

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The italian journal of Classical Homeopathy

50



in questo numero in this issue

RICERCA/ RESEARCH

- Proving di Iris Versicolor *Scuola AFMO-EMC*

SEMEIOTICA/ SEMEIOTICS

- Atteggiamento corporeo/ Bodily attitude (4) (It/Eng) *di G. Juri*

OMEOPATIA CLINICA/ CLINICAL HOMEOPATHY

- Frattura in una gatta *di F. Antonioni*
- Baryta arseniosa in Veterinaria *di C. Dissegna*
- Storie di Omeopatia quotidiana *di G. Muscari Tomaioli*
- Laurocerasus *di N. Chiaramida*
- Stomatiti *di S. Di Salvo*
- Un caso di Anoressia *di M.C. Gori*
- Carcinoma della vescica (It/Eng) *di P. Alok*
- Un caso di Syphilinum *di G. Dominici*

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



FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI
FIAMO

LA TRADIZIONE OMEOPATICA ITALIANA...

La qualità dell'insegnamento

La **FIAMO** è un'associazione senza fini di lucro fondata da 220 medici omeopati nel 1990. Attualmente conta come soci circa 400 medici omeopati italiani. Ha lo scopo di conservare e tramandare la tradizione omeopatica italiana e di diffondere l'omeopatia. Tramite la **Liga Medicorum Homeopathica Internationalis** di cui è membro istituzionale, opera in stretto rapporto con la comunità omeopatica di tutto il mondo.



CORSI DI MEDICINA OMEOPATICA Dipartimento Formazione FIAMO 2012/2013

SEDI SCUOLE

FORMAZIONE PRIMARIA e AVANZATA

CENTRO DI OMEOPATIA CATANIA
Dir. Acc. Dr. Roberto Petrucci
Via Re Martino, 169 - 95125 Catania
tel. 095.7137121
Dr. A. Avolio 392.7017962 - 095.7137121
a.avolio@centrodiomeopatia.it
www.omeopatiecatania.it

**A.F.M.O. - SCUOLA DI FORMAZIONE
IN MEDICINA OMEOPATICA**
Dir. Acc. Dr. Vincenzo Falabella
Via M. de Caravaggio, 32 - 80126 Napoli
Via Reno, 10 - 80046 Lamezia Terme (CZ)
tel./fax: 0975.931856 - cell. 338.6456415 - 380.7945133
afmo@afmo.eu - www.afmo.eu

**ASSOCIAZIONE GRUPPO OMEOPATICO DULCAMARA
CENTRO ACCREDITATO ALLA FACULTY OF HOMEOPATHY OF JK**
Dir. Acc. Dr. Flavio Tonello
Via di Santa Chiara, 2-9 - 16128 Genova
tel. 010.5531067 - cell. 345.0563074 - fax: 010.8682935
info@dulcamara.org - mangini@villaggio.it
www.dulcamara.org

**I.R.M.S.O. - ISTITUTO RICERCA
MEDICO SCIENTIFICA OMEOPATICA**
Dir. Acc. Dr. Pietro Federico
Via Paolo Emilio, 32 - 00192 Roma
tel. 06.3242843 (r.a.) - fax 06.3611963
segreteria@irmso.it - www.irmso.it

KAOS - SCUOLA DI OMEOPATIA CLASSICA
Dir. Acc. Dr. Giacomo Merlaldi
Via Casaregis, 19/16 - 16129 Genova
tel. 010.3103210 - fax 010.3198476
gmerlaldicol@iscalinet.it - www.kaos-omeopatia.org

**SCUOLA DI OMEOPATIA
CLASSICA MARIO GARLASCO**
Dir. Acc. Dr. Pio Barilli
Via San Giusto, 2 - 50143 Firenze
tel. 340.8891135
info@lycopodium.it - www.lycopodium.it

**SCUOLA SUPERIORE INTERNAZIONALE
DI OMEOPATIA VETERINARIA RITA ZANCHI**
Dir. Acc. Dr. Maurizio Testadura
Piazza Alfieri, 1 - 52044 Cortona (AR)
tel./fax: 0575.604568
info@omeovet.net - www.omeovet.net

**SCUOLA DI MEDICINA
OMEOPATICA DI VERONA**
Dir. Acc. Dr. Raffaella Pomposelli
Vicolo Dietro Santi Apostoli, 1 - 37121 Verona
tel. 045.8030926 - fax 045.8026695
cell. 329.4744580
info@omeopatia.org - www.omeopatia.org

**CENTRO STUDI LA RUOTA
OSR - CENTRO DI RICERCA
E SCUOLA DI OMEOPATIA CLASSICA**
Dir. Acc. Dr. Maurizio Italiano
Via Schiaparelli, 17 - 20125 Milano - tel. 392.6207334
fax 02.36512201 - segreteria@centrostudiolaruota.org
www.centrostudiolaruota.org

**ACCADEMIA INTERNAZIONALE
DI OMEOPATIA CLASSICA "PIERIA" DI PISA**
Dir. Acc. Dr. Ioannis Konstantos
Via Tommaso Rank, 120 - 56122 Pisa
tel. 050.532177 - fax 050.5754404
info@konstantos.org - www.konstantos.org



Il programma

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

I requisiti dei docenti e dei tutor

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

Il corso è destinato

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

Il diploma

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

FORMAZIONE AVANZATA

**ACCADEMIA OMEOPATICA
HÄHNEMANNIANA MARCHIGLIANA**
Dir. Acc. Dr. Renzo Galassi
Via Urbino, 41/F - 62100 Macerata - tel. 0733.233762
fax: 0733.240807 - segreteria@haem.it

**ACCADEMIA OMEOPATICA SARDA
SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA**
Dir. Acc. Dr. Antonio Abbate - Via Vera, 5 - 09183 Roma
Via Santa Anania, 2 - 09129 Cagliari
tel. 06.70490243 - 347.3848555 - 346.2639281
dra.abbate@alice.it - www.academiasardaomeopatia.it

C.D.O. - CENTRO DI OMEOPATIA
Dir. Acc. Dr. Roberto Petrucci
Viale Ca' Granda, 2 - 20142 Milano - tel. 02.64746477
fax 02.64746472 - asteria@asterias.it
www.asterias.it - www.centrodomeopatia.it

**KOINÉ - SCUOLA INTERNAZIONALE DI FORMAZIONE
PERMANENTE IN MEDICINA OMEOPATICA**
Dir. Acc. Dr. Massimo Mangialavori
Via Roldo, 91 - 41050 Solignano Nuovo (MO)
tel. 059.748011 - uimusa@mangialavori.it

**SCUOLA MEDICA OMEOPATICA HÄHNEMANNIANA
DI TORINO DELL'ISTITUTO OMEOPATICO ITALIANO**
Dir. Acc. Dr. Alberto Magnati
Corso Belgio, 124 - 10153 Torino - tel. fax 011.8994552
telefono: 335.1372404 - tel. 347.7653606
info@omeoto.it - www.omeoto.it

**G.I.M.I. - CENTRO ITALIANO
DI MEDICINA INTEGRATA**
Dir. Acc. Dr. Giovanni Marotta
Via Ligo Bossi, 20 - 00152 Roma - tel./fax 06.5812492
gmarotta@iscalinet.it

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The Italian Journal of Classical Homeopathy

anno XVII | numero 50 | luglio 2012

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

Sommario

direttore responsabile
Gustavo Dominici

vice direttore
Antonella Ronchi

capo redattore per la veterinaria
Mauro Dodesini

segretaria di redazione
Giovanna Giorgetti

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

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

per la veterinaria
Paola Landi
Enio Marelli

comitato scientifico
Paolo Bellavite
Nicola Del Giudice
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:**

F. Antonioni, G. Arcovito, N. Chiaramida, S. Cirelli, S. Di Salvo,
C. Disegna, M. Dodesini, G. Dominici, V. Falabella, E. Galli,
G. Giorgetti, M.C. Gori, G. Juri, V. Manzo, A. Pareek, L. Pedrelli,
G. Muscari Tomaioli, A. Ronchi, P. Varano

edito da  **FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI e MEDICI OMEOPATI**

membro istituzionale



EDITORIALE G. Dominici
Numerocinquanta 5

LA VOCE DEL PRESIDENTE A. Ronchi
Le pari opportunità nel rispetto della specificità 6

EDITORIALE VETERINARIO M. Dodesini
Omeopatia comparata: Veterinari e Medici in collaborazione 8

IL MEDICO OMEOPATA N. 50 G. Giorgetti
La nostra Rivista 10

RECENSIONI N. Chiaramida
Scritti Minori di C.M.F. von Boenninghausen 12
L'uomo come opera d'arte di Francesco Eugenio Negro 13

SCUOLE V. Falabella
La Scuola A.F.M.O. - E.M.C. di Reggio Calabria - Catanzaro 16

RICERCA
E. Galli, G. Arcovito, S. Cirelli, S. Di Salvo,
V. Manzo, L. Pedrelli, P. Varano, V. Falabella
Iris versicolor. Proving 2010 Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica (A.F.M.O.) 18

SEMEIOTICA/ SEMEIOTICS G. Juri
Il potere dei segni fisici. L'atteggiamento corporeo - Analisi delle modalità di seduta
The power of physical signs. Bodily attitudes - Analyzing the way of sitting 26

CLINICA VETERINARIA
La frattura scomposta di Kiki F. Antonioni 34
Baryta Arsenicosa e Omeopatia veterinaria C. Disegna 37

OMEOPATIA CLINICA
Storie di Omeopatia quotidiana G. Muscari Tomaioli 42
Le amare bacche di Laurocerasus N. Chiaramida 46

Casi clinici con follow up di stomatite da chemioterapia ed esofagite
da reflusso trattati con Mercurius solubilis S. Di Salvo 52
Un caso di anoressia trattata con Ignatia M.C. Gori 56

Contributi omeopatici nel trattamento del tumore maligno alla vescica A. Pareek 64
Syphilinum. Lichen simplex e Lichen ruber planus G. Dominici 70

NORME PER GLI AUTORI 74

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

Maglife

NATURAL
POINT

la nuova formulazione di Magnesio in capsule

La carenza di magnesio può portare a:

- STANCHEZZA
- STRESS
- DIFFICOLTÀ AD ADDORMENTARSI
- SONNO IRREQUIETO
- SINDROME PREMESTRUALE
- TREMORI
- IRRITABILITÀ, NERVOSISMO
- FRAGILITÀ OSSEA
- IRRIGIDIMENTO MUSCOLARE E CRAMPI
- STITICHEZZA
- MAL DI TESTA

Mg
12

Elevata biodisponibilità!



Il magnesio è un minerale essenziale, responsabile di molti processi metabolici, tra i quali la produzione di energia, la sintesi delle proteine, la trasmissione nervosa e degli impulsi ai muscoli.

Il magnesio stimola l'assorbimento e il metabolismo di minerali quali il calcio, il fosforo, il sodio e il potassio, oltre a facilitare l'assimilazione delle vitamine del complesso B, la vitamina C e la vitamina E. Contrastando l'effetto stimolante del calcio, il magnesio svolge un ruolo importante per le decontrazioni neuromuscolari. È d'aiuto durante la crescita ossea ed è necessario per un buon funzionamento dei nervi e dei muscoli, compreso quello cardiaco. Aiuta inoltre a regolare l'equilibrio acido-alcalino dell'organismo.

MAGLIFE è una nuova formula di Magnesio che Natural Point propone in capsule da 500 mg composta da: magnesio bisglicinato, magnesio pidolato e magnesio glicerofosfato, senza alcun eccipiente.

In questa formulazione, il magnesio è legato a sostanze organiche conosciute per la loro capacità di essere assimilate a livello cellulare e per la buona tolleranza da parte dell'organismo.

MAGLIFE è in vendita nelle erboristerie, farmacie e negozi di alimentazione naturale in confezione da 50 e 100 capsule.

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



Numerocinquanta

Nell'Aprile del 1996 venne proposto al mondo omeopatico italiano il n. 1 de Il Medico Omeopata. Da allora ogni quattro mesi è uscito un nuovo numero, fino ad arrivare all'attuale cinquanta. Sono trascorsi più di 16 anni da quella data, circa 20 da quando questa rivista è stata pensata e realizzata, prima come bollettino regionale della FIAMO Lazio, poi nazionale, infine come vera e propria rivista. Avevo deciso di non scrivere al riguardo, godendomi nel mio intimo questa traguardo, ma avrei falsato la situazione, perché questo è anche un successo personale, ma più un successo di tanti e della FIAMO per prima, l'entità per la quale la rivista è stata pensata e senza la quale non sarebbe esistita. E allora, frantumando i limiti angusti della mia individualità, voglio abbracciare con un affettuoso ringraziamento tutti i colleghi che hanno contribuito e contribuiscono a costruire una o più di queste 50 edizioni de Il Medico Omeopata. Un abbraccio particolarmente intenso ai lavoratori silenziosi, generosi nell'offrire le loro capacità ed il loro tempo senza chiedere in cambio nulla. Ne tento un elenco, limitato ai nomi propri, sicuramente carente, nessuno me ne voglia. Grazie a: Andrea, Andreina, Antonella, Antonio, Anna, Carla, Charis, Enio, Ermanno, Francesco, Gennaro, Gino, Giovanna, Giusi, Luigia, Maurizio, Mauro, Nicola, Nunzio, Paola, Paolo, Paolo, Pietro, Pindaro, Renata...

Nel tempo la qualità ed contenuti della rivista sono cambiati, sono evoluti e si sono caratterizzati. La rivista propone ai suoi lettori i principali avvenimenti del mondo omeopatico italiano ed internazionale, i testi importanti che l'editoria del settore propone, le interviste ad omeopati internazionali, alcuni pregevoli articoli di ricerca di base e tematica, articoli sulla storia dell'Omeopatia, articoli di dottrina e dibattiti relativi. Ciò nonostante la vocazione principale rimane la clinica omeopatica, cioè l'applicazione del metodo omeopatico nella cura delle malattie, umane e animali. Fedeli indissolubilmente al primo paragrafo dell'Organon di Samuel Hahnemann: Unico e altissimo compito del medico è ristabilire la salute dei malati, che è ciò che si chiama guarire¹. Nell'ambito della clinica omeopatica abbiamo scelto l'approccio unicista, che ribadisce la fedeltà originaria al nostro primo grande Maestro e si conferma come l'unica applicazione coerente di due principi fondamentali della Medicina Omeopatica: l'individualità morbosa e l'individualità medicamentosa. Sin dall'inizio non è mai mancato uno spazio per i nostri colleghi Veterinari, individuando nella terapia omeopatica degli animali un aspetto importante e stimolante per ogni omeopata. Di più, è mia personale convinzione che l'Omeopatia umana e veterinaria possano collaborare per l'ampliamento della conoscenza omeopatica, studiando insieme la potenzialità terapeutica dei nostri medicinali nei diversi soggetti viventi.

Per finire ripropongo il breve editoriale che introduceva l'ormai mitico numero uno, parole che mantengono intatta la loro attualità:

Il Medico Omeopata: l'evoluzione della specie

Questo giornale non è fatto da professionisti, volutamente, ma esclusivamente dai diretti interessati, cioè da medici omeopatici. Partendo da questi presupposti non possiamo avere la presunzione che il prodotto risulti impeccabile, concepito com'è fra una visita e l'altra o in tarda serata, al termine del lavoro. Non abbiamo nemmeno cercato di rendere il nostro giornale particolarmente accattivante, né austero, né importante; lo abbiamo semplicemente voluto vitale e vero, semplicemente così. Solo uno specchio, un contenitore. Il contenuto, quindi, sarà ciò che il mondo omeopatico italiano offre.

Siamo medici, poi medici omeopati, figli di Esculapio e non di un Dio minore; non ci sentiamo né orfani, né pecorelle smarrite, né tantomeno ci va di rappresentare la parabola del figliol prodigo che, pentito, torna alla dimora che aveva abbandonato per seguire un miraggio. Le nostre scelte partono da una critica profonda e sofferta al metodo che ci hanno insegnato, che non abbiamo mai rinnegato, ed approdano ad Hahnemann, con perfetta cognizione di causa. Non siamo alternativi a nulla, non siamo la rivoluzione della Medicina, semmai potremmo rappresentarne l'evoluzione. Potremmo.

