9C e 15C-19C	Ext. franc.
Sainte-Laudy 1993 (27)	10 ⁻³¹ M-10 ⁻³⁸ M, acqua non specif.	Non specif.	Non indicato	Microscopia ottica (*)	t-test	10 ⁻¹⁶ -10 ⁻²² M e 10 ⁻³⁸ M	Non indicato	Suppl.
Sainte-Laudy, 1996 (30)	1C-20C, distilled water	Vortex	Non indicato	B; CD63%	Wilcoxon	10 ⁻²² M, 10 ⁻²⁴ M, 10 ⁻²² M, 10 ⁻²⁸ M	Non indicato	Suppl.
Belon, 1999 (31)	15C-19C, acqua distillata	Vortex	Si ma non dettagliato	Microscopia ottica (*)	GLM multivar, Kruskal-Wallis	Non indicato	15C-19C	Ext. MC
Sainte-Laudy, 2000 (32)	10C-20C, acqua di rubinetto	Vortex	Non indicato	B; CD63%	t-test, Wilcoxon	10 ⁻²⁰ M-10 ⁻²² M (**)	15C-17C	Suppl.
2001, Sainte-Laudy (33)	13C-14C, acqua non specif.	Non specif.	Non indicato	B; CD63%	Mann-Whitney	Non indicato	Stimolazione 13C	Suppl.
2001, Brown and Ennis (38)	10 ⁻² M-10 ⁻⁴⁰ M, acqua non specif.	Non specif.	Non indicato	B; CD63%	Wilcoxon	10 ⁻² -10 ⁻⁸ M, 10 ⁻¹⁴ M, 10 ⁻¹⁸ -10 ⁻²⁰ M, 10 ⁻²⁶ M (**)	Non indicato	Suppl.
2003 Lorenz (39)	D0-D34 acqua iniettabile	Non specif.	Non indicato	G; CD63-MFI	Non precisato (SPSS)	10 ⁻²² M, 10 ⁻²⁴ M, 10 ⁻²⁵ , 10 ⁻²⁶ M (**)	D10-D14	Ext
2004, Belon (34)	2C-20C, acqua non specif.	Dinamizzate a mano	Non indicato	Microscopia ottica (*); B; CD63%	Kruskal-Wallis, Dunnet	10 ⁻²⁸ M-10 ⁻⁴⁶ M (**)	14C, 15C, 16C, 17C, 18C	Ext. MC
2005 Guggisberg (40)	10 ⁻² M-10 ⁻⁴⁰ M acqua distillata	Vortex	Non indicato	B; CD63%	Wilcoxon, Bonferroni (ANOVA) F-test	10 ⁻² M e 10 ⁻²² M (**)	Non indicato	Ext
2006, Sainte-Laudy (35)	2C-18C, acqua deionizzata	Vortex 10sec	Si ma non dettagliato	A; B; E. CD63%, CD203c MFI, ratio MFI 203c	Wilcoxon	10 ⁻² M, 10 ⁻³⁰ M e 10 ⁻³² M (**)	2C, 15C, 16C	Ext.
2006, Sainte-Laudy (36)	10 ⁻² M-10 ⁻⁴⁰ M (2C-20C), acqua non specif.	Vortex 10sec	Non indicato	A; B; C; D CD63%, CD203c MFI	Test U di M.W.	10 ⁻⁴ M, 10 ⁻²⁰ M, 10 ⁻³² M (**)	2C, 15C, 16C	Suppl.
2008, Sainte-Laudy (37)	2C-16C, acqua deionizzata	Vortex 15sec	Si ma non dettagliato	A; CD203c index	Wilcoxon	10 ⁻⁴ M, 10 ⁻²² M (**)	2C, 16C	Suppl.
2009, Sainte-Laudy (50)	2C-18C acqua non specif.	Non specif.	Non indicato	A; CD203c MFI	Wilcoxon	10 ⁻⁴ M, 10 ⁻²² M, 10 ⁻²⁴ M (**)	2C, 16C, 17C	Suppl.
2009, Chirumbolo (41)	2C=10C-16C	Dinamizz. verticale	Si, dettagliato	F; CD203c MFI	Shapiro-wilk; Wilcoxon; Friedman	10 ⁻⁴ M, 10 ⁻²⁴ M, 10 ⁻²⁸ M, 10 ⁻³⁰ M, 10 ⁻³⁵ M	2C, 12C, 14C, 15C, 16C	Ext.

Legenda Tabella 1.- A) protocollo 2 colori anti-IgE-FITC, CD203c-PE; B) protocollo 2 colori anti-IgE FITC + CD63-PE; C) protocollo 3 colori CD13-ECD + CD203c-PE + CD63-FITC; D) protocollo 4 colori CD13-ECD+CD14-PC5+CD203c-PE +CD63-FITC; E) protocollo a 3 colori: CD13-ECD+CD14-PC5 + CD203c-PE; F) CD45-APCCy7 + HLADR-PECy7 + CD123-PECy5; G) CD2,CD14,CD16,CD19,HLADR (negative)/CD123 positive; Ext =lavoro in extenso; Suppl. = lavoro in forma di comunicazione breve; MC = studio multicentrico; M.W. = Mann-Whitney. MFI =media dell'intensità di fluorescenza; (*) esame ottico del numero di cellule che hanno perso cromaticità a causa del rilascio dei granuli basofilici (test di degranulazione); (**) le dosi reali sono diluite nel mezzo di incubazione del 50 o del 25%

Un accurato reappraisal

Il problema della ripetibilità dei risultati recensiti dai diversi gruppi di ricerca citati ha coinvolto anche il nostro gruppo di ricerca, impegnato da anni nell'applicazione di modelli cellulari e animali per lo studio dell'efficacia delle alte diluizioni (42) (19;43). Il lavoro che qui viene descritto è stato eseguito con l'obiettivo di aggiungere una parola possibilmente chiara e dirimente dall'indagine in laboratorio, in replicato e in condizioni fortemente standardizzate, alle evidenze già mostrate circa l'efficacia dell'istamina ad alte diluizioni. Quindi si colloca autorevolmente nel dibattito scientifico riguardo l'efficacia biologica delle alte diluizioni di un soluto bioattivo. Nelle nostre procedure sperimentali si è cercato di ottimizzare ogni dettaglio sperimentale del protocollo di ricerca, ritenendo che l'evidenza di certi effetti così fini richiedesse l'applicazione di criteri stringenti di massima precisione metodologica.

METODI

In questa sezione si fornisce uno schema dei metodi seguiti, al fine di illustrarne le maggiori caratteristiche di novità, rimandando per i dettagli al lavoro originale (41)

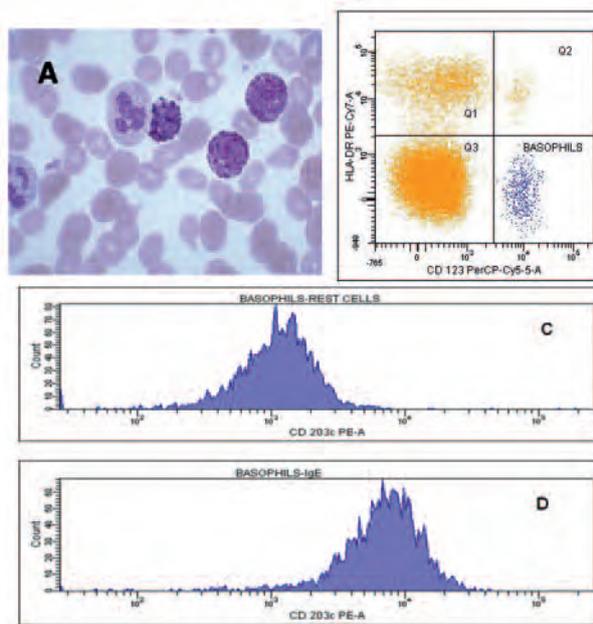
Isolamento cellulare.-La prima preoccupazione è stata quella di implementare il saggio analitico in grado di discriminare i basofili dal sangue intero o da un suo derivato arricchito come il buffy coat leucocitario con una identificazione cellulare superiore al 98%. Quasi tutti gli studi, tranne quelli di Lorenz (39) (vedi anche Tabella 1), sono stati eseguiti usando anti-IgE-FITC come marcatore fenotipico dei basofili: tuttavia, oltre al fatto che anche altri leucociti che esprimono un

recettore per le IgE a bassa affinità possono essere riconosciuti da un marcatore anti-IgE, l'uso di questo tracciante induce a interferenze soprattutto quando si usa un anti-IgE monoclonale come attivatore. Il metodo sviluppato dal gruppo dell'Università di Verona (44;45) permette di isolare i basofili in "cattura elettronica" in modo molto netto e preciso e non ha interferenze legate all'attivazione o a contaminazione da altre popolazioni cellulari (Figura 1). Con tale metodo è stato possibile indicare che il marcatore CD203c è molto più specifico per individuare effetti fini legati alle alte diluizioni. Altri hanno notato che c'è una strettissima correlazione tra l'espressione del CD203c e l'attivazione del basofilo (35;46;47).

Uso di un unico batch di acqua ultrapura e di un controllo in parallelo.-Un punto strategico per l'ottenimento di risultati statisticamente utilizzabili è stata la scelta dei reattivi più puri e di elevata qualità possibile, allo scopo di ridurre ogni possibile artefatto. Nei lavori citati veniva utilizzata indifferentemente acqua distillata (30;34), acqua deionizzata (35;37), addirittura

acqua del rubinetto (32), acqua per preparazioni iniettabili (39) e persino del brandy (48); nello studio di Chirumbolo e coll è stata usata acqua di Grado I per HPLC fortemente pura e con bassissimo residuo fisso (<0,00001%). L'acqua è un costituente chimico essenziale per lo studio delle alte diluizioni, non è un tipo di eccipiente amorfo e dunque il suo ruolo nella valutazione statistica e sperimentale è prioritario. Un aspetto riguarda la descrizione chiara di un setting di controllo costituito da diluizioni "placebo" fatte con esclusivo solvente ma trattate nello stesso identico modo delle diluizioni seriali di istamina. In effetti questo aspetto rappresenta un punto cruciale per verificare se una diluizione di istamina oltre il limite di Avogadro si comporti in modo statisticamente diverso da una medesima diluizione fatta partendo non da una concentrazione di istamina ma dalla sola acqua usata come solvente.

Titolazione delle diluizioni.- Nella vasta ricerca sull'effetto che le alte diluizioni acquose di istamina hanno sulla funzione dei basofili umani *in vitro* un punto critico riguarda la molarità delle



B
A: Immagine microscopica di striscio periferico con basofili umani; **B:** separazione di basofili al citofluorimetro; **C e D:** cambiamento in fluorescenza del marcatore CD203c in seguito all'attivazione con anti-IgE; **C** = a riposo; **D** = con attivatore. In ascissa le intensità di fluorescenza.

concentrazioni di partenza da cui vengono realizzate le diluizioni seriali centesimali. Nei diversi lavori elencati in Tabella 1 l'indicazione in molarità e in diluizioni centesimali non è sempre chiara: in alcuni casi si riporta solo il valore in molarità (29;34), in altri quello in centesimali (49). Nel nostro lavoro sono state usate sempre diluizioni fresche preparate entro 1-2 ore dal test per evitare eventuali problemi legati alla conservazione (50). Nella letteratura del settore sono stati riportati diversi sistemi di saggio con diversi rapporti di concentrazione dell'istamina e non in tutti i lavori viene descritto con precisione questo punto: quando ciò viene fatto l'istamina 2C corrisponde quasi sempre ad una soluzione $2,5 \times 10^{-5}$ M invece di una più lineare 10^{-4} M; anche se questo dato potrebbe non risultare significativo ai fini di una verifica del funzionamento di un'alta diluizione, permette di tracciare con maggiore precisione e standardizzazione l'impiego delle diluizioni e dovrebbe dirimere il dato per cui alcuni lavori riportano efficacia su diluizioni diverse (29;38).

Scelta e dosaggio dell'attivatore.- La scelta dell'attivatore dei basofili più corretto è stata agevolata da due fattori: l'uso di un agonista il più vicino possibile alla fisiologia naturale dei meccanismi di attivazione dei basofili e la scelta di un agonista già usato nei lavori di ricerca indicati. Il miglior candidato è stato quindi un anticorpo monoclonale anti-IgE che simulando il cross-linking delle IgE di superficie del basofilo, come fanno gli allergeni immunoreattivi, era in grado di attivare questo leucocita. Il punto critico è stata la scelta del dosaggio ottimale. Diversi lavori hanno studiato il rapporto tra tipologia, dosaggio e scelta dell'anticorpo anti-IgE e l'attivazione cellulare (32;51;52) e anche il lavoro di Belon identifica varie concentra-

zioni per lo studio multicentrico sulla degranolazione (34) tuttavia, la dose più usata è intorno al valore di 1 µg/ml. Questa è una dose relativamente bassa di attivatore (45) ma è quella usata nel nostro lavoro al fine di creare delle condizioni di attivazione delicata e quindi probabilmente più suscettibile di regolazione da parte di energie fisico-chimiche presumibilmente molto fini quali quelle delle alte diluizioni/dinamizzazioni.

Succussione.- L'argomento succussione è stato un punto cruciale come lo è stato quello delle diluizioni centesimali. Questi due punti della metodologia sperimentale sono in qualche modo gli unici che collegano l'argomento delle proprietà farmacodinamiche delle alte diluizioni all'omeopatia. Nessun gruppo di ricerca ha usato metodologie di succussione usate nella farmacia ufficiale. La metodologia usata dai laboratori coinvolti è sempre stata quella del vortex (Tabella 1) (34).

Anche il gruppo veronese di Bellavite in una prima fase sperimentale ha usato un metodo di succussione attraverso un vortex, verificando sostanzialmente l'esistenza dello stesso effetto ma i dati che sono stati ottenuti con migliore significatività statistica sono risultati trattando le diluizioni con un macchinario di succussione omologato che applica alle provette di laboratorio 150 scosse verticali ($20 \times 7,5$ sec) della escursione di circa 7 ± 2 mm (41)(Systhema S.p.A., Milano).

RISULTATI

La Tabella 2 sottostante illustra i risultati che evidenziano come l'istamina diluita oltre il numero di Avogadro inibisce la funzione dei basofili *in vitro* (41). Si riportano le medie, gli errori standard medi (S.E.M.) e i valori fiduciali di significatività (p) delle percentuali di inibizione sull'attivazione dei

Tabella 2.- Percentuale di inibizione del marcatore CD203c nelle diluizioni dinamizzate di istamina (A) e nelle diluizioni dinamizzate di solo solvente (B)

Diluizioni/ /dinamizz.	Istamina diluita e dinamizzata				Acqua diluita e dinamizzata		
	Concentraz. teorica di istamina (mol/L)	Media	Errore Standard (S.E.M.)	P rispetto al controllo (placebo)	Media	Errore Standard (S.E.M.)	P rispetto al controllo (placebo)
10C	10^{-20}	9,0	5,3	n.s.	3,0	4,6	n.s.
11C	10^{-22}	2,8	7,6	n.s.	3,7	6,0	n.s.
12C	10^{-24}	11,7	9,2	*	5,6	3,6	n.s.
13C	10^{-26}	13,9	6,1	n.s.	6,1	4,9	n.s.
14C	10^{-28}	23,7	6,7	**	0,8	4,7	n.s.
15C	10^{-30}	12,4	10,3	*	2,0	4,6	n.s.
16C	10^{-32}	18,0	7,2	**	0,6	7,0	n.s.

*: dato statisticamente significativo (probabilità di errore <5%), **: dato altamente significativo (probabilità di errore <1%). n.s.= differenza non statisticamente significativa

basofili umani da anti-IgE operata da diluizioni centesimali successe di istamina (5 esperimenti separati in triplicato, per un totale di 15 test sperimentali su ogni diluizione). La batteria di diluizioni/dinamizzazioni usate comprende una serie di diluizioni di istamina da 10^{-20} M a 10^{-32} M che nel sistema di saggio corrispondono esattamente al range centesimale da 10C a 16C, in modo da comprendere sia il “passaggio” della costante di Avogadro, sia l'intervallo più comunemente riportato come efficace da precedenti studi che hanno usato lo stesso modello sperimentale. Si osserva una inibizione compresa tra il 10 ed il 25% trattando i basofili con istamina 12C, 14C, 15C e 16C con un tipico andamento sinusoidale in cui alcune diluizioni anche intermedie non presentano efficacia significativa (10C, 11C e 13C). Si tratta di dati che confermano l'efficacia di diluizioni di istamina nel range 14C-16C, come altrove indicato (32).

Guardando a questi risultati il primo sospetto potrebbe essere quello di un artefatto, dovuto ad esempio alla diversa collocazione e/o temperatura delle provette nel bagno di incubazione, a eventuale materiale disciolto dalle provette stesse, o allo stesso processo di succussione con dissoluzione di ossigeno e azoto nella soluzione dinamizzata. Per dirimere questo legittimo dubbio sulla specificità del fenomeno una batteria di altri 5 esperimenti indipendenti in triplicato (15 replicati) fatti allo stesso identico modo ma usando solo acqua invece che istamina 2C come concentrazione di partenza (cioè, per dirla in termini omeopatici, acqua pura come tintura madre) non ha dato alcun effetto inibitorio (Tabella 2). Questo dato indica l'inefficacia della semplice succussione meccanica sull'acqua, in assenza di una biomolecola informatrice.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I dati qui descritti confermano e rafforzano i numerosi risultati altrove pubblicati sull'azione inibitoria di alte diluizioni acquose di istamina. Il fatto che diversi studi in diversi laboratori, pur essendo condotti con campioni, metodi, operatori e condizioni diverse, siano concordi nell'evidenziare un effetto farmacodinamico delle alte diluizioni di un composto bioattivo come l'istamina contribuisce a sostenere l'idea che il principio metodologico stesso delle diluizioni omeopatiche è oltre che plausibile scientificamente percorribile. Naturalmente, ciò non prova direttamente l'efficacia clinica dell'omeopatia, per la quale servono evidenze di tipo clinico.

La plausibilità che una diluizione in acqua di un composto molecolare che supera le colonne d'Ercole del numero di Avogadro abbia caratteristiche bioinformazionali diventa legittima e razionalmente considerabile se si abbandona l'idea che l'informazione chimica biomolecolare sia l'unico tipo di modalità con cui i fenomeni biologici si verificano. Questa osservazione lancia la sfida per un approfondimento nello studio della struttura e delle proprietà dell'acqua liquida (53), su cosa avvenga quando un sistema chimico si avvicina al numero di Avogadro e se nelle condizioni limite predominino forze fisiche più che chimiche (54), per cui sarebbe necessario approfondire gli sviluppi teorici della fisica della materia condensata e sviluppare nuovi modelli esplicativi sulla funzione biologica nei quali l'acqua non è più uno fondale passivo (55).

In letteratura esistono numerosi lavori che descrivono il comportamento di soluti biologicamente attivi a dosi prossime a decine o unità di attomoli (da 10^{-17} M a 10^{-18} M)(56;57) e di evidenze sperimentali anche a dosi inferiori, cioè nell'ordine delle zeptomoli (10^{-20} M) (58;59). Il turn

over del ferro è ad esempio controllato da fini meccanismi di regolazione allo scopo di mantenere la sua concentrazione libera nei fluidi biologici non superiore alle 10^{-18} moli/L (60;61). Se volessimo descrivere questi livelli di titolazione con la classica terminologia omeopatica, posto che la prima diluizione centesimale venga operata su una tintura madre contenente 1 mole di principio attivo, alla 9C o 10C potremmo descrivere l'effetto biologico come un effetto farmacologico da basse dosi di soluto attivo. Ciò che resta inesplicabile è come una densità così bassa di molecole possa raggiungere un recettore cellulare nei tempi rapidi descritti dalla classica farmacodinamica (57): questo è un tema ancora aperto. Alcuni autori indicano che nella cellula queste condizioni così fini sono l'usualità (62) ma non tutti sono d'accordo (63); è verosimile, piuttosto, che un ruolo chiave possa essere giocato dall'acqua, eventualmente in associazione con ioni e gas comunemente in essa disciolti. La partecipazione di nanobolle di gas al fenomeno della ritenzione informativa dell'acqua è sostenuta da diversi autori (64) anche perché queste nanobolle sono state realmente identificate e secondo alcune ipotesi sarebbero stabilizzate da ioni presenti in tracce che contribuirebbero alla costruzione di un'architettura frattalica di nanoclusters (65). Queste nanobolle, a causa delle proprietà magnetiche ed idrofobiche dell'ossigeno, sono capaci di veicolare nell'acqua un campo elettromagnetico o di radiofrequenza (66), proprietà che sembra non verificarsi in condizioni di degassamento (67). L'interfaccia gas-acqua, inoltre, giocherebbe un ruolo chiave perché si formerebbero delle strutture simili ai reticoli cristallini del ghiaccio intorno alle nanobolle creando dei “gusci” ordinati che indurrebbero la formazione di strutture sopramolecolari molto ampie, grandi anche parecchi micrometri (65). È stato suggerito che le piccole molecole stabilizzerebbero queste strutture e che quindi

l'istamina potrebbe agire come centro di nucleazione per la formazione di cluster indotti dalle nanobolle. Questi modelli cercano di spiegare i diversi comportamenti delle alte diluizioni agli esami spettroscopici ma non permettono sempre di far luce sulle proprietà biologiche di un'alta diluizione. Non è tuttavia improbabile che in un prossimo futuro la scienza dei materiali possa fornire qualche ragguaglio sul fenomeno, in base al modello ipotetico secondo cui architetture diverse di cluster in acqua potrebbero disporre di una diversa informatività chimica (68). In realtà, le teorie circa il modo con cui l'acqua di una diluizione seriale "conserva" le proprietà informazionali di un soluto quando quest'ultimo non è più titolabile sono numerose e non sempre mettono d'accordo tra loro i diversi ricercatori (12;64;69-78). Un ruolo chiave sembra essere esercitato dal processo di succussione cioè dall'applicazione di una agitazione meccanica forte alle diverse diluizioni seriali operate secondo la farmacopea ufficiale omeopatica (79). Esistono dati biofisici in grado di confermare, con tecniche spettroscopiche o di risonanza magnetica, l'assoluta diversità di un'alta diluizione rispetto allo stesso solvente mai trattato (11;65). Non si tratta di una diversità legata alla presenza di eventuali impurezze poiché ad ogni modo l'acqua pura al 100% è una situazione ideale che non può essere creata in laboratorio (3), per cui, anche se non si può a rigore escludere che le alte diluizioni non siano influenzate da questo dato e dalla relazione che l'acqua ha inevitabilmente con l'aria e con il contenitore (64;80-83), le proprietà farmacodinamiche di un'alta diluizione rappresentano un aspetto del comportamento dell'acqua. La comprensione, perciò, del fenomeno delle proprietà di "memoria" dell'acqua può essere raggiunta su due fronti, non obbligatoriamente indipendenti: il primo è la ricerca biofisica ed il secondo è la ricerca biologica di base. Lo studio del no-

stro gruppo (41) porta un consistente contributo a quest'ultimo settore della ricerca biomedica. Altri esperimenti, magari eseguiti in assenza di succussione, potrebbero fornire ragguagli più precisi su queste ipotesi speculative.

È curioso, ed allo stesso tempo straordinario, il fatto che il modello "istamina" stia diventando per la ricerca di base in omeopatia quasi una "pietra angolare" su cui si potrà poi costruire un più articolato edificio che comprenda anche gli effetti di altri principi attivi. L'istamina, molecola così semplice ma allo stesso tempo interessantissima per i suoi molteplici interventi in fisiologia e patologia, è fra l'altro il mediatore capostipite dell'infiammazione acuta, che a sua volta è il processo-chiave nella regolazione della salute e nel determinismo delle patologie; non si dimentichi che l'istamina è anche un neuro-trasmettitore. Tale sostanza, diluita secondo le procedure omeopatiche, ha dato prova di un comportamento spettroscopico diverso dalle semplici diluizioni in acqua (65), di funzionare sul modello dei basofili *in vitro* (dati riportati in questa rassegna) e pure su modelli animali (84-87); pertanto attorno a questa molecola si è andata costituendo, nel giro di due decenni, una molteplicità di evidenze che non possono essere ignorate da chiunque voglia pronunciarsi sulle basi scientifiche dell'omeopatia con cognizione di causa.

La spiegazione dei fenomeni naturali non è una condizione *sine qua non* un medico possa esercitare la propria autorevole missione per la tutela della salute dell'uomo: l'efficacia del trattamento è il punto fondamentale. Tuttavia, per le scienze omeopatiche, nel contesto della medicina moderna, la "memoria dell'acqua" è rimasta un tabù dal quale per lungo tempo non si è riusciti a sfuggire. L'evidenza scientifica che l'acqua, il liquido più diffuso nell'Universo, conduce o amplifica un'informazione

biologica può contare su numerose prove e se anche si è cominciato a formulare qualche modello esplicativo la comprensione definitiva di queste proprietà e del suo ruolo negli organismi è di là da venire e si tratta di un compito che la scienza non può disattendere.

NOTE E RINGRAZIAMENTI

Lavoro eseguito con fondi del Ministero per l'Istruzione, l'Università e la Ricerca (ex 60% MURST) e grazie ad un accordo di collaborazione scientifica tra Università di Verona e Laboratoires Boiron s.r.l. Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse nella ricerca.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHIFF M 1995. The Memory of Water. *Thorsons, ed* San Francisco, CA:12.
2. CHAPLIN M 2007. The memory of water: an overview. *Homeopathy* 96:143-150.
3. CHATTOPADHYAY S 2003. Biomathematical modeling for diluted drugs. *Med Hypoth* 61:56-59.
4. BASTIDE M and LAGACHE A 1997. A communication process: a new paradigm applied to high-dilution effects on the living body. *Altern Ther Health Med* 3:35-39.
5. REY L 2003. Thermoluminescence of ultra-high dilutions of lithium chloride and sodium chloride. *Physica A* 323:67-74.
6. ELIA V, ELIA L, MARCHESE M, MONTANINO M, NAPOLI E, NICCOLI M, NONATELLI L, and SAVARESE F 2007. Interaction of extremely diluted solutions with aqueous solutions of hydrochloric acid and sodium hydroxide. A calorimetric study at 298 K. *J Mol Liq* 130:15-20.
7. DEL GIUDICE E, ELIA V, NAPOLI E, and TEDESCHI A 2007. Il ruolo dell'acqua nella materia vivente. *La Medicina Biologica* 4:39.
8. BETTI L, BORGHINI F, and NANI D 2003. Plant models for fundamental research in homeopathy. *Homeopathy* 92:129-130.
9. BETTI L, TREBBI G, NANI D, MAJEWSKI V, SCHERR C, JAGER T, and BAUMGARTNER S 2008. Models with plants, microorganisms and viruses for basic research in homeopathy. in *Signals and Images* L.V. Bonamin ed., 2008.
10. NANI D, BRIZZI M, LAZZARATO L, and BETTI L 2007. The role of variability in evaluating high dilution effects: considerations based on plant model experiments. *Forsch. Komplementarmed* 14:305.
11. ELIA, V. AND NICCOLI, M. 1999. Thermodynamics of extremely diluted aqueous solutions. *Ann N.Y.Acad Sci* 879:241-248.
12. ELIA, V., NAPOLI, E., and GERMANO, R. 2007. The 'Memory of Water': an almost deciphered enigma. Dissipative structures in extremely dilute aqueous solutions. *Homeopathy* 96:163-169.
13. KRALY JR, JONES MR, GOMEZ DG, DICKERSON JA, HARWOOD MM, and ET AL 2006. Rapid and reproducible two-dimensional capillary electrophoresis analysis of Barrett's esophagus tissues. *Anal Chem* 78:5977-5986.
14. SUN X, GAO N, and JIN W 2006. Monitoring yocotomole alkaline phosphatase by capillary electrophoresis with on-capillary catalysis-electrochemical detection. *Analytica Chim Acta* 571:30-33.

Segue

Segue da pag. 33

15. DAS BEDAMATI and GUPTA-BHAYA P 1995. Statistical interpretation of 10-24 moles and less. *Am J Physic* 63:1025-1028.
16. PREPARATA G 1995. QED Coherence in matter. *World Scientific* London, 1995.
17. ARANI R, BONO I, DEL GIUDICE E, and PREPARATA G 1995. QED Coherence and the thermodynamics of water. *Int J Mod Phys* 89:1813-1841.
18. CHIRIMBOLO S, BRIZZI M, and BELLAVITE P 2008. Ricerca di base in omeopatia-Gli studi in vitro sui neurofilii e basofili umani. *Il Medico Omeopata* Anno XIII: 20-26.
19. BELLAVITE P, CONFORTI A, PONTAROLLO F, and ORTOLANI R 2006. Immunology and homeopathy 2 Cells of the immune system and inflammation. *Evid Based Complement Altern Med* 3:13-24.
20. BELLAVITE P, ORTOLANI R., and CONFORTI, A. 2006. Immunology and homeopathy. 3. Experimental studies on animal models. *Evid. Based. Complement. Alternat. Med* 3:171-186.
21. BRIZZI M, LAZZARATO L, NANI D, BORGHINI F, PEZZUOLI M, and BETTI L 2005. A biostatistical insight into the As2O3 high dilution effects on the rate and variability of wheat seedling growth. *Forsch. Komplementarmed* 12:277-283.
22. WITT, C. M., BLUTH, M., ALBRECHT, H., WEISSHUHN, T. E., BAUMGARTNER, S., and WILLICH, S. N. 2007. The in vitro evidence for an effect of high homeopathic potencies—a systematic review of the literature. *Complement Ther. Med* 15:128-138.
23. BELLAVITE, P., PITARI, G., and ITALIANO, M. 2006. Homeopathy and placebo. *Homeopathy* 95:51.
24. MIESCHER, S. M. and VOGEL, M. 2002. Molecular aspects of allergy. *Mol Aspects Med* 23:413-462.
25. AZUMA, Y., SHINOHARA, M., WANG, P. L., HIDAKA, A., and OHURA, K. 2001. Histamine inhibits chemotaxis, phagocytosis, superoxide anion production, and the production of TNF α and IL-12 by macrophages via H2-receptors. *Int Immunopharmacol* 1:1867-1875.
26. CHERRUAULT Y, GUILLEZ A, SAINTE LAUDY J, and BELON P 1989. Etude mathematique et statistique des effets de dilutions successives de chlorhydrate d'histamine sur la reactivite des basophiles humains. *Bio Sciences* 7:63-72.
27. SAINTE-LAUDY J and BELON P 1993. Inhibition of human basophil activation by high dilution of histamine. *Agents Action* 38:C245-C247.
28. SAINTE LAUDY J, SAMUCY JL, and BELON P 1991. Biological activity of ultra low doses I. Effect of ultra low doses of histamine on human basophil degranulation triggered by D. pteronissinus extract. in *Ultra Low Doses Doutremepuich* C ed:127-138.
29. SAINTE-LAUDY, J. and BELON, P. 1996. Analysis of immunosuppressive activity of serial dilutions of histamine on human basophil activation by flow cytometry. *Inflamm Res* 45 Suppl 1:S33-S34.
30. SAINTE-LAUDY, J. and BELON, P. 1997. Application of flow cytometry to the analysis of the immunosuppressive effect of histamine dilutions on human basophil activation: effect of cimetidine. *Inflamm Res* 46 Suppl 1:S27-S28.
31. BELON, P., CUMPS, J., ENNIS, M., MANNAIONI, P. F., SAINTE-LAUDY, J., ROBERFROID, M., and WIEGANT, F. A. 1999. Inhibition of human basophil degranulation by successive histamine dilutions: results of a European multicentre trial. *Inflamm Res* 48 Suppl 1:S17-S18.
32. SAINTE-LAUDY J 2000. Modulation of allergen and anti-IgE induced human basophil activation by serial histamine dilutions. *Inflamm Res* 49 (suppl. 1):S5-S6.
33. SAINTE-LAUDY J 2001. Stimulatory effect of high dilutions of histamine on activation of human basophils induced by anti-IgE. *Inflamm Res* 50 (suppl.2):S63-S64.
34. BELON, P., CUMPS, J., ENNIS, M., MANNAIONI, P. F., ROBERFROID, M., SAINTE-LAUDY, J., and WIEGANT, F. A. 2004. Histamine dilutions modulate basophil activation. *Inflamm Res* 53:181-188.
35. SAINTE-LAUDY, J. and BELON, P. 2006. Improvement of flow cytometric analysis of basophil activation inhibition by high histamine dilutions. A novel basophil specific marker: CD 203c. *Homeopathy* 95:3-8.
36. SAINTE-LAUDY, J. and BELON, P. 2006. Use of four different flow cytometric protocols for the analysis of human basophil activation. Application to the study of the biological activity of high dilutions of histamine. *Inflamm Res* 55 Suppl 1:S23-S24.
37. SAINTE-LAUDY J, BOUJENAINI N, and BELON P 2008. Confirmation of biological effects of high dilutions. Effects of submolecular concentrations of histamine and 1-, 3- and 4-methyl-histamines on human basophil activation. *Inflamm Res* 57:S01-S02.
38. BROWN, V. and ENNIS, M. 2001. Flow-cytometric analysis of basophil activation: inhibition by histamine at conventional and homeopathic concentrations. *Inflamm. Res.* 50 Suppl 2:S47-S48.
39. LORENZ, I., SCHNEIDER, E. M., STOLZ, P., BRACK, A., and STRUBE, J. 2003. Sensitive flow cytometric method to test basophil activation influenced by homeopathic histamine dilutions. *Forsch. Komplementarmed Klass Naturheilkd.* 10:316-324.
40. GUGGISBERG, A. G., BAUMGARTNER, S. M., TSCHOPP, C. M., and HEUSSER, P. 2005. Replication study concerning the effects of homeopathic dilutions of histamine on human basophil degranulation in vitro. *Complement Ther. Med* 13:91-100.
41. CHIRIMBOLO, S., BRIZZI, M., ORTOLANI, R., VELLA, A., and BELLAVITE, P. 2009. Inhibition of CD203c membrane up-regulation in human basophils by high dilutions of histamine: a controlled replication study. *Inflamm Res* DOI: 10.1007/s00011-009-0044-4.
42. CHIRIMBOLO S, SIGNORINI A, BIANCHI I, LIPPI G, and BELLAVITE P 1993. Effects of homeopathic preparations of organic acids and minerals on the oxidative metabolism of human neutrophils. *Br Hom J* 82:237-244.
43. BELLAVITE, P., ORTOLANI, R., and CONFORTI, A. 2006. Immunology and homeopathy. 3. Experimental studies on animal models. *Evid. Based. Complement Alternat. Med* 3:171-186.
44. CHIRIMBOLO S, ORTOLANI R, VELLA A, TRIDENTE G, and BELLAVITE P 2008. A six-color polychromatic flow cytometry to evaluate human basophil activation. *Cytometry* 73A:91.
45. CHIRIMBOLO S, VELLA, A., ORTOLANI, R., DE, G. M., SOLERO, P., TRIDENTE, G., and BELLAVITE, P. 2008. Differential response of human basophil activation markers: a multi-parameter flow cytometry approach. *Clin Mol Allergy* 6:12.
46. BUHRING, H. J., SEIFFERT, M., GIESERT, C., MARXER, A., KANZ, L., VALENT, P., and SANO, K. 2001. The basophil activation marker defined by antibody 97A6 is identical to the ectonucleotide pyrophosphatase/phosphodiesterase 3. *Blood* 97:3303-3305.
47. BUHRING, H. J., STREBLE, A., and VALENT, P. 2004. The basophil-specific ectoenzyme E-NPP3 (CD203c) as a marker for cell activation and allergy diagnosis. *Int Arch Allergy Immunol* 133:317-329.
48. LORENZ, I., SCHNEIDER, E. M., STOLZ, P., BRACK, A., and STRUBE, J. 2003. Influence of the diluent on the effect of highly diluted histamine on basophil activation. *Homeopathy*. 92:11-18.
49. SAINTE-LAUDY, J., BOUJENAINI, N., and BELON, P. 2008. Confirmation of biological effects of high dilutions. Effects of submolecular concentrations of histamine and 1, 3- and 4-methylhistamines on human basophil activation. *Inflamm Res* 57 Suppl 1:S27-S28.
50. SAINTE-LAUDY, J., BOUDJEDAINI, N., and BELON, P. 2009. Differential effect of storage on molecular and ultra-molecular dilutions of histamine. *Inflamm Res* 58 Suppl 1:30-31.
51. SAINTE-LAUDY, J., SABBAGH, A., VALLON, C., and GUERIN, J. C. 1998. Analysis of anti-IgE and allergen induced human basophil activation by flow cytometry. Comparison with histamine release. *Inflamm. Res.* 47:401-408.
52. MARONE, G., KAGEY-SOBOTKA, A., and LICHTENSTEIN, L. M. 1981. IgE-mediated histamine release from human basophils: differences between antigen E- and anti-IgE-induced secretion. *Int. Arch. Allergy Appl. Immunol.* 65:339-348.
53. BEGLEY S 2006. Science journal: the structure of water is 'nt certain after all. *TheWall Street J* March 10, 2006.
54. EGOROV, V. V. 2003. [The analogy of biological effects of ultra low chemical and physical doses]. *Radiats. Biol Radioecol.* 43:261-264.
55. BALL P 2008. Water as an active constituent in cell biology *Chem Rev* 108:108.
56. GUREVICH K 2001. Low doses of biologically active substances: effects, possible mechanisms and features. *Cell Biology International* 25:475-484.
57. GUREVICH KG, AGUTTER PS, and WHEATLEY DN 2003. Stochastic description of the ligand-receptor interaction of biologically active substances at extremely low doses. *Cellular Signalling* 15:447-453.
58. CSABA G, KOVACS P, TOTHEALUSI L, and PALLINGER E 2006. Effects of extremely low concentrations of hormones on the insulin binding of Tetrahymena. *Cell Biol International* 30:957-962.
59. CSABA G, KOVACS P, and PALLINGER E 2007. How does the unicellular Tetrahymena utilise the hormones that it produces? Paying a visit to the realm of atto-and zeptomolar concentrations. *Cell Tissue Res* 327:199-203.
60. BULLEN JJ, ROGERS HJ, SPALDING PB, and WARD CG 2005. Iron nd infection: the heart of the matter. *FEMS Immunology and Med Microbiol* 43:325-330.
61. VALENTI P, PACIFICI E, PIETROPAOLI M, and PAESANO R 2008. La lattoferrina per os, un'importante alternativa priva di effetti indesiderati, nella prevenzione e trattamento dell'ipoferrremia ed anemia da carenza di ferro in gravidanza. *Riv It Ost Gin* 17:783-790.
62. FIELDS DS 1999. The yoctomole limit: playground of cells. *Trends Biochem Sci* 24:129.
63. CASTAGNOLA M 1999. Reply to Fields. *Trends Biochem Sci* 24:129.
64. VOEIKOV VL 2007. The possible role of active oxygen in the memory of water. *Homeopathy* 96:196-202.
65. DEMANGEAT JL 2009. NMR water proton relaxation in unheated and heated ultrahigh aqueous dilutions of histamine: Evidence for an air-dependent supramolecular organization of water. *J Mol Liq* 144:32-39.
66. OTSUKA I and OZEKI S 2006. Does magnetic treatment of water change its property? *J Phys Chem B* 110:1509-1512.
67. KATSIR Y, MILLER L, AHARONOV Y, and JACOB EB 2007. The effect of rf-irradiation on electrochemical deposition and its stabilization by nanoparticles doping. *J Electrochem Soc* 154:D249-D259.
68. ROY R, TILLER WA, BELL I, and HOOVER MR 2005. The structure of liquid waters: novel insights from material research; potential relevance to homeopathy. *Mat Res Innovat* 9:98-103.
69. WIEGANT, F. A. 1994. Memory of water revisited. *Nature* 370:322.
70. COLIC M and MORSE D 1999. The elusive mechanism of the magnetic memory of water. *Colloids and Surfaces A* 154:167-174.
71. TSCHULAKOW, A. V., YAN, Y., and KLIMEK, W. 2005. A new approach to the memory of water. *Homeopathy* 94:241-247.
72. MILGROM, L. R. 2006. Is homeopathy possible? *J R Soc Health* 126:211-218.
73. CHAPLIN, M. F. 2007. The Memory of Water: an overview. *Homeopathy* 96:143-150.
74. POTEVIN, B. 2008. The continuing mystery of the Memory of Water. *Homeopathy* 97:39-41.
75. VYBRAL, B. and VORACEK, P. 2007. Long term structural effects in water: autohixotropy of water and its hysteresis. *Homeopathy* 96:183-188.
76. ANICK DJ and IVES JA 2007. The silica hypothesis for homeopathy: physical chemistry. *Homeopathy* 96:203-209.
77. ANICK, D. J. 2007. The octave potencies convention: a mathematical model of dilution and succession. *Homeopathy* 96:202-208.
78. MILGROM LR 2007. Conspicuous by its absence: the memory of water, macro-entanglement and the possibility of homeopathy. *Homeopathy* 96:209-219.
79. TORRES 2002. On the physical basis of succession. *Homeopathy* 91:221-224.
80. VYSOTSKII V, SMIRNOV I, and KORNILOVA A 2005. Introduction to the biophysics of activated water. *Universal Publishers* Boca Raton (FL).
81. RAO, M. L., ROY, R., BELL, I. R., and HOOVER, R. 2007. The defining role of structure (including epitaxy) in the plausibility of homeopathy. *Homeopathy* 96:175-182.
82. ANICK, D. J. and IVES, J. A. 2007. The silica hypothesis for homeopathy: physical chemistry. *Homeopathy* 96:189-195.
83. WITT, C. M., LUDTKE, R., WEISSHUHN, T. E., QUINT, P., and WILLICH, S. N. 2006. The role of trace elements in homeopathic preparations and the influence of container material, storage duration, and potentiation. *Forsch. Komplementmed.* 13:15-21.
84. HADJI L, AMOUX B, and BENVENISTE J 1991. Effect of dilute histamine on coronary flow of isolated guinea-pig heart. *FASEB J* 5:A1583.
85. CONFORTI A, SIGNORINI A, and BELLAVITE P 1993. Effects of high dilutions of histamin and other natural compounds on acute inflammation in rats. in *Omeomed* 92 Borrononi ed, 1993:163-169.
86. BOUSTA, D., SOULIMANI, R., JARMOUNI, I., BELON, P., FALLA, J., FROMENT, N., and YOUNOS, C. 2001. Neurotropic, immunological and gastric effects of low doses of Atropa belladonna L., Gelsemium sempervirens L. and Poumon histamine in stressed mice. *J Ethnopharmacol.* 74:205-215.
87. RUIZ-VEGA G, POTEVIN B, and ORDAZ-PEREZ L 2005. Histamine at high dilution reduces spectral density in delta band in sleeping rats. *Homeopathy* 94:86-91.

Argentum Phosphoricum

Uso terapeutico negli animali domestici e caratteristiche generali

RIASSUNTO

Gli Autori esaminano i casi clinici di pazienti che hanno tratto un chiaro beneficio dalla terapia con il medicamento omeopatico Argentum phosphoricum. Illustrano tre di questi casi clinici. L'obiettivo è definire le caratteristiche fondamentali di tale medicamento, partendo dalle patologie che può curare, l'aspetto fisico, le note rilevanti nel maschio e nella femmina, le peculiarità del soggetto scompensato, per giungere infine ai temi fondanti del medicamento, parametri preziosi per una prescrizione efficace.

PAROLE CHIAVE

Argentum phosphoricum – Medicamento omeopatico - Repertorizzazione – Temi fondanti.

SUMMARY

The Authors examined some successful clinical cases cured with the homeopathic medicine Argentum phosphoricum; in this paper they show three of these clinical cases. The aim is to define the typical symptoms of this homeopathic remedy. They underlined the diseases that Argentum phosphoricum can cure, the look of the typical subject, a considerable aspects of the typical male and female, the peculiarities of sick subjects, up to define the basic themes of the remedy, the more precious parameters for an efficacious prescription.

KEYWORDS

Argentum Phosphoricum – Homeopathic Remedy – Repertorization – Basic themes

INTRODUZIONE

In anni di attività omeopatica ci è capitato più volte di prescrivere con successo Argentum Phosphoricum. Come sempre nella nostra pratica, ed in base ai dettami della nostra Scuola, è essenziale impostare la prescrizione su solidi e ben modalizzati sintomi fisici, per raggiungere un risultato ottimale è altrettanto importante determinare il carattere e tutti quegli aspetti comportamentali del Paziente quale individuo unico ed irripetibile. In questa pratica risultano insostituibili la sensibilità e l'esperienza del veterinario che, valutando le caratteristiche etologiche di specie e razza, può evidenziare le sfumature, le discrepanze, il tipo di reattività e giungere così ad una buona prescrizione del rimedio costituzionale.

Prendendo in considerazione molteplici casi, di cui in questa sede riporteremo solo alcuni, abbiamo delineato le caratteristiche dell'Argentum Phosphoricum animale, attingendo informazioni sul modo di essere del rimedio direttamente dall'osservazione dei soggetti che avevano così ben risposto a questo tipo di medicamento, fino a delinearne le tematiche di fondo.

Noterete che in tutte le repertorizzazioni compare ai primi posti Argentum Metallicum, che abbiamo anche somministrato, ma che si è rivelato essere solamente un parzialmente simile. In tre delle quattro repertorizzazioni riportate, compare anche Phosphorus, questa è la ragione della nostra scelta. I tre soggetti considerati avevano, oltre

alle caratteristiche di Argentum, chiaramente qualcosa in più in quanto a sensibilità, dolcezza, comunicativa, socievolezza che, nell'ottica dell'esperienza, ci ha indotto a considerare una componente fosforica. La prova sul campo ci ha dato ragione e ci ha invogliati a continuare su questa strada.

CASI CLINICI

Caso n. 1

PULCE, gatto incrocio Siamese.

Pulce è una bellissima gatta di 16 anni, affetta da spondilosi vertebrale di IV grado lungo tutto il rachide toraco-lombare e da un'importante artrosi sacro-iliaca. La vediamo in prima visita il 20 settembre 2008 all'età di 15 anni e 3 mesi. Venne adottata piccolissima, tanto che i bambini di casa la allattarono con il biberon. Gattina bellissima, anche se trovatella, dall'aspetto e dal modo di porsi di una principessa, splendidi occhi azzurri, affettuosissima; fin da piccina ha cercato il contatto fisico e tuttora aspetta solo che il Proprietario si sdrai sul divano per un riposino per mettersi sulla sua spalla a dormicchiare, ogni volta seguendo un complesso cerimoniale, come se volesse farsi desiderare. Non è comunque il solito gatto affettuosissimo: è un po' formale nel porsi, proprio un "metallo" omeopatico, poi una volta accarezzata si scioglie, ma mai completamente, come se glielo impedisse qualcosa. È sempre stata autorevole, dominando tutti i gatti di casa, suoi figli e non, con un semplice sguardo. Steriliz-

zata a 4 anni, dopo aver avuto 3 cucciolate, ha dato il meglio di se stessa come mamma: alla seconda cucciolata ha allevato brillantemente i suoi 3 micini più altri 4 abbandonati appena nati, da lei spontaneamente raccolti e portati nel suo nido con gli altri. Ha sempre partorito sul "lettone" dei Proprietari debitamente preparato con salviette per accoglierla, per poi trasferire i gattini, a cose fatte, nell'apposita cesta nido. Prepotente e zuccona, è impossibile farle cambiare idea, è estremamente insistente ed assillante, soprattutto in vecchiaia, per quanto riguarda il cibo, ma anche capace di grandissima dolcezza solo con i Proprietari e con i suoi figli anche se adulti. Molto indipendente ed emancipata, sicura di sé: cerca i suoi spazi personali isolandosi, non ama condividere niente con gli altri animali di casa, cani o gatti che siano. Molto territoriale, non ha mai tollerato intrusioni di gatti estranei nel suo giardino, se non in gioventù, per fugaci storie amorose. Quando i Proprietari la trovavano sdraiata nell'erba in dolce compagnia in giardino li guardava dritti negli occhi con la sfrontatezza dell'adolescente che ostenta la sua indipendenza. Sempre sanissima, non è mai stata vaccinata. Ha sofferto moltissimo per l'ingresso di una cucciola di Bulldog in casa, che le ha portato via parte delle attenzioni del suo padroncino preferito, ne è tuttora molto gelosa e la ignora ad oltranza passandole vicino altezzosa e distaccata e lasciando la stanza quando questa ci entra, a meno che non sia in braccio al Proprietario e ovviamente in una postazione di privilegio.



ANAMNESI E QUADRO CLINICO

La patologia si manifesta con contrazioni spasmodiche della muscolatura paravertebrale: improvvisamente si contrae e urla dal dolore mordendosi la schiena, insieme a minzione e defecazione involontarie. Nei primi tempi queste manifestazioni si ripetevano più volte al giorno. Superficialmente ipotizzai fosse dovuto ad una colica, ma non rispose alle terapie conseguenti. Sottoposta ad esame radiografico evidenziò un quadro gravissimo di spondilosi vertebrale, patologia rara ed estremamente peculiare in un gatto. Fortissima dolorabilità al tatto in zona sacrale. Il pelo, sempre stato folto e lucente, ora è rado ed ha un aspetto untuoso. Tende a nascondersi e non avvicina nemmeno il Proprietario, se non per mangiare. Con una certa difficoltà le prescriviamo un rimedio. La gatta si contorce dal dolore quando la sdraiamo sul tavolo per l'esecuzione della radiografia.

Escludiamo Agaricus perché è assente l'egocentrismo esasperato ed il soggetto non è assolutamente preten-

zioso; anche l'aggressività di Belladonna non è presente. Verifichiamo la presenza di caratteristiche alcune di Argentum metallicum ed alcune prettamente fosforiche e decidiamo per: ARGENTUM PHOSPHORICUM MK, una dose.

FOLLOW UP

20 GIORNI DOPO (10 Ottobre 2008)
 - Le crisi si sono un poco diradate e durano leggermente meno, anche il pelo, che era più rado e non più uniforme, sta migliorando. Permane dolore al tatto. Il Rimedio è confermato e viene aumentata la potenza: ARGENTUM PHOSPHORICUM 2000 K, una dose. Nota: abbiamo fatto preparare appositamente queste potenze intermedie in funzione della grande reattività animale rispetto a quella umana.

5 MESI DOPO (21 Gennaio 2009)
 - Le crisi sono oramai episodiche: la frequenza varia da una a tre volte la settimana, il pelo è diventato lucente e Pulce è più disponibile. Aumentiamo la potenza del rimedio. ARGENTUM PHOSPHORICUM 3000 K, una dose.

7 MESI DOPO (12 marzo 2009)
 - Le crisi si sono ulteriormente diradate, si manifestano ogni una o due settimane. Anche l'aspetto del pelo è notevolmente migliorato e le intemperanze del carattere si sono quasi normalizzate. ARGENTUM PHOSPHORICUM 5000K, una dose.