1. C. F. Samuel Hahnemann - ORGANON dell'arte del guarire - Adattamenti a cura di G. Fagone - Salus Infirmorum.



Le pari opportunità nel rispetto della specificità

Innanzitutto il problema dei medicinali. Come ormai saprete, l'AIFA, in applicazione della direttiva europea che era stata prorogata al 2015, ha dato un'accelerazione alle procedure di registrazione dei medicinali omeopatici, destinando addirittura a tale processo del personale apposito. Questo potrebbe voler dire un riconoscimento dei nostri strumenti terapeutici e soprattutto uno sblocco per la registrazione di medicinali introdotti dopo il 1995, faticosa data che fino ad ora ha fatto da spartiacque tra gli ammessi e gli esclusi: sì a quelli in commercio prima di tale data, fuori invece tutti gli altri. Agli occhi del pubblico questo processo vuol dire più garanzie, più controlli, una qualità maggiore, e viene in genere visto come un fatto tutto positivo. Ma il problema è che si è applicata all'omeopatia la stessa logica che si utilizza per la valutazione dei medicinali chimici convenzionali, e questo crea dei grossi problemi. La procedura avviata infatti prevede che per ogni diluizione e formulazione (gocce, granuli, globuli) si prepari uno specifico dossier con prove di sicurezza e di efficacia, il che comporta un costo di migliaia di euro a referenza. Questo porta a costi insostenibili per i nostri produttori, che sono per lo più piccole aziende, col risultato di penalizzare la produzione italiana in un momento particolarmente difficile per tutto il comparto industriale italiano. Ma soprattutto, che senso ha richiedere specifici dossier per le diluizioni superiori diciamo alla 15 CH, quando è assodato che da una certa diluizione in avanti

Mentre scrivo queste note ai primi di giugno intorno al mondo dell'Omeopatia si agitano acque tempestose. Mi riferisco a due temi precisi, che stanno impegnando il Consiglio Direttivo della FIAMO e cioè la situazione dei medicinali omeopatici e le problematiche dell'ECM

non ci sono più molecole del soluto? Perché quando fa comodo il medicinale omeopatico è semplicemente "acqua fresca" e quando invece non fa comodo questa acqua fresca diventa oggetto di indagini e controlli esasperati? Il problema principale è la mancanza di competenza specifica di chi si occupa di queste tematiche. Ecco perché come FIAMO stiamo cercando di farci ascoltare dalle istituzioni regolatorie. Al Convegno a L'Aquila l'anno scorso abbiamo avuto ospiti due rappresentanti dell'AIFA, che hanno dimostrato interesse per le nostre problematiche; ma poi, all'atto pratico, la voce dei professionisti, come quella dei produttori, è stata inascoltata. Vi terrò informati sugli sviluppi della vicenda. L'altro tema è quello dell'ECM. E' davvero insopportabile che i medici omeopati debbano essere considerati figli di un dio minore, costretti continuamente a "giustificare" il loro operato, tanto che gli obiettivi formativi ammessi per chi fa aggiornamento in omeopatia riguardano solo la "valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà". Questo implica il riferirsi ad uno soltanto dei parametri attraverso cui si suole valutare scientificamente un intervento sanitario (l'efficacia) con esclusione degli altri (appropriatezza,

effettività, sicurezza, efficienza) decisivi per valutare la correttezza dell'intervento sanitario stesso, come specifica in più punti questo stesso documento ministeriale sull'ECM, applicandolo però solo ai temi della medicina convenzionale. I medici omeopati, diversamente dagli altri, non hanno la possibilità di acquisire crediti, che sono ormai obbligatori, e sono tanti, ampliando la loro competenza nel loro settore specifico e sono spesso obbligati a peregrinare racimolando crediti con la frequenza a corsi e seminari che hanno l'unica valenza di distribuire questi benedetti punti. I pazienti che si rivolgono agli omeopati, peraltro, hanno diritto ad avvalersi di professionisti che continuano a studiare, ad approfondire la loro materia, che, come ben sappiamo tutti noi che la pratichiamo, non finisce mai di richiedere studio e ulteriori conoscenze. Per non parlare poi delle spequazioni tra ciò che è gestito dall'Università e quello che invece è affidato alle Associazioni e Società scientifiche: chi frequenta un master universitario nei due anni di frequenza è esentato dall'acquisizione dei crediti richiesti, mentre chi svolge lo stesso percorso formativo presso una delle Associazioni che hanno fatto da sempre la formazione in Italia, che hanno per così dire il know how in questo settore,

non può far valere questa frequenza ai fini della formazione continua. E' davvero arrivato il momento di scrollarsi di dosso eventuali timidezze e complessi di inferiorità e rivendicare il ruolo fondamentale che la medicina omeopatica ha nella salute delle persone. Chi pratica l'omeopatia offre una prospettiva di grande valore sia medico che sociale. Stanno crescendo gli studi che dimostrano quanto il ricorso a questa medicina significhi in termini di sostenibilità. E l'esperienza positiva di milioni di pazienti non può essere ignorata e calpestate.

Anche in questo caso la FIAMO, congiuntamente a tutti i soggetti che hanno dato vita alla nuova comunità omeopa-

tica con la firma del Protocollo sulla formazione siglato in marzo a Chianciano, sta preparando un'azione, di cui, quando leggerete queste parole, spero ci saranno stati gli eco. Il riscontro che stiamo incontrando in questi ultimi tempi tra persone lontane dall'omeopatia, che ne riconoscono la valenza sul piano scientifico e la ricchezza paradigmatica, non può non darci forza nel rivendicare pari opportunità per la nostra medicina, nel rispetto della sua specificità.

Un ultimo argomento, che ha purtroppo comunque a che fare con climi tempestosi: il terremoto che sta colpendo in questo periodo Emilia Romagna, ma anche Veneto e Lombardia.

Massimo Mangialavori si è fatto carico di organizzare un'attività di assistenza per le popolazioni più colpite, con la partecipazione di colleghi e aziende che stanno dando la loro disponibilità in svariati modi. L'esperienza de L'Aquila ci ha mostrato come questo tipo di intervento sia importante e prezioso sia in termini umanitari che in termini strettamente medici. Sono molto lieta che la FIAMO sia in prima fila anche in questa occasione ed esprimo a tutti i colleghi coinvolti direttamente nel disastro, in particolare a Giuseppina Bovina e a Andrea Valeri, che vivono nell'epicentro del sisma, tutta la partecipazione e l'affetto della comunità omeopatica che rappresento.

RC professionale: FIAMO sceglie Club Medici



IN VISTA DEL PROTOCOLLO DI INTESA CON IL CLUB, LA NUOVA POLIZZA IN CONVENZIONE PER I MEDICI ISCRITTI ALLA FEDERAZIONE

La nuova Polizza Professionale, in convenzione sino al 31/12/2015, apre un'opportunità unica per tutti coloro che desiderano stabilizzare contenuti e costi fino alla naturale scadenza. Si tratta di un prodotto assolutamente concorrenziale e di elevato livello sia per i medici di famiglia, sia per altre specializzazioni. Scopriamo una breve sintesi delle garanzie, invitandovi alla lettura completa e alle modalità di adesione presenti sul sito www.clubmedici.it:

- l'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa;
- l'assicurazione include esplicitamente l'utilizzo di apparecchiature attinenti alla professione dichiarata, la somministrazione di terapie endovenose, l'inoculazione di vaccini, la dialisi e l'effettuazione di piccoli interventi domiciliari o di chirurgia ambulatoriale.

Garanzie sempre presenti:

- omissione dolosa o colposa da parte del **personale dipendente o da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere** nell'esercizio dell'attività professionale;
- interventi di **primo soccorso** prestati in virtù dell'obbligo deontologico professionale;
- pratica di **medicina non convenzionale**;
- **tirocianti** sulla base del disposto della legge N. 212 del luglio 1990, di consulente e/o perito, nell'ambito dell'attività professionale stessa, di organizzatore di convegni, congressi e corsi ECM;
- attività di **continuità assistenziale** (ex guardia medica);
- **conduzione e proprietà dei locali** adibiti a studio professionale ed alla proprietà ed uso delle attrezzature ivi esistenti.

Medicina Non Convenzionale

Pratica di medicina non convenzionale in riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 (Statuto delle Medicine non Convenzionali) e successive modificazioni e/o integrazioni quali: Agopuntura, Fitoterapia, Medicina Ayurvedica, Medicina Antroposofica, Medicina Omeopatica, Medicina Tradizionale Cinese, Omotossicologia, Chiropratica.

Medicina del Servizio di Emergenza Sanitaria

Attività professionale di pronto soccorso, svolta nei termini dell'abilitazione di legge, presso strutture private e di medicina del servizio di emergenza sanitaria territoriale.

Inizio e termine della Garanzia – Formula Claims Made

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre 5 anni antecedenti la data di effetto della polizza.

Adesione all'assicurazione e rinnovo della copertura

Gli Associati al Club Medici possono aderire alle coperture assicurative previste dalla presente polizza compilando e sottoscrivendo il modulo di adesione ([presente anche sul sito www.clubmedici.it](http://www.clubmedici.it)) e corrispondendo il relativo premio.

Studio Associato o Società

E' data facoltà di intestare la polizza di assicurazione ad uno Studio Associato od a una Società.

S.o.s. multe e ammende

L'esposizione massima degli Assicuratori non eccederà il limite di Euro 10.000,00 per avvenimento ed in aggregato annuo.

Estensione Territoriale

Le garanzie tutte della presente polizza valgono per i sinistri che avvengano nel territorio di tutti i Paesi Europei.

Limiti di indennizzo e franchigia

Limite di indennizzo per sinistro e per anno assicurativo per ciascun Assicurato di **Euro 2.000.000,00** o limiti inferiori in conformità alla scelta dell'Assicurato al tempo dell'adesione. I sinistri risarcibili ai sensi della presente polizza saranno soggetti ad una **franchigia fissa di Euro 500,00** per evento.

CLUB MEDICI

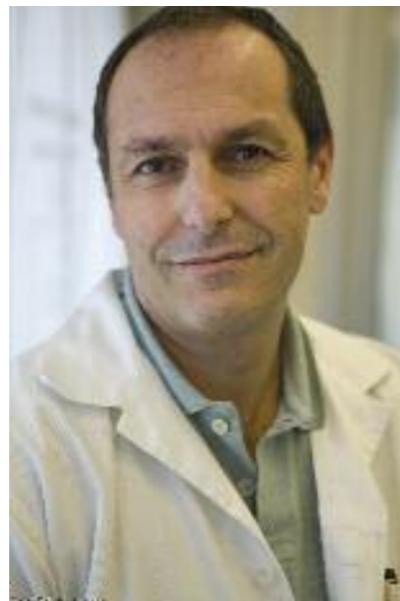
Sede Nazionale e Interregionale: Via G. Marchi, 10 – Roma – t. 06 8607891
Sede Interregionale Area Sud: Centro Direzionale: Isola E3 – Palazzo Avalon
Napoli – t. 081 7879520



Omeopatia comparata: Veterinari e Medici in collaborazione

Si è appena concluso un interessantissimo Seminario organizzato dalla Scuola Internazionale di Omeopatia Veterinaria di Cortona con la applaudita partecipazione il Dott. Roberto Petrucci.

Il primo giorno è stato interamente dedicato alla Omeopatia Veterinaria, relatori i docenti della scuola di Cortona. Gli interventi hanno trattato di Sanità Pubblica, di clinica buiatrica, di geriatria e dell'applicazione dei Sali di Arsenico nelle più disparate patologie. Per la prima volta sono state espresse con chiarezza le caratteristiche di *Lycopodium clavatum* nelle diverse specie animali: dai rettili agli uccelli. L'Omeopatia avrà un futuro assicurato perché saranno sempre i giovani talenti a portarla avanti. L'abbondanza della documentazione e la condivisione della propria esperienza clinica hanno arricchito chi ha avuto la fortuna di partecipare.



chito chi ha avuto la fortuna di partecipare.

I successivi due giorni sono stati particolarmente apprezzati: Roberto Petrucci ha spiegato con chiarezza il Sistema dell'evoluzione dinamica in Omeopatia proiettando diversi casi in video.

La trasformazione dei pazienti dopo l'assunzione del Rimedio corretto era incontestabile e ha

profondamente colpito tutti. Ha suscitato sincero entusiasmo la sua capacità di trasmettere un Metodo logico e al tempo stesso intuitivo che può essere applicato con successo anche in Omeopatia Veterinaria. I Rimedi trattati sono stati diversi, così pure le patologie e l'approccio al malato è stato sapientemente differenziato a seconda del caso in esame. E' stata molto apprezzata dai Veterinari la capacità di adattare il metodo ai particolari sintomi espressi o sottintesi, non verbali del paziente: una difficoltà con cui i Veterinari si confrontano tutti i giorni. Ovviamente la nostra categoria non può usufruire dell'aiuto dei sogni, ma siamo stati messi in grado di allargare la nostra visione e di applicare con coscienza il ragionamento analogico. L'unanimità dei presenti ha espresso il desiderio della riedizione di eventi di questo livello.

Altrettanto apprezzato è stato il Seminario di Gustavo Dominici a Cortona nel Maggio 2012.

Ha esposto con semplicità e chiarezza i provings effettuati in passato e un Rimedio appena sperimentato: *Escherichia Coli*. L'applicazione di questo Rimedio in Medicina Veterinaria,

dopo un approfondimento tanto illuminante, è certa, e quest'autunno, alla ripresa del Corso, ci si confronterà anche su questa esperienza. Il Seminario sui Provings ha prodotto un inequivocabile risultato: la stragrande maggioranza degli studenti, entusiasta, vuole partecipare attivamente al prossimo Proving di Gustavo Dominici.

I PROSSIMI IMPEGNI

21-22 Settembre 2012 a Firenze si terrà il 5th European Congress for Integrative Medicine che riserverà alla Sezione Veterinaria un'attenzione particolare. Sono già state presentate molte interessanti relazioni che Vi invito ad ascoltare. Molto spesso i Veterinari si trovano ad affrontare patologie che in Medicina sono di esclusiva competenza Ospedaliera. Questa esperienza clinica può essere uno stimolo anche per i Medici.

27-30 Settembre "XVII Seminario Internazionale di Medicina Omeopatica. Il Volo: i rimedi e i gruppi che esprimono attraverso sensazioni, sogni e immagini con il volo". Organizzato da CEMON con la Scuola di Cortona in onore e memoria di Franco del Francia.

I Relatori sono: Roger Morrison; Nancy Herrick; Jonathan Shore.

E' stato spostato per questioni amministrative nell'autunno 2012 il Seminario accreditato ECM organizzato dalla Scuola di Cortona in collaborazione con Sivemp: "Gestione del farmaco veterinario ai sensi della normativa vigente finalizzata al benessere animale".



E SE STAVOLTA PROVASSI UN COLLIRIO OMEOPATICO ?



D. Lgs. 219/2006 art. 85: "Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate".

D. Lgs. 219/2006 art. 120 1 bis: "Trattasi di indicazioni per cui non vi è, allo stato, evidenza scientificamente provata dell'efficacia del medicinale omeopatico".

Medicinale non a carico del SSN.

Euphrasia officinalis 3 DH e Chamomilla vulgaris 3 DH, sostanze attive del collirio Euphralia®, sono tradizionalmente utilizzate dalla farmacologia omeopatica nel trattamento sintomatico dei più frequenti disturbi dell'occhio:¹⁻⁵ arrossamento, bruciore, lacrimazione, irritazione, fotofobia, prurito, sensazione di corpo estraneo, secchezza, palpebre agglutinate, dolore. La loro azione è anche dimostrata da uno studio clinico.⁶

Il collirio Euphralia®, costituito esclusivamente dalle diluizioni omeopatiche e da eccipienti isotonici (cloruro di sodio 0,9% e acqua purificata), garantisce il rispetto delle caratteristiche fisiologiche del liquido lacrimale e non causa irritazione o bruciore all'instillazione.⁷ Confezionato in contenitori monodose di polietilene morbido senza additivi⁸, è prodotto con tecnologia Bottelpack®, che garantisce la sterilità senza l'uso di conservanti.^{9,10}

Per tutte queste caratteristiche, il collirio Euphralia® può essere generalmente utilizzato anche dai bambini¹¹⁻¹³ e dai portatori di lenti a contatto;¹⁴ laddove necessario e consigliato dal medico, si può utilizzare in modo continuativo e prolungato.

Il morbido e pratico contenitore monodose rende facile e sicura l'instillazione oculare: 2 gocce 3-4 volte al dì.^{5,6}

Al bisogno, anche più volte al giorno.

**Laboratoires Boiron, leader mondiale dell'omeopatia,
azienda familiare da oltre 80 anni.**

Servizio Informazioni Boiron: numero verde 800-032203
www.boiron.it



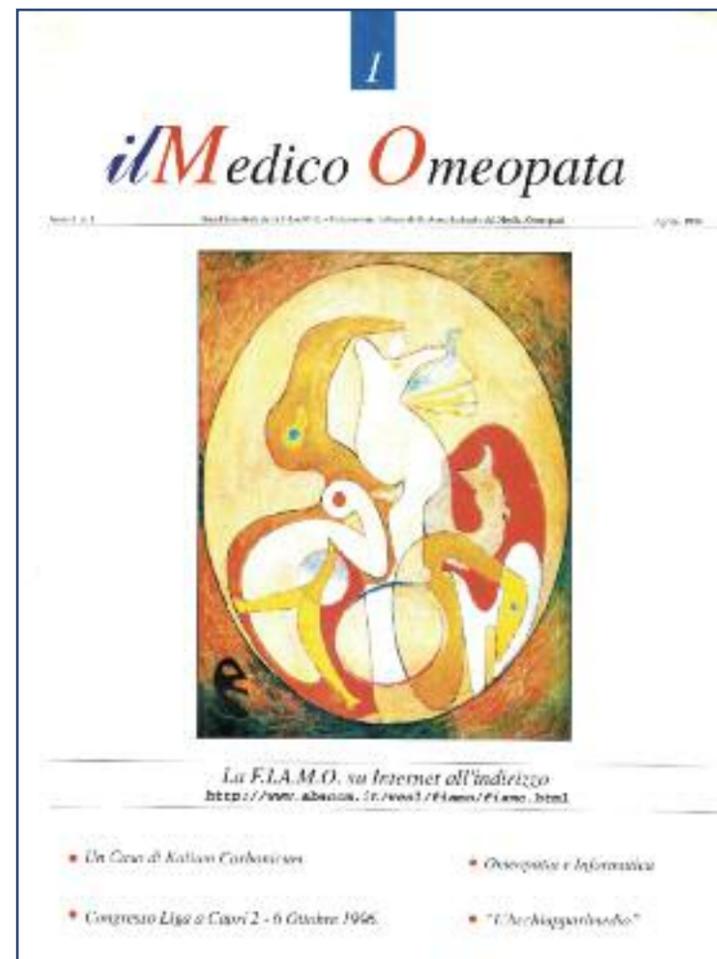
La nostra Rivista

Con l'articolo redazionale che pubblichiamo (rectius: ripubblichiamo) s'apriva, nel lontano 1996 la coraggiosa avventura della nostra rivista.

Da allora l'Omeopatia ha continuato ad affermarsi, con la grande forza della propria validità clinica e umana. A questa affermazione ci piace pensare di avere contribuito anche noi, mandando avanti un giornale che si distingue per il suo livello scientifico e grafico, con la forza della passione, del coraggio e anche, perché no, della necessaria "tigna". Qualità cui peraltro dobbiamo ricorrere spesso, come coloro che, armati della propria ragione, della propria esperienza e della propria fede, si trovano a combattere contro l'ottusità e l'ignoranza di chi, pur senza conoscere, tuttavia giudica.

Il successo che abbiamo riscosso fino ad oggi ci conferma in questa strada, intrapresa con il prezioso aiuto dei nostri collaboratori, del nostro tipografo Giuseppe e del nostro grafico Francesco e l'altrettanto prezioso sostegno dei nostri soci e dei nostri lettori ma soprattutto grazie alla tenacia del nostro direttore Gustavo.