8 MESI DOPO (17 Aprile 2009)
 - Le crisi sono praticamente scomparse, la micia si muove decisamente meglio ed ha ri-

1	BACK - WALKING - agg. (43) 1
2	BACK - SPINE: complaints of - Spinal cord (14) 1
3	BACK - PAIN - drawing pain (107) 1
4	BACK - STIFFNESS - Sacral region (29) 1
5	BACK - SHOCKS - electric-like - Spine, along (5) 1
6	SKIN - COMPLAINTS of skin - Under the skin (18) 1
7	SKIN - ELECTRIC - spasms, sensation as from electric (18) 1
8	SKIN - ITCHING - scratching - agg. - bleeds, must scratch until it (30) 1
9	SKIN - ITCHING - scratching - unchanged by scratching (78) 1
10	GENERALS - TWITCHING - subcutis tendinum (93) 1
11	GENERALS - TWITCHING - Muscles (83) 1
12	GENERALS - COMPLAINTS - appearing - suddenly - disappearing, and - suddenly (9) 1
13	GENERALS - JERKING - Muscles, of (152) 1

	agar.	bell.	phos.	arg-met.	suiph.	bar-c.	cocc.	lach.	flu-x-v.	puls.	thus-t.	sec.	spong.	alum.	ant-t.	bry.
1	1	1	1	1	3	-	1	-	1	-	1	-	1	1	1	1
2	1	1	-	-	-	1	3	3	-	1	-	-	-	-	-	-
3	2	1	2	-	2	1	1	2	3	2	1	-	1	2	1	2
4	-	-	1	-	2	2	-	2	-	1	2	-	1	-	-	2
5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	1	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-
7	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
8	2	1	1	2	2	2	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-
9	1	1	-	2	-	1	1	-	1	3	1	1	3	2	1	-
10	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	-	1	1	-
11	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	-	1	1	-
12	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2

preso a saltare con scioltezza per raggiungere i suoi posti di riposo preferiti, in alto, isolata dal resto del mondo. Decisa ed autorevole come sempre, mangia con grande appetito ed il suo pelo è nuovamente lucente. Permane un leggero dolore accarezzandola in zona sacrale. Alla radiografia di controllo Pulce si lascia sdraiare sul tavolo e manipolare senza manifestare alcun dolore. Il quadro radiografico è perfettamente sovrapponibile al precedente. Prescriviamo ARGENTUM PHOSPHORICUM 6000K. È ormai sicura di poter invecchiare mantenendo il suo innato stile aristocratico ed il suo gelido selfcontrol, tanto inglese!

zione del flap cartilagineo e curettage dell'osso sub-condrale.

I trattamenti allopatici, seguiti all'intervento, antinfiammatori, antibiotici, condroprotettori ed infiltrazioni intrarticolari ogni 20 giorni di acido ialuronico, non hanno dato alcun risultato.



QUADRO CLINICO

A prima visita zoppica visibilmente, fatica ad alzarsi, rimane in stazione per pochissimo tempo e si sdraia immediatamente, manifesta inoltre serie difficoltà a scendere le scale. Nella deambulazione l'arto anteriore sinistro viene portato come una stampella mentre l'anteriore destro vicaria il sinistro e presenta un'iperflessione del polso. La muscolatura degli arti anteriori è scarsa, la postura degli arti posteriori, mentre cammina, è molto ravvicinata ed in salita si aiuta con un colpo di reni. La resistenza in stazione è minima.

Alla radiografia si evidenzia deformazione bilaterale della troclea omerale:

lo scalino del capitello del radio non è più virtuale. In Ambulatorio dimostra un atteggiamento molto particolare: è talmente curioso da avvicinarsi spontaneamente, ma è altrettanto timoroso e lo fa in punta di piedi come se gli mancasse la forza di intraprendere questo gesto. Accetta le mie carezze, ma con estrema dignità e compostezza, una reazione peculiare per un soggetto di questa razza ed età. A casa sua accetta di essere dominato dalla femmina più anziana, ha un'indole pacifica e ama essere coccolato. Nel periodo successivo all'intervento chirurgico era particolarmente desideroso di compagnia e faceva dispetti quando lasciato solo.

Argentum Metallicum è chiaramente prescrivibile per il suo tropismo articolare; Phosphoricum acidum ci piace a livello intuitivo, anche se non compare in Repertorizzazione, perché rileviamo componenti fosforiche.

Decidiamo di somministrare in primis Argentum Metallicum, come rimedio situazionale e, in un secondo tempo, Phosphoricum acidum, come rimedio costituzionale. ARGENTUM METALLICUM 30 CH, una dose e, dopo una settimana, PHOSPHORICUM ACIDUM MK, una dose.

FOLLOW UP

1 MESE E 15 GIORNI DOPO (15 Aprile 2008) - Verifichiamo un pro-

CASO N. 2

MOIJO, cane Labrador Retriever.

Mojito è un Labrador Retriever che ci viene portato il 1 marzo 2008 all'età di 9 mesi, affetto da displasia dei entrambe i gomiti. Ha manifestato i primi sintomi della malattia a soli 4 mesi. Il 28 settembre 2007 viene effettuata artroscopia bilaterale del gomito presso l'Ospedale Universitario di Parma: la diagnosi è di OCD del condilo omerale mediale del gomito destro e di OCD del condilo omerale mediale del gomito sinistro. Operato al gomito destro e sinistro con rimo-

- 1. EXTREMITIES - DESCENDING - stairs - agg - Lower limbs (20) 1
- 2. EXTREMITIES - WEAKNESS - Lower limbs - descending stairs agg. (8) 1
- 3. GENERALS - CARTILAGES, affection of (14) 1
- 4. GENERALS - INFLAMMATION - Cartilages, of (12) 1
- 5. GENERALS - ULCERS - Cartilages (3) 1

	arg-met.	ruta	pib.	sil.	sulph.	bell.	cimic.	nat-m.	merc.	olnd.	stamm.	am-m.	ars.	asaf.	bar-c.	bry.	calc-p.	canth.	cham.	coff.	guai.	kali-bl.	led.	lob-s.	lyc.	mand.	merc-c.	nit-ac.	nux-m.	rhod.	sabin.	sep.	stram.	symp.	verat.	verb.	petr-ra.	bell-p-sp.			
1	5	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	9	6	4	4	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	-	1	1	-	-	-	1	1	1	-	1	1	-	1	-	1	-	1	-	-	1	1	-	1	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	
4	3	3	1	2	1	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
5	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

1. Cartella appunti 1

1. EXTREMITIES - RAISED - Shoulders - impossible to raise (1) 1
2. EXTREMITIES - RAISED - Upper limbs - difficult to raise (6) 1
3. EXTREMITIES - WEAKNESS - Upper arms (33) 1
4. EXTREMITIES - WEAKNESS - Upper arms - motion - agg (2) 1
5. EXTREMITIES - WEAKNESS - Upper arms - paralytic (4) 1
6. EXTREMITIES - WEAKNESS - Upper arms - exertion agg. after (1) 1
7. EXTREMITIES - HEAVINESS - Upper arms (20) 1
8. EXTREMITIES - STIFFNESS - Upper limbs - accompanied by - heaviness (5) 1
9. EXTREMITIES - RAISING - upper limbs - agg (28) 1

	arg-met.	sulph.	acon.	phos.	sana.	splo.	alum.	arg-n.	bell.	bry.	cocc.	colch.	dig.	ferr.	grat.	guai.	kali-n.	led
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	5	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
3	2	2	1	2	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	1	1	1	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
5	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
6	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1
8	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	2	2	-	2	2	-	1	-	1	1	-	1	1	-	-	-	1

gressivo miglioramento: il soggetto non sta mai fermo, la zoppia si è notevolmente ridotta. Mojito zoppica maggiormente quando è in casa ed in modo più marcato al gomito sinistro, che presenta gonfiore edematoso. Durante l'estate effettuiamo ripetute somministrazioni di PHOSPHORICUM ACIDUM, prima alla 3000K una dose, poi la 5000 K, sempre, una dose.

6 MESI E 12 GIORNI DOPO (13 settembre 2008) - L'andatura è irriconoscibile: più elastica e potente, non marca mai, la resistenza allo sforzo è notevolmente aumentata. Da sdraiato tiene gli arti anteriori ancora "contorti", i gomiti non flessi e le mani portate aperte all'esterno. La muscolatura delle cosce è molto più sviluppata, mentre i muscoli pettorali non lo sono ancora. Il gomito destro presenta un angolo di flessione molto ridotto ed il sinistro è ancora rigido. PHOSPHORICUM ACIDUM 7000 K.

7 MESI E 6 GIORNI DOPO (7 Ottobre 2008) - Ricomincia a zoppicare, anche se non in modo eccessivo, a

porta alla prescrizione di Argentum Phosphoricum, escludiamo Sulphur in quanto il soggetto non è assolutamente indipendente; Aconitum, perché assolutamente non spaventato. ARGENTUM PHOSPHORICUM MK, una dose

FOLLOW UP

9 MESI E 16 GIORNI DOPO (17 Novembre 2008) - Moyito zoppica molto meno, è più sciolto nei movimenti anche in casa: la Proprietaria dice che non è mai stato così bene. ARGENTUM PHOSPHORICUM 2000 K, una dose.

10 MESI E 5 GIORNI DOPO (6 Dicembre 2008) - Al controllo il cane si presenta aperto, elegante e disinvolto; mi riferiscono che è molto più intraprendente e che è diventato prepotente e possessivo. Tende ad affrontare tutti i cani con apertura e desiderio di gioco, ma non è più remissivo. Caratterialmente è maturato, e si relaziona con i conspecifici da una posizione di dominanza e di maggiore auto considerazione. È in condizione di accompagnare il Proprietario nel jogging per

terra tiene sempre l'anteriore destro ruotato ed il gomito sinistro è particolare gonfio: diagnosi di sinovite. Non soddisfatti del risultato, decidiamo di rivedere il caso. La presenza sia di Argentum metallicum che di Phosphorus ci

40 minuti consecutivi senza problemi e senza conseguenze il giorno successivo. ARGENTUM PHOSPHORICUM 3000 K, una dose.

13 MESI DOPO (23 Marzo 2009) - Mojito corre, salta e gioca senza problemi. Flessione ed estensione dei gomiti sono relative, permane calore al contatto con l'articolazione sinistra che non manifesta più versamenti. La flessione del gomito destro è ancora superiore all'ultima visita e la muscolatura degli arti anteriori è in pieno sviluppo. L'espressione è estremamente equilibrata e decisamente più serena.

CASO N. 3

ASIA, cane Siberian Husky di anni 11.

Questo che segue è un tipico caso di palliazione, in cui il paziente, portato per la prima visita con metastasi polmonari in fase avanzata, estremamente



debolito, ha potuto recuperare una buona qualità di vita per poi spegnersi serenamente e senza sofferenze.

ANAMNESI

Trovata mentre vagava da sola nei campi, Asia rimane ospite di un canile dal Settembre 2007 al Dicembre 2007. Nel Gennaio 2008 viene adottata. Al canile, era già stata sottoposta a mastectomia a causa di importanti ulcerazioni mammarie. Il 25 Marzo 2008 si manifesta una vestibolite con torcicollo a 180°. Ricoverata per una settimana, rifiuta il cibo; riportata a



combinava danni, non sporcava, ubbidiva quando richiamata. Altezzosa, ma dolce: una Principessa! Quando incontrava altri cani per la strada non li considerava, ma dormiva insieme al gatto di casa. Era aperta, ma non per forza disponibile con tutti.

In ambulatorio appare molto prostrata, mantiene uno sguardo espressivo e dolcissimo. Ama

molto essere coccolata dal Proprietario. Possiede ed irradia un'innata dignità, che incute rispetto, ma non soggezione. Quando viene avvicinata e le si mette una mano sulla testa (dominanza) si retrae sdegnata, mentre accetta la mano sul collo e sul mento. Si siede ai piedi del Proprietario e gode delle sue attenzioni. L'appetito è scarso, non è mai stata una mangiona e la sete è nella norma. Una volta beveva solo acqua fresca dal bidet. L'inspirazione è molto accentuata, di ampiezza breve e molto frequente, mentre quando dorme la frequenza respiratoria si normalizza. All'auscultazione il polmone destro è più sofferente del sinistro. All'Esame Radiografico risulta si siano sviluppate ulteriori metastasi polmonari, più gravi al polmone destro. È sempre stata caratterizzata da una notevolissima energia, ma ora l'ha esaurita completamente. È dimagrita di Kg 2 rispetto ad Aprile. Quest'inverno amava stare all'aperto perché soffriva la temperatura troppo calda della casa.

casa, recupera e si riprende. Esami di Laboratorio: ALT 82 (v. n. fino a 50), ALP 137 (v. n. fino a 100). Terapia: cortisonici, antibiotici, gastroprotettori. Nell'Aprile 2008 vive una fase di recupero; nel Maggio 2008 sta benissimo; nel Giugno 2008 compaiono muco dopo le feci, astenia, e tendenza a stancarsi facilmente. All'esame Radiografico si evidenzia un grave quadro di metastasi polmonare.

QUADRO CLINICO

Al tempo della prima visita, il 21 Luglio 2008, ha 11 anni e 6 mesi. Mi riferiscono che, appena adottata, sembrava abituata da sempre a stare in casa: non

1	MIND - MAGNETIZED - desires to be (7) 1
2	MIND - YIELDING disposition (33) 1
3	MIND - HAUGHTY (134) 1
4	MIND - YIELDING disposition (70) 1
5	RESPIRATION - ACCELERATED - inspiration (14) 1
6	RESPIRATION - GASPING (71) 1
7	RESPIRATION - SUPERFICIAL - short, and (33) 1
8	RESPIRATION - DIFFICULT - inspiration (50) 1
9	CHEST - CANCER - lungs (10) 1
10	CHEST - INFLAMMATION - Lungs - right (19) 1
11	GENERALIS - CANCEROUS affections - extending to - Lungs, metastasis in (1) 1
12	GENERALITIES - CANCEROUS affections - advanced stages (18) 1

	phos.	lyc.	acon.	carb-v.	caust.	cupr.	ign.	sil.	arg-met.	ars.	brv.	calc.	cl.c.	dulc.	kali.c.	lach.	merc.	r
10	7	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1	3	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3	-	-	-	2	-	-	-
2	1	3	-	1	1	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
3	1	4	1	1	2	1	1	2	1	1	-	1	1	1	1	2	1	1
4	1	2	-	3	1	1	1	2	1	-	-	-	1	1	1	-	-	1
5	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
6	2	3	2	1	1	1	-	-	2	1	-	2	1	-	1	1	-	-
7	3	1	1	1	-	1	-	1	-	3	-	1	-	-	1	1	-	-
8	2	-	2	-	3	-	2	-	2	2	-	1	1	-	-	-	-	-
9	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
10	2	2	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	2	-	2	-	-
11	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Phosphorus ha un ottimo tropismo per le neoplasie oltre a coprire diversi aspetti del carattere del soggetto, mentre altri aspetti appartengono tipicamente ad Argentum. Terapia: ARGENTUM PHOSPHORICUM MK, una dose.

FOLLOW UP

Nei primi 2 giorni dalla terapia si rifiutava di mangiare, la sera del secondo giorno era, contrariamente al solito, molto irrequieta, non si sdraiava, ma si aggirava per la casa mantenendo questo comportamento fino alle 2 del mattino. Risultò poi molto più vigile e attenta. Il terzo giorno non rifiutava più il cibo quando le veniva proposto, mantenendo un atteggiamento particolare: mangiava solo se veniva imboccata, quasi fosse un'ulteriore richiesta di attenzione. Il quarto giorno, ancora più vigile, mangiava se imboccata e beveva come al solito; comparsa di diarrea acquosa maleodorante, evidentemente esonerativa. Dormiva

molto più rilassata e durante il sonno il respiro rallentava parecchio, uno ogni 3-4 secondi. La sensazione dei proprietari è che fosse subentrata una grande serenità. Anche in Ambulatorio al controllo si nota l'atteggiamento molto più sereno. All'auscultazione è decisamente migliorata, non tossisce quasi più. Continuiamo a somministrare ARGENTUM PHOSPHORICUM alla potenza 2000 K, una dose.

10 GIORNI DOPO (31 Luglio 2008)
- L'atmosfera è caldissima ed afosa, Asia è molto irrequieta, si calma solo se messa di fronte al condizionatore d'aria. La respirazione è frequente e superficiale, ma non più così addominale. Mangia sempre se imboccata, ma è soprattutto un atteggiamento per richiamare l'attenzione su di sé. È leggermente aumentata di peso. All'auscultazione è decisamente migliorata, il rantolo non è più percettibile. Ieri è scappato dal cancello un cane che vive con lei e lei lo ha rincorso. Quando un altro cane si avvicina alla sua ciotola si fa valere e tutti le ubbidiscono. La terapia rimane ARGENTUM PHOSPHORICUM, 3000 K, una dose che ha effetto per tutto il mese di Agosto.

40 GIORNI DOPO - Il clima è ancora caldo torrido e Asia ricerca il fresco del condizionatore, le piace farsi imboccare e nelle ore serali, meno calde, si muove con scioltezza ed interagisce con gli animali di casa non dando alcun segno della grave patologia che la affligge, sempre serena ed autorevole. La respirazione si mantiene normale. Il 1° Settembre 2008 al mattino alle 6 la trovano morta, ancora calda, si è spenta serenamente nel sonno. La sera prima aveva mangiato normalmente e aveva camminato senza problemi.

Caratteristiche di Argentum phosphoricum

TEMI FONDANTI

Grazia e Delicatezza
Sensibilità
Fragilità
Dominanza
Comunicativa
Riconoscimento delle proprie qualità
Distacco
Sesso
Disponibile, aperto, elegante nel modo di porsi.
Desiderio di socializzazione e compagnia, ma selettivo.
Apparentemente remissivo, socievole e disponibile anche con conspecifici dello stesso sesso, ma distaccato, mantiene le distanze e selettivo quando accetta il contatto fisico.
Snobba gli altri e li fa scappare senza avvicinarli.
Controlla e domina gli altri con sola autorevolezza, evita il contatto fisico.
Se costretto allo scontro fisico si altera.
Marcata tendenza alla vocalizzazione
Curioso.

ARGENTUM PHOSPHORICUM SCOMPENSATO

Agitazione
Prepotente e possessivo
Facile alle paure
Debole
Stanco
Frastornato
Indeciso quando sottoposto a stress

TECNICHE DI EVITAMENTO

Apparente sottomissione : spesso è erroneamente poco considerato a causa di questo atteggiamento.
Isolamento
Chiusura
Rifiuto della consolazione anche degli amici

ASPETTO FISICO

Longilineo
Aristocratico e molto elegante nel portamento.

PATOLOGIE RISCONTRATE

Dolori con sensazione di rigidità e di scosse elettriche.
Nevralgie con dolori che ricordano scosse elettriche.
Disturbi neurologici.
Cancro: dei polmoni, metastasi polmonari, cancro della vescica.
Patologie polmonari: bronchiti, asma, iperventilazione.
Laringite con raucedine.
Vomito, diarrea, stipsi.
Patologie ossee : disturbi della crescita e delle cartilagini, osteocondrosi.

MASCHIO

Difficoltà a manifestare la propria componente maschile: timoroso in fase realizzativa, apparentemente sottomesso ma quando acquisisce fiducia in se stesso determinato a far brillare le sue doti e soddisfatto nel ricevere consensi.

FEMMINA

Speculare rispetto al maschio : apparentemente molto determinate e realizzative, tradiscono una importante fragilità della sfera sentimentale e della interiorità più profonda.
Mamme disponibilissime.

BIBLIOGRAFIA

- DODESINI, MAURO - *Pragmatismo Veterinario. Terapia Omeopatica alternativa alla terapia Chirurgica*. Convegno FIAMO - Orvieto, 30 e 31 Maggio 2009.
SCHOLTEN, JAN - *Omeopatia e gli elementi della tavola periodica - Salus Infirmorum*, Roncade (TV), 2007.
SCHROYENS, FREDERICH - *Synthesis 9.1 - Homeopathic Books Publishers*, London, 2004.
VITHOULKAS, GEORGE - *Materia Medica Viva - Associazione Belladonna*, Milano, 2000.

I Nosodi (seconda parte)

Syphilinum o Luesinum

TRADUZIONE A CURA DI
Anna Fontebuoni, anna.fontebuoni@poste.it
Elena Carletti, elenacarletti@hotmail.com

Sir *William Osler*: “Chi conosce la sifilide, conosce la medicina”.

LA SIFILIDE NELLA STORIA

Il miasma sifilitico non è sinonimo di sifilide. È un disturbo della forza vitale di cui fa parte solo materialmente la malattia chiamata sifilide o lue. Si può dire la stessa cosa per la sicosi o gonorrea, per la pseudopsora e per la tubercolosi. Il fatto che Hahnemann abbia chiamato ‘sifilide’ e ‘sicosi’ questi miasmi, riferendosi al rapporto che hanno con l’ereditarietà di malattie veneree, non è una coincidenza. L’origine sessuale di queste malattie è assodata. Poiché tutti i nostri avi sono stati colpiti direttamente o indirettamente da esse, la maggior parte delle malattie ha un background polimiasmatico.

Alcuni meridiani dell’agopuntura che convogliano l’energia ancestrale hanno punti di applicazione nel perineo, cioè nella regione relativa ai genitali. Ciò conferma l’origine venerea di questi miasmi. Ecco perché le malattie veneree hanno una così profonda influenza sul sistema immunitario.

Il primo focolaio epidemico di ciò che conosciamo come sifilide scoppiò nel 1494 fra le truppe tedesche che assediavano Napoli. Da lì la malattia si propagò in tutta Europa. Quando la malattia fu definitivamente documentata per la prima volta, nel 1495, chi ne era affetto si presentava coperto di pustole, dalla testa alle ginocchia, la pelle del viso si staccava e la morte avveniva dopo qualche mese. Era una patologia molto più fatale che ai nostri

giorni. Nel 1546 la sua sintomatologia era diventata quella attuale. L’epidemiologia del primo focolaio epidemico dimostra che si trattava di una malattia completamente nuova o era una forma mutata di una malattia preesistente. L’insanità mentale provocata dall’ultimo stadio della lue era una volta la forma di demenza più comune ed era associata alla paresi generale del malato. Ne è esempio l’infermità mentale del noto compositore *Robert Schumann*, benché la causa fondamentale della sua morte fosse stata l’avvelenamento da mercurio ‘terapeutico’.



Figura 1.
Il *Treponema pallidum*, microorganismo a spirale scoperto nel 1905 da Schaudinn e Hofman, è il responsa-



Figura 2.
Cancro primario della sifilide nel punto di infezione sulla mano.



Figura 3.
Aspetto tipico di un'eruzione di sifilide secondaria sul palmo delle mani e, di solito, anche sulla pianta

All’inizio non esisteva alcun trattamento efficace per la sifilide. Si usava il legno di guaiaco, ma soprattutto il mercurio. Si diceva che **“una notte nella braccia di Venere conduce a una vita in compagnia di Mercurio”**. Si somministrava il mercurio in molti

modi: per via orale, ma anche strofinandolo sulla pelle. Uno dei metodi più curiosi era quello dei suffumigi: il paziente veniva messo in una scatola completamente chiusa, con la testa fuori. Si inseriva nella scatola del mercurio e si accendeva sotto un fuoco per farne sprigionare i vapori. Era un procedimento debilitante e assolutamente inefficace. Nel XIX secolo la **tubercolosi, l'alcolismo e la sifilide** furono chiamate **‘malattie della classe operaia’**. La crescente industrializzazione e urbanizzazione ebbero enormi conseguenze sulla salute pubblica, specialmente su quella della classe operaia. Chi si ammalava di tubercolosi si dava all’alcol per dimenticare preoccupazioni e miseria. Bere allentava i freni inibitori e i malati frequentavano donne di facili costumi e prendevano la sifilide. Intorno al 1900 il 15% della popolazione belga morì di tubercolosi. Ne era affetta soprattutto la povera gente che viveva nelle città. Fino al 1882 la tubercolosi era considerata una malattia ereditaria e le persone affette erano evitate come appestati. Pur essendo associata alla sofferenza romantica, la tubercolosi indeboliva la popolazione, e si voleva evitarlo, soprattutto in periodi di guerra. Fino alla metà del XX secolo la lotta contro le ‘malattie della classe operaia’ fu considerata una priorità. L’alcolismo era ritenuto un malattia degli operai, emarginati dai medici stessi. Chi non beveva birra era una persona sana e gli ubriaconi erano poveracci incapaci persino di prendersi cura della propria fa-

miglia. Fino alla prima guerra mondiale il vino e il sidro, bevande dei ricchi, erano considerati più salubri della birra, bevanda dei poveri. In un libro della Croce Rossa di quel tempo, addirittura, la pubblicità contro l'alcolismo era proprio in prima pagina e nella terza era reclamizzato un certo vino o sidro!

Fino al 1940 la tubercolosi, l'alcolismo e la sifilide furono le tre malattie che mietevano più vittime fra la popolazione. Negli anni di passaggio fra il XIX e il XX secolo artisti, pittori, grafici e scultori contribuirono a diffondere la consapevolezza dei problemi di salute pubblica e igiene.

Da *Rops* a *Delvaux*, gli artisti resero pubblici i grossi problemi sociali che sconvolgevano la fine del secolo: la tubercolosi, la sifilide, ma anche la devastazione provocata dall'alcol. E, specialmente in periodo di guerra, la sifilide andava evitata.



Per mettere in guardia i soldati dal non frequentare meretrici si fecero manifesti molto traumatizzanti, e sculture di cera di genitali affetti da sifilide furono messe in mostra come attrazione nelle feste paesane. Un pene come un pipistrello o una vagina piena di ascessi. Il messaggio era chiaro: "Non frequentate certe donne".



Figura 5.
Nel dipinto
'Il museo Spitzner'
Paul Delvaux
(1897-1994)
mostra una donna
mezza nuda
circondata
da cadaveri.

Fino al 1910 la sifilide non comparve nelle statistiche di mortalità. Quindi nessuno vi morì. Era una tattica per mascherare l'inadeguatezza dei trattamenti. La malattia era incurabile e letale perché trasmessa per via sessuale. Eppure il Congresso Medico belga nel 1835 parla già di necessità di trovare mezzi medici e amministrativi per fermare la diffusione. Un benefattore arrivò a offrire 25 € per il migliore articolo sull'argomento.

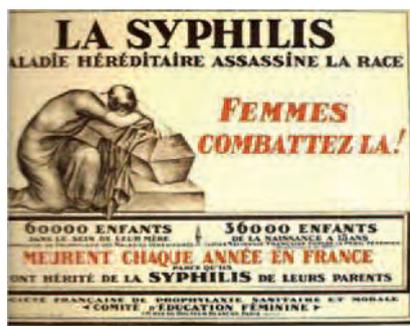
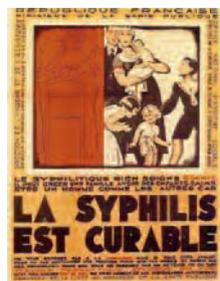


Figura 7, 8, 9.
Questi lavori riflettono lo spirito e il comportamento di un'epoca di testimonianza storica. Paragonando un manifesto di Louis Ramaekers, 1900 a uno di Noël Fontanet, 1930 possiamo notare che passi avanti abbiano fatto in trenta anni le informazioni sulla sifilide: dalla prostituzione come crimine all'immagine positiva di un medico e della paziente che si prende le proprie responsabilità.

Nel 1922, 70.000 persone circa ne erano affette a Bruxelles e 200.000 a Parigi. Sempre più donne furono informate del carattere ereditario della sifilide. Un manifesto del 1924 dichiara che erano morti di sifilide 60.000 neonati e più di 36.000 bambini sotto i 15 anni.

La sifilide è una malattia complessa che interessa diversi aspetti della medicina moderna. Dopo una diminuzione stabile nell'ultimo secolo, si ha un forte aumento in tutto il mondo dalla metà degli anni '90. L'obbligo di denunciarla all'autorità sanitaria è utile per combatterla. La sifilide può diventare un'infezione congenita nel neonato. È decaduta la pratica del test prenatale, ma si consiglia lo screening di tutte le donne al primo trimestre di gravidanza. Alle donne ad alto rischio può essere prospettato un ulteriore controllo durante questo periodo. Il ruolo di singoli medici nel prevenire la diffusione, della diagnosi precoce, del trattamento adeguato e dell'individuazione dell'origine e del contatto è essenziale.

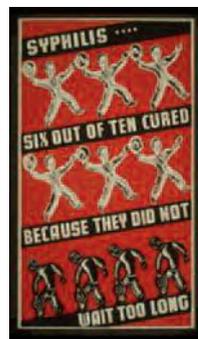


Figura 10.
Manifesto del periodo della depressione negli Stati Uniti, che rappresenta i primi trattamenti della sifilide.



Tutto ciò ci dovrebbe rendere consapevoli dell'influenza ereditaria della sifilide attraverso le generazioni. È qui che la terapia omeopatica con nosodi assume un ruolo importante.

IL MIASMA LUETICO E LA SOCIETÀ

Già nel 1627 il poeta *Jacob Cats* metteva in guardia dai pericoli delle malattie veneree:

Quod iuvat, exiguum est

Qui pecus hic lituosque vides, virumque, rosasque,

Te foedae veneris regna videre puta:

Hei mihi! Quam levis est quam brevis ista voluptas,

A tergo lanius tela cruenta gerit,

Frusta coquus torret. Vos, qui peccastis in igne,

Mox dabitur rapido membra pianda foco,

Membra focus male sana coquat; perit ignis in igne.

Corpore non aliter gallica pestis abit.

(N.d.T.: Godere di una piccola gioia serve a poco. Lo vedi quel montone coperto di corone di fiori: così godono coloro la cui giovinezza è un trionfo di lascivia... Ahimè! Quanto è leggera e breve la voluttà e quanto lunghe e tormentose le sofferenze che la seguono. Voi che avete peccato per troppo fuoco, presto saranno le vostre membra ad andare a fuoco, ad arrostarsi. Il fuoco consumerà il fuoco. Così si trasferisce al corpo il mal francese.)

Lo straordinario pittore *Hieronymus Bosch*, 1450-1516, prende le distanze dalla tradizione pittorica fiamminga. Il suo stile è unico, libero e il suo simbolismo, estremamente vivace, rimane senza confronti. Meraviglioso e spaventoso, egli esprime un intenso pessimismo, riflette le angosce del suo tempo, soggetto a sconvolgimenti sociali e politici. Il dipinto "Inferno" ci fa pensare alle sofferenze della sifilide: il protagonista è trafitto, picchiato, gli vengono riempiti gli orifizi e alla fine è arso.

Nel romanzo di *Thomas Mann* 'Dottor Faust', il protagonista, *Adrian Leverkühn*, acquisisce il talento di composi-

tore dopo aver contratto la sifilide.

Nel secondo romanzo di *Leonard Cohen* 'Meravigliosi perdenti', sono descritti dettagliatamente gli stadi terminali della sifilide del protagonista F.

MIASMA LUETICO IN OMEPATIA

ANAMNESI FAMILIARE: sifilide soppressa, malattie cardiache, tendenza ereditaria all'alcolismo, prematurità alla nascita, alta mortalità perinatale, figli che non si assomigliano, naso a sella, denti di Hutchinson.

ANAMNESI PERSONALE: nascita prematura, statura bassa rispetto all'età, scarlattina, crescita difficile, fontanelle aperte, sclerotiche cianotiche, naso a sella, denti di Hutchinson, colore del palato giallo-arancio, segno di Naret, ugola biforcuta, impianto dentario irregolare per mancanza di spazio, viso asimmetrico, disarmonico, macrocefalia, ritardo mentale, alcolismo ereditario, disturbi epatici ereditari, cioè GT e fosfatasi alcalina aumentate, morbo di Gilbert, disturbi neurologici, aneurisma dell'aorta, lesioni delle valvole cardiache, miglioramento in montagna, peggioramento di notte. L'anamnesi infantile mostra i più evidenti segni di miasma luetico. Secondo *S. Hahnemann*, *J.H. Allen* e *P.S. Ortega*: 'Un miasma è fatto di vari strati e deve essere trattato di conseguenza, a seconda di quello che predomina al momento: prima di tutto va trattato il miasma 'predominante attivo'.

Il concetto di dinamica miasmatica di *Masi* sostiene un approccio più totalitaristico, sia al paziente sia al rimedio, in cui i tre miasmi classici sono unificati in un solo rimedio. L'essere umano è un essere che cresce, si evolve e non il prodotto di un'ereditarietà o di influenze educative, culturali e sociali. In realtà, durante la vita avviene una trasformazione del materiale ereditato in ogni individuo. Dice *Hahne-*

mann: "L'omeopatia deve servire allo sviluppo dell'individualità e della spiritualità". Vi sono perciò poteri che sono ereditati dall'uomo e il potere dell' 'ego' che gradualmente va a dominare i poteri ereditati e li mette in mostra. Eppure i poteri ereditati sono sempre presenti, in parte.

Di solito, se è indicata la prescrizione di un nosode classico, sarà un rimedio intermedio, da usare quando non hanno effetto rimedi ben scelti o in base alla storia familiare o personale. La predominanza dei sintomi del nosode in bambini e neonati è sorprendente. Ciò significa che i nosodi sono indicati più nell'infanzia che nell'adolescenza. La loro energia agisce soprattutto su alcuni canali, vasi o meridiani supplementari, che trasportano forze ereditabili, l'energia ancestrale. Sono forze legate ai cromosomi e provengono dai nostri antenati. Quindi non è qualcosa di specifico di un individuo, ma è comune a molti suoi parenti. **L'energia ancestrale ha un'influenza predominante sul nostro sistema immunitario e sulla nostra forza vitale e spiega la tendenza a contrarre alcune malattie (la cosiddetta debolezza congenita).**

CASI CLINICI

Prima di tutto vi voglio presentare tre famiglie con un **forte carico miasmatico luetico**.

Nella prima famiglia c'è il **carico ereditario di suicidio e alcolismo**. Ho cominciato il trattamento del padre con *Syphilinum*, ripetuto due volte con buoni risultati, seguito da *Lycopodium clavatum* come rimedio costituzionale. Il figlio, affetto da disturbo ossessivo compulsivo, non solo aveva il carico luetico da parte paterna, ma anche l'alcolismo da parte materna.

Fin a questo momento è stato trattato solo con Syphilinum.

Nella seconda famiglia vediamo un carico ereditario di **schizofrenia** e un figlio, descritto in seguito, ha un disturbo ossessivo compulsivo. Casi di tre figli della stessa famiglia.

Nella terza famiglia troviamo i casi di due cugini con un **carico ereditario molto forte di alcolismo**. Il caso seguente descrive un bambino con eczema e un **forte carico ereditario di depressione in famiglia**.

1° CASO CLINICO

Maschio, rinite allergica

Prima famiglia: padre, carico ereditario di suicidio e alcolismo.

13/06/2005 - Nato il 03/05/1956.

Naso ostruito di notte, peggiora in ambienti polverosi, moquette. Dal 1985 si sveglia col naso tappato. Il naso comincia a tapparsi dopo 10 minuti che è steso. Pr/ Dexarhinospray[®], è utile. Quando non usa lo spray rimane sveglio per tutta la notte. È **disperato** perché non ha scelta e deve continuare a usare lo spray. **Croste nel naso**, al risveglio. Le croste sono irritanti e deve toglierle. A volte sanguina mentre lo fa, ma non sente dolore. Le croste sono verdi. Alla fine ne ha solo quattro o cinque. **Dorme male** da anni. Ha sempre avuto il sonno leggero. Non ha problemi ad addormentarsi, ma si sveglia tre o quattro volte a notte. Si riaddormenta, ma ultimamente è più difficile. Sta meglio di sera e va a dormire tardi. 'Dovrei vivere di notte'. Comincia a imbiancare la stanza alle 11 di sera.

Micosi delle unghie di mani e piedi, dal 1993 Pr/ Sporanox[®]. In passato lo prendeva tre volte al giorno e gli dava un temporaneo sollievo. Afta, molto spesso. Di solito un'afta sola. Massimo tre alla volta. Peggiora con alcol e stress. Herpes da sole, all'angolo della

bocca, non da altre parti. Sempre nella parte bassa a destra o a sinistra vicino all'angolo della bocca. Sensazione generale di stanchezza. Meno forza del solito. Si sente un po' depresso.

STORIA PERSONALE

Nascita traumatica: riuscita alla fine dopo molti tentativi: forcipe, taglio cesareo.

Infanzia: **eczema molto grave trattato con pomate al cortisone**. Per lui è stata un'esperienza traumatica. L'aveva su torace e schiena. Si infiammava ogni volta che lo grattava. Ricorda che cercava di spremere il pus dalle ferite. Quando l'eczema è scomparso gli è venuta una grave forma di acne.

Starnutisce quando entra in una stanza calda dopo aver fatto attività fisica al freddo. Allergia da polvere. **Strabismo**: occhio destro rivolto all'interno, meglio dopo intervento chirurgico. Ora l'occhio destro è rivolto all'esterno.

1967: verruche nelle dita, scomparse spontaneamente.

1971: verruche sulla pianta di entrambi i piedi. Pr/ AgNO₃.

1986: ernia inguinale destra con miglioramento dell'atrofia di un testicolo.

1995: intervento all'occhio destro. Grave reazione all'anestesia. È rimasto solo il 5% della vista.

1995: prostatite. Pr/ antibiotici per sei settimane.

1996: malattia di Dupuytren. Cominciata dalla mano destra. Ora su entrambe le mani. Al metacarpo del quarto e quinto dito della mano sinistra è insopportabile. Ora sta iniziando sulla pianta dei piedi.

1996: pneumotorace destro nel 1996. A riposo per sei settimane. Era molto preoccupato che si diffondesse al polmone sinistro. Era disperato.

1998: calcoli al rene destro con coliche.

2000: spalla bloccata dopo una caduta

sciando.

2004: tendinite alla spalla destra.

ANAMNESI FAMILIARE

Padre: malattia di Dupuytren.

Nonno paterno: suicidio.

Fratello del padre: suicidio.

Famiglia paterna: diversi suicidi.

Alcolismo nella famiglia del padre.

Sorella: sclerosi multipla in forma grave. Sta su una sedia a rotelle.

Madre: nefrectomia per tubercolosi.

Nonno materno: diabete.

Mangia qualsiasi cosa tranne carne di organi e latte. Ciò che gli piace di meno è il sapore amaro. **Beve molti alcolici**: 10 unità di alcol al giorno fra birra, vino e aperitivi. A volte soffre di emorroidi. Minzione: poca urina per volta. Cambia posizione durante il sonno. Sogna di volare. In realtà non è volare ma camminare con passi sempre più lunghi fino a riuscire a galleggiare a velocità sostenuta. "Salti senza toccare terra e hai ruote che stanno a 20 cm dal terreno. È sempre un peccato quando cammini e non sei più capace di volare". Si tratta di un vecchio sogno, che si ripete da 30 anni con più varianti.

Ha passato una bella giovinezza. Era il più grande di tre fratelli. Fin da piccolo gli hanno dato molte responsabilità, ma non gli ha dato fastidio. Le ha prese seriamente. Ha avuto un'educazione piuttosto indulgente e semplice. Ha sempre avuto, e ancora ha, tutto il sostegno da parte dei genitori. Alle scuole medie a volte è stato molestato. Non è contento al 100% degli studi che ha scelto e del lavoro di insegnante. Ha compensato, in seguito, la sua insoddisfazione diventando presidente di varie associazioni e intraprendendo la carriera di direttore di una scuola secondaria. Ora è dirigente al ministero dell'educazione. È abbastanza ambizioso e un po' arrogante. Gli piace vestirsi bene e i suoi figli de-

vono avere l'educazione migliore. Gli piacciono le belle auto. Può averle grazie al buono stipendio della moglie. Godersi la vita: ecco cosa gli piace. "Vivere in armonia e prendersi cura di chi mi circonda". "Avere successo nei progetti che avvio". Per evitare di soffrire. All'esterno molto calmo, ma internamente non sempre. Ha fiducia in se stesso ma vuole sempre mettersi alla prova. "Voglio sempre fare del bene a qualcuno: a volte un po' troppo". "Vado d'accordo con tutti, ma cerco sempre l'equilibrio fra sensibilità e razionalità. È raro che mi arrabbi, ma quando succede divento furioso. Esprimo il dolore che provo. Quel che serve, nella vita, è solo la salute".

QUALE RIMEDIO ?

Osservazione: **due canini sono denti di Hutchinson.**

Alcolismo nella famiglia del padre. Lui stesso beve troppo.

Tendenza al suicidio nella famiglia del padre.

GENERALS - FAMILY HISTORY of - suicidal deaths

Sorella: Sclerosi multipla. Il suo modo di vivere le sta distruggendo la vita.

Gli è rimasto solo il 5% della vista da un occhio.

Malattia di Dupuytren iniziata in giovane età, a 40 anni.

Spalla bloccata

Denti di Hutchinson

Miglioramento di sera. Comincia a vivere di sera tardi.

GENERALS - EVENING - sunset - sunrise; until

13/06/2005: Pr/ SYPHILINUM 200K

04/07/2005: Pr/ SYPHILINUM MK

23/08/2005: Pr/ SYPHILINUM MK

Sta molto meglio. Sonno buono senza spray al naso. Non ha più croste al risveglio. La micosi va molto meglio. Non ha più né afte né herpes. In generale

si sente molto meglio. Non ha più la sensazione di depressione. Ha preso *Lycopodium clavatum* il 24/10/2005 e il 24/01/2006 per completare l'azione di *Syphilinum*. Figlio maggiore che si è preso le proprie responsabilità. Ha una laurea, ma non ne è soddisfatto. Vuole di più. Questa è una tipica situazione da *Lycopodium*: avere una buona posizione e volerne avere una migliore. Sogni di volare. 10/09/2007 - È ricominciata la sensazione di bruciore e ha dovuto usare di nuovo lo spray.

Pr/ *Lycopodium clavatum*, con buoni risultati.

ANALISI

L'anamnesi familiare di alcolismo ha conseguenze estremamente serie! Non solo per chi abusa di alcolici, ma anche per la progenie. La forza distruttiva dell'alcolismo passa da generazione a generazione.

GENERALS - FAMILY HISTORY of - alcoholism

Il fatto che lo stesso Fried sia un **forte bevitore** peggiora ancor di più la situazione.

MIND – AILMENTS FROM - alcoholism

La distruttività del miasma luetico si manifesta anche nei **suicidi in famiglia. L'ostruzione cronica del naso**, secondo me, è un sintomo importante di *Syphilinum*. La sifilide al terzo stadio corrode i seni nasali. *Syphilinum* è un rimedio importantissimo della sinusite.

AGGIUNGERE AL REPERTORIO NOSE - OBSTRUCTION – chronic

2° CASO CLINICO

Ostruzione cronica del naso – eczema – disturbo ossessivo compulsivo

Prima famiglia: figlio, carico ereditario di suicidio e alcolismo.

18/02/2006 - Studente di Scienze Motorie, nato il 03/02/1985. **Dolore a un ginocchio.** "Questo dolore mi preoccupa molto. **Mi deprime** perché non so se posso continuare a fare sport. **Riuscirò mai a guarire?** Ecco cosa mi preoccupa di più". **Ostruzione cronica del naso.** Ha usato molti spray nasali a base di efedrina e cortisone. "Alla fine ho smesso perché mi sono accorto che mi facevano male, così **ho il naso chiuso da ottobre a maggio.** Gli spray li porto sempre con me, per sentirmi sicuro". Pelle secca con un po' di eczema.

Comportamento ossessivo compulsivo: pensa continuamente.

"Non so spiegare. **Devo fare certe cose**, non riesco a non farle. Vorrei non farle più ma... è più forte di me. **Devo toccare qualcosa; le cose devono stare sempre nello stesso posto.** Durante gli esami riesco a studiare solo in cucina. Studio in cucina anche perché **non riesco a concentrarmi** e se sono in cucina mia madre mi controlla e quindi sono costretto a studiare. Ho molta **paura che potrei aver scordato qualcosa**, tipo **chiudere la porta di casa. Controllo sempre.** Quando sono a lezione continuo a pensare che potrei aver scordato di chiudere la porta. Quando guido troppo veloce penso sempre che potrei avere una multa, ma anche se lo penso continuo ad andare veloce. Non sono tranquillo e mi vengono un sacco di pensieri. A volte penso di essere in uno stato maniaco depressivo con tutti questi **pensieri persistenti.** Mi preoccupa se sento un dolore da qualche parte. Ma ne sento sempre qualcuno e perciò sono sempre preoccupato. Il mio stato fisico mi interessa molto. E sono preoccupato che mi succeda qualcosa ai muscoli. **"Ho sempre qualcosa che mi preoccupa"**. Lo preoccupano molto gli articoli sull'inquinamento

che legge. **Tutte queste preoccupazioni lo fanno dormire male.** Fa fatica ad addormentarsi e quando si sveglia si sente debilitato. Ha paura di svegliarsi di notte perché di notte tutte le preoccupazioni si acuiscono.

ANAMNESI PERSONALE

Gravidanza: gemellare.

Nascita: a sette mesi e mezzo,

2000: intervento chirurgico per **frantumazione della cartilagine del ginocchio.**

ANAMNESI FAMILIARE

Madre: alcolismo,

Nonno materno: alcolismo,

Padre: alcolismo.

Gli piace molto **bere alcolici ogni tanto.** Dorme disteso sull'addome.

“Ritardo della crescita, che mi ha reso infelice. Per un certo periodo ho avuto una specie di depressione e perciò **mi mutilavo ferendomi le braccia.** Nessuno lo sapeva. Ho smesso di farlo da tre anni. Sono molto sensibile e soprattutto a contrattempi e critiche. Non sopporto di essere umiliato. Dall'esterno non sembro molto fragile. Spesso mi comporto esattamente al contrario. A volte mi comporto da duro, ma non lo sono. Non mi sento mai completamente a mio agio. Ho sempre una specie di **agitazione interna,** come se mi potesse capitare qualcosa che mi farà soffrire. Quando **mi diverto non lo faccio fino in fondo, perchè continuo a pensare che non durerà a lungo.** Ecco perché guardo sempre l'orologio. Ho spesso la sensazione che la vita stia scorrendo via. Mi sembra di non fare abbastanza cose utili.

A volte succede che all'improvviso mi sento male senza alcuna ragione apparente, ma non lo faccio vedere. Mi piacerebbe aiutare altra gente ma ho già capito che non tutti sono così e mi sento demoralizzato. Mi disturba la

perdita di valori della società attuale. A volte penso che avrei voluto vivere nei tempi andati, quando le persone erano meno individualiste. Un tempo in cui un individuo poteva fare la differenza. Mi sento piccolissimo in un mondo immenso. Ho paura della morte. **Ho cominciato a pensare all'universo e all'infinito.** Questo pensiero spesso mi rende molto ansioso, perché sono problemi che non riesco a risolvere e nessuno mi può aiutare. Quando ci provo divento pazzo. Se comincio a pensare alla vita divento pazzo. Non c'è soluzione: comincio a pensare all'idea di infinito e divento pazzo. Mi rendo conto che è solo una parola che usiamo, ma non è possibile immaginarne il significato. Se esiste un confine, ci dev'essere qualcuno che sta oltre il confine. **Pensare queste cose mi fa stare sveglio per ore.** Ma non serve a niente continuare a pensarci perché non ci sono soluzioni. Nella mente ho il caos. D'altra parte **non ho paura di rischiare.** Mi piace praticare sport estremi, che comportano dei rischi, come il freeclimbing o il jumping. Mi dedico anche ad attività spericolate. In quei momenti mi sembra che non mi possa accadere niente. **Ho paura del decadimento fisico.** Non della morte improvvisa, ma del declino lento. Perché in quel caso c'è troppo tempo per pensare a cosa succederà. Ecco perché **credo sempre di avere una malattia incurabile,** una malattia ancora non riscontrabile. Così non mi sento bene al 100%. Il **minimo dolore mi preoccupa molto** e penso al peggio. Credo in cose che non riesco a spiegare. Sono un po' **superstizioso.** Mi dà fastidio che la gente ora abbia bisogno di una spiegazione scientifica per tutto. Io credo nell'anima che vive in un corpo e non in una rete di connessioni col cervello. Un altro esempio sono i déjà vu. Li ho regolarmente e mi sembra di aver provato o sognato certe cose

già tempo fa. A volte più, a volte meno. Certe volte sento che cose che non si riuscirebbero a spiegare normalmente mi sono chiare. L'ho provato parecchie volte e so distinguere una situazione reale da un déjà vu.”

QUALE RIMEDIO?

È un chiaro caso di miasma sifilitico predominante. La frantumazione della cartilagine del ginocchio in giovanissima età è un altro sintomo sifilitico. (N.d.R.: Nella repertorizzazione): Sulphur è al secondo posto. Sulphur fa parte della rubrica:

GENERALS FAMILY HISTORY of – syphilis

Carcinosinum è il nosode trimiasmatico. Pr/ SYPHILINUM 200K.

04/03/2006 - A volte ha riso di sé quando ha cominciato di nuovo a pensare a cose strane. Si è detto: “Non fare lo stupido”. Per esempio quando pensava se aveva chiuso o no la porta o l'auto. Di recente ha avuto molto da fare e quindi non ha avuto tempo di rimuginare. Quando andava a letto era così stanco che dormiva subito. A volte **ha provato a pensare e ripensare, ma poi ha smesso.**

Il ginocchio va molto meglio.

Pr/ SYPHILINUM MK.

Pr/ SYPHILINUM XMK il 06/06/2006, mi ha consultato per telefono.

04/07/2006 - **Non ha tempo di rimuginare. Il sonno va molto meglio.** Non si sveglia più. **I pensieri non gli impediscono più di addormentarsi.**

Pr/ SYPHILINUM XMK.

Ottobre 2007 - Molto meglio. Di solito il periodo degli esami di giugno/luglio è molto difficile, ma questa volta no. Dorme bene e pensa molto meno.

AGGIUNGERE AL REPERTORIO

La sifilide colpisce i seni. La sinusite è in sintomo fisico che fa pensare al miasma sifilitico. Ho molti casi in cui Syphilinum ha curato l'ostruzione cronica del naso.

NOSE - OBSTRUCTION – chronic
Essere costretto a toccare le cose e il disturbo ossessivo compulsivo in generale sono sintomi del miasma sifilitico dominante.

MIND - TOUCHING - impelled to touch – everything

Pensare continuamente gli provoca insonnia e difficoltà di addormentarsi.

MIND - THOUGHTS - rush - sleeplessness from

SLEEP - SLEEPLESSNESS - thoughts - activity of thoughts; from

Syphilinum è nelle rubriche:

MIND: - DELUSIONS - disease - incurable disease; he has an; - DESPAIR - recovery, of; - DWELLS - past disagreeable occurrences, on; - MEMORY - active - past events, for; - SADNESS - disease, about.

Peter rimugina di continuo sul proprio stato di salute: pensa di avere una malattia incurabile. Pensa sempre al suo ginocchio. Quindi ritengo che Syphilinum andrebbe aggiunto nelle seguenti rubriche:

MIND: - BROODING; - BROODING - disease, over his; - SADNESS - dwelling constantly on her condition. Poiché “Audacity” per il rischio e “Delusion invincible” sono effettivamente caratteri ‘distruttivi’, propongo di aggiungerli a Syphilinum. Pensare di essere invincibile spesso porta alla rovina, e la distruzione è uno dei sintomi della sifilide.

MIND: – AUDACITY; - DELUSIONS - invincible; he is.

L'abitudine di studiare nel periodo degli esami in cucina è da considerare una specie di rituale. Appena cominciava a studiare andava in cucina. Questo e il disturbo ossessivo compulsivo

che lo costringe a toccare tutto, sono sintomi traducibili, nel Repertorio, in: **MIND:** – MONOMANIA; - RITUALISTIC BEHAVIOR.