Fatiche? Difficoltà? Tempi tiranni? Si capisce! Ma siamo omeopati, no?



da Il Medico Omeopata n. 1 anno I – Aprile 1996

Come già da tempo annunciato, da questo numero lo scarno Notiziario della F.I.A.M.O. diventa rivista a tutti gli effetti. L'esigenza di una rivista di Omeopatia era sentita da più parti e, nel tempo, numerosi tentativi sono stati effettuati in questo senso da colleghi di buona volontà, che si sono assunti l'onere di pubblicazioni autonome ed autogestite. Negli ultimi anni, di contro ad una notevole espansione quantitativa in Italia dell'Omeopatia intesa in senso esteso (cioè delle terapie che più o meno si avvalgono della prescrizione di medicinali omeopatici), è chiaro a tutti gli addetti ai lavori che l'espansione della buona Omeopatia batte il passo. Balbettare semplicemente una discreta Omeopatia costa anni di studio; ci vuole poi una vita per perfezionarla, e ciò è in contrasto con tutto subito promesso da tante terapie più o meno alternative e perseguito da molti colleghi (e abusivi!) in cerca di facili guadagni.

I medici che nonostante ciò intraprendono l'erta via della Medicina Omeopatica vera, si trovano poi ad operare in un ambiente culturale scarsamente stimolante o produttivo: finito il corso di Omeopatia, vengono per lo più abbandonati a loro stessi, senza la possibilità fattiva di avere uno

scambio culturale ed un valido aggiornamento; e a poco valgono i seminari faticosamente organizzati dai vari gruppi: ci si ritrova, sempre gli stessi, a parlarsi addosso e a darsi ragione a vicenda.

Può anche succedere poi che ogni gruppo parli e spari degli altri, dandone una immagine per lo più caricaturale che, a chi si prenda la briga di verificarne la realtà, risulta assolutamente inadeguata. Quello che manca in Italia è il lungo culturale neutrale in cui costruire il Villaggio Omeopatico d.o.c.: il luogo in cui ogni singolo omeopata e gruppo omeopatico possa manifestare le sue idee ed accettare anche il confronto con quelle degli altri, senza sentirsi fuori territorio, ma in casa propria. In quest'ambito la F.I.A.M.O., nell'ultimo anno, ha assunto una chiara definizione politica e scientifica ed uno specifico campo di azione: quello di contenere e rappresentare tutti i medici omeopati italiani e di affermare l'identità della Medicina Omeopatica di contro a tante altre terapie, comunque rispettabili, ma

che, in assenza di adeguata legislazione, stanno soffocando la nostra identità professionale di Medici Omeopati. La F.I.A.M.O. è diventata la Federazione degli omeopati, intesi, questa volta in senso stretto, come prescrittori di rimedi unitari, cioè già sottoposti a patogenesi e prescritti individualmente sul paziente, seguendo la Legge dei Simili: in pratica gli Unicisti e i Pluralisti-Costituzionalisti. Ora che il passo istituzionale e politico è stato fatto, vogliamo fare lo stesso passo in campo scientifico, appunto con la pubblicazione della presente rivista. Il campo scientifico della rivista è rigorosamente delimitato: la Medicina Omeopatica come sopra definita, ma, in quest'ambito ristretto, essendo la F.I.A.M.O. assolutamente equidistante e neutrale rispetto alle varie tendenze e teoriche e dottrinali omeopatiche, saranno accolti nella rivista relazioni da tutti i vari gruppi e singoli individui che abbiano il desiderio di fornire il loro contributo allo scambio di idee e di esperienze, prescindendo dalla loro

appartenenza all'uno o all'altra corrente culturale.

La Rivista conterrà anche rubriche fisse, come ad esempio quella sull'Informatica; naturalmente sarà presente lo spazio politico per il Notiziario Federale; con il tempo sarà anche organizzata una sintesi della stampa estera più interessante e qualsiasi altra interessante iniziativa culturale che possa essere suggerita. La pubblicità, che sosterrà parzialmente la nostra rivista, sarà sottoposta a precisi limiti e sarà concessa esclusivamente per i medicinali unitari.

In conclusione, speriamo di aver confezionato per i nostri colleghi e amici un prodotto appetibile, ma teniamo a sottolineare che, come è vero che la F.I.A.M.O. non è il Consiglio Direttivo ma siete Voi Soci, così la Rivista non è identificabile con la Redazione, ma è il contenitore delle Vostre idee.

Vi sollecitiamo pertanto ad inviare da subito lavori e relazioni, seguendo le disposizioni tecniche suggerite.

Il Consiglio Direttivo



FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI
FIAMO

LA VOCE FORTE DELLA MEDICINA DOLCE

Iscriviti o rinnova la tua iscrizione per il 2012
Le quote di Iscrizione per il 2012 sono le seguenti:

• Soci ordinari* Medici/ Iscrizione FIAMO-LIGA	€ 120,00
• Soci ordinari* Veterinari/ Iscrizione FIAMO-LIGA	€ 90,00
• Soci aggregati** Iscrizione FIAMO	€ 60,00
• Allievi Scuole del Dipartimento Fiamo	€ 50,00
• Iscrizione ECH	€ 25,00

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

Abbonamento Il GRANULO:

• n° 100 copie per 3 numeri / 2012	€ 90,00
------------------------------------	---------

MODALITÀ di PAGAMENTO

- **Bollettino postale:**
FIAMO sede Amm.va, via C. Beccaria, 22 05100 Terni
C/C/P 12334058
- **Bonifico Bancario:**
FIAMO – Banca delle Marche sede di Terni CIN-K
ABI 06055 – CAB 14400 – C/C/B 000 000 443
IBAN IT89 K 06055 14400 000 000 443 BIC: BAMAIT3A
con causale: Iscrizione Fiamo 2010

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

SCRITTI MINORI
L'esperienza clinica
di un autorevole Maestro
di Omeopatia
 di Clemens Maria Franz
 von Boenninghausen

Arriva in libreria un testo che fa parte della storia della omeopatia, secondo solo agli scritti di Hahnemann. Clemens Maria Franz von Boenninghausen, dopo essere stato salvato dall'omeopatia è stato uno dei più grandi omeopati del passato. Coevo di Hahnemann ci ha lasciato un gran numero di articoli e di lettere che tuttora sono estremamente attuali e di estremo valore. Lo stesso Hahnemann aveva una grande stima e fiducia in Boenninghausen tanto da rivelargli personalmente le sue ultime scoperte sulle LM certo che, come accadde, Boenninghausen non rivelasse a nessuno il segreto di quella nuova procedura di potenziamento delle medicine che offre dei considerevoli vantaggi e della quale, come riportato nel testo, aveva avuto una esperienza personale e che elogiava pienamente. Grande personaggio, di grande integrità che difese a spada tratta l'omeopatia e le alte diluizioni con considerazioni che, alla luce del dibattito scientifico odierno sulle proprietà delle soluzioni altamente diluite risultano estremamente attuali. Le Alte diluizioni sono illustrate in numerosi articoli in cui l'autore contrappone, come in una crociata, i dinamisti ai materialisti stigmatizzando anche coloro che rimangono a metà e che definisce anfibi, né uccelli né pesci, a metà tra allopatia e omeopatia, senza alcuna convinzione se non il proprio interesse egoistico. *Folle impiegare il molto nei casi in cui il poco funziona.* Lo spirito di Boenninghausen emerge con forza dai suoi scritti in cui evidenzia

la sua abilità omeopatica descritta attraverso numerosi casi anche veterinari che sono presenti nel libro e che gli valsero la possibilità di esercitare l'omeopatia pur essendo un uomo di legge appassionato di botanica all'inizio del suo percorso. La descrizione delle leggi dell'omeopatia viene fatta considerandole come leggi fondamentali per la biologia così come la legge della gravità di Newton per la fisica. Lo spirito battagliero di Boenninghausen si svela anche nella critica alla progressiva selezione degli alcaloidi e dei principi chimici contenuti nelle piante che stava osservando e che avrebbe portato alla nascita della moderna farmacologia che avrebbe ridotto anziché aumentato le proprietà curative di ciò che ci fornisce la natura. Le considerazioni di Boenninghausen, dunque, non possono che stupire per la loro modernità. Il libro contiene un articolo che è un classico della omeopatia e cioè quello sul valore caratteristico dei sintomi. Dopo aver concesso un periodo di due anni alla comunità omeopatica in occasione del Congresso di Bruxelles indicando un concorso diffuso dalle riviste di omeopatia per la elaborazione di un trattato sul valore caratteristico dei sintomi al fine di stabilire delle regole certe che aiutassero nella scelta del rimedio, non avendo avuto una

risposta adeguata, Boenninghausen affrontò personalmente l'argomento nell'articolo pubblicato nel 1860. Traendo spunto da un eptamero della teologia scolastica elaborò 7 domande che potessero essere utili per avere tutti gli elementi essenziali per una immagine completa della malattia. Le domande (Quis? Quid? Ubi? Quibus auxiliis? Cur? Quomodo? Quando?) sono ormai entrate a far parte del ragionamento clinico omeopatico e chiariscono in modo mirabile il valore dei sintomi approfondendo la comprensione del § 153 dell'Organon. Un contributo particolare viene, inoltre, da Boenninghausen con la domanda Quibus Auxiliis? che riguarda i sintomi concomitanti ritenuti molto importanti nella scelta del rimedio e alla quale alcuni repertori dedicano tuttora molto rilievo. Un altro argomento che viene affrontato spesso è quello della sicosi, a partire dal classico articolo sugli effetti curativi di Thuya occidentalis nel vaiolo a quello della massima importanza sulla anamnesi della sicosi. Boenninghausen, riprendendo ciò che Hahnemann aveva effettuato per la psora nel Trattato sulle Malattie croniche, cerca di trovare nell'ambito della sicosi un altrettanto dettagliata raccolta di sintomi che possano essere utili per identificare al meglio la presenza di questo mia-

sma nel paziente e spronando le successive generazioni di omeopati a continuare su questa strada sia per la sicosi che per la syphilis. Consigli sono presenti su come tenere un registro dei casi clinici, a partire dall'Organon, annotando personalmente gli aforismi relativi all'argomento, con numerose osservazioni tuttora valide (tra cui anche considerazioni attualissime per una possibile futura difesa o per soddisfare una richiesta legale) e con uno schema di registro medico al termine dell'articolo in questione. Altri articoli riguardano la storia della omeopatia come quello sulle alte potenze di Jenichen, scudiero del duca di Gotha, che con la forza del suo braccio passò le giornate dal 22 dicembre 1845 al 1 gennaio 1846 ad effettuare 165.000 vigorose scosse per preparare Arsenicum Album 8000, o ancora sulle vicende che gli consentirono di continuare ad esercitare l'omeopatia nella terapia medica e veterinaria soprattutto grazie ai suoi notevoli successi pur avendo avuto numerosi contrasti con le autorità dell'epoca. Sono presenti anche diversi casi veterinari molto interessanti e che testimoniano delle grandi capacità diagnostiche e di acume clinico del grande omeopata. Viene approfondita anche la lunga durata d'azione dei rimedi criticando l'uso scriteriato del troppo e troppo spesso che soprattutto nelle malattie croniche impedisce grossi risultati. Boenninghausen riprende inoltre, in un altro celebre articolo, le regole di Hahnemann per evitare errori nel trattamento delle malattie croniche esemplificando con dei casi clinici del Maestro e con la sua esperienza personale i possibili errori di condotta terapeutica. La descrizione degli scambi epistolari con Hahnemann in cui si evidenzia tra l'altro, la capacità di intravedere dei rimedi che avrebbero potuto essere utili nel

proseguimento di un caso clinico sono delle ulteriori fonti di utile comprensione della mirabile arte del Maestro. La dieta più opportuna per i pazienti che si curano con l'omeopatia viene affrontata in dettaglio con numerosi consigli sui cibi permessi oltre che su quelli proibiti. Al termine del libro sono presenti lo schema che identifica il tropismo dei rimedi per i diversi organi suddivisi in base alla lateralità e uno schema sulle affinità tra i rimedi. La traduzione è stata effettuata in maniera molto accurata dal dottor Romagnoli che ha contribuito con numerose annotazioni alle comprensione ed approfondimento del testo oltre ad aver riportato in bibliografia le numerose fonti che ha consultato per rendere al meglio la personalità del grande omeopata come emerge dalla storia della omeopatia. Da leggere anche per i numerosi spunti di estrema modernità presenti nel libro che meritano di continuare ad essere ulteriormente discussi e approfonditi dagli omeopati odierni, raccogliendo il testimone da uno dei Maestri indiscussi di questa disciplina.

L'UOMO COME OPERA D'ARTE
Etica ed Estetica in Medicina
 di Francesco Eugenio Negro

In questo periodo in cui la medicina viene sempre più spinta all'interno degli angusti schemi di protocolli terapeutici e di una tecnologia oggettivante e riduzionista, arriva come una boccata d'aria fresca il recente testo di Francesco Eugenio Negro che evidenzia in modo mirabile la parte insostituibile e sostanziale della medicina come arte. Di fronte ad un paziente il medico non deve limitarsi a misurare dei parametri e a collocare il paziente all'interno di schemi

diagnostico terapeutici già definiti ma può cogliere le sfumature che gli suggerisce l'intuito clinico. Come in un dipinto che non si limita a fotografare la realtà ma in cui le pennellate suscitano una reazione emozionale nello spettatore, l'essere umano viene visto come un'opera d'arte che il medico può interpretare solo sulla scorta della sua capacità artistica di cogliere ciò che è essenziale ma che non sempre è oggettivabile o riducibile ad un termine tecnico. Proprio per questo il libro pur non parlando espressamente di omeopatia è in realtà un testo profondamente intriso di filosofia e cultura omeopatica e riporta in piena luce ciò che di più profondo caratterizza il medico omeopata e che non deve mai perdere di vista. Ritornare alla profonda connessione con la cultura umanistica che rimane, nonostante tutti i tentativi di sminuirlo, la base solida di tutta la medicina e di quella omeopatica in particolare è il tentativo espresso pienamente dalle pagine del libro. Come in un quadro, il medico può cogliere del paziente la cornice costituzionale e genetica che lo circonda ma soprattutto deve cogliere ed apprezzare il dipinto con il suo tema generale e con i suoi colori, con i chiaroscuri e con tutte le sfumature che le circostanze della vita hanno impresso sulla tela. L'intuizione che fa parte dell'atto artistico fa anche parte dell'arte medica. Intuire ciò che suggerisce l'immagine del paziente, il cercare di comprendere in modo più profondo, o come afferma l'autore *il vedere l'infinito negli occhi di un bambino* fanno parte integrante di un essere medico che si sta sempre più dimenticando e che questo libro porta di nuovo alla luce in primo piano. Come afferma l'autore *coloro che guardano opere di pittura devono essere dotati di facoltà imi-*



tativa e dal materiale simbolico arrivare al particolare di ciò che viene espresso dall'opera. Ma dalla dimensione estetica si passa a quella etica dal momento che sviluppando e coltivando queste attitudini dell'esser medico si arriva ad una umanizzazione della medicina e del rapporto medico-paziente, che deve essere riscoperto nella sua importanza e nel suo essere fulcro del processo di guarigione. Se è vero che *la natura imita l'arte*, come affermava un detto dell'epoca degli impressionisti, la dimensione artistica, di converso, permette di cogliere meglio e in modo più esteso le espressioni della vita nel suo divenire. Comprendere, interpretare, leggere il paziente come se fosse un'opera d'arte, sviluppando capacità che molto spesso sono assopite o dimenticate, permette di arrivare paradossalmente ad una visione molto più scientifica, in quanto in grado di comprendere anche tutto ciò che non è riducibile o oggettivabile dalla tecnologia. È come guardare un quadro originale o una fotografia dello stesso quadro. Per quanti pixel si useranno la fotografia non riuscirà mai a catturare ciò che in noi suscita il trovarci di fronte al dipinto originale. Allo stesso modo il medico deve poter apprezzare tutto ciò che suscita in lui il paziente per poter comprendere il malato, in uno sforzo di ricerca della verità, e del bene del paziente, e quindi etico e non solo estetico, e non correre appresso alla immagine fotografica della malattia spersonalizzata che appartiene alla verosimiglianza e mai alla verità. Dovremmo, dunque, esercitare continuamente i nostri occhi e la nostra sensibilità perché la sensibilità artistica permette l'atto creativo dell'intuizione clinica. Questo è in particolar modo vero in omeopatia laddove la diagnosi e la terapia sono



FRANCESCO EUGENIO NEGRO

L'UOMO COME OPERA D'ARTE
Etica ed Estetica in Medicina

Franco Angeli Editore
Pag. 108 – € 16,00

intimamente connesse con la capacità di riconoscere il rimedio. Ogni paziente è come un quadro, unico e irripetibile anche dai migliori falsari, che deve poter essere compreso dal medico, che di fronte al paziente, deve poter attingere a tutto il suo bagaglio di visione della vita e di umanità. Per comprendere un quadro bisogna vederlo con gli occhi della mente, arrivare all'essenza confrontarlo con tutte le immagini che ci evoca e poi allo stesso tempo vederlo con occhi nuovi, dimenticandosi di aver mai visto un quadro, per cogliere proprio ciò che rende il quadro unico. Tutto ciò fa parte integrante dell'arte medica e non deve essere mai oscurato dalla medicina dei protocolli e delle linee guida. A maggior ragione ciò è vero in omeopatia dove ogni paziente è un caso a sé, un esperimento in continua evoluzione. Spesso i capitoli del libro iniziano a partire da un dipinto celebre di autori come Giorgione, Degas, Munch o Goya ed altri ancora per introdurre attraverso il diverso linguaggio pittorico le differenti prospettive su cui affrontare il tema e sollecitare un ampliamento della visuale per ogni ulteriore evocazione. Se come affermava Platone, *conoscere è ricordare*, attraverso le esperienze dei precedenti pazienti e della pratica clinica effettuata, ogni nuovo paziente

evoca delle risonanze nella memoria del medico che riguardano anche la sua componente di sensibilità emozionale ed empatica che necessariamente contribuiscono alla interpretazione e alla comprensione del caso. Scienza ed arte si fondono, dunque, per arrivare, come afferma l'autore, all'uomo e alla sua comprensione. È questo fa parte della natura stessa della omeopatia che, nello sforzo di un riconoscimento ufficiale, non dovrà mai rinnegare la sua componente artistica oltre che filosofica. L'omeopata deve poter intuire e vedere nel paziente le sfumature che gli fanno riconoscere il rimedio omeopatico che gli si presenta davanti, oltre e talvolta nonostante i dati degli esami e di laboratorio, così come, in base a quanto afferma Michelangelo, lo scultore deve possedere la capacità di vedere nel marmo grezzo la statua che è presente all'interno. Da leggere e rileggere con attenzione, su una panchina di un parco o con un'adeguata musica di sottofondo, per apprezzare meglio le molte citazioni presenti e poter cogliere attraverso il modo di scrivere in brevi frasi evocative che si rincorrono tra i vari capitoli del libro, le molte sollecitazioni alla parte più sensibile e meno razionale ma altrettanto importante del medico.