3° CASO CLINICO

Tuur M., eczema e disturbo ossessivo compulsivo

Seconda famiglia: carico ereditario di schizofrenia

17/06/2005 - Nato il 24/05/2002. Eczema sui gomiti e nell'incavo delle ginocchia, da novembre 2004. Cammina in punta di piedi quando è 'sotto stress'. Dal 2005 ha avuto polmonite, bronchite e otite media.

Desidera mangiare salato. Preferisce una fetta di pane con formaggio e gli piacciono le patatine fritte. Adora il latte freddo. Feci: dure e qualche volta con tracce di sangue. Enuresi notturna. Sonno: si sveglia ogni notte alle 3. Posizione supina. Suda molto durante il sonno. Salvazione abbondante in passato e ancora adesso in certi periodi.

A volte è difficile convivere con Tuur. Deve essere tutto come vuole lui. **Ogni cosa deve stare al posto giusto.** Per lui è molto importante che sia così. La madre lo considera un bambino speciale, non 'normale'. Ha delle **ossessioni.**

Ogni cosa ha un suo posto e diventa isterico quando non la trova nel posto che dice lui o che ha riservato per quell'oggetto particolare. **Ognuno deve sedersi al proprio posto.** Il suo straccetto deve stare appeso sempre nello stesso punto. È molto disturbato se gli chiedo di sedersi da un'altra parte, in ambulatorio. “Quello è il mio posto!” Quando è scalzo e sua madre lo prende in braccio per fare le scale, capita che a metà strada voglia salire da solo, ma solo dopo che è sceso ed è tornato nel punto in cui la mamma lo aveva preso in braccio, altrimenti si agita. È molto attaccato alla mamma e pretende da lei un'atten-

zione totale. Vuole spesso che lo prenda in braccio. D'altra parte è molto indipendente e vuole fare tutto da solo. A scuola va bene e ascolta con attenzione. Si trova in difficoltà quando qualcosa succede in modo diverso rispetto a come si era immaginato. Si irrigidisce e diventa molto forte. Esame obiettivo: negativo.

QUALE RIMEDIO?

Disturbo ossessivo compulsivo: Monomania.

Rigido e intransigente: tutto deve essere come vuole lui, come pensa lui.

Molto disturbato se le cose non vanno a modo suo.

Schizofrenia nella famiglia del padre: il fratello del padre.

Nascita prematura. Disturbi cronici. Sviluppo tardivo del linguaggio.

(Paziente guarito da SYPHILINUM, dose non specificata, fratello gemello del Paziente seguente. N.d.R.).

4° CASO CLINICO

Fill, infezioni ricorrenti alle prime vie respiratorie.

Seconda famiglia: fratello gemello, carico ereditario di schizofrenia.

17/06/2005 - Nato il 24/05/2002.

Infezioni ricorrenti alle prime vie respiratorie, da quando ha cominciato a frequentare l'asilo nido. Gennaio 2005: oltre al raffreddore cronico con **ostruzione continua del naso** ha avuto un principio di polmonite e bronchite. **Tira sempre su col naso** e ha improvvisi aggravamenti del raffreddore. Prima di gennaio non era mai stato male. Feci molli. Si addormenta con difficoltà. Piagnucola continuamente, ma senza lacrime. **Si sveglia spesso, al minimo rumore.** Si sente sempre meglio di sera. **La notte è il momento più difficile.** Non vuole andare a dormire. Irritabile di mattina. Allergico a Amoxiclav[®] e Biclav[®]. **Nascita prematura a 8 mesi**, fratello gemello di Tuur.

Desidera mangiare dolci. Adora il cioccolato e una fetta di pane col cioccolato. Gli piacciono molto anche i gelati e il latte freddo. **Sonno irrequieto.** Si sveglia al minimo rumore.

Carattere dolce. Sempre allegro. **Gli piace stare tra la gente.** A volte si arrabbia molto, ma dimentica presto. Quando si arrabbia si butta per terra. Sviluppo motorio buono. Si arrampica su ogni cosa e riesce sempre a correre via quando non è ben sorvegliato. Gli piace cantare. È piuttosto ubbidiente.

QUALE RIMEDIO?

Fratello del padre: schizofrenia.

Nascita prematura. Difficoltà ad addormentarsi. Disturbi cronici.

Pr/ SYPHILINUM 200K.

ANALISI

Schizofrenia in famiglia. Il fratello gemello Tuur ha un **disturbo ossessivo compulsivo.** Sia il fratello che la sorella hanno risposto molto bene a Syphilinum. La notte è il periodo della giornata più difficile per lui. Sonno irrequieto e interrotto di frequente anche dal minimo rumore. Dopo l'assunzione di SYPHILINUM il caso si è risolto. Gertner è il nosode intestinale del miasma sifilitico, che ha completato l'azione di Syphilinum. Phosphorus è il suo rimedio costituzionale. Ultimo consulto telefonico a Febbraio 2007: sta molto bene.

15/07/2005: Pr/ Gaertner 200K.

16/09/2005: Pr/ Gaertner 200K

14/12/2005: Pr/ Phosphorus 200K.

12/02/2006: Pr/ Phosphorus 200K.

01/02/2007: Pr/ Phosphorus 200K, consultazione telefonica.

5° CASO CLINICO

Mira, accesso ricorrente al naso.

Seconda famiglia: carico ereditario di schizofrenia.

04-11-2005 - Nata il 05/07/1996.

Ascessi ricorrenti al naso dall'estate 2004, dopo essere tornata dal campeggio, dove le era sanguinato il naso. Appena a casa, ha avuto un **grosso ascesso vicino all'orecchio destro con molto pus fetido.** Frequenza: da allora, ogni quattro o sei settimane presenta un'**infezione con emorragia al naso e croste. Le croste migliorano con difficoltà.** In concomitanza con questa infezione presenta anche **pustole con pus fetido su tutto il corpo.** Il trattamento con Bactroban® è efficace, ma il problema riemerge ogni quattro o sei settimane. Per lo più nella narice destra, ma è possibile anche nella sinistra. Si verifica all'interno della narice, sul setto, ma può estendersi anche al di fuori del naso. Una **crosta molto sanguinosa.** Molto **dolorosa,** specialmente se **toccata, e difficile da staccare.** Se tocca il naso comincia a sanguinare. Coltura del pus: positiva a Staphylococcus aureus.

Trattamento: Con Bactroban® e Staphycid® non si sono ottenuti risultati duraturi perché l'infezione ricorre.

Eziologia: Due settimane prima di partire per il campo estivo 2004 aveva una **ferita molto strana sulla gamba destra: nera,** mentre la parte circostante era rossa. Pr/ Antibiotici. In seguito è diventato un vero e proprio buco dall'aspetto molto strano.

Affaticamento: Si lamenta spesso di essere stanca. È sempre affaticata e cammina lentamente. I capelli emanano cattivo odore poco dopo essere stati lavati. Due giorni dopo hanno di nuovo un odore sgradevole.

Molluschi contagiosi: sul viso, trattati da un dermatologo.

ANAMNESI PERSONALE

Gravidanza: La madre era stata vittima di un incidente automobilistico durante

il terzo mese di gravidanza. Aveva fatto un testacoda in autostrada. Al momento dell'incidente la madre era rimasta calma, e solo il giorno dopo le era venuto un herpes labiale. Da bambina l'aveva spesso. Nascita: Normale.

Adora i dolci. Mette le dita nello zucchero. Fa lo stesso col sale. **Sonno molto irrequieto.** È abbastanza ambiziosa e **non sopporta essere contraddetta.** La maestra a scuola si lamenta del fatto che è **distratta** durante le lezioni, ha **difficoltà di concentrazione** e **affaticamento mentale.** In generale è **molto irrequieta.** Non sta ferma un momento. È molto socievole ed ha molti amici.

QUALE RIMEDIO?

Naso, croste. Foruncoli su tutto il corpo. Disturbo cronico. Schizofrenia in famiglia. I due fratelli hanno reagito bene a Syphilinum.

Pr/ SYPHILINUM 200K.

AGGIUNGERE AL REPERTORIO DUE NUOVE SOTTORUBRICHE

GENERALS - FAMILY HISTORY of: – psychiatric complaints; – schizofrenia.

6° CASO CLINICO

Axel, problemi d'apprendimento.

Terza famiglia, cugini: carico ereditario di alcolismo

03/12/2003 - Nato il 07/05/1992.

Problemi d'apprendimento dal 1999 quando aveva 7 anni ed era al secondo anno di elementari. **Capacità di concentrazione molto scarsa** e una forte paura di fallimento sono stati diagnosticati in un centro di problemi d'apprendimento. Quoziente di intelligenza 100, ma i risultati sono stati compromessi dai problemi descritti sopra. Se non si tiene in considerazione

la scarsa concentrazione, dovrebbe raggiungere un QI di 112. Problemi motori e di scrittura. 2002: livello di lettura: 4/10. La madre mi ha mostrato un test di francese fatto davvero male. Il testo era pieno di errori. Non c'era nemmeno una frase senza errori. Incredibilmente, Axel reagiva con molta indifferenza a questi pessimi risultati. Di fatto, non è per niente motivato. Pr/ trattamento con esercizi psicomotori e terapia del linguaggio. In una seduta era in grado di fare tutto, in quella dopo non sapeva fare nulla. In generale era distratto e disinteressato. Era assente, come se si trovasse in un altro mondo. Ha interrotto la terapia a giugno del 2002.

Settembre 2002: All'inizio del quinto anno delle elementari, al test di ingresso ha ottenuto risultati molto scarsi. Quando abbiamo chiesto agli insegnanti di aiutarci a risolvere il problema, non sapevano che fare. Problemi comportamentali e stato depressivo nel 1999. Stava steso sul letto urlando che non voleva più vivere: **"Voglio essere morto!"**. La madre era completamente scioccata. È migliorato lentamente con la fisioterapia. "Si muove tutto dentro" dice, puntando il dito sulla regione epigastrica. La sua **mente non è mai a riposo e pensa sempre, giorno e notte**. Allergia alla frutta, pere e mele. Raffreddore allergico. Verruche ai piedi a intervalli regolari.

ANAMNESI PERSONALE

Gravidanza: Gravidanza normale, a parte la pressione alta della madre.

Sviluppo del bambino normale.

Varicella: Molto forte su tutto il corpo. Anche in bocca.

1998: Ernia ombelicale.

2000: Visita medica.

Maggiore di tre fratelli. Ha due sorelle nate nel 1993 e nel 2000.

ANAMNESI FAMILIARE

Madre: Bronchite asmatica e cronica. Stava male spesso. Operata di cisti alle ovaie. Raffreddore allergico.

Sorellastra della madre: disabilità fisica dalla nascita.

Fratellastro della madre: grave caso di dislessia e balbuzie.

Nonno materno: Nessun contatto con il nonno materno. I nonni hanno divorziato quando la madre di Axel aveva solo due anni. **Alcolizzato.** Era molto aggressivo. Deceduto per arresto cardiaco nel 1998 all'età di 49 anni.

Cugino (figlio della sorella della madre): disfasia. Sotto terapia.

Cugino (figlio della sorella della madre): Maurits, vedi altro caso clinico: **problemi di concentrazione** dall'infanzia, già visibili dall'asilo nido. Diagnosi: **ADHD (disturbo da deficit attenzione e iperattività) con ritardo mentale, QI basso.**

Nonna paterna: Alcolismo, nata nel 1946. **Il cervello è del tutto compromesso dall'alcol.** Non sa neppure di avere dei nipoti. A soli 56 anni vive come un vegetale, tutto il giorno seduta su una sedia. Beveva solo birra chiara. Niente liquori.

Cugino del padre: Autismo.

Figlio del cugino del padre: Sindrome di Asperger.

Ha sempre sete. Appetito buono. Desidera cibo dolce e aspro. Avversione alle spezie. Mangia molto velocemente e gli viene spesso mal di pancia. È sempre **impaziente** di iniziare a mangiare.

Sonno: irrequieto, parla molto mentre dorme. Non ha bisogno di dormire molto. Non sta mai tranquillo.

Sembra indifferente ai propri problemi. Secondo sua madre è solo una posa. Nel suo intimo ne soffre. Non accetta nessun tipo di aiuto. Durante le lezioni si comporta come un pagliaccio. Finisce le verifiche molto velocemente, con un atteggiamento "tanto non mi fai niente".

Ha dei buoni amici a scuola. A casa è diverso e di malumore, si arrabbia facilmente, è molto nervoso ma, d'altra parte, è anche molto sensibile e si preoccupa. Molto irrequieto quando sta seduto, non sta mai tranquillo. Si annoia facilmente. Salta sulle sedie. Non mostra di pentirsi quando fa qualcosa di sbagliato, Diagnosi differenziale: *Crocus sativus*. Quando mangia prende tutto quel che sta sul tavolo. Divora il cibo. Per lui mangiare è una perdita di tempo. Strilla e urla quando va in bagno o quando prende qualcosa da bere. La sua calligrafia è illeggibile e fa molti errori. È molto capriccioso quando gioca; non riesce a giocare con la stessa cosa per molto tempo. Si annoia subito. È **davvero pessimista**. Anche se ha passato una giornata bella e piacevole in cui è successo qualcosa di brutto per 10 minuti, si ricorda quei dieci minuti. Si scorda tutte le cose belle. La madre si è accorta da tempo che non si comporta come gli altri bambini. Pensa in maniera differente... non si sa come punirlo o ricompensarlo. D'altra parte è un bambino molto dolce. Attira l'attenzione in maniera negativa comportandosi in modo ingestibile quando ci sono ospiti. Allora è diverso dal solito, molto aggressivo. Normalmente è invece dolce e sensibile, non farebbe del male a nessuno.

Bambino dolce. Dà l'impressione di essere molto arrendevole. Quando gli chiedo di togliersi la giacca per farsi esaminare è contrariato e si arrabbia molto. Si comporta in modo strano e non vuole collaborare.

QUALE RIMEDIO?

Alcolismo in famiglia.

Pensieri suicidi all'età di 7 anni: "Voglio essere morto!"

Carico ereditario di disfasia, dislessia e difficoltà di concentrazione.

Allergia. Raffreddore allergico da parte della madre.

Pr/ SYPHILINUM 200K.

15/01/2003 - Risultati molto buoni. Studia ed è concentrato. Ha cominciato a fare i compiti per casa senza difficoltà. In francese ha preso 19/20, un risultato impensabile prima. In passato aveva sempre avuto brutti voti. La madre non riusciva a crederci. È un risultato straordinario.

26/02/2003 - Pr/ SYPHILINUM 200K.

21/05/2003 - Pr/ SYPHILINUM 200K.

11/06/2003 - Dopo aver preso il rimedio ha passato un periodo molto negativo per quel che riguarda il comportamento. Miglioramento del comportamento dopo una settimana. Meno aggressivo e ostinato. Studia. Enuresi notturna secondaria. L'aveva avuta molto tempo prima. Raffreddore allergico molto forte con asma di notte. Come quando mangia una mela, pera o ciliegia. Sonno: irrequieto, si muove sempre mentre dorme. Sempre insoddisfatto. Sbuffa e si lamenta. Sembra quasi che debba portare un peso enorme sulle spalle. Si lamenta di ogni cosa e soprattutto delle cose più sciocche, di sua madre, suo padre e sua sorella maggiore, del cibo e delle cose che deve mangiare. Sostiene di non essere apprezzato. Quando è così, è molto nervoso e non riesce a stare fermo un secondo. Si lamenta e sbuffa. Molto insoddisfatto.

MIND - Lamenting appreciated he is not. Calcarea carbonica: costituzione piuttosto grassottella. Quarto grado nella repertorizzazione. Sulphur: Esibizione; indifferenza. Primo grado nella repertorizzazione.

Pr/ CALCAREA SULPHURICA 200K

22/07/2003 - Risultati molto buoni. È migliorato moltissimo e sua madre non riusciva a credere che fossero i risultati del figlio. Voti molto buoni. Incredibile. Concentrazione molto buona. Lui stesso desiderava ottenere

voti alti. In campeggio gli hanno fatto i complimenti.

Pr/ Calcarea sulphurica 35K, placebo. 27/08/2003 - Pr/ CALCAREA SULPHURICA 200K.

30/01/2004 - Tutto va bene. Grande miglioramento. Risultati scolastici buoni con voti alti e commenti buoni. Ha ottenuto un 81/100. È molto motivato.

ANALISI

I precedenti familiari di alcolismo hanno conseguenze estremamente serie! Non solo per i diretti interessati, ma anche per la prole. Il potere distruttivo dell'alcol si trasmette attraverso le generazioni.

GENERALS - FAMILY HISTORY of – alcoholism

Anche se Axel, che è ancora un bambino, non ha fatto uso di alcolici, possiamo riconoscere nell'alcolismo la causa del suo disturbo:

MIND - AILMENTS FROM – alcoholism

I risultati clinici derivati da questa situazione sono i suoi problemi mentali: **difficoltà a concentrarsi, ottusità, distrazione, affaticamento mentale e pensieri persistenti. Il desiderio di morte, l'odio per la vita e i pensieri suicidi** sono tipici del **miasma luetico, distruttivo**.

Era quello il miasma predominante. Perciò abbiamo cominciato con Syphilinum. Il trattamento con Syphilinum ha dato risultati eccezionali. Axel ha ritrovato motivazioni e ottenuto buoni voti. Il suo livello di concentrazione è migliorato molto. In seguito ha cominciato ad essere 'insoddisfatto di tutto' e a 'lamentarsi di non essere apprezzato'. Questo era un elemento nuovo nel suo comportamento. Prima era diverso, aveva un atteggiamento di indifferenza. Dopo aver rimosso il carico sifilitico con Syphilinum, Calcarea sulphurica ha continuato a sortire gli effetti positivi di Syphilinum ed ha

migliorato ancora di più il suo stato mentale.

AGGIUNGERE AL REPERTORIO MIND - death desire; - loathing for life; - weary of life.

7° CASO CLINICO

Maurits, disturbi del linguaggio

Terza famiglia, cugini; carico ereditario di alcolismo.

21/02/2003 - Nato il 06/02/1995.

Disturbi del linguaggio. La madre ha notato una differenza tra lui e il fratello fin dall'inizio. Quando **fissa qualcuno il suo sguardo è assente**. Già appena nato la madre si era accorta che non era un bimbo attivo. **Ha imparato a parlare tardi e a due anni non diceva neppure una parola.** La madre era preoccupata per il suo sviluppo fin dal principio, ma nessuno l'aveva ascoltata. Lo sviluppo motorio e delle abitudini igieniche erano normali. Verruca sulla pianta del piede.

QI totale: 82. Verbale: 75 e di performance: 94.

06/2005 - **Sindrome da deficit di attenzione (ADD)**, con QI basso, sotto la media. Difficoltà in matematica ed incapacità di eseguire calcoli. È una specie di **discalculia**, ma poiché ha un QI totale sotto 85, non si si parla di discalculia, ma si considera un aspetto dell'intero problema. **Fa errori quando parla o scrive.** Pr/ Ritalin® su richiesta dei maestri di scuola dal 09/01/2003, ma ha presentato molti effetti collaterali: palpitazioni, disturbi del sonno e perdita dell'appetito. Si è sentito molto male. Gli è stato fatto un holter di 24 ore a causa delle palpitazioni. Il suo insegnante pensa che il suo livello di concentrazione sia migliorato da quando è in cura col Ritalin®.

ANAMNESI FAMILIARE

Fratello: nato nel 1990

Fratello: nato nel 1992. I fratelli non hanno alcun problema.

Nonno materno: Nessun contatto con il nonno materno. I nonni hanno divorziato quando la madre di Maurits era molto piccola. **Alcolismo.** Era molto aggressivo. Deceduto in seguito ad un arresto cardiaco nel 1998, all'età di 49 anni.

Sorella della madre: Madre di Axel G., cfr. caso precedente, bambino con difficoltà di apprendimento e gravi problemi comportamentali. Asma e bronchite cronica. Si ammalava molto spesso. Madre operata di cisti alle ovaie. Raffreddore allergico.

Fratellastro della madre: balbuzie e dislessia.

Sorellastra della madre: disabilità e malformazioni fisiche dalla nascita.

Figlio della sorella della madre: Disfasia. È sotto terapia.

Padre: Nevrosi.

Nonna paterna: Il diabete ha provocato una gangrena che l'ha portata alla morte all'età di 61 anni.

Poco appetito da quando in trattamento con Ritalin®. Adora i dolci e le spezie.

Feci: **pensa che le proprie feci siano molto sporche. Vuole sempre lavarsi le mani dopo essere andato in bagno.** Sonno: **fa fatica ad addormentarsi.** Posizione: sul fianco o supino. Digrigna i denti e ha molta salivazione mentre dorme.

Bambino allegro. Sempre di buon umore. È molto affettuoso e molto attaccato alla mamma. A volte ha **atteggiamenti ripetitivi. Dopo aver fatto un'azione vuole ripeterla costantemente.** Fuori dalla scuola non ha amici. A scuola ha molti amici. Era iscritto a un'organizzazione giovanile ma ogni volta, prima di andarci, piangeva. Se si trova in un ambiente nuovo è spaventato e insicuro.

QUALE RIMEDIO?

Anamnesi familiare dalla parte della madre: alcolismo in famiglia (Nonno materno) con serie ripercussioni sul fratellastro e la sorellastra della madre. Anamnesi familiare dalla parte del padre: Nevrosi. Diabete, cancrena.

Pr/ limitare i dolci: niente coca cola, niente Ritalin®, limitare l'uso del computer e della televisione.

31/03/2005: Pr/ SYPHILINUM 200K.

22/09/2003: Pr/ CROCUS SATIVUS 200K come rimedio costituzionale, ripetuto 4 volte.

29/01/2004: Pr/ SYPHILINUM 200K.

02/03/2004: Pr/ SYPHILINUM MK, ripetuto 3 volte.

15/02/2005: Pr/ SYPHILINUM XMK.

14/06/2005: Pr/ GAERTNER 200K, ripetuto una volta.

17/11/2005: Pr/ CROCUS SATIVUS 200K.

19/01/2006: Pr/ CROCUS SATIVUS MK, ripetuto 4 volte.

22/05/2007: Pr/ CROCUS SATIVUS MK.

Considerate le sue capacità, Maurits sta molto bene. I genitori e gli insegnanti sono sbalorditi dai progressi che ha fatto e che sta tuttora facendo.

8° CASO CLINICO

Elise, eczema

Carico ereditario di depressione.

10/04/2007 - Nata il 17/10/2006.

Eczema atopico nella parte anteriore del corpo e sulla pancia. La zona del collo è la peggiore e ha molto prurito. Anche eczema umido sotto le ascelle con screpolature. Tutto è cominciato quando ha smesso di prendere il latte materno. Quando la

spogliano il prurito aumenta e comincia a grattarsi. A volte presenta pustole su tutto il corpo. Ha la tosse da un mese. Mal d'orecchi da ieri.

ANAMNESI PERSONALE

Gravidanza senza problemi. Peso alla nascita: 4.135 kg. Varicella. Tosse curata con Atrovent®. Settembre 2007: otite media, antibiotici.

ANAMNESI FAMILIARE

Padre: eczema fin dalla pubertà, soprattutto su viso, collo e torace. Pelle molto secca. L'acqua aggrava i sintomi. Allergia ai pomodori. Erisipela, ricovero di 10 giorni.

Nonno paterno: Maniaco depressivo.

Nonna paterna: Morta in un incidente stradale nel 2002. Era al volante e la ragione per cui ha perso il controllo della macchina è incomprensibile. Non accettava l'idea di invecchiare e ci si chiede se l'incidente non fosse invece un suicidio.

Nonno materno: depressione cronica.

Sorella della madre: eczema.

Fratello della madre: eczema nelle piliche cutanee.

Appetito buono. È passata da P75 alla nascita agli attuali P10. Posizione: supina. Al caldo diventa rossa. Allegra. Bambina tranquilla, che piange raramente. **Si strappa continuamente la pelle.**

Allegra, ride tutto il tempo.

ESAME OBIETTIVO: Macchie su tutto il corpo. Eczema molto arrossato sul collo. Screpolature sotto le ascelle. Pelle secca.

QUALE RIMEDIO?

Nonno paterno: Maniaco depressivo.

Nonna paterna: Cosa pensare dell'incidente? Informazioni date dalla nonna materna, anche lei paziente nel mio ambulatorio. La nonna paterna era una donna molto bella e diceva sempre che

non voleva diventare vecchia.

Nonno materno: Depressione cronica.

Si strappa sempre la pelle.

MIND - GESTURES, makes

Allergie abbastanza gravi in famiglia.

(Nel testo l'Autore dà per scontato che la prescrizione fu SYPHILINUM, senza specificare il dosaggio. N.d.R)

25/04/2007 - Il viso è migliorato molto. Il collo è peggiorato. Eczema anche nella parte superiore delle gambe. Nessuna eruzione sotto il pannolino. Si ferma al margine del pannolino.

08/06/2007 - L'eczema sta scomparendo dalla testa ai piedi. Legge di guarigione di Hering.

01/10/2007 - Il padre, molto scettico sull'omeopatia, mi ha chiesto di venire in visita, per suoi problemi personali, visti gli ottimi risultati ottenuti sulla figlia.

NUOVA RUBRICA

GENERALS - HISTORY; personal – depression; of.

9° CASO CLINICO

Kaat B, verruche – disturbo ossessivo compulsivo

30/09/2002 - Nata il 13/03/1994. Verruche sulla mano destra: una sul medio, una sull'anulare ed una sul mignolo. Verruche sulla mano sinistra: una sull'anulare. Sul polso, nella parte ventrale. A scuola viene molestata a causa delle verruche: nessuno vuole stringerle la mano.

Dopo aver toccato un oggetto si chiede se succederà qualcosa. Quando prende in mano un oggetto e i suoi genitori le dicono che non le è permesso farlo, ha paura che possa succedere qualcosa. Se stringe la mano alla sorellina dopo aver toccato qualcosa che potrebbe essere sporco e la piccola si mette le mani in bocca, ha paura

che si ammali e venga contagiata.

Se di sera si è fermata a giocare con la sabbia nel parco e magari di notte passa un ladro, ha paura che gli altri pensino che sia lei il ladro. **Ha molta paura di fare qualcosa di sbagliato!** Quando fa qualcosa di sbagliato ha paura di essere punita. **Una volta che la madre, infermiera, le ha detto di non agitare le scatolette dei medicinali dei suoi pazienti, ha avuto paura che i pazienti potessero morire perché non riuscivano a prendere le medicine.** In generale, è abbastanza pigra. Preferisce l'ozio alla fatica.

1995: Operazione **per strabismo.**

1997: Verruche trattate da un dermatologo.

Madre: sclerosi multipla

24/12/2002 : Pr/ SYPHILINUM 200K.

07/08/2003: Pr/ SYPHILINUM 200K.

10/11/2004: Pr/ SYPHILINUM MK.

30/10/2006: Pr/ GAERTNER 200K.

10° CASO CLINICO

Maarten, mutazione durante la gravidanza

20-12-2006 - Nato il 18/03/2006. Si è ammalato spesso fino ad ora, che ha 8 mesi. **Lo si sente rantolare da lontano.** Frequenti secrezioni purulente dagli occhi. **Croste nasali al risveglio, di mattina. La madre è disperata.** "Quando finirà? Gli antibiotici sono stati prescritti già sette volte!" Atrovent® Mistabron® e Lyso-mucil® aerosol da due mesi e mezzo senza risultati, e a lui non andava a genio questo genere di terapia.

"Sindrome velo-cardio-facciale".

I liquidi passano nel naso e nella gola a causa del palato molto sottile. Il cuore va bene. **Lo sviluppo fisico si è arrestato e rimarrà di statura bassa.**

Anche la forma delle orecchie è diversa. Il test delle malattie ereditarie eseguito sui genitori è risultato negativo. Ci deve essere stata una **mutazione durante la gravidanza.** Cesareo d'urgenza a sette mesi e tre settimane per eclampsia. La madre ha detto che non è rimasta turbata da questo evento. A parte una grossa cisti all'occhio destro, per il condotto lacrimale otturato, Marteen stava bene alla nascita.

08/2006: salmonella. Non si è mai del tutto ripreso dopo questa infezione.

Attenzione: la madre ha continuato a fumare nei primi mesi della gravidanza e ha ricominciato subito dopo il parto.

ANAMNESI FAMILIARE

Madre: Colon spastico.

Padre: Raffreddore ricorrente.

Sorella del padre: Anomalia cardiaca dalla nascita.

Appetito buono. Si addormenta con difficoltà e si sveglia spesso.

I nonni materni hanno divorziato a causa dei **tradimenti del padre.** La madre di Marteen soffre ancora per questo divorzio. È piuttosto indifferente al dolore e molto smemorata. Marteen è un bambino molto allegro e gli va bene tutto.

ESAME OBIETTIVO: polmoni: fa fatica a respirare e rantola. Pieno di muco. **Naso insellato dall'aspetto giallo.** È pallido e con gli occhi gonfi.

QUALE RIMEDIO?

Disturbo congenito. Mutazione durante la gravidanza. Molte infezioni alle prime vie respiratorie. Naso: largo e schiacciato! Respirazione rantolante. Colorito: pallido.

Pr/ SYPHILINUM 200K.

26/12/2006 - Risultati molto buoni. Ha dormito per due giorni svegliandosi solo per mangiare. La madre era molto preoccupata e mi ha chiamato per sapere se fosse normale che dor-

misse tanto. È tranquillo prima di addormentarsi e non si sveglia più di notte. Colorito migliore, gli occhi non sono più gonfi. Meno muco. Non si sente più rantolare. Ha un aspetto migliore. ESAME OBIETTIVO: polmoni: molto meglio, rantola meno.

11/01/2007 - Alcuni giorni fa ha ricominciato ad ansimare. Secrezioni purulente dagli occhi. SYPHILINUM 200K somministrato dalla stessa madre. È migliorato molto. Una vera metamorfosi. Parere della nonna materna: “È un bambino nuovo, sta davvero molto meglio”. ESAME OBIETTIVO: polmoni: negativo. Pr/nessuna terapia.

02/02/2007 - Pr/ SYPHILINUM 200K a causa dell' ansimare, molto meglio.

La madre dice: “La mia vita è cambiata completamente e sono meno preoccupata”. Ora ha iniziato lo sviluppo ed è molto meno fragile. Feci dure.

ANALISI

Il naso largo e piatto si nota subito. È un sintomo chiave di Syphilinum. Per un bambino piccolo i sintomi dei genitori sono molto importanti ed utili. La madre era piuttosto indifferente durante il parto cesareo avvenuto a sette mesi e mezzo di gravidanza. È un po' strano, perché, specialmente per un primogenito, si sarebbe dovuta preoccupare di più e avere paura. Dopo, però, era **disperata per la malattia cronica del figlio**. Non riusciva più a stare tranquilla. Non nutriva speranze di miglioramento o guarigione. **Il padre ha uno stile di vita libertino**. Aggiungere Syphilinum alla rubrica ‘Libertinaggio’? Secondo me, le malattie congenite fanno pensare ai nosodi in generale ed a Syphilinum in particolare, per l'immagine distruttiva del rimedio. Il bambino è allegro. In generale, pensiamo di iniziare la terapia con un nosode in quei bambini che hanno avuto problemi sin dalla nascita. Syphilinum è

un grande rimedio dei **problemi di sonno dei bambini**. Il **nanismo** e **l'arresto della crescita** sono sintomi rilevanti per prescrivere Syphilinum.

Syphilinum ha migliorato molto il bimbo e la madre. In generale, la prescrizione di un nosode a neonati, bambini e adulti è temporanea, serve solo a eliminare uno strato miasmatico. Quando lo strato miasmatico è stato eliminato, si passa ad altri rimedi. Alcune volte c'è bisogno di ritornare al nosode come rimedio intermedio.

08/02/2007: Pr/GAERTNER 200K, di nuovo a causa della tosse.

20/03/2007: Pr/GAERTNER MK, per una secrezione all'orecchio destro. Di mattina ha molte croste al naso. Gaertner è il nosodo intestinale correlato al miasma sifilitico.

30/04/2007: Bronchite con febbre a 39°C. Non suda. Dentizione difficile. Ansioso quando viene visitato. Pr/ACONITUM NAPELLUS 200K.

01/05/2007: Migliorato molto. Pr/ACONITUM NAPELLUS MK.

11/07/2007: Pr/ SYPHILINUM MK, consulto telefonico.

Nessun nuovo problema fino ad ora. Marteen cresce bene e in buona salute.

AGGIUNGERE AL REPERTORIO

MOUTH - PALATE; complaints of - Hard palate

GENERALS - FAMILY HISTORY of - congenital diseases.

GENERALS - HISTORY; personal - of congenital diseases.

11° CASO CLINICO

Joris: sinusite cronica

Spesso capitano pazienti, bambini o adulti, con disturbi cronici di raffreddore e sinusite, obbligati a soffiarsi continuamente il naso. Muco sospeso in gola che fa tossire di notte. Potremmo riassumere questi disturbi con “infezioni croniche delle prime vie respiratorie”. Syphili-

num è un rimedio molto importante per questi pazienti, specialmente quando altri validi rimedi falliscono.

NOSE: - SINUSES; complaints of; - PAIN - Sinus - inspiration agg.

23/12/2002 - Nato il 23/07/2002. Bambino con **disturbi cronici di infezioni delle prime vie respiratorie dalla nascita**. Pulsatilla pratensis, Sulphur, Sulphur iodatum, Camomilla vulgaris, Ferrum metallicum, Aconitum napellus, Euphorbium officinarum, hanno dato sempre risultati parziali. Ho prescritto come nosodi intermedi Tuberculinum bovinum due volte, Carcinosinum una volta e Medorrhinum una volta.

23/12/2004: Magnesium sulphuricum, seguito da Tuberculinum bovinum per tre volte, e Carcinosinum, sempre con risultati parziali.

20/05/2005 - Lacrimazione degli occhi e pallore del viso. **Dal naso continua a colare muco**. Diarrea da una settimana. Due notti fa aveva la febbre a 39°C. La madre si lamenta del fatto che il figlio **si ammala sempre e non ha resistenza**.

ESAME OBIETTIVO: orecchio sinistro: timpano rosso e gonfio.

Rimedi ben scelti non hanno effetto. Infezione cronica delle prime vie respiratorie con muco cronico tra il naso e la gola: ‘sinusite’.

Pr/ SYPHILINUM 200K, con risultati molto buoni.

Solo dopo la prescrizione di Syphilinum il caso si è risolto.

Il rimedio costituzionale fino ad ora è il Magnesium sulphuricum.

Syphilinum è stato prescritto più volte in alternanza con Gaertner e Magnesium sulphuricum. La frequenza e la gravità dei problemi si sono ridotte notevolmente.

ANALISI DEL CASO

Carcinosinum, Medorrhinum e Tuber-

culinum non hanno risolto il caso. Al contrario, non hanno apportato alcun beneficio. Magnesium sulphuricum, che è risultato essere il rimedio costituzionale, fino ad allora non aveva prodotto effetti. Solo dopo la prescrizione di Syphilinum abbiamo riscontrato un effettivo cambiamento. Magnesium sulphuricum ha agito bene dopo la somministrazione di Syphilinum. Spesso vediamo che il rimedio costituzionale fa effetto solo dopo la somministrazione del giusto nosode, come in questo caso. Magnesium sulphuricum non ha avuto effetto quando è stato prescritto per la prima volta, solo dopo Syphilinum ha dato dei benefici. D'altra parte, ci sono casi in cui un determinato nosode, prescritto più e più volte, apporta benefici solo dopo la somministrazione del rimedio costituzionale. Non so se in questo caso Syphilinum avrebbe agito anche prima della somministrazione di Magnesium sulphuricum. L'unica cosa di cui sono certo è che Magnesium sulphuricum ha agito con efficacia dopo la somministrazione di Syphilinum.

AGGIUNGERE AL REPERTORIO
GENERALIS - HISTORY; personal - sinusitis; of recurrent

12° CASO CLINICO Eddy, sinusite cronica

28/09/1982 - Nato il 12/05/1947.
Raffreddore/sinusite cronica.
Sono stati prescritti: Sulphur; Psorinum; Causticum; Phytolacca decandra; Lycopodium clavatum; Argentum nitricum; Thuja occidentalis; Kali bichromicum.
31/08/1993 - Quando qualcuno lo tratta male non se lo dimentica e non perdona. Nitricum acidum per l'ostinazione; persone astiose, che offendono, non si piegano di fronte alle scuse, ostruzione della narice sinistra, ostruzione del

naso. Fino a novembre 2006 ho prescritto Nitricum acidum otto volte sempre per gli stessi disturbi delle prime vie respiratorie e in particolare per la sinusite, sempre con buoni risultati.

ANAMNESI PERSONALE

1950: polipectomia.
1974: appendectomia.
03/1983: operazione al setto nasale a causa della narice sinistra completamente ostruita.
04/1993: vasectomia.
07/2001: cisti al seno mascellare sinistro. Diagnosi: **Ascesso di un dente morto**, intervento chirurgico. In generale, soffre di **carie a evoluzione rapida ai denti**. Deve spesso andare dal dentista.
03/2004: **malattia di La Peyronie**.
07/2005: piccola cisti all'uraco. Ipertrafia dello sfintere vescicale senza presentare effetti sullo svuotamento della vescica o altri disturbi. Nessun trattamento al momento. Leggera prostatite cronica.
04/2007: inizio di **cataratta**, da sinistra a destra.
08/11/2006 - Raffreddore. **Tantissimo muco** e tosse secca. Pressione sulla fronte. Raucedine. **Naso ostruito**, non riesce a soffiarsi il naso. Non ci sono secrezioni dal naso. Un sacco di muco nel torace. È peggio di mattina, quando si sveglia. Intontimento. Ha bisogno di tre impianti dentari. E.O.: otite media sieromucosa bilaterale. Pr/ ACIDUM NITRICUM 200K.
05/01/2007 - Mal di gola al risveglio con muco. È solo un principio di raffreddore ma teme che possa peggiorare. Si sente come intontito, **stamattina è andato a sbattere contro un muro invece di passare per la porta. Voce nasale. Udito compromesso dal catarro nelle tube di Eustachio**. E.O.: otite media sieromucosa bilaterale. Pr/ MORGAN PURO 200K, quando rimedi ben scelti non hanno effetto un

nosode può essere d'aiuto.

31/01/2007 - Ricaduta da due giorni e stessi sintomi della meta dei 14 giorni. Dopo l'ultima visita era migliorato per un breve periodo. Gli fa un po' male la gola quando inghiotte. Pressione alle orecchie. Sensazione di debolezza generale. Dolore alla regione lombare. È molto stanco e quando si stende si addormenta subito. E.O.: otite media sieromucosa bilaterale. Leggero rossore alla gola con ugola gonfia. Pr/ MORGAN PURO 200K.
04/02/2007 - Ieri sera, mal di gola forte e improvviso con pressione alle orecchie. Mal di testa intenso con sensazione di febbre. Suda molto. **Ha la sensazione di avere un blocco di muco in gola, che non è in grado di deglutire**. È difficile eliminarlo. Dolore alla gola quando inghiotte con pressione alle orecchie. È come se qualcosa non riuscisse a uscire. Il muco sta dalla zona dietro alle orecchie alle prime vie respiratorie. Orecchie screpolate. E.O.: otite media sieromucosa bilaterale. Pr/ ACIDUM NITRICUM 200K.
05/02/2007 - Da ieri sera febbre fino a 38,8°C. Sensazione intensa di calore senza sudorazione. **Secrezioni dense di colore giallo verdastro dal naso**. È sensibile all'aria inalata dal naso. **Dolore concentrato sulla fronte**. Stordimento. **Si sente come uno zombie** perché tutto è ostruito. Anche l'andatura è un po' incerta. **Sente una pressione sui seni paranasali**. Ieri aveva molta flatulenza. **Ieri notte era disperato**. Quando finirà? **Pensava di farsi un buco in gola, per estrarre tutto quel muco**. Aveva una grande pressione sul petto che non era in grado di eliminare tossendo. Una cosa molto fastidiosa la **sensazione di muco che non può essere espettorato**. Ora ha l'impressione che la parte destra della gola sia migliorata perché è riuscito a soffiarsi la narice destra. Anche salire le scale è difficile, si sente troppo debole.

Mi dà l'**impressione di indifferenza**. "Lasciatemi in pace, **non ho più speranza di guarire**". Se non venisse disturbato rimarrebbe seduto in un punto. Sembra davvero uno zombie. E.O.: lingua bianca.

Ha la sensazione che qualcosa non possa essere eliminato, che sia bloccato. Ora è contento di avere un po' di sollievo perché può eliminare il muco. Pr/ HELLEBORUS NIGER: stordimento e stato di zombie.

08/02/2007 - Ieri sera alle 18,30 è sopraggiunta un'improvvisa sensazione di calore con febbre a 37,8°C. La febbre è salita rapidamente. Quando ha soffiato il naso c'erano **grossi grumi sanguinolenti. Perdita dell'olfatto**. La narice sinistra si è liberata dopo aver soffiato il naso. Era molto affamato. Adesso riesce a soffiarsi il naso ed espelle **grumi di sangue che vengono da dietro le narici**. Raudedine. Il 1 febbraio 2007 è andato dal dentista perché aveva un forte mal di denti. Un **dente** della mandibola era **morto** e il dentista l'ha rimosso dopo anestesia. C'era molto **pus fetido nel dente**. Gli sono stati prescritti antibiotici, che però non ha assunto. Il giorno dopo aver preso Helleborus è stato molto meglio. È uscito molto muco dal naso. Soprattutto dalla narice destra e meno dalla sinistra. Ha vissuto questo miglioramento come una salvezza. Ha molto muco e continua a soffiarsi il naso. Il **muco è denso e giallo, giallo verdastro**. La concentrazione è migliorata e riesce di nuovo a leggere un libro. L'appetito non è ancora tornato. È rimasta la voce nasale. **Persiste la pressione ai seni mascellari**. È migliorato molto. Non sembra più uno zombie. Grande differenza. E.O.: lingua meno bianca. Forse la causa è l'ascesso al dente? Pr/ Amphisboena vermicularis.

09/02/2007 - Persiste la voce nasale. **Continua ad espellere moltissimo muco misto a sangue**. Ciò gli pro-

voca una sensazione di pienezza al viso. **"In questo momento sono quasi sordo"**. Rimane la **pressione ai seni**. Migliorato rispetto all'ultima volta. E.O.: Seni sensibili alla pressione.

QUALE RIMEDIO?

"Qualcosa è bloccato". La situazione non evolve. È migliorato ma... non troppo. I disturbi continuano. Prima d'ora non gli era mai stato prescritto un nosode, a parte Morgan puro. "Quando rimedi ben scelti non hanno effetto". Gli piacciono le bevande alcoliche e ha passato periodi della vita in cui beveva troppo e andava al bar tutti i giorni. Sinusite cronica. Pr/ SYPHILINUM 200K, con risultato immediato e straordinario: in pochi giorni si è risolto tutto.

10/10/2007, 8 mesi dopo - Forte raffreddore. **Naso e seni completamente ostruiti**. Nessuna secrezione. Non riesce a soffiarsi il naso. Il muco rimane bloccato ed ha una tosse secca. Pressione alle orecchie, al naso e alla gola. Eziologia: il riscaldamento dove lavora si è rotto e così ha preso il raffreddore. Pr/ SYPHILINUM 200K, con sollievo completo nel giro di un giorno.

ANALISI

Acidum nitricum l'ha aiutato molto. Per 13 anni è stato bene grazie a questo rimedio. Un altro motivo di prescrivere Nitricum acidum, non ancora menzionato, è che al paziente **piace godersi la vita, gli piace bere e mangiare** e lo fa volentieri. Novembre 2006, Acidum nitricum non ha funzionato più. Era come se qualcosa si fosse bloccato. Solo dopo la somministrazione di Syphilinum il caso si è risolto. Nella reperimentorizzazione possiamo vedere che Acidum nitricum è vicino a Syphilinum.

19/12/2007 - Sonnolenza e insonnia. Non aveva mai avuto problemi di sonno prima. Normalmente dorme tranquillamente, ma non ora. Di sera,

intorno alle 19, si addormenta per un'ora mentre guarda la tv. Addormentarsi non è un problema, però si sveglia alle 3 di notte. Da quel momento rimane sveglio per tutta la notte perché incomincia a pensare. Non riesce a smettere di pensare. È una sorta di insicurezza.

Quel che ancora non ho detto di Eddie è che ha davvero avuto una vita tranquilla fino ad ora. Per 33 anni ha lavorato da solo nella biblioteca del porto di Antwerp. Ha cominciato a lavorare lì all'età di 27 anni e adesso ne ha 60. Non ha avuto né un capo né dei colleghi. Ha lavorato per 33 anni da solo, organizzandosi il lavoro secondo le proprie idee, senza doversi giustificare con nessuno. A causa di una riorganizzazione, la biblioteca verrà chiusa e assimilata alla biblioteca generale di Antwerp. "Ora avrà un capo, dei colleghi e dovrà lavorare in un altro posto". Sua moglie, più giovane di 10 anni, ha grossi problemi col suo capo e vorrebbe aprire un bed and breakfast. Questo è il motivo per cui devono restaurare completamente casa. A gennaio verrà operato di cataratta all'occhio sinistro. Tutto ciò gli causa moltissima insicurezza ed incertezza, preoccupazioni che non aveva mai avuto prima. Ha sempre avuto una vita tranquilla, si godeva il suo lavoro, stava con gli amici e beveva. Di notte comincia a pensare a tutte queste cose e non è in grado di smettere.

Pr/ SYPHILINUM MK con risultati sensazionali. Ha dormito bene fin dalla prima notte e i pensieri sono scomparsi.

ANALISI

Pensa molto a tutte le cose che lo preoccupano: il lavoro di sua moglie, la casa e l'operazione. Non riesce a smettere di pensare: **"Quando comincio a pensare di notte non riesco a smettere"**.

MIND - THOUGHTS – persistent SLEEP - SLEEPLESSNESS

Dalla prima notte dopo l'assunzione di Syphilinum ha dormito profondamente. Disturbi di sinusite cronica combinati con una forte insonnia sono caratteristiche tipiche di Syphilinum. PROPOSTA - Elevare al terzo grado: MIND - THOUGHTS – persistent.

13° CASO CLINICO

Danny M, sinusite cronica

1/02/1985 - Nato il 07/07/1945. Pr/ Sulphur; Phosphorus; Causticum. 20/09/1999 - Mercurius corrosivus per dolore occipitale; mal di gola ricorrenti; **desiderio di birra/whisky/vino**; vomito di bile; flatulenza di mattina; sudorazione piedi/mani; agitazione delle gambe; **accessi cutanei in gioventù**; tremori; sete di grandi quantità di liquidi; muco all'interno della gola. Kali carbonicum; Rhus toxicodendron; Lycopodium clavatum; Dysenteric co; Calcarea fluorica; Lapis albus. Apis mellifica per un'inflammatione al ginocchio; edema; simula allegria mentre si sente infelice.

19/08/1996: Pr/ Sulphur 200K.

18/09/1996: Pr/ Magnesium sulphuricum 200K.

31/01/1997: Pr/ Digitalis purpurea 200K.

13/05/1997: Pr/ Digitalis purpurea 200K. Poi non è più venuto per tre anni.

Fra il 2000 e il 2005 Pulsatilla pratensis, Hydrastis canadensis, Kali bichromicum, Veratrum album e Kali iodatum: costituzione robusta, scherzoso, preoccupato per cose da nulla, risultati parziali e temporanei con tutti questi rimedi.

ANAMNESI PERSONALE

1965: Ematuria. **Operato ai seni**. Tonsilliti ricorrenti. Pr/ Tonsillectomia e polipectomia.

1992: uretrolitiasi Pr/ laserterapia.

1995: piccoli calcoli al rene sinistro

non radio opachi.

1996: funzionalità polmonare 4,46l, 5,47l nel 1985.

1997: operazione di ernia inguinale sinistra.

2000: funzionalità polmonare ridotta di più di un litro.

06/2004: ipertensione. Pa 210-110.

Pr/ Coversyl plus® Cardiaspirina 100mg®, Simvastatina.

Marzo 2006 - escreato positivo all'Haemophilus influenzae. **Produce sempre moltissimo muco** da quando fa attività fisica. Bianco di giorno, ma giallo di mattina. Lo si sente **rantolare quando si stende**. Moltissimo **muco nel nasofaringe**, che gli **dà molto fastidio**. Deve sempre schiarire. Il muco gli lascia un cattivo sapore in bocca. Espettora palline di muco, che a volte è spesso, viscoso e granuloso. **Sinusite ricorrente. Problemi di sonno** da sempre. Fa fatica ad addormentarsi e si sveglia dopo un'ora, un'ora e mezzo. A volte non riesce più ad addormentarsi. A volte si addormenta, ma si sveglia spesso. Anche la madre aveva **grossi problemi di insonnia**. Non riesce a tenere ferme le gambe ed è costretto a camminare di notte. Attacchi di gotta. Periodi di traspirazione colliquativa. Herpes labialis spesso, sin da quando era giovane.

15/11/2005 - Pr/ Kali sulphuricum: Kali perché 'Conscentious about trifles' e 'Sturdily constitution'. Sulphur: vedi repertorizzazione. Kali sulphuricum è stato il primo rimedio ad avere non solo un'influenza sul rantolio e il muco in gola, ma anche sul disturbo del sonno. Ora riesce a passare notti tranquille. Ma l'effetto positivo è terminato dopo quattro somministrazioni e io mi sono dovuto rimettere alla ricerca di un rimedio. Fra gennaio e ottobre 2006 ho prescritto i seguenti rimedi: Antimonium tartaricum: per il rantolio e la cultura positiva all'Haemophilus influenzae; Bacillinum,

Baptisia tinctoria: per un attacco di influenza, Aurum sulphuricum e Zincum iodatum: per l'agitazione delle gambe. 17/10/2006 - Cosa le dà più fastidio?

Il muco sospeso in gola e i rantoli nel torace. Ecco cosa mi dà più fastidio. Non riesco a dormire per il muco, perché da quando mi stendo, mi infastidisce. Mi fa svegliare, e russare e avere la bocca secca.

Pr/ Kali sulphuricum XMK: perché è stato il rimedio che gli ha fatto meglio. 22/11/2006 - Per sei giorni ha dormito benissimo. Per lui, è stata una cosa eccezionale. Kali sulphuricum è il rimedio che ha dato migliori risultati per quanto riguarda l'insonnia. Il muco e il rantolio sono più o meno rimasti uguali. Pr/ Syphilinum 200K, perché: **quando non hanno effetto rimedi ben scelti**: Kali sulphuricum, **sinusite, insonnia**. Vediamo che la combinazione di sinusite e insonnia è un aspetto importante di Syphilinum.

09/01/2007 - Due settimane dopo avere preso Syphilinum, ha avuto un **attacco di gotta** all'alluce sinistro. Era molto che non aveva più avuto un attacco, perché **negli ultimi anni aveva bevuto molto meno**. Non si ricordava più nemmeno quando. Il sonno va molto meglio. Il muco è più o meno lo stesso. Pr/ SYPHILINUM 200K.

21/05/2007: Pr/ SYPHILINUM 200K.

24/10/2007: Pr/ SYPHILINUM MK.

25/11/2007 - Sia il sonno che il muco vanno molto meglio, e anche l'agitazione. Non ha preso più medicine.