Colostro Noni

La naturale prevenzione dei disturbi gastro-intestinali



Protegge il tuo equilibrio intestinale naturalmente

Colostro Noni è una formulazione orosolubile innovativa, a base di colostro bovino, indicata come coadiuvante sia nei bambini che negli adulti. Grazie all'attività sinergica dei suoi principi attivi naturali, aiuta a proteggere il tratto gastro-intestinale preservandone l'ottimale funzionalità. L'attività di Colostro Noni è anche sostenuta dalla presenza del succo di Noni (Morinda citrifolia), con proprietà protettive e stimolanti naturali. Colostro Noni per i suoi componenti rappresenta un valido supporto nella prevenzione dei disturbi gastro-intestinali anche legati ad episodi influenzali.



Il nostro laboratorio è a **Impatto Zero**[®]
GUNA S.p.A. aderisce al progetto **Impatto Zero** di LifeGate. Compensato le emissioni di CO₂ con la creazione di nuove foreste.



GUNA S.p.a.
Via Palmanova 71 - 20132 Milano



AZIENDA CON SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2008 CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

Primario Psichiatra / Coordinatore F.I.A.M.O. Calabria
 Coordinatore Didattico Scuola A.F.M.O. – E.M.C., Reggio Calabria – Catanzaro
 p_falabella@libero.it

La Scuola A.F.M.O. – E.M.C. di Reggio Calabria – Catanzaro

La Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica (A.F.M.O. – E.M.C.) istituita su proposta della Commissione per le Medicine non Convenzionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Reggio Calabria, ha iniziato il proprio iter formativo nel mese di dicembre 2009, con il saluto augurale del Presidente dott. P. Veneziano e del Vice Presidente dott. G. Zampogna, dell'Ordine dei Medici.

Il Corso triennale, patrocinato dalla Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati (F.I.A.M.O.) e dalla Liga Medicorum Homeopathica Internationalis (L.M.H.I.), annovera allo stato, in qualità di docenti, otto medici esperti in Omeopatia, che avevano già fondato la sezione regionale F.I.A.M.O. della Calabria (tra di essi il Delegato all'Assemblea Nazionale e il

Viene tratteggiata storicamente la nascita dell'A.F.M.O. – E.M.C., Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica dall'anno 2009 all'Ordine dei Medici di Reggio Calabria e dal settembre 2012 all'Ordine dei Medici di Catanzaro. Se ne definiscono gli obiettivi, la matrice culturale, il percorso formativo, lo "spirito" della Scuola

Coordinatore), un medico veterinario, un medico odontoiatra e un biologo, docenti rispettivamente nei moduli formativi di veterinaria, odontoiatria, epistemologia e biologia sistemica, una ricercatrice universitaria didatta nei moduli di farmacognosia. Moduli formativi specifici attinenti la storia della medicina e della medicina omeopatica, l'etica, la deontologia, la legislazione nell'esercizio della medicina omeopatica, così come le teorie e le tecniche della comunicazione, e la metodologia sperimentale (la Scuola al III anno di insegnamento ha già prodotto

due provings didattici) sono argomenti di studio, elaborati con particolare impegno da alcuni dei nostri docenti. Ogni anno in collaborazione con esponenti del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici di Reggio Calabria e dall'anno 2011 dell'Ordine di Catanzaro, organizziamo un Convegno ed un Corso di Aggiornamento, con crediti E.C.M., aventi ad oggetto il confronto sulle due diverse metodologie terapeutiche e sulla verifica dei risultati attraverso esemplificazione di casi clinici, trattati secondo la farmacologia classica e quella omeopatica. Peculiarità della nostra scuola A.F.M.O. – E.M.C. è l'essere nata all'interno di un gruppo di medici omeopati, iscritti alla F.I.A.M.O., che si riunivano già dagli anni 2004 – 2005, con cadenza almeno mensile, in week end di studio, di confronto di casi clinici, organizzando sul territorio momenti di aggregazione con pazienti, cittadini, associazioni culturali attraverso proposte di informazione attinenti la medicina omeopatica. E, proprio questa coesione, che si fonda su rapporti reciproci di amicizia e di stima, ha permesso e permette ai discenti di partecipare ad un clima di comune partecipazione con discussioni, che si propongono durante la pausa pranzo e ben oltre gli orari definiti, con la formulazione di proposte organizzative pratiche,



al fine di venire incontro alle diverse richieste e problematiche dei partecipanti ed ha dato a noi docenti la "forza" necessaria per richiedere e ratificare, con il rappresentante legale dell'Ordine di Reggio Calabria, la convenzione inerente la nostra proposta didattica-formativa intesa a colmare la carenza regionale istituzionale sul tema della medicina omeopatica, con un programma proprio dei contesti accademici dell'Unione Europea.

E, proprio nel Convegno di novembre 2011 e nella successiva prolusione al Corso di Formazione in Medicina Omeopatica, tenuta il 28 aprile 2012 all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Catanzaro, momento propulsivo al Corso che inizierà ufficialmente sabato 15 settembre 2012 (i cui destinatari sono gli iscritti agli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, i laureati in Farmacia e in Veterinaria e con funzione di uditori i laureati nelle altre discipline sanitarie), si è resa evidente la peculiarità della nostra Scuola, in riferimento allo sviluppo della conoscenza in omeopatia.

Noi tutti soci fondatori e didatti ci incontravamo già dagli anni novanta ogni estate relatori ai Convegni di "Medicina non violenta" voluti dall'amico omeopata S. Maradei, apportando all'interno di un progetto comune, le nostre differenze di formazione, i nostri diversi percorsi di conoscenza. Negli stessi anni nasceva e si coagulava intorno al sottoscritto un gruppo di medici, anch'essi diversi per curricula professionali ed esperienze didattiche che, dopo un lungo percorso di confronto e di verifica con la Direzione del ASL Napoli 5, previa delibera del Direttore Generale, iniziavano ad operare nell'"Ambulatorio Sperimentale di Agopuntura Classica Cinese, Omeopatia e Fitoterapia", avente sede nel Presidio Ospedaliero "A. Maresca" di Torre del Greco, ASL NA 5, Regione Campania.



Quanto esposto storicamente evidenzia come la Scuola, strutturata con omeopati formati nel corso degli anni sotto l'egida di grandi maestri del pensiero omeopatico (per citarne alcuni Paschero, Ortega, Negro, Candegabe, Masi, Sankaran, Vithoulkas, ...) stia crescendo proprio nel continuo scambio e confronto di conoscenze, di competenze e di pensiero, che arricchiscono la didattica e forniscono ai discenti spunti di riflessione e di ricerca. La nostra base comune, il nostro "luogo sicuro" (volendo usare una terminologia psicodinamicamente orientata) è il pensiero e l'opera di C.F.S. Hahnemann, il valore della Sua metodologia classica, in riferimento ai principi della similitudine, dell'individualità medicamentosa infinitesimale, della individuazione e valorizzazione dell'intera persona malata, sul piano dell'espressività somato-psichica e delle sue modalità caratterizzanti.

Per quanto riguarda il percorso formativo espresso in ore, la Scuola si caratterizza per una durata triennale, 402 ore di didattica frontale, 183 ore di pratica clinica in aula comprendenti 85 ore di esercitazioni attinenti casi clinici videoregistrati, casi clinici raccolti ed elaborati dai docenti, supervisioni di casi clinici degli allievi, 60 ore di pratica ambulatoriale, 38 ore di lavoro interattivo in aula: role playing

(interpretazione dei rimedi da parte di gruppi di allievi), addestramento al proving didattico in doppio cieco, addestramento all'utilizzo della repertorizzazione informatica. La formazione a distanza si concretizza in 102 ore di autoapprendimento tramite questionari di autoverifica, 128 ore complessive per la stesura delle tesi annuali e della sperimentazione.

Gli obiettivi generali da acquisire durante la formazione sono diversificati in riferimento al percorso triennale, valorizzando nel I anno la conoscenza dei principi e la comprensione della dottrina, nel II anno il sapere utilizzare in maniera appropriata tali conoscenze e l'essere in grado di stilare una cartella clinica, infine nel III anno il saper individuare la sintomatologia al fine di scegliere nel malato cronico il "farmaco" appropriato, l'acquisire una visione interdisciplinare fondata sull'analisi eziopatogenetica personale ed ereditaria, (al fine di una formulazione e di una specifica posologia del rimedio) e l'essere in grado di promuovere protocolli di sperimentazione. Il Corso triennale ha la finalità di far acquisire le conoscenze e le competenze necessarie per la pratica dell'omeopatia unicista in integrazione, quando ritenuto necessario, con la medicina convenzionale.

Iris versicolor

Proving 2010 Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica (A.F.M.O.-E.M.C.)

Presentato al X Congresso FIAMO – Chianciano (SI) – 16-18 marzo 2012

RIASSUNTO

La Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica (A.F.M.O.-E.M.C.), membro del Dipartimento Scuole F.I.A.M.O., ha realizzato nel periodo tra settembre e novembre 2010 un proving didattico di IRIS VERSICOLOR nell'ambito del programma del 1° anno del Corso Triennale di Omeopatia Unicista che si svolge all'Ordine dei Medici di Reggio Calabria. La sperimentazione pura è stata realizzata in triplo cieco contro placebo (25%) utilizzando il rimedio alle potenze 200K e 30CH. Un Direttore, 1 Coordinatore, 5 Supervisor, 12 provers hanno costituito l'equipe di ricerca. Autosservazione didattica e ampliamento della patogenesi di un rimedio poco conosciuto i principali obiettivi e risultati raggiunti.

PAROLE CHIAVE

Iris Versicolor – proving didattico – patogenesi – protocollo sperimentale – formazione del medico omeopata

SUMMARY

The Homeopathic Medical School (A.F.M.O.-E.M.C.), member of F.I.A.M.O. School Department, carried out a didactical proving of IRIS VERSICOLOR, taking place between September and November 2010, as part of the first year programme of "Triennial Course of Unicistic Homeopathy", held at "Provincial Medical College", in Reggio Calabria. A triple-blind pure experimentation was conducted comparing 200K and 30CH potencies of remedy with the placebo (25%). Research team was composed by 1 Director, 1 Coordinator, 5 Supervisors and 12 provers. Didactical self-evaluation and an improved understanding of a not well-known remedy represent the main purposes and the obtained results of the study.

KEY-WORDS

Iris versicolor – Didactical proving – pathogenesis – experimental procedure – Training of Homeopathic Medical Doctor

INTRODUZIONE

La Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica (A.F.M.O.-E.M.C.), aderente al Dipartimento Scuole della F.I.A.M.O., ha realizzato nel periodo tra settembre e novembre 2010 un proving didattico di IRIS VERSICOLOR nell'ambito del programma del 1° anno del Corso Triennale di Omeopatia Unicista che si svolge all'Ordine dei Medici di Reggio Calabria.

MATERIALI E METODI

Il Comitato Direttivo della Scuola di Formazione valuta rilevante, qualitativamente professionalizzante ed efficace nella formazione in Medicina Omeopatica la partecipazione di alcuni allievi della Scuola, unitamente a due sperimentatori volontari esterni, alla sperimentazione di una sostanza del regno vegetale, sottoclasse delle Liliiflorae, famiglia delle Iridaceae: IRIS VERSICOLOR, alle potenze 30 CH e 200 K. La sperimentazione pura hahnemanniana del rimedio prescelto, effettuata in triplo cieco contro placebo è stata realizzata sulla base delle più recenti linee guida dell'E.C.H., il Comitato Europeo per l'Omeopatia Classica che si occupa di promuovere i più alti standard di insegnamento e formazione, utilizzando i modelli proposti per le interviste ai provers e i diari di sperimentazione e si è inoltre tenuto conto del contributo di altri proving italiani e internazionali pubblicati.

L'obiettivo scientifico e formativo primario del proving didattico è stimolare l'allievo alla **autosservazione**, fattore determinante per sviluppare molte delle capacità necessarie al medico omeopata:

consapevolezza di se stessi, affinamento della peculiare semeiotica omeopatica, sensibilità alla percezione di cambiamenti cenestesici e di sintomi vissuti in prima persona, sviluppo della attitudine empatica, esperienza e quindi fiducia nella effettività dinamica dell'omeopatia e delle dosi ultramolecolari, conoscenza diretta dei rimedi, coscienza della reazione unitaria e globale di mente e corpo, importanza di accuratezza e obiettività del medico perchè possa divenire un parametro affidabile per cogliere "ciò che è degno di essere curato". Altri obiettivi rilevanti ricercati in questa prima sperimentazione della nostra Scuola sono la condivisione umana e scientifica dell'esperienza tra docenti e discenti, la verifica del modello e del protocollo del proving con l'evidenziazione di eventuali criticità, infine, ma non meno importante, la possibilità di dare un contributo alla migliore conoscenza di un rimedio ritenuto "minore" probabilmente solo perchè poco sperimentato e quindi con ampie lacune nella sua patogenesi.

Disegno sperimentale del proving didattico

1 DIRETTORE

È l'unico soggetto a conoscere la sostanza sperimentata, le potenze utilizzate, i soggetti placebo, i codici dei Provers e dei rimedi.

1 COORDINATORE

Sovrintende alla corretta conduzione del proving, riceve settimanalmente i sintomi raccolti da ogni Supervisore, ne verifica il lavoro e chiede e dà chiarimenti su ogni aspetto del proving, dei

sintomi o di situazioni intercorrenti.

Conserva e consulta tutte le schede dei Provers.

Decide insieme ai Supervisor e consultando il Direttore: l'interruzione dell'esperimento da parte del Prover, la somministrazione di un antidoto, il prolungamento o la ripresa dell'assunzione del rimedio.

5 SUPERVISORI

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

Mantengono contatti quasi quotidiani nelle prime 1-2 settimane o quando necessiti con i 2-3 provers assegnati a ciascuno (dilazionando poi nel periodo successivo) allo scopo di supportarli nell'interpretazione e chiarificazione dei sintomi nuovi, vecchi, curati, alterati e cogliere cambiamenti obiettivi nel prover che egli può non notare, sottovalutare oppure al contrario enfatizzare. Controllano le modalità di assunzione o sospensione del rimedio secondo il protocollo, comunicando sempre col Coordinatore per aggiornarlo e assicurando così la sicurezza del proving.

Hanno divieto assoluto di comunicare tra loro i dati riguardanti l'esperimento in corso. Al termine del proving estraggono dal diario di sperimentazione i sintomi significativi numerati e completi di: sigla del prover, tempo di comparsa, classificazione del sintomo, segnalando inoltre segni oggettivi rilevati ed infine effettuando una valutazione personale sul prover.

Ogni supervisore ha una sigla identificativa, così come ogni prover, formata dalle proprie iniziali e seguita dall'anno di nascita. Nella fase di elaborazione del proving si è poi preferito per sintesi indicare i provers con le sole iniziali non essendoci possibilità di confusione.

12 PROVERS

Di essi 3 (25%) assumono placebo, 4 il

rimedio alla 30CH, 5 alla 200K.

È stata fatta da parte dei Supervisor una accurata iniziale visita medica ai rispettivi Provers assegnati, con intervista omeopatica secondo i criteri e il modello E.C.H. (European Committee for Homeopathy), valutazione delle eventuali analisi emato-cliniche, successiva valutazione di inclusione dei partecipanti al proving se ritenuti, in buon stato di salute.

I soggetti, allo stato sperimentatori sani, 8 donne e 4 uomini, sono dieci allievi del primo anno della Scuola di Formazione in Medicina Omeopatica di Reggio Calabria, vi partecipano inoltre due volontari, una docente universitaria, insegnante al Corso e un medico interessata alla conoscenza della metodologia omeopatica: ugualmente visitate, intervistate e ammesse alla sperimentazione. Il domicilio di tutti i partecipanti è nella Provincia di Reggio Calabria e nella vicina Provincia di Messina: il range di età dei partecipanti è tra i 43 e 63 anni. Tutti i partecipanti non presentano allo stato, sintomi patologici fisici e/o psichici e non effettuano trattamenti farmacologici (ad eccezione di una volontaria che assume terapia ormonale sostitutiva, con normalità dei parametri endocrini di riferimento ed un'altra volontaria con saltuaria assunzione di terapia ipertensiva).

Tutti gli sperimentatori sono stati valutati come persone sincere, affidabili, con buona capacità di espressione delle esperienze personali, non soggetti all'epoca di inizio della sperimentazione a cambiamenti di lavoro, a spostamenti di domicilio, importanti eventi stressanti in genere. Soddisfatti i criteri di inclusione essi hanno firmato il consenso informato al proving e ricevuto il diario di autosservazione prima, durante e dopo l'assunzione del rimedio sperimentale verum o placebo consegnato contestualmente. È fatto divieto ovviamente di comunicare tra loro dati relativi all'esperimento.

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

Raccolta e valutazione dei dati

Ogni Prover ha una sigla identificativa, formata dalle proprie iniziali, seguita dall'anno di nascita, tale sigla deve essere riportata in ogni sintomo registrato, insieme all'ora in cui è comparso, al giorno /i della sperimentazione ed alla tipologia del sintomo.

Elenco nominativo dei provers:

- 1) AP 58, F
- 2) AS 61, F
- 3) DG 57, M
- 4) IR 53, M
- 5) IC 67, F
- 6) LP 67, F
- 7) LA 65, M
- 8) ML 55, F
- 9) RC 47, F
- 10) SM 54, M
- 11) SS 65, F
- 12) VS 59, F

Criteri di esclusione dei provers

Assunzione di farmaci /trattamenti medici/assunzione di rimedi omeopatici: nel periodo preliminare di osservazione (7 giorni), durante il proving (7 giorni), e nel successivo primo periodo di osservazione proving (21 giorni). Abuso di tabacco, alcool, caffè, the. Aderenza a trattamenti medici e/o farmacologici (anche omeopatici) nei due mesi precedenti l'inizio della sperimentazione.