14° CASO CLINICO

Lany, molluschi contagiosi

09/05/2000 - Nata il 29/10/1999. Calcarea phosphorica; Chamomilla vulgaris; Mercurius solubulis; Dysen-

teric co; Antimonium crudum; Cina artemisia maritima; Nitricum acidum, Staphysagria delphinium, per peduncolosi ricorrente, senza risultati. Niobium metallicum, dal 02/05/2007, per dubbi sulle proprie capacità artistiche. Niobium ha curato la tendenza alla peduncolosi e l'ha resa più sicura di sé.

29/11/2007 - **Molluschi contagiosi**, dall'aprile del 2007, ora molto pronunciati e infiammati. In realtà crescono come verruche a cavolfiore. Mai visto prima. Niobium non dà risultati. **Infiammazione con indurimento della pelle intorno al gomito destro, come dopo una puntura da insetto.** A meno che non esca del pus dal nodulo, non si nota miglioramento e rimane molto duro. Noduli in gola. Uno molto duro. Tosse nervosa. Vecchio sintomo ricomparso. Recentemente molto stanca. Spesso si lamenta de sentirsi debole. **Si addormenta con difficoltà.** È un sintomo che ha da molto. **Si sveglia di frequente.** Non abbiamo trovato un rimedio per l'insonnia. Vuole essere **sicura che la vescica sia vuota prima di andare a dormire**, perciò va sempre in bagno prima di coricarsi. In realtà è **un'idea fissa**. Vorrebbe anche andare di corpo. Ha questo problema da anni. **Va in bagno anche se non ha lo stimolo.** Spinge a lungo, finché non esce una pallina di feci. Anche quando aveva tre anni aveva lo stesso problema. A quel tempo non le piaceva defecare. Parla anche di una **voce che sente in testa e che le dice, per esempio, di accendere una luce**, e lei lo deve fare. Irritabilità di mattina.
Pr/ SYPHILINUM 200K

02/01/2008 - Notevole miglioramento. Va tutto bene. I molluschi sono completamente scomparsi, e anche il nodulo infiammato sul gomito. Non ha più noduli in gola, dopo che le è uscito un muco spesso. Non ha più il com-

portamento ritualistico di evacuazione, né sente voci. Non ha più tosse nervosa. Pur essendo stata a contatto con una bambina affetta da peduncolosi, non ha preso i pidocchi. In passato li avrebbe presi immediatamente. Ora le piace essere coccolata, cosa che non amava prima. Più sicura di sé. La madre parla di un cambiamento radicale. A parte il miglioramento dei sintomi fisici, parla di una completa metamorfosi mentale.

MIND: - Superstitious; - Gestures makes; - Confidence want of.

SLEEP: - Sleeplessness; - Sleeplessness - children in.

SKIN - Warts.

Ciò conferma la sua importanza in casi di **comportamento supertizioso, ritualistico. Riesce a riposare e dormire solo quando è sicura che vescica e intestino sono vuoti.** Vuole defecare anche se non ha lo stimolo, un comportamento ritualistico tipico di Syphilinum.

SINTOMI VERIFICATI CLINICAMENTE

Il carico ereditario che passa da una generazione all'altra si può eliminare solo con i nosodi. La continua disponibilità di Syphilinum in omeopatia è molto importante. In casi con forte carico miasmatico sifilitico la possibilità di prescrivere Syphilinum è indispensabile per risolvere il caso. Alcolismo, disturbi psichiatrici e suicidi in famiglia sono tipiche indicazioni di Syphilinum, oltre a disturbi cronici di ogni tipo, specialmente le infezioni ricorrenti e le allergie. Fra i sintomi più importanti dei casi studiati possiamo rilevare i seguenti, tutti appartenenti a Syphilinum. Ricordiamo che dieci dei quattordici casi erano bambini.

In cinque casi vediamo **l'influenza distruttiva dell'alcol** che passa di ge-

nerazione in generazione o un abuso da parte della persona stessa. L'alcolismo è un elemento importante per la scelta di Syphilinum. Il caso di Axel è singolare: l'anamnesi familiare di alcolismo ha serie conseguenze, non solo per chi ne fa uso ma anche per la progenie! La forza distruttiva dell'alcolismo passa attraverso le generazioni. Anche nella prima famiglia è chiara l'influenza del miasma sifilitico. L'effetto cronico dell'alcolismo è riscontrabile in neonati e bambini, che mostrano un ritardo o arresto della crescita.

MIND – ALCOHOLISM

GENERALS - FOOD and DRINKS - alcoholic drinks – desire

GENERALS - FAMILY HISTORY of – alcoholism

Tuur è **ritardato** rispetto a suo fratello gemello. Maarten perché ha la sindrome velo-cardio-facciale e malattie frequenti. Axel ha un ritardo generale dello sviluppo. Maurits ha un disturbo da deficit di attenzione, e un quoziente di intelligenza di 82, al di sotto della media.

MIND: - DEVELOPMENT of children – arrested; – SLOWNESS; – TALKING – slow learning to talk; – RETARDATION – mental.

GENERALS: - CHILDREN; complaints in; - COMPLAINTS – chronic; - DEVELOPMENT – arrested.

Il bambino del secondo caso è sempre stato più basso della media.

GENERALS – DWARFISHNESS

Primo caso clinico: nella sua famiglia c'è un **forte carico di morti per suicidio**: Nonno paterno: suicidio, Fratello del padre: suicidio, Famiglia del padre: numerosi suicidi.

GENERALS - FAMILY HISTORY of – suicidal deaths

Un notissimo sintomo chiave di Syphilinum, è stato riscontrato chiaramente in uno solo dei dodici casi, cioè in Maarten.

FACE - SADDLE across the nose
NOSE - DISCOLORATION - yellow

– saddle

NOSE - BROAD and flat

L'**ottusità** e la **distrazione** sono state riscontrate in quattro casi. La concentrazione del figlio nel secondo caso è difficilissima perché i pensieri svaniscono. Axel ha gravi problemi di apprendimento. L'insegnante di Mira si lamenta del fatto che è distratta durante la lezione. E Maurits ha un disturbo da deficit dell'attenzione.

MIND: – ABSENT MINDED; - CONCENTRATION – difficult; - CONFUSION of mind; – DULLNESS; - BUSINESS - aversion to; - INDIFFERENCE; – LAZINESS; - PROSTRATION of mind - waking, on; - STUDYING – difficult; - THOUGHTS - vanishing of.

In quattro casi è stata riscontrata **perdita di speranza nella guarigione** e/o sintomi annessi. Non c'è via d'uscita, continuano a non avere speranza. Il padre del primo caso è disperato perché ha il naso ostruito di notte e non riesce a riposare. Suo figlio è disperato perché ha pensieri che lo tormentano. Finirà mai il tormento? La vita normale è sconvolta. Tutto questo pensare lo rende triste. Eddy è disperato per la sinusite che dura da settimane.

MIND: - ANXIETY - health; about; - ANXIETY - health; about - own health; one's; - DELUSIONS - disease - incurable disease; he has an; – DESPAIR; - DESPAIR - recovery, of; - DOUBTFUL - recovery, of; - FEAR - disease, of impending; - FEAR - infection, of; – HYPOCHONDRIASIS; - SADNESS - disease, about.

Tuur soffre di **disturbo ossessivo compulsivo**. Deve fare tutto in un certo ordine e tutto deve avere un suo posto. Altrimenti si sente male. Kaat si chiede **se succederà niente quando tocca qualcosa**. Da quando ha preso una cosa e i genitori le hanno detto che non poteva, ha paura

di stringere le mani della sorellina. Elise **si strappa sempre la pelle**.

MIND - GESTURES, makes: – automatic; - repeating the same actions
I **pensieri insistenti e forzati** sono tipici di Syphilinum e disturbano molto il paziente Syphilinum. Il ragazzo del secondo caso ne è davvero tormentato. Vuole liberarsi dei pensieri perché gli rovinano la vita. Non riesce a smettere di meditare. Vuole interrompere il cerchio dei suoi pensieri. Anche Kaat ha un problema di **pensieri assillanti**. Pensa sempre. Tuur: quando ha i piedi scalzi e la madre lo porta in braccio di sopra, a metà strada vuole andare da solo. Ma solo se torna prima nel punto dove lo ha preso in braccio la mamma, altrimenti è disturbato.

MIND - THOUGHTS: – persistent; – compelling.

Axel **vuole morire** a sette anni.

MIND - SUICIDAL disposition

In due casi notiamo la **paura del contagio**. È un aspetto importante di Syphilinum. Kaat ha paura del contagio. Maurits: pensa che le proprie feci siano molto sporche. Vuole sempre lavare le mani, dopo.

MIND: - FEAR – contagion; - DELUSIONS - dirty - he is; - CLEANNESS - mania for; - WASHING - desire to wash - hands; always washing her.

Il figlio del secondo caso pensa sempre di aver **dimenticato qualcosa**. Deve controllare di avere chiuso la porta.

MIND: - FORGOTTEN - something; feels constantly as if he had forgotten; - CHECKING - twice or more; must check; - CHECKING - verifying if the doors are locked.

È anche molto **confusionario**. Non riesce proprio a organizzarsi la vita.

MIND - CHAOTIC

Maurits fa **errori parlando e scrivendo**.

MIND - MISTAKES; making: - speaking, in - writing, in.

Maurits: **non è portato per la ma-**

tematica e specialmente per i calcoli.

MIND: - MISTAKES; making - calculating, in; - CONFUSION of mind - calculating, when; - MATHEMATICS - inability for.

Il figlio del secondo caso fa cose pericolose, come tuffarsi da uno scoglio nell'acqua bassa. "Tanto non mi succede niente".

MIND - DELUSIONS - great person, is a

Il padre del primo caso **non dorme bene e si sveglia spesso**. È molto agitato perché non riesce a dormire. Fill **si addormenta difficilmente** e si sveglia spesso.

SLEEP: - RESTLESS; – SLEEPLESSNESS; - WAKING – frequent.

GENERALS - EVENING: - sunset – after; - sunset - sunrise; until.

MIND - FEAR - waking, on - aggravation on waking; of the

Dato l'effetto sconvolgente di Syphilinum sulla vita di Lany, proporrei di aggiungere a Syphilinum i seguenti dieci sintomi.

MIND: - RITUALISTIC BEHAVIOR; - DELUSIONS - voices – hearing; - IRRITABILITY – morning.

SKIN: - WARTS – inflamed; - ERUPTIONS – molluscum; - ERUPTIONS - molluscum - contagiosum; molluscum

THROAT: - LUMP; sensation of a; - MUCUS – tenacious; - MUCUS – thick. COUGH - NERVOUS

I sintomi di **sinusite** e infezione delle prime vie respiratorie sono tipici di Syphilinum. Danny, Eddy e il padre del primo caso hanno grossi problemi: croste nel naso, muco nella faringe e sinusite cronica. Mira ha un'infezione cronica al naso. Fill ha raffreddori cronici. Maarten respira rantolando, lo si sente da lontano.

NOSE - DISCHARGE: - crusts, scabs, inside; - crusts, scabs, inside – dry; - crusts, scabs, inside – recurrent; - crusts, scabs, inside - adhere tightly; - greenish; – irritating; - lumpy - Posterior nares; from; - purulent –

bloody; – thick; – yellow; - yellowish green; - Posterior nares; - Posterior nares – chronic.

NOSE: - CORYZA - sudden attacks; - CATARRH – Postnasal; – OBSTRUCTION; - OBSTRUCTION - children; in; - PAIN - Sinuses - inspiration agg.; - AIR - inspired air; sensitive to; - SINUSES; complaints of; - SMELL – wanting; – SNUFFLING.

MOUTH: - DISCOLORATION - Tongue – white; - TASTE – bad.

LARYNX AND TRACHEA - VOICE – hoarseness

EXPECTORATION – YELLOW EXPECTORATION – MUCOUS RESPIRATION – RATTLING

Elise ha accessi. Eddy ha **la tendenza agli accessi, soprattutto dentari.**

GENERALS: – ABSCESSSES; - ABSCESSSES – chronic; - ABSCESSSES - pus – fetid; - HISTORY; personal - boils; of recurrent; – INDURATIONS; - HISTORY; personal - abscesses; of recurrent.

PROPOSTE DI AGGIUNTE AL REPERTORIO

Pensiamo che in bambini con miasma sifilitico, il **ritardo** sia chiaro sin dalla nascita.

MIND – RETARDATION: - mental; - mental - children

Essere costretti a toccare qualcosa e un comportamento ossessivo compulsivo sia in generale un sintomo di predominanza del miasma sifilitico.

MIND - TOUCHING - impelled to touch – everything

I pensieri ininterrotti provocano insonnia e difficoltà di addormentarsi.

MIND - THOUGHTS - rush - sleeplessness from

SLEEP - SLEEPLESSNESS - thoughts - activity of thoughts; from

Syphilinum è nelle rubriche:

MIND: - DELUSIONS - disease - incurable disease; he has an; - DESPAIR - recovery, of; - DWELLS - past disagreeable occurrences, on; - MEMORY - active - past events, for; - SADNESS - disease, about

Il figlio del secondo caso **rimugina continuamente** sulla propria salute pensando di avere una **malattia incurabile**. Pensa sempre al ginocchio. Quindi crediamo che Syphilinum andrebbe aggiunto alla seguente rubrica:

MIND: – BROODING; - BROODING - disease, over his; - SADNESS - dwelling constantly on her condition

La tendenza suicida è molto forte in Syphilinum. La rubrica è:

MIND - SUICIDAL disposition

Quindi proponiamo di aggiungerlo in:

MIND: - death desire; - loathing for life; - weary of life.

Poiché “Audacity” per il rischio e “Delusion invincible” sono effettivamente caratteri ‘distruttivi’ propongo di aggiungerli a Syphilinum. Pensare di essere invincibile spesso porta alla rovina, e la distruzione è uno dei sintomi della sifilide.

MIND: – AUDACITY; - DELUSIONS - invincible; he is

L’abitudine di studiare in cucina nel periodo degli esami è da considerare una **specie di rituale**. Appena cominciava a studiare andava in cucina. Questo, e il comportamento ossessivo compulsivo che lo costringe a toccare tutto, sono sintomi traducibili, nel Repertorio, in:

MIND: – MONOMANIA; - RITUALISTIC BEHAVIOR

La sifilide colpisce i seni. **La sinusite** è un sintomo fisico che fa pensare al miasma sifilitico. Ho avuto molti casi di ostruzione cronica del naso curati con Syphilinum.

NOSE - OBSTRUCTION – chronic
LARYNX AND TRACHEA - VOICE – nasal

MOUTH - PALATE; complaints of -

Hard palate

GENERALS - HISTORY; personal - sinusitis; of recurrent

PROPOSTA DI NUOVE SOTTORUBRICHE PER SYPHILINUM

Maarten ha la “sindrome velo-cardio-facciale”. I test per le malattie ereditarie che hanno fatto i genitori erano negativi. Deve essere avvenuta una mutazione durante la gravidanza.

GENERALS - FAMILY HISTORY of – congenital diseases

GENERALS - HISTORY; personal – of congenital diseases

Nel caso di Elise vediamo un forte carico familiare di depressione. Nonno paterno: maniaco depressivo. Nonno materno: depressione cronica. Nonna paterna: incidente o suicidio?

GENERALS - HISTORY; personal – depression; of.

La sorella del padre del primo caso ha una forma grave di sclerosi multipla. La madre di Kaat ha la sclerosi multipla.

GENERALS - FAMILY HISTORY of – multiple sclerosis.

Il padre di Maurits è affetto da nevrosi. GENERALS - FAMILY HISTORY of – psychiatric complaints

Tuur, Fill e Mira: schizofrenia nella famiglia del padre: il fratello del padre. GENERALS - FAMILY HISTORY of – schizophrenia.

SLEEP: - SLEEPLESSNESS - cares; from; - SLEEPLESSNESS - thoughts - activity of thoughts; from; - FALLING ASLEEP - difficult - waking agg.; after - 3h

(Fine seconda parte – Continua)

(N.d.R.: Dal testo originale siamo stati costretti a tagliare le repertorizzazioni per l'eccessiva estensione dell'articolo)

Calcarea Phosphorica

RIASSUNTO

L'Autore ha utilizzato con successo il medicamento omeopatico Calcarea phosphorica secondo le indicazioni classiche della Materia Medica: nei problemi di accrescimento, dal neonato fino all'adolescente; nei problemi concernenti lo sforzo mentale e le capacità intellettive in genere; negli adulti affetti da un malessere profondo caratterizzato da insoddisfazione, inquietudine e desiderio di cambiare nella loro vita. L'Autore ha riscontrato che effettivamente i soggetti che traggono beneficio da Calcarea phosphorica hanno caratteristiche biotipologiche comuni. Si riportano alcuni casi clinici tipici del medicamento.

PAROLE CHIAVE

Calcarea phosphorica – Biotipologia – Disturbi dell'accrescimento – Insoddisfazione.

SUMMARY

The Author used in his daily practice of the homeopathic remedy Calcarea phosphorica according to the traditional Materia Medica advice: in growth's troubles, in the period from childhood to teenage; in students, when intellectual stimulations are exhausting; in adults, suffering for deep discomfort with dissatisfaction, restlessness and always looking for changes in their life. Moreover the Author verified that the Patients cured by Calcarea phosphorica have the same bio-typological features in common. Some clinical cases are described.

KEYWORDS

Calcarea phosphorica – Bio-typological features – Growth's troubles – Dissatisfaction.

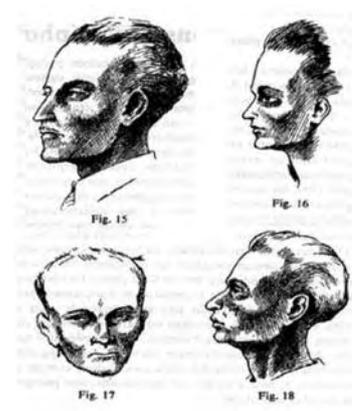
INTRODUZIONE

Il valore della biotipologia

Quanto conta *la costituzione* in Omeopatia? Dobbiamo tener conto dei dati strutturali caratteristici del Paziente? Immagino che ognuno abbia una risposta pronta e certa, a prova di contraddittorio. Alcuni potrebbero limitarsi ad una scrollata di spalle. Io cerco le risposte nella pratica clinica, pur limitata ad un solo terapeuta, cioè a me stesso, ma confido in un dibattito aperto.

Le caratteristiche “classiche” di Calcarea phosphorica

Il Fosfato di Calcio è un importante elemento dell'organismo, presente in tutti i tessuti, ma particolarmente nelle ossa e nel sangue. L'elemento fosforo dà a questo sale una nota di irritabilità nervosa che ne fa un rimedio con spontaneità vitale, caratteristica di cui è sprovvisto Calcarea carbonica, più passivo. Calcarea phosphorica è un rimedio importante, costituzionale, specie nel regolare la crescita dei giovani.



Il soggetto è molto spesso bruno, magro, longilineo, con torace stretto, con denti lunghi. Polso magro, dita affusolate, soggetto alla scoliosi più che alla cifosi. È un soggetto sensibile al freddo che lo fa ammalare, con estremità fredde. In questi bambini la fontanella resta aperta a lungo. Hanno ritardo nella dentizione e nel camminare, il cranio spesso troppo sviluppato. Il neonato reclama costantemente la poppata e vomita il latte. La dentizione può essere gravemente rallentata ed il bambino, durante lo spuntare dei primi denti, può avere dolori, diventare irritabile con grida, avere diarrea, debolezza o perfino convulsioni.

Nella seconda infanzia e nell'adolescenza il soggetto cresce troppo rapidamente, spesso diventa magro, perfino emaciato, anemico, con denti cariati, collo magro e debole, labbro superiore troppo grosso. Anche questi soggetti soffrono di linfadeniti ed adenoidismo. Alcuni di questi bambini si lamentano di avere sempre fame e poi facilmente vomitano; spesso hanno anche diarrea. Frequentemente soffrono di do-

lori ossei cosiddetti di crescita; sudano abbondantemente alla testa ed al collo.

Dal punto di vista generale il soggetto Calcarea phosphorica ha problemi che riguardano la sfera intellettuale con cattiva memoria e stanchezza per il lavoro intellettuale. Ammala per sforzo mentale e sovraccarico intellettuale. È incline a sbadigliare. Spesso fa errori scrivendo, scrive o ripete inesattamente le parole. Per questi motivi si rivela spesso utile negli adolescenti con problemi scolastici. È uno dei medicinali particolarmente adatti agli studenti.

Corrisponde bene a giovani nervosi ed agitati, che non sanno di cosa occuparsi, ma manifestano un'inquietudine che li spinge a voler andare da un posto all'altro. Viaggiano di continuo, non si fermano mai, con estrema irrequietezza.

Calcarea phosphorica può essere sentimentale e anche commuoversi facilmente. Spesso è scontento, a volte indifferente. Ha avversione per la routine e perciò è spinto ad andare in altri luoghi, un viaggiatore. Può avere numerose paure fra cui dell'oscurità e del temporale. I cambiamenti di tempo, il freddo umido, le correnti d'aria lo aggravano o lo fanno ammalare, così come l'estate ed il tempo caldo e secco gli arrecano notevole giovamento^{1,2}.

CASI CLINICI

CASO N. I

Bambina di oltre 16 mesi.

Ritardo nella deambulazione.

La Paziente è figlia di una madre che si cura omeopaticamente da molto tempo e che si è sottoposta a cura eugenetica in gravidanza. La madre è assistente di volo ed ha tratto giovamento più volte da *Calcarea phosphorica*. La bambina con la terapia omeopatica ha guarito: coliche gassose, una grave candidosi perineale, una congiuntivite acuta, altri episodi virali di lieve entità. La dentizione si è sviluppata fra i 6 ed i 12 mesi di vita. Ora la mamma la porta in visita perché preoccupata dal ritardo nella deambulazione.

QUADRO CLINICO

La bambina, paffuta ed energica, gattona sin dagli 11 mesi, ma di provare a camminare proprio non ne vuol sapere. Pone le gambe in modo molto scoordinato, osservandola dà l'idea che sia molto lontana dal riuscire a camminare autonomamente. È stata sottoposta ad alcune sedute di una particolare fisioterapia con giovamento. La madre mi informa che non ha effettuato alcun vaccino e riferisce inoltre che:

- Parla molto, è molto attenta e curiosa, copia tutto, ricorda molto bene i luoghi; è molto coordinate ed attenta con ogni tipo di gioco.
- Non ha paura di nulla, nemmeno del mare, si lancia senza esitazione; sorride a tutti, saluta tutti.
- Non sopporta alcuna costrizione; come vede una porta aperta cerca di uscire gattonando, anche fuori casa.
- Suda molto alla testa: la sera, quando dorme, per il caldo.

Osservandola noto una certa eccitazione. Alla visita rilevo che la fontanella craniale è ancora molto lontana dall'ossificazione. Repertorizzazione³:

Somma dei sintomi (+gradi)

Somma dei sintomi (+gradi) - Intensità considerata

1	1234	3	GENERALS - WALKING - learning to walk; late	33
2	1234	2	HEAD - PERSPIRATION of scalp	109
3	1234	1	HEAD - PERSPIRATION of scalp - evening	7
4	1234	2	HEAD - PERSPIRATION of scalp - sleep - during	15
5	1234	3	HEAD - FONTANELLES - open	18

	calc.	sil.	sep.	calc-p.	merc.	bar-c.	phos.	ph-ac.	sulph.	bry.
	11/32	11/26	11/18	10/26	10/19	9/12	8/18	8/11	8/11	7/16
1	3	2	1	3	1	2	2	2	1	-
2	3	3	2	2	3	1	3	1	1	3
3	2	1	1	-	-	1	-	-	-	-
4	3	2	2	2	2	-	-	-	-	2
5	3	3	2	3	2	1	2	1	2	2

L'eccitabilità della Paziente mi fa scartare i primi due medicinali selezionati, *Calc.* e *Sil.*, ed anche *Sepia* che non corrisponde affatto alla tipologia della Paziente; stessa cosa vale per *Bar. C.*. Rimangono da considerare *Calc. Ph* e *Mercurius*. Scelgo il primo dei due per la nota e verificata influenza sul tessuto osseo e la deambulazione, infatti compare al 3° grado nel ritardo a camminare e nell'apertura protratta della fontanella. Un sintomo suggestivo della bambina è la tendenza ad uscire da una stanza o addirittura da casa non appena intravede una porta aperta.

CALCAREA PHOSPHORICA 200K il 1° e 7° giorno, MK il 14° giorno.

La rividi solo dopo 5 mesi, aveva avuto un episodio di rinite, tosse e diarrea. La madre mi comunicò entusiasta che poco dopo l'inizio della terapia aveva iniziato a camminare.

CASO N. 2

Bambino di 5 anni e mezzo. Bronchiti ricorrenti, dolori agli arti inferiori.

ANAMNESI

Ottobre 2007. La madre del bambino racconta che la gravidanza fu complicata da minacce d'aborto, fino al cesareo alla 38a settimana a causa di uno precedente: il bambino pesava Kg 3, 190 e la LUNGHEZZA era di ben 56 cm, dato che ho verificato per la sua eccezionalità. Deambulava normalmente già a 10 mesi. Soffrì di bronchiti, fino ad una broncopolmonite l'estate precedente.

QUADRO CLINICO

Il bambino è AGITATO FISICAMENTE, a scuola si lamentano le in-segnanti perché incapace a stare seduto e senza muoversi troppo. In effetti durante la visita si alza e si siede di continuo, inizia una cosa e poi un'altra, ENTRA ED ESCE PIU' VOLTE DALLA STANZA. Persino la notte si agita di continuo, può dormire anche 12 ore, ma sempre con inquietudine fisica ed al mattino si risveglia a fatica. Uno dei motivi che spingono a portarlo a visita sono dei ricorrenti DOLORI NOTTURNI ALLE GAMBE, sinistra o destra, molto frequenti, al punto da fargli assumere analgesici.