Assunzione di contraccettivi negli ultimi quattro mesi.

Operazioni chirurgiche nei precedenti tre mesi.

Gravidanza.

Età inferiore a 18 anni.

Durante il proving, solo in caso di un severo evento avverso

Modalità di assunzione del rimedio

La sostanza dinamizzata viene scelta e richiesta dal Direttore della sperimentazione, che ne è l'unico a conoscenza, ciò assicura l'esecuzione del proving in triplo cieco (Coordinatore, Supervisor, Prover). La Ditta selezionata per la preparazione farmaceutica ha fornito la sostanza prescelta in verum alle potenze 30 CH, 200K, e il placebo, in flaconi di soluzione idro-alcolica al 18% preparati secondo la Farmacopea Omeopatica Tedesca, definiti da un codice specifico di identificazione, noto solo al Direttore della sperimentazione il quale provvede alla distribuzione dei flaconi in modalità random.

La somministrazione viene effettuata nella quantità di 5 gocce per 4 volte al giorno per un massimo di 7 giorni. La prima somministrazione avviene al mattino, dopo il risveglio, facendo cadere 5 gocce della sostanza direttamente sulla lingua o in cucchiaino di plastica con poca acqua, mantenendo la soluzione in bocca per almeno un minuto. Le somministrazioni successive avvengono ogni sei ore circa, nella medesima modalità, dopo aver scosso energicamente il flacone per 10 volte. Si sospende l'assunzione della sostanza alla comparsa del primo sintomo – sia fisico, che mentale/emozionale – sufficientemente rilevante ed inusuale dopo valutazione del Supervisore che informa il Coordinatore per decidere insieme la eventuale interruzione entro le successive ore sulla base della anamnesi. L'assunzione della sostanza sarà comunque sospesa al termine dei 7 giorni stabiliti. E' bene evitare l'assunzione di cibo, alcol, fumo, caffè e simili per 30 minuti prima e dopo ogni assunzione. I sintomi/segni insorti do-

vanno essere registrati prima possibile sul diario giornaliero fornito indicando l'ora di inizio e remissione. In questa fase il Prover è in contatto telefonico giornaliero con il Supervisore che a sua volta relaziona al Coordinatore.

Numero giorni di auto-osservazione

Periodo di autosservazione pre-proving: 7 giorni (dal 19/09/2010 al 25/09/2010)

Periodo del proving: 7 giorni (dal 26/09/2010 al 02/10/2010).

Periodo di autosservazione post proving: 7 settimane/ 49 giorni (dal 3/10/2010 al 20/11/2010).

Raccolta e valutazione dei dati

Ogni Prover ha una sigla identificativa, formata dalle proprie iniziali, seguita dall'anno di nascita, tale sigla deve essere riportata in ogni sintomo registrato, insieme all'ora in cui è comparso, al giorno /i della sperimentazione ed alla tipologia del sintomo.

Classificazione ed intensità dei sintomi

NS NUOVO SINTOMO, MAI AVUTO PRIMA

OS VECCHIO SINTOMO AVUTO IN PASSATO E RICOMPARSO DOPO ALMENO 1 ANNO

AS SINTOMO MODIFICATO, SINTOMO PRE-ESISTENTE CHE SI È MODIFICATO

CS SINTOMO CURATO, SINTOMO PRE-ESISTENTE CHE È REGREDITO

1 LEGGERISSIMO

2 LEGGERO /VAGO

3 CHIARO

4 FORTE

5 MOLTO FORTE

Incontro post-proving

Nel dicembre 2010 incontro post-proving tra il Direttore, il Coordinatore, i Supervisor, i Prover e tutti gli allievi della Scuola per esaminare e valutare il lavoro svolto. Vengono restituiti i diari di sperimentazione, rivelato il ri-

medio utilizzato, discussa e confrontata l'esperienza individuale e collettiva.

Confronto, estrazione ed elaborazione

I dati presenti nei diari del proving vengono verificati e da essi i Supervisor estrapolano una serie di sintomi significativi che vengono consegnati insieme ai diari, alle interviste pre-proving e ai loro commenti a un Comitato di studio della sperimentazione, formato da 2 docenti della Scuola, che sviluppa e completa il lavoro di elaborazione per cogliere l'unità del quadro secondo precisi criteri di inclusione ed esclusione dei sintomi emersi, quindi opera il confronto con altre sperimentazioni del rimedio in letteratura e con le più quotate Materie Mediche e Repertori ai fini di valutarne i risultati e l'opportunità di pubblicazione del proving. Si procederà in una fase successiva alla traduzione dei dati emersi in sintomi repertoriali.

Criteri di inclusione tra i sintomi validi

- 1) Distanza temporale dalla assunzione del rimedio sperimentale.
- 2) Sintomi riconosciuti con certezza dal prover come mai avuti o nettamente modificati rispetto al passato, oppure vecchi sintomi che si ripresentano senza motivo apparente dopo almeno 1 anno di assenza.
- 3) Sintomi descritti, modalizzati e classificati con sufficiente chiarezza, completezza e tempestività.
- 4) Possibilità di discriminare in base ai dati anamnestici, al diario e ai contatti col prover se i sintomi siano a lui abituali o ricorrenti oppure riconducibili solo al rimedio sperimentale.
- 5) Non interferenza di eventi o fattori contingenti quali dispiaceri, stress emotivi, assunzione di farmaci, patologie acute, abusi vari, che possano inquinare il quadro sperimentale.
- 6) Ricorrenza in altri prover.
- 7) Confronto con altre sperimenta-

zioni pubblicate, Materie Mediche accreditate (Vithoukas, Sankaran, Vermeulen, Phatak, T.F.Allen, Hering, Duprat, Clarke, Hodiamont, Boericke), Repertori (RADAR, Synthesis, Complete, MacRepertory).

RISULTATI

PATOGENESI DI IRISVERSICOLOR

LEGENDA: i sintomi sono numerati e seguiti da una sigla in **grassetto sottolineato** che identifica le iniziali del prover, non ripetuta nei sintomi successivi della stessa rubrica se dello stesso sperimentatore, segue la lettera **g** che indica il giorno dall'inizio dell'assunzione del rimedio sperimentato, eventualmente la lettera **h** per indicare l'ora di comparsa del sintomo e la lettera **m** per indicare i minuti, segue in **grassetto** la classificazione del sintomo per tipologia e intensità secondo le convenzioni stabilite.

MENTE

Buona energia, voglia di fare, perdura 2 giorni. **VS** h8 NS

Sensazione come se lo spirito lasciasse o si separasse dal corpo. g9h22 **NS3**

Fa l'osservazione che da quando ha iniziato il proving si sente più calma e tollerante nei rapporti con gli altri e nell'affrontare i problemi anche gravi che si sono presentati (notizia di grave malattia del nipote in seconda giornata). g43

Buon umore e vitalità **IC** h8 NS

Mio marito, nel pomeriggio dice che sono più loquace del solito. Io ritengo di sentirmi nella norma. **SS** g3 NS

La mattinata è stata pessima. Ho avuto molta ansia ed ero molto agitata per le mille cose da fare, mi sentivo come il cuore mi stesse per scoppiare. Anche nel pomeriggio continuo ad essere molto agitata, meglio comunque rispetto al mattino; noto di avere molta energia. g8

L'ansia e la agitazione non sono scomparsi, ma sono anche in fase premenstruale, diciamo che nella fase



Fiore di Iris (foto E. Galli)

premenstruale sono sempre molto agitata, ma non così tanto. g9

Mi sento ancora agitata e stressata. g10

Nonostante il turno di guardia medica e lo stress dei giorni precedenti, oggi mi sento bene, non ho quell'ansia che nei giorni scorsi mi prendeva fin dal mattino. Mi sento tranquilla, in attesa del ciclo mestruale. g11

Angoscia e paura che torni la "sensazione di doversi staccare la testa per la forte cefalea" provata 35 anni fa, con pensieri di gettarsi da un'altezza per farla cessare. **DG** g9 **OS5** (sopprime con Voltaren supposta).

GENERALI

8. Esausto e "mi cedono le gambe", "i muscoli sembrano vuoti", il sintomo perdura per 2 giorni. **DG** g4 **AS3**

9. Sensazione di corpo caldo con sudorazione. **VS** g9 **NS4**

10. Sento caldo, sete intensa di bibite fredde. **LP** g24 **NS3**

TESTA

11. Testa un po' pesante, indolenzita, ingrovescente fino a notte. **RC** g5 **NS3**

12. Mal di testa violento con nausea e sonnolenza. Incapacità di muoversi. g6 **NS4**

13. Leggero senso di tensione a partenza dalla nuca che va in avanti, "come se me la tirassero". g14 **NS2**

14. Si sente tirare la testa dai lati che si attenua durante la giornata. g19 **NS3**

15. Cefalea alla nuca e collo lato dx con dolore puntorio dietro l'orecchio dx, <piegando indietro la testa, <con i colpi di tosse. **DG** g16h17 **AS5** per intensità

16. Cefalea temporale dx irradiata intorno all'occhio dx e zigomo dx. g24 **AS1**

17. Cefalea temporoparietale dx << al minimo sfioramento. **VS** g2h15 **NS3**

18. Cefalea temporoparietale <sx insopportabile, accompagnata da fischio alle orecchie, <da luce e rumore, con senso di pulsazione e di chiodi conficcati <sx, irradiato all'occipite e ai denti, con debolezza, dopo un'ora la cefalea si estende alla regione frontale sx con sensazione di pesantezza e casco alla testa e sensazione di bernoccolo reale alla regione parietale dx (lo toccava), desiderio di tenere la testa, specie la fronte, tra le mani <<da ogni movimento, con dolore acuto occhio sx con impulso a strapparsi l'occhio, miglioramento progressivo verso sera. g3h15 **AS5**

19. Se si china in avanti ha mal di testa pulsante alle tempie **SM** m5 **NS3**

OCCHI-VISTA

20. Palpebre rosse e gonfie, lacrimazioni **DG** g6 **OS4**

21. Sensazione di non mettere bene a

fuoco la vista con sensazione di galleggiare o fluttuare mentre guida **IC** g1 NS2 , sospeso rimedio

22). Aura visiva come ci fossero buchi nell'immagine, rialzandosi dopo essere stata piegata in avanti. g2h17 **AS**

23. Rossore e bruciore alle palpebre. g28 **NS3** , perdurerà circa 3 giorni

ORECCHIE

24. Prurito interno, in fondo al condotto uditivo >grattamento **SM** g1 **NS**

NASO

25. Starnuti con scolo acquoso trasparente. **SS** m30 **NS**

26. Rinorrea sierosa poi giallo-verdastro. **LA** m11 **NS** , dura 2 giorni

27. Starnuti violenti al risveglio con abbondante secrezione acquosa, ridotta nel pomeriggio. **SM** g7 **OS4**

28. Epistassi. g35h20 **NS3**

29. Epistassi. g52h19 **NS3**

FACCIA

30. Sensazione di ragnatela sul viso. **SM** g12 **NS3**

BOCCA-DENTI

31. Ipersecrezione salivare di breve durata con nausea. **DG** g3h6m30 **NS1**

32. Afta vicino arcata superiore sx. **RC** g13 **NS1** , dura 2 giorni

33. Gusto metallico in bocca. **VS** g19 **OS2** (ritorno dal 1999 in seguito a gastrite emorragica)

GOLA

34. Sensazione di gonfiore alla gola con difficoltà di deglutizione e secrezione schiumosa in bocca. **DG** g3h16 **NS1**

STOMACO

35. Mal di pancia dopo aver preso il caffè latte. **RC** g2 **NS2**

36. Leggero mal di stomaco che aumenta in serata. g4 **NS2**

37. Senso di rifiuto nei confronti del cibo, ma poi mangia...g9 **NS1**

38. Bruciore di stomaco con nausea

VS h21 **OS2** ,dopo molti anni

39. Al mattino sensazione di fame e vuoto allo stomaco. g10 **NS4**

40. Nausea che non interferiva con assunzione del cibo. **SS** h1m30 **NS**

41. Avverto un buco allo stomaco, ho come bisogno di ingerire qualcosa di solido. h18 **NS**

42. Dopo pranzo ho avuto un rigurgito acido e mi ha lasciato un senso di bocca amara. Il rigurgito si è verificato mentre parlavo. g2h14 **NS**

43. Dopo aver preso le gocce ho sentito un buco allo stomaco che si è risolto dopo aver fatto colazione. g4 **NS**

44. Nel pomeriggio ho avuto ancora acidità di stomaco. g5 **NS**

45. In serata ho avuto rigurgito acido, molto fastidioso (normalmente io non ho quasi mai acidità di stomaco). g6 **NS**

46. Al risveglio un po' di bruciore scemato in breve. g7 **NS**

47. Già all'ora di pranzo sentivo di stare male con lo stomaco, avevo come sensazione di nausea, nel pomeriggio ho continuato a stare male con sensazione di acidità, verso sera ho preso un tè deteinato con del limone dentro. Si è ripresentato verso sera il rigurgito acido mentre parlavo. g9 **NS**, continua ancora il giorno dopo.

48. Dolore crampiforme iniziato dopo 1/2 ora dall'assunzione della dose delle ore 18, durato ca. 10 minuti. **SM** g2h18m30 **NS4**

49. Nausea per la carne, non ho cenato. g4h20 **NS3**

50. Nausea ed inappetenza. g5 **NS3**

51. Alle 18 bruciore ed acidità. g8h18 **OS3**

52. Appetito normale, lieve acidità e rigurgito dopo 1 ora dal pranzo. g9h15 **NS2**

53. Disgusto per i cibi grassi. g47 **NS3**

ADDOME

54. Colica addominale diffusa a tutto l'addome, durata 15-20 minuti. **SS** g5h21m30 **NS4**

APPARATO URINARIO-URINE

55. Urine schiumose **LP** g4 **NS3**

56. Leggero fastidio alla vescica alla fine della diuresi **SM** h18 **OS2**

57. Lieve dolore durante la minzione g1 **OS2**

58. Svegliata ogni ora per andare in bagno ad urinare. g7 **NS2**

APPARATO GENITALE

MASCHILE

59. Leggero calo della libido. **LA** g12 **NS2** ,dura 3 giorni

APPARATO GENITALE

FEMMINILE

60. 30 minuti dopo la 4^dose dolore in regione pelvica sinistra, di tipo trafittivo, durato pochi minuti. **LP** h15m30 **NS4**

RESPIRAZIONE-TOSSE-TORACE

61. Dolore toracico medio sternale e precordio sin, come senso di peso, insorto 5' dopo l'assunzione del rimedio (2^dose) durato 1-2 minuti e regredito. **LP** h5m5 **OS2**

62. Dolore in regione retrosternale con senso di peso e costrizione durato pochi minuti, 10' dopo aver preso la 4^dose. h15m5 **OS3**

63. Sensazione di respirazione superficiale, l'aria inspirata la sente fredda, dal naso ai bronchi. **SM** g1 **NS3**

64. Dolore restrosterale opprimente senza irradiazioni, migliorato verso le 22.50 spontaneamente ,(consulta tutor alle 20.30). g5 **OS5**

APPARATO

CARDIOVASCOLARE

65. Tachicardia per circa 1 ora. **LA** g1h1m30 **NS1**

COLLO-DORSO-LOMBI-SACRO

66. Mi sono alzata con un forte dolore al collo, più accentuato alla nuca che peggiora con il movimento. Persiste il dolore (mi sento preoccupata per il nuovo sintomo), migliora solo quando sto distesa al letto. Verso sera il dolore

al collo non accenna a diminuire; il dolore comunque è sopportabile, mi crea solo questa sensazione di malessere generale. Durante la cena mi sono preoccupata perché deglutendo il dolore si acutizza. Ore 18.30 è l'ultima somministrazione perché viene sospeso il rimedio. **SS** g4 **NS**, dura 3 giorni
Mi sono svegliata presto. Il dolore al collo è migliorato notevolmente, ma non scomparso. Ho fatto colazione ed il dolore non è quasi più rilevabile. Mi sono resa conto che nell'arco della giornata non lo ho avuto quasi più, ma all'ora di pranzo e poi anche della cena, mi accorgo che al passaggio del cibo e anche dei liquidi il dolore si acuisce, ma ancora di più quando iperestendo il collo e sorseggio l'acqua. g5
All'ora di pranzo è ancora presente qualche residuo di dolore durante la deglutizione; questa sera mi sono resa conto che il dolore è scomparso e forse anche quello durante la deglutizione. g6

ESTREMITÀ

67. Quando cammino, dolore alla base dell'alluce del piede dx > se cammino scalza **SM** g1 **NS3**

68. Dolore pianta piede durato ca. 1 h (14.00-15.00). g2 **OS4**

69. Dolore pianta piede alle ore 5, migliorato camminando. g3 **OS4**

70. Dolori laceranti alle cosce, migliorati con il calore dopo ca. 1 ora. (sintomi che aveva frequentemente in passato durante le mestruazioni) g4 **OS5**

71. Dolori notturni pianta dei piedi di tipo costrittivo come se qualcuno li stringesse con entrambe le mani e poi li rilasciasse , >se si alza dal letto e cammina. g6 **OS4**

72. Dalle 18 alle 19 dolore gravativo ai talloni che migliora camminando e peggiora se ferma o sdraiata . g9 **OS4**

73. Dolore intenso pianta dei piedi. g15 **OS5**

74. Dolore intenso pianta piedi. g18 **OS5** ,dura 2 giorni

75. Dolore forte spalla dx. g23 **OS5** , assunto antidolorifico

76. Alle 18.30 inizia dolore pianta dei piedi fin quando si addormenta. g24 **OS4**

77. Sensazione di piedi brucianti durante il sonnellino pomeridiano per circa 10 minuti. **VS** g2h16 **NS3**

78. Improvviso forte dolore arto superiore sx con sensazione "che scava dentro", tutto il giorno e la notte. g5 **NS4**

79. Forte dolore mano sx, specie dito medio e mignolo con difficoltà a piegarli ,iniziato nella notte dura per tutta la mattina. g8 **NS4**

80. Forte dolore tirante (come una corda che tira) lato esterno gamba sx. g8h19 **NS3**

81. Sensazione di piedi e gambe caldi fino alle ginocchia durante il pomeriggio. g9h16 **NS3**

82. Al mattino forte dolore bruciante dorso e lato interno del piede sx <toccando. g14 **NS4**

83. Dolore come ci fosse una spina o una scheggia di vetro nell'articolazione distale del dito indice mano sx, perdura per 5 giorni. g14 **NS4**

84. Al risveglio forte dolore al femore dx <pressione < camminando, con zoppia, di breve durata. g23h7 **NS4**

85. Dolore acutissimo mano sx, specie 3°-4°-5° dito, irradiato all'avambraccio con sensazione "di un coltello che taglia a fettine i muscoli", impedisce di respirare e di muovere l'arto, > con l'estensione dell'arto e tenendolo sotto le coperte, dura circa 30 minuti. g54h22 **NS5**

86. Leggero dolore al tallone. **RC** g7 **OS2**

87. Leggero dolore al ginocchio sinistro, formicolio del 4 dito piede destro. g9 **NS1**

88. Dolore base del pollice e indice come se avesse preso una leggera botta. g10 **NS1**

89. Dolore base pollice e infiammazione indice mano dx. g12 **NS2**

90. Arrossato il polpastrello indice mano dx. g12 **NS2**

PELLE

91. Prurito intenso alle braccia ,diviene generalizzato in prima giornata e perdura di intensità variabile, con lesioni da grattamento a braccia e dorso, fino al 55° giorno, è stato soppresso al 12° e 15° giorno con bentelan e antistaminico ma con scarsi risultati. **SM** h18 **OS2-OS5**

92. Intenso prurito alle caviglie come per punture di zanzare ,perdura per 4 giorni. g11 **NS5**

93. Sensazione di vampate di calore viso e collo . g4 **OS3**

94. Ipersensibilità della pelle, più marcata alle braccia. g6 **OS4**

95. In serata mi sono comparsi sulla coscia destra due bubboni rossi. **SS** g8 **NS**, uno di questi durerà fino al 21° giorno quando è soppresso con gentaly beta

SONNO-SOGNI

96. Sonno breve fino alle ore 6, con sogno di essere con il marito a passeggio in primavera poi rapido cambiamento meteorologico con nevicata e apriamo l'ombrello: continuiamo a parlare come se nulla fosse accaduto. Si sveglia serena ed appagata. **SM** g3 **NS**

97. Russo tutta la notte forse per digestione pesante. **RC** g4 **NS2**

98. Voglia di dormire già verso le ventidue. g5h22 **NS1**

99. Mi sono svegliata un paio di volte durante la notte forse perché ho sognato. Comunque non ho dormito bene. **SS** g6 **NS** ,si ripete per 3 notti.