Ha PAURA DEL BUIO, non vuole si spenga mai la luce e SI ACCERTA costantemente CHE CI SIA QUALCUNO IN CASA.

Suda profusamente al collo, alla nuca, a tutto il dorso, in particolare nella prima parte del sonno.

Soffre per cronica secrezione giallo-verde dal naso. È freddoloso.

Durante tutta la visita il bambino, oltre al continuo movimento, SI LAMENTA COSTANTEMENTE, parla in modo lamentoso, come se fosse la sua unica

modalità espressiva.

Alla visita trovo il meato uretrale arrossato.

L'ALTEZZA, 120 CM, si pone al 90° percentile.

Senza consultare il Repertorio, basandomi in particolare su alcuni sintomi che reputo caratteristici (in maiuscolo), prescrivo: CALCAREA PHOSPHORICA 200K, un tubo dose.

FOLLOW UP

40 GIORNI DOPO (Novembre 2007) – Scomparsi i dolori notturni agli arti. La notte è più tranquillo; di giorno è vivace, ma riesce a stare seduto; comunque molto frettoloso. Dice di aver male alla testa, ha gli occhi rossi e lievi occhiaie. Troppo slancio nel parlare, quasi balbetta. Ricerca di continuo il contatto con la madre. Noto le unghie sottili e fragili. CALCAREA PHOSPHORICA MK, un tubo dose.

70 GIORNI DOPO (Gennaio 2008) – Molto bene, mai ammalato, in perfetta forma. Subito dopo ebbe una notte di fortissimo mal di testa, la notte seguente di meno, poi vomito e diarrea, ma tutto risolto in 24 ore. La notte suda meno e dorme meglio, ma vuole sempre la luce accesa. Sta sempre "fra i piedi" di tutti, vuole giocare con tutti, è anche invadente. Una certa precocità sessuale. CALCAREA PHOSPHORICA XMK, un tubo dose.

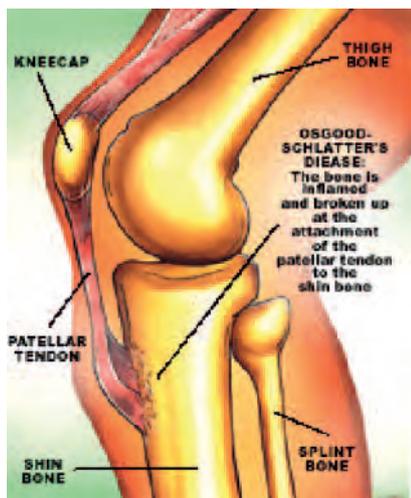
1 ANNO DOPO (Aprile 2009) – L'anno è andato bene, è stato meno vivace ed agitato. Il mese scorso non guariva di un episodio acuto ed ha assunto un antibiotico. Ora ha il naso ostruito con catarro continuo giallo-verdognolo che non passa. Insieme ai problemi catarrali sono tornati i dolori notturni alle gambe, ma un solo episodio. In realtà non trovo il bambino così bene come riferisce la madre, avrei do-

vuto vederlo molto prima. È sì più calmo, ma ha una certa smania, morde unghie e pellicine, ha comunque sempre le mani in bocca, non riesce a stare fermo in piedi per misurarsi, deve grattarsi, muovere qualcosa, fare qualcosa. È molto impetuoso. Come se fosse preda di una agitazione diversa dalla precedente, più introiettata. Scopro che la madre è stata ed ancora è molto sofferente per ernia del disco lombare. L'altezza del bambino è arrivata a 131 cm. Sono in dubbio e dopo una certa riflessione decido di prescrivere: MEDORRHINUM MK, un tubo dose. Al momento sono trascorsi due mesi senza problemi.

La Malattia di Osgood-Schlatter

La Malattia o Morbo di Osgood-Schlatter o osteocondrite del tubercolo tibiale, è una patologia che si verifica fra i 10 ed i 15 anni, più comune nei ragazzi. Nel 25% dei casi, la patologia colpisce bilateralmente. Solitamente, i soggetti colpiti dal morbo di Osgood-Schlatter sono bambini che praticano sport in modo attivo, si riscontra specialmente in quelli che usano largamente il muscolo quadricipite (come accade, per esempio, nell'atletica, nel basket, nel calcio, nella danza, nel pattinaggio ecc.); la patologia è dovuta infatti alla ripetuta azione traumatica causata dalla trazione del tendine rotuleo sulla sua inserzione a livello dell'apofisi tibiale nella fase di contrazione del muscolo estensore della gamba; il morbo di Osgood-Schlatter ricorre spesso per esempio nei soggetti maschi di giovane età, specialmente se di alta statura. (...) La sintomatologia del morbo di Osgood-Schlatter è caratterizzata dal dolore, generalmente localizzato a livello del terzo inferiore del tendine; talvolta però si riscontra un'irradiazione verso

la rotula o la tibia; l'intensità del dolore è maggiore al termine dei movimenti di flessione o di estensione del ginocchio; in alcuni casi è possibile riscontrare la formazione di una tumefazione locale. Una complicanza abbastanza frequente della sindrome di Osgood-Schlatter è la formazione di una salienza ossea che in genere è abbastanza piccola e non procura dolore a meno che non sia sottoposta a una discreta pressione diretta; in alcuni casi è possibile la formazione di calcificazioni intra-tendinee che potrebbero essere, in età adulta, causa di processi infiammatori. (...) Il decorso della malattia è generalmente benigno e ha una durata media di circa due anni⁴.



Calcarea phosphorica agisce là dove le ossa sono in contatto, a livello delle epifisi, particolarmente intorno alle cartilagini in crescita².

Il medicamento Calcarea phosphorica con le sue caratteristiche sembra corrispondere perfettamente ai dolori causati da tale patologia, benigna, ma anche molto frequente e capace di provocare disturbi molto fastidiosi. In effetti nella pratica clinica tale ipotesi viene confermata come valida. Colpisce la descrizione del tipo sensibile alla patologia: *nei soggetti maschi di giovane età, specialmente se di alta statura.*

CASO N. 3

Ragazzo di 15 anni.

**Rinite allergica,
Malattia di Osgood-Schlatter.**

Marzo 2007 - La madre accompagna a visita un ragazzo alto, magro, biondo e chiaro di cute, originario dell'Est Europa. Racconta che nacque di Kg 4,1 e di cm 56, che piangeva molto ed era nervoso ed agitato.

Dottore, è nervoso ed agitato anche ora, risponde male, sembra non avere rispetto per gli adulti, è insofferente verso tutti. È vivace, corre sempre, fa scherzi ...

Sin da piccolo ha sofferto di allergie e tuttora ha rinite e tosse croniche. Per tutto l'inverno ha il naso chiuso, che migliora al mare.

Il ragazzo ha avuto una recente brusca crescita e da circa un anno soffre per un dolore al ginocchio sinistro: una dolenzia quasi costante che diventa dolore se corre troppo, che migliora in posizione eretta. È stata diagnosticata appunto la malattia di Osgood-Schlatter. Dice infine il ragazzo, assai poco loquace: *Al mattino al risveglio ho dolore a tutti i muscoli, mi sento distrutto, a pezzi! Ho anche molta difficoltà a concentrarmi... penso sempre ad altre cose.*

Sulla base dei dati raccolti, in particolare la tipologia del Paziente, la recente brusca crescita, i dolori al ginocchio ed anche la difficoltà nella concentrazione, prescrivo: CALCAREA PHOSPHORICA 200K, 2 tubi dose a distanza di 30 giorni. Le chiedo di tornare per un controllo a fine cura.

14 MESI DOPO (Maggio 2008) – Il controllo è ben al di là di quanto programmato, ricevetti una telefonata che mi informava che stava bene. Trovo davanti a me un adolescente suscettibile e ribelle, che è stato sospeso per ben tre volte da scuola. Morde le unghie, soffre per un po' di mal di stomaco. Il dolore al ginocchio scomparve con la cura. La rinite è scomparsa. Ora è di

nuovo *stanchissimo* al mattino, *distrutto e tutto indolenzito*. Ricorda che con la cura la stanchezza andava meglio e quindi vorrebbe ripeterla. È questo il fastidio che lo disturba.

Rilevo che è cresciuto altri 7 cm, ora è alto 187 cm, per 65 Kg. Non conto di rivederlo presto, per cui prescrivo: CALCAREA PHOSPHORICA MK, 3 dosi uniche a distanza di 30 giorni.

L'ho risentito per un piccolo problema acuto, mi ha comunicato che tutto stava andando bene, che i sintomi erano scomparsi.

CASO N. 4

Ragazzo di 12 anni. Scoliosi.

Rinite ed asma allergiche.

ANAMNESI

È un caso clinico di molti anni or sono. Il ragazzo è cresciuto troppo presto e troppo in fretta. Solo un anno fa era un bambino di statura media, ora è alto 169 cm. Per 51 Kg. Scuro di capelli, ha un aspetto elegante. Risaltano l'eccessiva magrezza ed il torace non sviluppato in ampiezza.

Soffre da molto tempo di rinite allergica con frequenti episodi asmatici. Le crisi sono possibili in ogni periodo dell'anno, particolarmente in primavera ed in autunno.

La situazione più urgente è comunque una recente scoliosi, per cui l'ortopedico, in base ad una radiografia della scheletro, ha allarmato i genitori sull'eventualità che tale condizione possa aggravare nel corso della pubertà, prospettando l'uso temporaneo di un corsetto.

QUADRO CLINICO

Il ragazzo è timido, arrossisce facilmente, parla poco, sembra sonnolento. La madre mi riferisce che è una calma apparente, che in realtà è sempre

impegnato in molte cose e frenetico. Mi riferisce anche che in questo anno a scuola ha trovato molta difficoltà, è svogliato, stanco, distratto, scorda tutto e sbadiglia continuamente. Mi riferisce inoltre che morde le unghie e le pellicine nervosamente, che suda abbondantemente, in particolare alla testa ed al viso. Non riesco ad avere altre informazioni.

Alla visita si rileva la cronica congestione nasale e la spalla destra più alta di quella sinistra; facendo piegare il paziente in avanti si nota una curva toracica non troppo marcata con convessità destra dorsale e relativa convessità sinistra a livello lombare. Sulla base dell'incipiente scoliosi, della crescita molto veloce e delle difficoltà di apprendimento, prescrivo: CALCAREA PHOSPHORICA XMK, un tubo dose da assumere in unica soluzione. Dopo 60 giorni un controllo Rx della colonna.

Rivedo il paziente dopo oltre 3 mesi e, in maniera sorprendente, dalla radiografia risulta che la sua colonna è tornata pressoché normale. Il risultato è certamente stato favorito dalla precocità del difetto in un organismo in accrescimento e quindi passibile di modifiche. Inoltre c'è stato un aumento ponderale di ben 4 Kg.

C'è un notevole miglioramento della sua capacità di concentrarsi, apprendere e memorizzare.

La condizione allergica è invece solo lievemente migliorata.

Ho continuato a seguire il Paziente per oltre 10 anni dall'episodio. Nessuna recidiva della scoliosi.

CASO N. 5

Uomo di 32 anni.

Lombo-sciatalgia sinistra, visita costituzionale.

Lo SCONTENTO è il tema principale intorno a cui si sviluppa l'immagine di Calca-

rea phosphorica. I Pazienti Calc. ph. non sanno quello che vogliono. Sanno che qualcosa si è "guastato" in loro, ma non sanno precisamente cosa sia, né cosa fare al riguardo. La pigrizia affligge tutto l'organismo e ciò conduce ad una profonda scontentezza, una profonda insoddisfazione⁵.

QUADRO CLINICO

SETTEMBRE 2007 - Il Paziente soffre per un dolore lombare che a volte si irradia alla gamba sinistra, con 2-3 crisi l'anno, episodi che durano circa 3 giorni. Il motivo più importante per cui viene alla visita è però la sua condizione generale. È un professionista di successo, vive un disagio non troppo facile da definire e che non sa esprimere bene. Longilineo, intelligenza brillante, si pone in modo cordiale. Gli chiedo di parlare liberamente ed egli lo fa, con precisione e sintesi:

Mio padre ha 55 anni, ha avuto problemi con ernia del disco, così mio nonno. Mia madre ne ha 53 ed ha sofferto per problemi depressivi, quando si separarono, 10 anni fa; ora sono di nuovo insieme. Io sono figlio unico, in casa c'era sempre tensione ed io pensavo che i miei risultati a scuola potessero portare serenità, così fui sempre molto bravo. Ho sempre avuto molti amici, molta facilità nei rapporti, mi piace condividere, ma le decisioni le prendo da solo. Amo viaggiare, ascolto gli altri con piacere, amo conoscere. Certe volte perdo interesse per tutto, mi chiudo, non parlo per 5-6 giorni. Mi assalgono dei dubbi tormentosi sulle scelte fatte in ogni settore.

Non ha altre parole per esprimere il suo malessere, che lo avvilito e che non sa come affrontare. Ha deciso di provare con la Medicina Omeopatica, visto che sua moglie e suo figlio sono in cura con successo. Mi comunica inoltre di avere mani e piedi sempre freddi e di essere freddoloso in generale. La moglie conferma le sue fasi di taciturnità ed i suoi malesseri, dei quali soffre lei stessa senza sapere come porre rimedio.

Il Paziente esprime in poche parole un disagio che, ad una prima lettura, può sembrare non molto significativo, ma dal vivo si comprende che è intenso e profondo, così come non facilmente identificabile. Mi rendo conto della difficoltà del caso, appunto perché povero di sintomi e di sintomi organici in particolare, che rappresentano in definitiva una certezza in ogni caso clinico. Rifletto sul profondo malessere del Paziente, una sorta di scontento profondo e generalizzato, un'INSODDISFAZIONE che lo fa dubitare di ogni scelta e di ogni iniziativa intrapresa; prendo nota del suo desiderio di conoscere, condividere, di VIAGGIARE; è un soggetto COMUNICATIVO, aperto. È inoltre un tipo LONGILINEO, FREDDOLOSO. In base a questi dati prescrivo: CALCAREA PHOSPHORICA MK, un tubo dose.

FOLLOW UP

70 GIORNI DOPO (Novembre 2007) – Ha un ottimo aspetto. Due mesi positivi, nessun malessere profondo. Nessun problema al dorso. Si manifesta sempre cordiale, ma di poche parole. Mi racconta un sogno: doveva affrontare un esame, ma non andò, si accorse che non era necessario. È aumentato 700 g, era un po' sotto il suo peso forma. CALCAREA PHOSPHORICA XMK, un tubo dose.

4 MESI DOPO (Marzo 2008) – Ottimo aspetto. Parliamo molto, ma non di patologie, che sono assenti. CALCAREA PHOSPHORICA LMK, un tubo dose.

14 MESI DOPO (Maggio 2009) – Brillante, in splendida forma. In tutto questo periodo ha sofferto solamente per una tonsillite con pseudo membrane, guarita velocemente con Mercurius solubilis. Quattro mesi or sono

è nato il suo secondo figlio. Ha ritmi di lavoro molto elevati; andrà in Svezia a fare un corso di perfezionamento. *Ho voglia di evadere, serve a ricaricarmi. Sto cercando di trasferirmi in città, a Roma, di certo la casa dove vivo non è la mia sistemazione definitiva.*

Continuiamo a parlare e rilevo che sta rievocando situazioni del passato, piacevoli, senza nostalgia, piuttosto come materiale di riflessione e soprattutto senza dubbi tormentosi. Prendo ancora atto della sua brillante intelligenza e capacità intuitiva. È in una fase dove riesce ad esprimere pienamente se stesso, al meglio delle sue possibilità. CALCIUM PHOSPHORICUM CMK, un tubo dose.

CASO N. 6

Donna di 39 anni.

Irregolarità del ciclo mestruale, ernia del disco L₅-S₁.

Il caso di questa Paziente può definirsi tipico del medicamento, sia nell'aspetto sintomatologico che biotipologico. Il follow up è di 6 anni e Calcarea phosphorica si dimostra efficace sia nelle condizioni croniche che acute.

ANAMNESI

Paziente molto alta, 183 cm, longilinea, capelli scuri. Curata in passato per metrorragie e per episodi ricorrenti di sinusite. Utilizzati prevalentemente Lycopodium ed Ignatia. Ha perduto una bambina in un incidente stradale un anno fa, ha due figli da differenti matrimoni. Persona cordiale, esuberante, dinamica. Cerca costantemente nuovi stimoli per cui cambia di frequente mansione, sede, lavoro, e spesso manifesta il desiderio di cambiare addirittura paese. Ama viaggiare. Cura omeopaticamente sé ed i propri figli con continuità, con visite regolari due volte l'anno ed al bisogno. Ogni

volta che è in visita devo in qualche modo costringerla a concentrarsi nel racconto, perché manifesta una sorta di agitazione mentale che le impedisce di soffermarsi e ricordare coerentemente i fatti. Ricorda a sprazzi, ha cattiva memoria, è molto distratta, sempre affannata, per quanto desiderosa di collaborare.

QUADRO CLINICO

SETTEMBRE 2003 - Rossa in viso, affannata, distratta, estrema inquietudine. Non riesce a concentrarsi, annaspa, non riesce a coordinare il racconto.

Ho trascorso un periodo molto agitato, sono stata irrequieta, nervosa; quando ero al mare con i figli e mio marito non trovavo pace, volevo essere in un altro luogo, non stavo bene ... UN GRANDE NERVOSISMO ... litigai, tornai a casa dalla vacanza; la notte non dormivo.

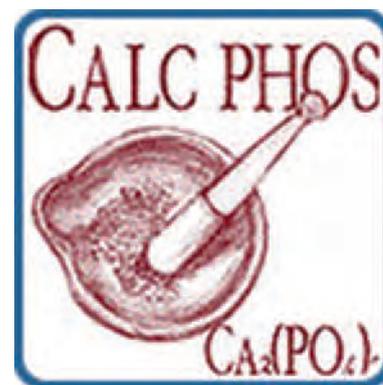
Ho cambiato sede di lavoro, ma vorrei cambiare tutto, ancora una volta. Vorrei andare via, scappare ... Quando esco da sola vorrei tornare a casa, quando sto a casa vorrei uscire. Ho sempre ansia per il tempo, non ho il tempo.

Ho una memoria proprio scadente ... sbaglio appuntamenti, non mi vengono le parole.

Ho degli sbandamenti, la testa mi si sposta ed il corpo le va dietro, anche se sono seduta.

Racconta inoltre che è soggetta a scatti d'ira. La Paziente è in una condizione di scontento fino al disgusto per ogni cosa. Durante la visita sospira spesso, ma non per tristezza, sono come sbuffi, più per diminuire la pressione interna causata dall'estrema inquietudine. Ha un sudore ascellare eccessivo. Morde le unghie. Beve molta acqua, bibite fredde, birra.

Conosco la Paziente da qualche anno, ma mai fino ad ora avevo visto con chiarezza il rimedio omeopatico in questione. In particolare la frase tipica: *Quando esco da sola vorrei tornare a casa,*



quando sto a casa vorrei uscire, che meglio esprime l'inquietudine universale di Calc. ph. e la sua smania, qualsiasi cosa faccia, mi toglie ogni indugio: CALCAREA PHOSPHORICA 200K, un tubo dose.

FOLLOW UP

3 MESI DOPO (Dicembre 2003 - Telefonica) – Mi telefona comunicandomi che aspetta un bambino, che desiderava da tempo dopo la perdita della figlia. Le prescribo ancora un tubo dose di CALCAREA PHOSPHORICA 200K.

4 MESI DOPO (Gennaio 2004) – È alla 7a settimana di gravidanza; le analisi sono ottime, a parte dei batteri nelle urine; la sua condizione è molto buona, solo un po' di leucorrea. Il suo aspetto e la sua condizione non sono nemmeno paragonabili alla visita precedente. *Sto meglio, sono contenta. La seconda dose mi ha ridato tono, ero molto stanca, ho dormito moltissimo e mi ha migliorato le nausee. Mangio molta frutta e carote; non sento lo stimolo ad evacuare.* CALCAREA PHOSPHORICA MK.

LUGLIO 2005 – Tutto andò bene, venne ancora prescritto il medicamento. Attualmente sta ancora allattando, ma è tornata in una condizione di estrema inquietudine, è tornato il desiderio di andare via, scappare, cambiare. La perdita del padre, 3 mesi

prima per K esofago, ha contribuito alla ricaduta.

CALCAREA PHOSPHORICA MK.

GENNAIO 2006 – *La cura andò bene. Ho avuto due flussi prolungati, durati 10-15 giorni e con perdite di sangue anche a metà ciclo.* (Richiesta eco pelvica). *Soffro per frequenti cefalee, che dal collo arrivano alla fronte, mi si gela la testa. Due mesi fa, per una “influenza” ho preso antibiotici, da allora sto male, mi chiudo in casa, non vorrei vedere nessuno ... Mi sento debole, non mi alzerei, non mi reggo in piedi. La mia memoria è proprio andata ... faccio fatica a ricordare i nomi, tutto.*

Questa nuova ricaduta riporta la Paziente sui sintomi del medicamento, anche se con sfumature diverse. CALCAREA PHOSPHORICA MK.

MARZO 2007 – In tutto questo periodo il medicamento è stato ripetuto alla stessa dose per altre tre volte, sempre con successo. La Paziente che vedo ora è in una condizione globale nettamente superiore rispetto al passato, in ogni suo aspetto, sia fisico che mentale. In particolare la trovo molto più lucida e presente. CALCAREA PHOSPHORICA XMK ed LMK dopo 30 giorni.

APRILE 2009 – Fu prescritta anche la potenza CMK, ma rilevai che la più efficaci erano state la MK e la XMK. Da allora la Paziente ha assunto più volte, in visita e telefonicamente, Calcarea phosphorica a queste due potenze, sempre con successo, sia per ricadute nella sua condizione cronica, che per fatti acuti (si è guardata bene dall’assumere ancora antibiotici dopo la disavventura precedente!). Ora si è stabilizzata ad un ottimo livello: ha cambiato di nuovo sede e mansione nel lavoro, trovando una condizione migliore che non la costringe a stare di continuo in ufficio (*Sento la costrizione*

di stare chiusa – mi diceva in una visita – “*un leone in gabbia*”, da adolescente mi chiudevano in casa!), che le dà più responsabilità e più libertà e le richiede molto impegno e velocità. Ha un ottimo tono energetico, è felice, riposa bene, anche il ciclo si è stabilizzato sui 24 giorni. Soffre di extrasistoli dovute all’abuso di caffè, col quale veramente esagera. CALCAREA PHOSPHORICA XMK, due dosi uniche a distanza di 40 giorni.

CONCLUSIONI

Basandomi sulla personale esperienza clinica posso affermare che il medicamento omeopatico Calcarea phosphorica è in effetti particolarmente prezioso in tutte le situazioni indicate dalla Materia Medica omeopatica classica. In particolare riesce ad essere utile o perfino determinante in:

- tutte le alterazioni o ritardi nei processi di crescita e maturazione ossea: dalla dentizione, alla deambulazione, alla chiusura delle fontanelle, fino alla scoliosi;
- nei dolori scheletrici dei soggetti in accrescimento, dai cosiddetti “dolori di crescita”, a dolori di difficile interpretazione, fino alla Malattia di Osgood-Schlatter, frequente patologia dell’adolescente maschio;
- il medicamento, quando ben indicato, riesce a risolvere numerose altre patologie, fra cui alcune di tipo respiratorio quali allergia e bronchiti ricorrenti;
- risulta particolarmente adatto in studenti con problemi di concentrazione, memoria, apprendimento e soggetti a cefalea da sforzo mentale.

L’adulto sensibile a Calcarea phosphorica è spesso un soggetto affetto da estrema inquietudine, un malessere profondo e poco definibile, che lo fa chiudere in sé e/o ricercare soddisfa-

zione nel modificare la sua esistenza, sempre a caccia di nuovi stimoli: cambiare partner, lavoro, luogo di vita, viaggiare. L’insoddisfazione di tale soggetto non va mai sottovalutata, ma compresa in profondità, fino a diventare un parametro di riferimento per la terapia.

Da risultati si può affermare che la maggior parte di Pazienti che traggono un beneficio non transitorio da Calcarea phosphorica hanno delle caratteristiche biotipologiche assai nette: sono soggetti alti, magri, longilinei. Si può aggiungere che, quando in equilibrio, sono soggetti vivaci, dinamici, creativi; dispongono di intelligenza brillante e di una mente sempre disposta a captare le novità.

BIBLIOGRAFIA

1. DUPRAT, H. – *Materia Medica omeopatica – Vol. 1* – Fratelli Palombi Editore, Roma, 1982.
2. ZIZZU, R.; GUILLAME, M. – *Materia Medica omeopatica* – Editore Marrapese, Roma, 1994.
3. SCHROJENS, F. – *Synthesis 8.1* – ARCHIBEL, Assesse (Belgio), 2002.
4. Autori vari – *The Merck manual* – Merck Research Laboratories, Medicom Italia, Milano, 1999.
5. VITHOULKAS, G. – *Le Essenze Rubate* – Ed. OMIT, CiSTERNA di Latina (LT), 1988.
6. VITHOULKAS, G. – *Materia Medica viva – Vol. 6* – International Academy of Classical Homeopathy, Alonissos, Grecia, 1997.
7. VITHOULKAS, G. – *Talks on classical Homeopathy – Vol. II* – B. Jain Publisher, New Delhi, 1990.
8. MORRISON, R. – *Manuale Guida ai sintomi chiave e di conferma* – Bruno Galeazzi Editore, Bassano del Grappa (VI), 1998.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio i Pazienti, in particolare dei casi n. 5 e n. 6, che con disponibilità ed entusiasmo hanno permesso la pubblicazione delle loro *storie di vita*, a beneficio di altri.