Anche questa notte non ho dormito bene, mi sono svegliata una paio di volte. Comunque rispetto alla mia normalità, o per lo meno quella che io ritengo tale, che il mio sonno è diventato agitato, mi sveglio sempre e sogno quasi tutte le notti, cosa che prima non accadeva e quindi al mattino non sono perfettamente in forma. Prima mi succedeva di avere questo stato di agitazione solo quando ero di guardia medica. g7
Ho dormito sempre male. Mi sveglio

di notte quasi sempre intorno alla 3.00/3.30, poi mi assopisco di nuovo e mi risveglio all'alba. g8

Sonno agitato ma in guardia medica. g9
100. Sogno tipo "situazione di pericolo per persona cara" g4 NS

101. Sogno che riguardava qualcosa a proposito di gelosia nei confronti di mio marito perché faceva il casamorto con una amica. Sogno tipo "gelosia" g6 NS

Ho sognato sempre qualcosa inerente la gelosia nei confronti di mio marito, ma questa volta era l'amica, diversa da ieri, che stuzzicava mio marito. sogno tipo "gelosia" g7 NS

102. Sonno agitato, non riposa. IR g7 NS5

103. Sogno di dolori lancinanti orecchio destro cui seguiva perdita totale udito bilateralmente con risoluzione dopo qualche ora nel sogno. LP g14 NS

DISCUSSIONE

L'uso terapeutico della radice dell'Iris versicolor, il gladiolo blu americano, deriva dalla medicina tradizionale degli Indiani d'America, presso i quali godeva di una grande reputazione. È stato introdotto in Omeopatia nel 1852 da Kitchen che fece una prima sperimentazione alla quale seguirono numerose altre effettuate per lo più con l'utilizzo di grani di radice, tinture madri o diluizioni decimali, con qualche rara eccezione moderna (4). Si tratta quindi di un rimedio confinato ad un utilizzo prevalentemente sintomatico nei bruciori dell'apparato digerente, le dispepsie acide, le cefalee periodiche con nausea e poco altro, in breve il classico "piccolo rimedio". La sperimentazione della nostra Scuola si inserisce in un filone di ricerca propugnato da Autori come il Mangialavori, che si propone la riscoperta e l'ampliamento della patogenesi di tanti rimedi del passato quasi abbandonati ma legati

ad una ricca tradizione popolare e omeopatica, piuttosto che la sperimentazione di nuove sostanze. In effetti il proving, pur con un numero limitato di sperimentatori, ha permesso di confermare numerosi sintomi ben conosciuti di Iris vers., ma anche di rilevare alcuni sintomi nuovi e peculiari a livello di diversi organi e funzioni, ampliando la possibilità, con future conferme cliniche e sperimentali, di delineare un nucleo profondo, dei temi dominanti, delle tendenze reazionali e patologiche modalizzate e un'impronta miasmatica che sono a tutt'oggi solo parzialmente conosciuti. Tra i risultati più positivi del proving sono gli insegnamenti derivanti dagli inevitabili errori e difficoltà che il passaggio dalla teoria alla pratica comporta. Queste le principali criticità rilevate e su cui lavorare in futuro: 1) I modelli E.C.H. utilizzati per l'intervista preproving sono comodi per la schematicità ma sono molto "poveri" e poco "omeopatici" rispetto ad una vera storia biopatografica per cui possono perdersi molti elementi anamnestici utili a determinare lo stato di salute del prover e per la valutazione comparativa dei sintomi sperimentali. 2) L'inevitabile inesperienza degli sperimentatori, studenti del 1° anno, con poco esercizio all'autosservazione, ha talora sminuito e altre volte enfatizzato la sintomatologia osservata, sovente poco modalizzata e non correttamente classificata per tipo, intensità e durata. Particolarmente si è notata una certa difficoltà a distinguere i vecchi sintomi (OS), ritorno inatteso di sintomi progressi per convenzione da almeno 1 anno, da quelli più recenti e da quelli progressi ma modificati (AS), con conseguente necessità di ricontattare i probers, revisionare i diari, confrontare a posteriori la congruità della sintomatologia con quella sperimentale e clinica delle principali Materie Mediche e Repertori. 3) In alcuni casi si è constatata una carente o intempestiva comunica-

zione tra probers, supervisori, coordinatore e direttore della sperimentazione che ha avuto conseguenze sulla qualità descrittiva dei sintomi, sulla mancata o ritardata sospensione del rimedio alla comparsa di sintomi certamente sperimentali, sull'uso in alcuni casi di sintomatici senza previa informazione del proprio tutor, sulla gestione di situazioni intercorrenti o di quadri acuti.

Per quanto riguarda l'elaborazione finale dei risultati del proving essa è stata delegata a un Comitato di studio, composto da due docenti esperti, allo scopo di conciliare al tempo stesso criteri di obiettività e di visione unitaria del quadro sperimentale; il lavoro di selezione ha portato a scartare oltre l'80% delle note sintomatologiche riportate. Tutti i 9 probers che hanno assunto il verum hanno prodotto sintomi validi, anche se 4 di loro si sono rivelati più sensibili e ne hanno prodotti 82 sul totale di 103, di essi 3 avevano assunto il rimedio alla 200K. Uno sperimentatore ha avuto una bronchite acuta nel periodo di autosservazione pre-proving per cui ha rimandato di 22 giorni l'assunzione del rimedio, 2 hanno subito importanti dispiaceri familiari nelle prime settimane del proving, altri 2 hanno dovuto ricorrere a farmaci per riacutizzazioni cefalalgiche. Tra i soggetti che hanno ricevuto il placebo uno ha dovuto ritirarsi precocemente a causa di un infortunio che ha richiesto intervento artroscopico, un altro ha prodotto una discreta sintomatologia generica ma falsata da un grave shock emotivo. Particolarmente interessante il terzo prover placebo che sin dalla prima dose ha manifestato una eclatante sintomatologia mentale con espressioni del tipo "mi sento distante da me stessa e da ciò che mi circonda" "tutto sembra immobile come se guardassi una cartolina" "sensazione come se ci fosse un ostacolo tra il mio essere e il mondo" "mi sento tranquillo, ma non provo emozioni, sensa-

zioni, ansie, dolori, amore"; questo stato è andato esaurendosi in pochi giorni sostituito da un grande senso di gioia: "è stupendo sentire il mondo che vive!". Questo quadro, in un soggetto peraltro sano ed equilibrato, potrebbe rientrare in quella classe di sintomi che Reinhard, omeopata che ha svolto un interessante studio su numerosi proving (5), ha definito di tipo dissociativo della coscienza, non dovuti al rimedio né propriamente allo sperimentatore, bensì alla sua particolare condizione di aspettativa e osservazione di sé insita nell'esperienza. La comparsa di questo stato in un soggetto che ha assunto il placebo, come pure in modo simile in un altro che ha ricevuto il rimedio verum ("sensazione che lo spirito lasciasse il corpo"), sembra avallare questa ipotesi, che meriterebbe un più ampio confronto tra gli specialisti.

CONCLUSIONI

La nuova sperimentazione di Iris Versicolor è stata un'esperienza estremamente valida e istruttiva da molti punti di vista, sicuramente un training didattico eccezionale e di coinvolgente condivisione per studenti e docenti della nostra Scuola, una verifica efficace della metodologia del proving che ha portato ad alcuni correttivi già applicati nel successivo effettuato nel 2011 e di prossima pubblicazione, infine un nostro, seppur modesto, contributo scientifico alla conoscenza di un rimedio sottovalutato. La presa di coscienza che, come per la salute dell'essere umano, la circolazione efficace delle informazioni è la base per la crescita sana della Medicina Omeopatica è anche un invito a singoli, Gruppi di Studio, Scuole e Associazioni a una sempre più ampia collaborazione sul piano culturale, sperimentale e clinico.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

dott. C.F.S. HAHNEMANN, *Organon, dell'arte del guarire*, ed. LUIMO

Homeopathic drug proving guidelines, E.C.H. Bruxelles, 2004

SHERR JEREMY Y., *Le dinamiche e la metodologia della sperimentazione omeopatica*, ed. Salus Infirmorum

VAKIL, NANABHAI & VAKIL. *A study of Iris Versicolor*. British Homeopathic Journal, Gennaio 1989

F. REINHARD – Analisi critica dei proving omeopatici - Il Medico Omeopata n. 24 p.18-23, F.I.A.M.O

UYTTENHOVE L., E.C.H. Subcommittee Proving – Standardization in homeopathic drug proving methodology - 63rd Congress of the LMHI, 2008, Oostende-Belgium

G. DOMINICI, F. ALLEGRI, M.C. ANDREOTTI, M. IMPALLOMENI, C. MARCOLIN, I. MARIANI, E. TONINI, R. POMPOSELLI - *Colibacillinum - Proving 2011 della Scuola di Verona* - Il Medico Omeopata n. 48 p. 20-26, F.I.A.M.O

Ringraziamenti

Ditta CEMON s.r.l. di Napoli

I 12 Probers: Luigi Amato, Irene Crisafulli, Rita Crisara, Maria G. De Laurentiis, Domenico Gallizzi, Salvatore Margherita, Laura Pontoriero, Angela Priolo, Iano Raffa, Vincenza Smorti, Santina Spinella, Annunziata Stilo.

Gustavo Dominici

Alma Rodriguez

Kaos
Scuola di Omeopatia Classica
GENOVA, 22-23 settembre 2012
SEMINARIO CLINICO PER UNA NUOVA METODOLOGIA OMEOPATICA
I LATTI IN OMEOPATIA
Studio e discussione con casi clinici di:
Lac caninum, Lac caprinum, Lac defloratum, Lac delphinum, Lac felineum, Lac equinum, Lac humanum, Lac leoninum, Lac ovinum, Lac suinum
La legge di similitudine e l'analogia. Storia clinica e analisi del caso per temi
Studio della Materia Medica per aree tematiche e per famiglie
Casi clinici pediatrici e adulti con discussione e analisi differenziale
nella sede
Hotel HERMITAGE
Via A. Liri, 29 - GENOVA
Tel/Fax 010 311605
www.hermitagehotel.ge.it
SEGRETARIA ORGANIZZATIVA:
KAOS - Scuola di Omeopatia Classica tel: 010-3106210 Fax: 010-3198476
e-mail: kaos.segreteria@gmail.com www.kaos-omeopatia.org
Richiedi crediti ECM

Presidente della Associazione Romena di Omeopatia Clinica
Vicepresidente della Società Rumena di Omeopatia
Direttore della *Revista Romana de Homeopatie*
relujurj@gmail.com

Il potere dei segni fisici

L'atteggiamento corporeo – *Analisi delle modalità di seduta*

(parte quarta)

Traduzione a cura di Antonella Ronchi, Medico Chirurgo – Omeopata MILANO – anto.ronchi@tiscali.it

RIASSUNTO

In questo articolo analizzerò le modalità di seduta secondo la modalità semiotica, che è in grado di darci informazioni più stabili e affidabili, dato che il quadro complessivo del paziente è scomposto in unità semiotiche e ricomposto in una totalità più significativa, in accordo col principio della coerenza.

SUMMARY

In this article I will analyse the way of sitting according to the semiotic way, that is able to bring more stable and reliable information, because the whole picture of the patient is decomposed in semiotic units and then recomposed in a more meaningful whole, according to the principle of coherence

INTRODUZIONE

Nei precedenti articoli abbiamo fatto la distinzione tra il modo impressionistico di vedere e interpretare la postura e il modo semiotico, più laborioso, più analitico, ma allo stesso tempo in grado di fornire informazioni più stabili ed affidabili, poichè il quadro complessivo del paziente è scomposto in unità semiotiche e ricomposto in una totalità più significativa, in accordo col principio della coerenza.

Analizzando il modo di sedersi, ci sono molti elementi da prendere in considerazione; possiamo dividerli in due categorie principali:

1. Relazioni spaziali, riferite alla sedia, vicinanza e comunicatore.
2. Relazioni profonde, relative alla posizione degli arti, della testa del tronco e la loro relazione reciproca, espressione di attitudini e movimenti profondi.

Nella Fig. 1 alla paziente è stato chiesto di sedersi esattamente nella posizione in cui era durante la visita omeopatica.

Possiamo vedere che ella occupa tutta la seduta della sedia (linea gialla), ma che non appoggia la schiena al supporto verticale (linea rossa). Allo stesso tempo, le spalle sono tenute in giù e la linea del collo è orientata in avanti (linea blu), mentre la linea della testa è tenuta verticale, con lo sguardo rivolto direttamente verso il medico (linea verde) e le braccia e le gambe sono tenute più vicino possibile al corpo: in questo modo essa occupa il minimo spazio circostante: è centrata su se stessa, non retratta: la postura suggerisce chiusura in

THE POWER OF PHYSICAL SIGNS BODILY ATTITUDES ANALYZING THE WAY OF SITTING (4th part)

INTRODUCTION

In the previous articles we made the distinction between the impressionistic way to see and interpret the postures and the semiotic way, more laborious, more analytical but in the same time able to bring more stable and reliable information, because the whole picture of the patient is decomposed in semiotic units and then recomposed in a more meaningful whole, according to the principle of coherence.

When analyzing the way of sitting there are more elements we have to take into account. We can divide them into two main categories:

1. Space relations, related to the chair, proximity and communicator.
2. Inner relations, related to the positions of limbs, head, trunk and their mutual relations, expressing inner motions and attitudes.

In Fig. 1 the patient was asked to sit exactly in the position she was during the homeopathic consultation. We can see she occupies all the sit of the chair (yellow line) but she don't support her back on the vertical support (red line). In the same time, the shoulders are kept downwards and the line of neck is oriented forward (blue line) while the head line is kept vertical, looking straight to the doctor



Fig. 1

tutte le dimensioni dello spazio. Qui già vediamo 6 elementi spaziali che dobbiamo prendere in considerazione in ogni modo di sedersi:

La relazione con la seduta della sedia

La relazione con il supporto

La posizione della colonna

La posizione del collo e della testa

La posizione delle gambe in relazione con la sedia e con il corpo

La posizione delle braccia e delle mani

La relazione tra le differenti parti del corpo sono definite come relazioni profonde.

Nella Fig. 2 possiamo vedere che le linee longitudinali delle braccia cadono all'interno dell'area del corpo, le braccia sono vicine al corpo e rivolte all'interno.

Le mani sono chiuse, i pollici incrociati e le mani stanno tra i fianchi. Le linee longitudinali lungo i fianchi sono anch'esse convergenti (Fig. 3, linee rosse), le ginocchia sono accostate l'una all'altra e le gambe incrociate come anche i piedi in una posizione a uncino (linea gialla). Tutto esprime chiusura a un alto grado: la paziente si rinserra in sé stessa.

Non abbiamo una specifica rubrica per questo tipo di chiusura nel repertorio, ma nel Synthesis 9 c'è una referenza incrociata alla rubrica "reserved". La paziente non si lamenta della sua chiusura, ma di altri sintomi, soprattutto di una leucorrea persistente e di cattivo odore che si presenta in modo ricorrente associata a dolori uterini pulsanti. Nel passato, ha sofferto a lungo di acne, che ha lasciato tracce sul suo viso e anche ripetuti foruncoli dolorosi, estremamente sensibili al tocco. In generale, è sensibile alle correnti d'aria, specialmente all'aria condizionata.

FEMALE GENITALIA/SEX - LEUKORRHEA - irritating
FEMALE GENITALIA/SEX - LEUKORRHEA - offensive
FEMALE GENITALIA/SEX - PAIN - Uterus - pulsating pain
SKIN - ERUPTIONS - acne
SKIN - ERUPTIONS - boils - painful
SKIN - ERUPTIONS - sensitive
GENERALS - AIR; DRAFT OF - sensation of a draft - fanned; as if

Mentalmente si definisce riservata, ma a volte ha scoppi inaspettati di rabbia, apparentemente per sciocchezze o senza causa, a volte siede tranquilla e vuole essere lasciata sola, senza muoversi né fare alcunchè e con avversione ad essere toccata.

MIND - RESERVED
MIND - TOUCHED - aversion to be
MIND - TACITURN - sits, does not move
MIND - ANGER - sudden - causeless
MIND - ANGER - trifles; at

(green line), the arms and legs are kept as close to the body as possible: in this way she occupies the minimum of the surrounding space: she is centered on herself, still not retracted. The posture suggests closure in all dimensions of space.

Here we see already 6 spatial elements we have to consider in every way of sitting:

The relation with the site of the chair

The relation with the support

The position of spine

The position of neck and head

The positions of legs in relation with the chair and the body

The position of arms and hands

The inner relations are established between the different parts of the body.

In Fig. 2 we can see that the longitudinal lines of the arms drop inside the corporal area, the arms are close to the body and inward.



Fig. 2

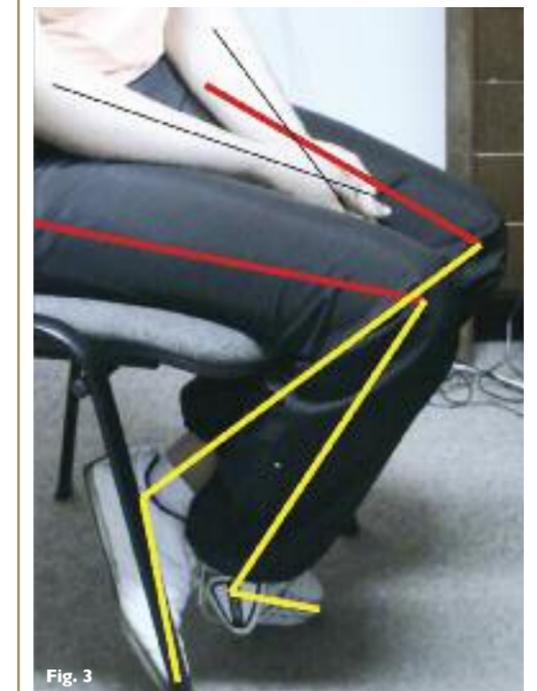


Fig. 3



Fig. 4

La cute del viso è molto grassa, i pori dilatati e possiamo vedere la presenza di cicatrici dell'acne. (Fig. 4)

La Repertorizzazione (Fig. 5) suggerisce la prescrizione di *Hepar Sulphuris*, che viene scelto come rimedio e porta a un miglioramento dello stato generale e della leucorrea.

Per quanto riguarda la semiotica visiva omeopatica questo caso è interessante per due cose:

Tutti gli elementi corporei hanno partecipato coerentemente all'impressione di chiusura, e l'analisi ha mostrato come si forma questa impressione. Non è necessario che tutte le posture che esprimono chiusura siano presenti e con tutti i loro elementi in contemporanea; in alcuni casi possiamo avere una parziale chiusura e una parziale apertura, combinate con altre caratteristiche che possono indicare altre attitudini. Tuttavia il metodo analitico va oltre quello impressionistico poichè in altri casi noi possiamo cercare, vedere e dire quali sono i segni e le relazioni tra loro.

La semplice repertorizzazione del caso avrebbe potuto condurre da sola al rimedio, dato che tutti i sintomi esposti dal paziente, generali, locali, mentali, attuali e pregressi, erano estremamente coerenti. Così, possiamo "sapere" quale sia il rimedio. Questo genere di casi sono casi preziosi per la semiologia visiva omeopatica: secondo il principio della coerenza, il paziente è un'unità e si esprime in ogni campo, verbale e non verbale. Il rimedio si esprime in ogni aspetto e in modo tale che possiamo imparare quello che nessuno ci ha insegnato e che difficilmente possiamo trovare in letteratura: le posture, il modo di sedersi, i gesti, ma anche la pelle, l'aspetto peculiare delle lesioni e ogni cosa che si può vedere in un paziente dove conosciamo il rimedio. E' una doppia catena dell' imparare e decifrare i segni visuali del rimedio: a) dal rimedio conosciuto (ed efficace) impariamo i segni visuali e poi b) in un secondo passaggio segni visuali simili, sufficientemente peculiari che noi possiamo vedere in un altro caso possono aprirci quello che abbiamo chiamato un campo semiotico, che ci conduce a un più facile riconoscimento del rimedio necessario.

Questo non significa che tutti i pazienti che siedono in questo modo abbiano bisogno di *Hepar sulph.*

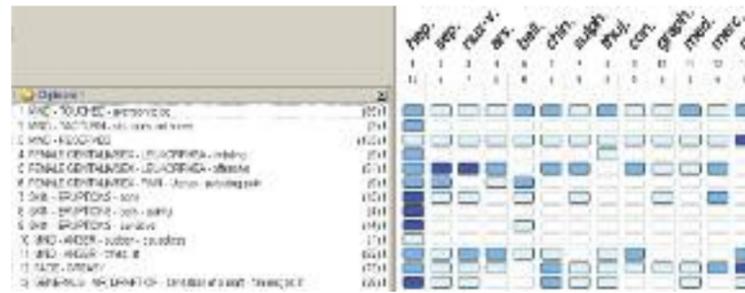


Fig. 5

The hands are close and the thumbs are crossed and the two hands rest between the hips. The longitudinal lines of hips are also convergent (Fig 3, red lines), the knees are close one to another and the legs are crossed, and feet are crossed as well in a "hook" position (yellow lines). All these express closure to a high degree: the patient "locks" herself. We do not have a special rubric for this closeness in repertory, but in Synthesis 9 there is a crossword to the rubric "reserved". The patient complains doesn't complain of her closeness but of other symptoms, especially a resistant and offensive leucorrhoea appearing from time to time associated with pulsating uterine pains. In her past, she had a long term acne which left traces on her face and also repeated and painful boils, extremely sensitive to touch. In general she is sensitive to drafts of air, especially the air conditioned.

FEMALE GENITALIA/SEX - LEUKORRHEA - irritating
 FEMALE GENITALIA/SEX - LEUKORRHEA - offensive
 FEMALE GENITALIA/SEX - PAIN - Uterus - pulsating pain
 SKIN - ERUPTIONS - acne
 SKIN - ERUPTIONS - boils - painful
 SKIN - ERUPTIONS - sensitive
 GENERALS - AIR; DRAFT OF - sensation of a draft - fanned; as if

Mentally she recognize herself as a reserved person but rarely have unexpected outbursts of anger; apparently for trifles or without cause, sometimes she sits quiet and wants to be left alone, without moving or doing nothing and she have aversion to be touched.

MIND - RESERVED
 MIND - TOUCHED - aversion to be
 MIND - TACITURN - sits, does not move
 MIND - ANGER - sudden - causeless
 MIND - ANGER - trifles; at

The face skin is very greasy, the pores are dilated and we can see some scars due to acne. (Fig. 4). Repertorisation (Fig. 5) is consistent with the prescription of *Hepar Sulphuris*, which was chosen as

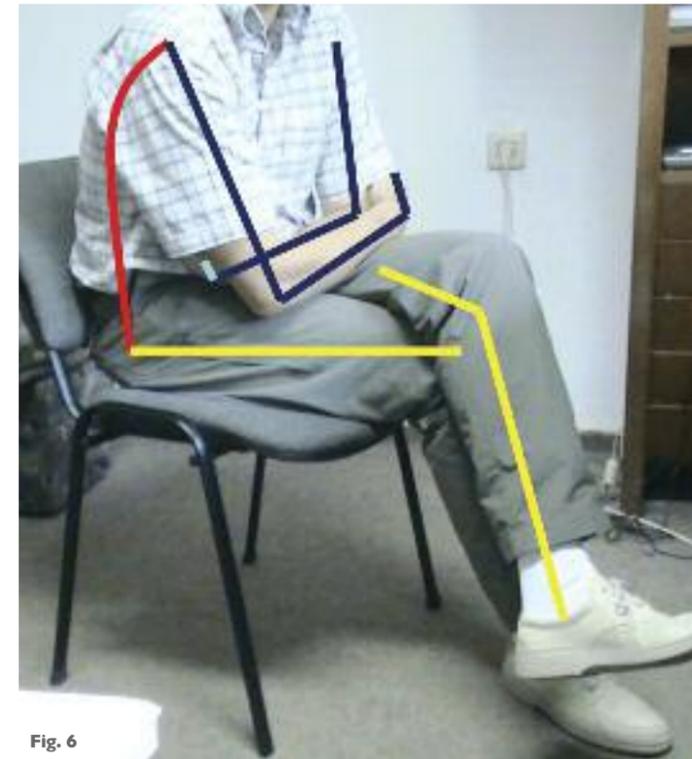


Fig. 6

In un altro caso, un uomo di 40 anni, venuto con una rinite allergica con abbondante rinorrea acquosa, che aggravava in autunno, ma più nettamente in ambiente freddo, il modo di sedersi era simile. (Fig. 6)

Questo genere di postura non è molto frequente tra uomini di quell'età. Possiamo vedere con facilità gli elementi di chiusura: Siede su tutta la seduta della sedia, tutto indietro Il corpo sta piegato in avanti La colonna è curvata in avanti e le spalle in giù Gli assi delle cosce sono convergenti e le gambe incrociate Le braccia incrociate e i gomiti all'interno dell'area del corpo. Inoltre, nonostante la stagione (un mite inizio di autunno) le sue mani afferrano le braccia e stanno sotto le maniche della camicia. E la postura può essere definita come "retratta", "chiusa", "centrata su di sé", ma anche "difensiva". In questo caso il rimedio curativo, suggerito dai suoi sintomi e dalla postura è stato Silicea.

In un altro caso che è stato trattato con successo per un acne del viso di lunga data, la postura era come nella Fig. 7 Possiamo vedere la chiusura, ma con differenti sfumature dovute soprattutto a due differenti elementi. Se tracciamo le linee generali del corpo, possiamo vedere due aspetti caratteristici: ci sono tre angoli acuti fatti dal tronco con le anche, le anche con le gambe e le gambe con i piedi (altamente indicative per la classe dei rimedi silicici e loro complementari)



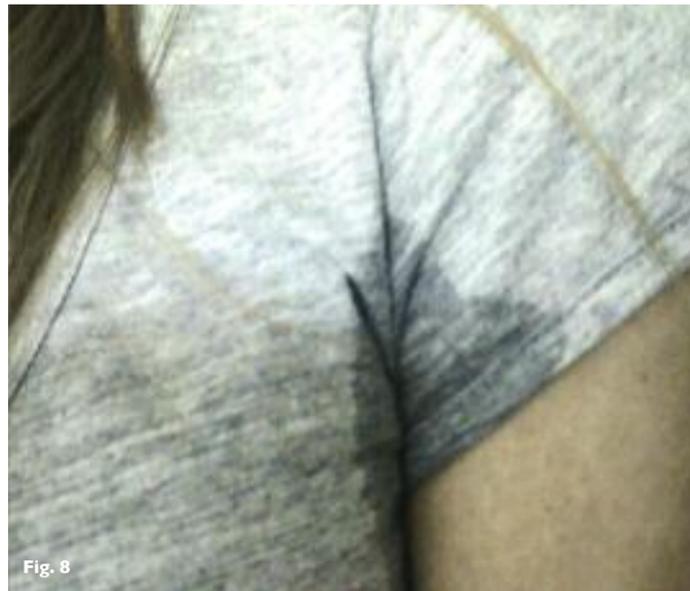
Fig. 7

the remedy and alleviate her general state and leucorrhoea. In what concerns homeopathic visual semiotics the case is interesting for two things: All the bodily elements participated coherently to the impression of closure, and the analysis showed how this impression comes out. It is not necessary all "closed" postures of some patients to have the same and all the elements together: in some cases we can have partial closure and partial exposure, combined with other features that may indicate other attitudes. However the analytic way is going further than the impressionistic, because, in other cases we can search, see and name what are the signs and the relations between them. The simple repertorisation of the case could lead alone to the remedy, as the symptoms exposed by the patient were highly coherent, both in time and actual, local, mind and general for the indication of the remedy. So, we can "know" what the remedy is. This kind of cases are "golden cases" for the homeopathic visual semiology: according to the principle of coherence, the patient is a whole and expresses itself in all fields, verbal or non-verbal. The remedy "is expressing itself" in all of them and in such a way we can learn what nobody learned us and scarcely we find in references: the postures, the way of sitting, the gestures, but also the skin, the peculiar aspect of lesions or whatever can be seen in a patient where we know the remedy. It is a double chain of learning and deciphering the remedy visual

Sebbene le linee dei due avambracci siano convergenti, le mani non sono tenute tranquille, ma la paziente torce le dita di una mano con l'altra. All'interno della sua postura stabile, c'è un piccolo gesto dinamico: un movimento nella stabilità. Questo discreto movimento delle mani può essere riferito a una irrequietezza interna o a un disagio durante la visita, interpretabile ulteriormente, ma comunque resta un elemento di mobilità all'interno della necessità di una postura stabile adottata dalla paziente.

In effetti, durante la visita, la postura non è mai completamente immobile, ma una combinazione di elementi stabili con movimenti. La postura come tale non è mai un elemento puramente statico. Se da una parte può indicare una attitudine profonda che il paziente adotta durante la visita, dall'altra può cambiare durante la visita e essere accompagnata da gesti che sono elementi dinamici. L'oggetto della semiologia visiva omeopatica è costituito da elementi sia statici che dinamici, dalle loro reciproche relazioni e dalle relazioni con quello che il paziente dice di sé o dei disturbi che riferisce. Una analisi puramente descrittiva, pure se utile e di rilevante importanza, deve essere sempre valutata nel contesto della totalità di quanto il paziente esprime, anche nel linguaggio.

Quali altri segni possiamo apprezzare nella ricerca di segni visuali del nostro paziente?



Una copiosa traspirazione alle ascelle, che bagna la maglia (Fig.8). Interrogata al riguardo la paziente afferma che questo è sempre stato uno dei suoi grandi problemi e non è solo emozionale: essa suda anche in un ambiente freddo e la sudorazione è di odore piuttosto cattivo. In questo caso, da un segno visuale possiamo andare a un segno generale facendo domande sulle modalità.

Sulla pelle numerosi nei pigmentati, alcuni con forma, colore e consistenza non uniforme. (Fig. 9, 10)

signs: a) from the known (and efficacious) remedy we learn the visual signs, and then b) in the second step, similar visual signs, enough peculiar, we see in another case may open what we had named a semiotic field, leading to an easier recognition of the needed remedy.

This doesn't mean that all patients sitting alike need necessarily Hepar Sulph.

In another case, of a man of 40 years old who came with a so called allergic rhinitis, with fluent watery discharges aggravated slightly in the autumn, and clearly in cold environment, the way he sat was similar: (Fig. 6) Such a posture is not very frequent among men of his age. We can follow easily the elements of closure:

He sits on all the chair site, deep backward

Forward bending of the body

The spine is curved forward and the shoulders dropped down-side

The convergent axes of hips and the crossed legs

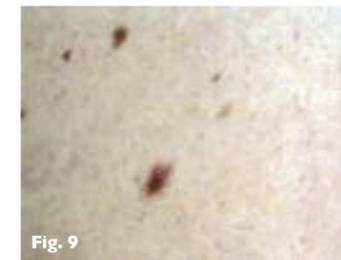
The crossed arms and the elbows inside the body area. Moreover, in spite of the season (early warm autumn) his hands clench the arms, going under the shirt

and the posture may be defined as "retreated", "closed", "self centered" but also "defensive". In this case, the curative remedy, suggested by his symptoms AND posture was Silicea.

In another case, who was successfully treated for a long lasting face acne, the posture was like in Fig. 7. We can see the closeness but with different nuances given mostly by two different elements. If we trace the general body lines, we can see a characteristic feature: there are 3 sharp angles made by the trunk with the hips, by hips with legs and by legs with foot (highly indicative for the Silicea class of remedies and complementaries)

Although the lines of the two forearms are convergent, the hands are not kept quiet but the patient stretch the fingers of one hand with the other. Inside her stable posture, there is this small gesture that is dynamic: a movement into stability. This discrete movement of hands can be related with an inner restlessness or discomfort during consultation, interpretable further on, but strictly speaking it remains an element of mobility inside the need for a stable posture the patient adopted.

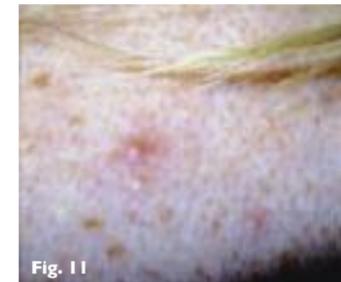
In fact, during consultation, the posture is never absolutely immobile, but a combination of stable elements with movements. Posture as such is never a pure static element. At one moment, it may indicate an inner attitude the patient adopts during consultation, but it may change during consultation and is accompanied by gestures, which are dynamic elements. The object of a visual homeopathic semiology are both the static and dynamic elements, their mutual relations, and the relations with what the patient says about him or herself or about the ailments he or she relates. A



Sulla schiena, piccole pustole che prima del trattamento erano frequenti e difficili da trattare. (Fig. 11)

La pelle della fronte è grassa e ci sono cicatrici dovute alla vecchia acne (Fig. 12)

Sulle braccia e gli avambracci ci sono ancora piccoli foruncoli che non raggiungono lo stadio di acne dopo il trattamento omeopatico. (Fig. 13)



Nella ricerca di un rimedio omeopatico, quello che possiamo dire vedendo tutti questi segni è che abbiamo bisogno di un rimedio con caratteristiche sicotiche, in grado di produrre acne e pustole, che suda molto e in modo insolito e che adotta una peculiare postura di chiusura durante la visita. Il rimedio è stato Silicea, dato nella potenza MK che ha curato l'acne del volto che presentava da anni e ha molto migliorato il suo modo d'essere e di comportarsi. Il successo del trattamento omeopatico è stato riconosciuto dalla paziente, ma tuttavia in queste immagini, prese dopo due anni di trattamento omeopatico possiamo ancora vedere discreti segni, che indicano il rimedio, anche se non la terribile acne che aveva da anni e che era stata il motivo della visita omeopatica dopo tante altre cure inefficaci. Il nostro trattamento ha avuto un'azione solo parziale? Silicea ha agito solo come simile, un rimedio di successo parziale?

Secondo me, dobbiamo innanzi tutto dividere i segni del paziente in due categorie, talvolta intrecciate:

Segni patologici: riferiti a definite categorie patologiche, che puntano a "quello che dobbiamo trattare" e orientati verso il contesto di certe malattie.

Segni indicativi per un terreno o una tipologia che si riferiscono a "chi è capace di fare che cosa". Questo è altamente specifico per

pure pictorial analysis, even useful and relevant to some extent, must be always taken into the whole context of what patient exhibits or speak.

What were other signs we could see in the search of visual signs of our patient?

A heavy perspiration in the axillae, that wetted the shirt (Fig.8). When asked, she says this one always was one of her big problem and is not just emotional: she perspires even during cold environment and the perspiration is enough offensive. Here, from a visual sign we can go to a general sign by asking about modalities.

On skin, more pigmented nevi, some not uniform in shape, color and consistence. (Fig. 9,10)

On back, small pustules which were before treatment more frequent and difficult to treat. (Fig. 11)

The skin of forehead is greasy and there are some cicatrices due to

the old acne. (Fig. 12)

On arms and forearms there are still small pimples, which didn't reach the stage of acne after the homeopathic treatment. (Fig. 13) In the search for a homeopathic remedy, what we can say seeing all these signs is that we need a remedy with sycotic features, able to make acne and pustules, perspiring a lot and strangely, and adopting that peculiar close posture during consultation. The remedy was Silicea, given in 1 MK potency, which cured her years face acne, and improved a lot her way of being and behaving. The success of homeopathic treatment was definitely recognized by the patient but however in these pictures we made after two year of homeopathic treatment we can see still signs in discrete appearance, indicating the remedy, but not the terrible acne she had on her face, which was the reason for homeopathic consultation after years of trying other methods. Was our treatment just partially successful? Was Silicea only a simile, a remedy of partial success?

In my opinion, we must primarily divide signs of patients into two categories, sometimes intermingled:

Pathologic signs: related to definite pathological categories, aims for "what we have to treat" and oriented toward the context of certain diseases.

Indicative signs for a "terrain" or a "typology" which relates with

l'omeopatia e il suo modo di considerare la persona nella sua malattia, tenendo in considerazione la sua suscettibilità. Talvolta nell'omeopatia noi prendiamo in considerazione più CHI fa certe malattie che COME le fa. Tuttavia il COME riflette il modo del CHI e il peso da attribuire alle due categorie è l'arte dell'omeopatia: *Chi fa come una malattia*.

Alcuni segni caratteristici del paziente perdurano tutta la vita e non sono influenzati dall'omeopatia. Per la domanda rispetto al CHI abbiamo i nostri "segni preziosi" per decifrare il rimedio. Dobbiamo trovare un buon equilibrio tra le patologie e il terreno, come anche tra segni verbali e non verbali.

In queste serie di articoli ho voluto mostrare il lato "non verbale" dell'omeopatia, senza peraltro sminuire tutti gli altri metodi, ma solo per aprire altre porte per un modo omeopatico di vedere. Nelle prossime serie di articoli mi concentrerò sulla specificità dell'omeopatia nell'osservazione delle lesioni.

Ringraziamenti

Esprimo la mia gratitudine al Dott. Silvia Waisse Priven (Pontificia Università Cattolica di São Paulo, Brasile) per aver incoraggiato e sostenuto il mio lavoro sulla semiotica visiva in omeopatia negli ultimi 3 anni. Questa serie di articoli non sarebbe stata approntata senza il suo aiuto attivo.

the "whom is able to make what". This is highly specific to homeopathy and its way of considering the person in disease, taking into account its susceptibility. Sometimes, in homeopathy we consider more the WHO made a certain disease instead of the HOW he or she made it. However the HOW is reflecting the way of WHOM, and to ponder between two categories is the art of homeopathy: **WHO is making HOW a disease.**

Some signs about the way the patient is will last all over his or her life and are not influenced by homeopathy. For the WHOM question they are our "golden signs" to decipher the remedy. Between pathologies and terrain we have to keep the good balance, as well as between the spoken and unspoken signs.

In these series of articles I wanted to show more on the "unspoken" side of homeopathy, but I don't deny at all the other methods, just open some doors for a homeopathic way of seeing. In the next series I will focus more on the specificity of homeopathy in seeing the lesions.

Acknowledgements

I express my gratitude to Dr. Silvia Waisse Priven (Pontifical Catholic University of São Paulo, Brazil) for encouraging and supporting my work on visual semiotics in homeopathy during the last 3 years. This series of articles would not have been prepared without her active help.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. ARTHUR, D. The importance of body language. *HR Focus*, 1995, June, 72 (6), 22-23.
2. CHELCEA S., *Comunicare nonverbalmente: gesturilo si postura*, ed. Comunicare.ro, Bucuresti, 2008
3. COLLET P., *Cartea gesturilor*, ed. Trei, Bucuresti, 2005
4. EKMAN, P. & FRIESEN, W. V. "The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origins, usage, and coding". *Semiotica*, 1 (1969):49- 98.
5. HAIDT, J., & KELTNER, D. "Culture and facial expression: Open-ended methods find more expressions and a gradient of recognition". *Cognition and Emotion*, 13 (1999): 25-266.
6. HAHNEMANN S., *Organon of Medicine*, in EH 2.2, 2009
7. HALL, E.T. "A System for the Notation of Proxemic Behavior", *American Anthropologist*, 65 (1963): 1003-1026
8. JAMES, W. "A study of the expression of bodily posture", *Journal of General Psychology*, 7 (1932): 405-437.
9. JURJ, G. "The Power of Physical Signs 1: Bodily Attitudes, Ways of Sitting". *Homeopathic Heritage International*, 34, no. 10 (2009): 25-27.
10. JURJ, G. "The Power of Physical Signs: 2 Body Posture". *Homeopathic Heritage International*, 34, no. 11 (2009): 41-45.
11. JURJ, G. "General, Particular, Individual in Homeopathic". *Revista Român de Homeopatie*, 25 (2005): 32-45.
12. JURJ, G. "Decision making and Semiotics: a view in homeopathy", *Int J for High Dilution Research*, 23 (2008):103-112
13. KNAPP, M. & HALL, J., *Nonverbal communication in human interaction*. Orlando, (1992). FL: Holt, Rinehart & Winsten, Inc.
14. MALANDRO, L. A., *Non-verbal Communication* (2nd ed.). New York (1983,1989): Random House.
15. MEHRABIAN A., *Nonverbal communication*, Aldine Transaction, New Brunswick & London, 2007
16. MEHRABIAN, A., "Significance of Posture and Position in the Communication of Attitudes and Status Relationships", *Psychological Bulletin*, 17 (1969): 359-372
17. SCHROYENS F., The striking symptoms, *Homeopathic Heritage International*, 33, No 10 (2009): 25-27
18. WAISSE PRIVEN S., & Jurj G., "Visual signs: semiotics and cognition", *IX SINAPIH*, Rio de Janeiro, 2008
19. WALLBOT H., G., "Bodily expression of emotion", *European Journal of Social Psychology*, vol 28, 6, 879 - 896
20. WINTERS A., "Perceptions of Body Posture and Emotion: A Question of Methodology". *The New School Psychology Bulletin* Volume 3, No. 2, 2005



FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI
FIAMO



L.M.H.I.
LIGA MEDICORUM
HOMEOPATHICA
INTERNATIONALIS



XI CONGRESSO NAZIONALE FIAMO

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

approccio omeopatico nell'uomo e nell'animale

Napoli | 15-17 marzo 2013

**IISF - ISTITUTO ITALIANO
PER GLI STUDI FILOSOFICI**
Palazzo Serra di Cassano | Napoli

Comitato Scientifico: Antonio Abbate, Marco Caviglioli,
Giuseppe Fagone, Francesco Marino, Antonella Ronchi,
Manuela Sanguini

Coordinatore per il Congresso: Giovanna Giorgetti

INFORMAZIONI
per iscrizioni al congresso
Segreteria F.I.A.M.O. | Via C. Beccaria 22 | Terni
omeopatia@fiamo.it | Tel/Fax 0744.429900
per esporre
Per informazioni e prenotazioni spazi espositivi e pubblicitari,
contattare Giovanna Durante 347 6094735 | gdurantefiamo@virgilio.it.

SIAMO PRESENTI AL



24° Salone internazionale
del biologico e del naturale
Fiera Bologna
8/11 settembre 2012
stand A73 pad./hall 35

**DEADLINE per l'invio
degli abstract
30 SETTEMBRE 2012**

www.fiamo.it

f **FIAMO**
Federazione Italiana
Associazioni e Medici Omeopati

La frattura scomposta di Kiki

RIASSUNTO

L'autore vuole raccontare attraverso la propria esperienza clinica come la medicina omeopatica possa diventare uno strumento terapeutico ideale al fine di ottenere risultati incoraggianti quando il proprietario dell'animale non è disposto a sostenere spese troppo gravose.

PAROLA CHIAVE

Frattura scomposta - Corallium rubrum - Medicamento omeopatico - Terapia omeopatica - Carbonato di calcio.

SUMMARY

The author wants to tell through his own clinical experience as the homeopathic medicine can become an ideal therapeutic tool with the purpose to get encouraging results when the owner of the animal is not prepared to sustain too much serious expensive.

KEYWORDS

Fracture – Corallium Rubrum – Homeopathic remedy – Homeopathic Therapy – Calcium carbonate

INTRODUZIONE

Quante volte nella nostra professione ci troviamo ad affrontare momenti difficili o delicati dove viene chiesto il nostro apporto che non desideriamo negare. La difficoltà nella professione del Medico Veterinario è quello di avere a che fare con animali di specie e razze diverse a cui si contrappone un aspetto non trascurabile rappresentato dall'onere delle prestazioni e degli interventi chirurgici che talvolta rappresentano un limite operativo a carico del proprietario. A tutela di quel benessere animale tanto reclamizzato, desidero condividere questa esperienza clinica che, per quanto banale, fa

emergere una problematica che deve fare riflettere. Da questo punto di vista la medicina omeopatica si inserisce pienamente in un contesto generale di questo tipo, infatti ci consente un approccio al paziente animale senza gravare troppo sul profilo economico. Pertanto occorre riconoscere a questa terapia un ruolo sociale importante, diventa uno strumento che ci offre l'occasione di affrontare situazioni reali che, soprattutto nel nostro settore, volgerebbero a ben altri destini. Questo caso clinico ne vuole essere un esempio lampante, uno dei tanti si intende, però mi stimola ad impegnarmi in questa "arte del guarire", consapevole di aiutare molti piccoli e grandi amici pazienti serenamente, nel migliore dei modi.

Dietro ogni singolo caso clinico per quanto semplice si apre un contesto ambientale fatto di problemi, di animali, di persone, di affetti, di relazioni che non possiamo trascurare o deludere.

IL CASO CLINICO

04/07/09 - KIKI è una gatta europea pezzata grigia di 5 anni, sterilizzata che mi viene portata a seguito di un trauma, infatti è caduta accidentalmente dal 3° piano di una finestra al mattino alle 4. La vedo in studio alle ore 8, si presenta una giovane proprietaria in lacrime accompagnata dalla nonna. (Figura 1)

Alla visita clinica si evidenzia subito un problema piuttosto grave, si tratta di una frattura scomposta lungo l'asse longitudinale a carico della epifisi distale della tibia, cosiddetta "a legno

verde" (Figura 2) (la radiografia non è disponibile).

La proprietaria si sente in colpa per quello che è accaduto ed ancora singhiozzante mi chiede di fare il possibile per aiutarla. In effetti ho modo di constatare sin da subito che si tratta di una situazione delicata a livello prognostico e non escludo la possibilità si debba intervenire chirurgicamente per ridurre la frattura.



Purtroppo i genitori non sembrano disposti a sostenere costi onerosi ed impreveduti che questo tipo di intervento ortopedico comporta e di fronte alla disperata reazione della ragazza a seguito della esplicita richiesta di una eutanasia, propongo di prendere tempo nel tentativo di recuperare l'uso della zampa di KIKI attraverso un approccio omeopatico. Spiego che il problema più difficile da affrontare in questi casi sono le possibili complicazioni cliniche, da una parte non mi sento di assicurare un risultato in tempi brevi, dall'altra permane il rischio che questa tipologia di frattura vada incontro a possibili complicazioni: osteomielite, fistole, ulcerazioni, necrosi dei tessuti molli, problemi di irrorazione vascolare a carico delle parti più distali del piede. Non solo, non si escludono esiti di zoppie persistenti o comunque dif-

ficoltà deambulatorie che per un gatto possono risultare fortemente deficitari in funzione dell'età e dello stile di vita che conduce. Pertanto mi limito a chiedere un minimo di collaborazione, di ottimismo e soprattutto pazienza, l'intenzione è quello di affrontare un problema alla volta senza farsi troppe illusioni.

In questi casi l'esperienza pratica mi insegna che le precauzioni non sono mai troppe anche perché memore di proprietari che si sono rivolti contemporaneamente ad altri colleghi Allopati per ottenere conferme o consigli al riguardo e sono stati vivamente sconsigliati nel procedere con terapie naturali che esulino da protocolli terapeutici standardizzati, pertanto hanno finito per abbandonare la cura omeopatica prescritta.



Una volta ottenuta la conferma che la ragazza seguirà le mie indicazioni ed in miei consigli, decido di procedere immobilizzando il moncone beante servendomi di una leggera steccatura capace di garantirmi un minimo livello di stabilità a carico della articolazione metatarsica; la fasciatura contenitiva della zampa posteriore verrà mantenuta in sede per un periodo limitato di circa otto-dieci giorni. Alla fine di questa prima fase provvedo ad una sedazione generale al fine di suturare le lesioni cutanee a carico dei tessuti molli. Nel frattempo prescrivo per i primi 4 gg Arnica XMK - 10 gocce in plus per controllare il dolore e l'infiammazione locale

e successivamente altri 4 gg con Pyrogenium Q 1 - 10 gocce in plus al fine di prevenire e scongiurare il rischio di una infezione del tessuto osseo esposto. Prevedo una serie di controlli periodici e ravvicinati ogni 2-3 gg, cambiando di volta in volta la medicazione.

In effetti queste operazioni non saranno semplici anche perché KIKI appare piuttosto scorbutica, nervosa, anche se si limita a soffiare e ringhiare ripetutamente ad ogni minima manipolazione, il suo sguardo è sempre piuttosto severo. Fortunatamente l'aiuto della proprietaria nel contenerla ed i rimedi omeopatici utilizzati che riducono sensibilmente l'algia locale mi permettono di lavorare in tutta sicurezza.

FOLLOW UP

A distanza di 10 gg, tolta definitivamente la bendatura contenitiva, KIKI estende e flette la zampa senza grossi problemi, anche se non riesce a caricare ancora tutto il peso (Figura 3) corporeo durante la deambulazione. A questo punto, una volta scongiurato definitivamente il pericolo di una infezione imminente a carico dei monconi ossei, decido di scegliere un rimedio capace di stimolare progressivamente la formazione del callo osseo. Trattandosi di una frattura scomposta ed in parte esposta decido di propormi con un rimedio minerale e marino che conosco abbastanza bene avendolo utilizzato in altre circostanze: Corallium Rubrum Q1 - 10 gocce in plus/die per un mese.

Gradualmente nei giorni seguenti la gatta comincia ad appoggiare la zampa senza manifestare il minimo segnale di zoppia, riesce anche a muoversi con una parziale disinvolvatura, evitando di caricare l'arto interessato quando compie salti o movimenti più rapidi. La proprietaria mi conferma



che anche a casa KIKI riesce a salire e scendere dal suo letto o dal tavolo senza lamentarsi. Chiacchierando con la proprietaria sull'indole della gatta, ottengo la conferma che KIKI non è particolarmente socievole con altri gatti, semmai è piuttosto litigiosa, non ama troppo essere avvicinata anche se non le piace stare da sola, ha un carattere piuttosto oppositivo, nel senso che si arrabbia facilmente, brontola e ringhia come un cane. Molto freddolosa e particolarmente sensibile al dolore. In effetti ho sempre avuto l'impressione che dietro quella maschera implacabile e l'espressione imbronciata ci fosse una buona dose di insicurezza e di fragilità che si evince da una postura piuttosto infantile. Ogni volta che la devo visitare resta come accucciata ed incollata tra le mani della proprietaria come per trovare un riparo. Questi aspetti, desunti dalla osservazione diretta del paziente, rafforzano l'ipotesi della mia prescrizione.

31/ 08/09 (quasi 2 mesi dopo)

KIKI ritorna per un controllo. Sembra che le cose procedano decisamente bene, ora la gatta riesce addirittura a correre senza manifestare problemi deambulatori, anche se mi dicono abbia ancora qualche riserva nel dare carico sulla zampa interessata. In ogni caso faccio presente che la situazione clinica è favorevole e resto ottimista anche perché i monconi sono stabili e la vedo muoversi per lo studio con una certa disinvoltura.



Fig. 4

tura. Fisso un appuntamento per metà Settembre al fine di ripetere una lastra radiografica, nel frattempo consiglio di continuare la assunzione del rimedio omeopatico Corralium rubrum Q1 alla stessa posologia per ulteriori 2 settimane.

Ottobre 2008 (50 gg dopo)

Nuova visita, KIKI ormai salta sui mobili e corre per casa senza problemi, la zampa non appare dolente alla palpazione, le ferite sono perfettamente rimarginate, non c'è formazione di un callo osseo esuberante, la frattura sembra un lontano ricordo. La proprietaria mi chiede se sia veramente il caso di spendere denaro per quella famosa lastra radiografica, ne vale proprio la pena?

DISCUSSIONE

L'esperienza di Corralium rubrum quale animale marino viene proposto non tanto dall'approfondimento della

materia medica omeopatica quanto cogliendo l'esperienza clinica di altri Omeopati contemporanei. In questa circostanza il rimedio è stato pensato proprio in funzione della natura del rimedio-sostanza quale apportatore dell'elemento Calcio sotto forma di calcite.

Mentre in altri casi ho prescritto il rimedio per trattare la tosse secca ed insistente, in questa circostanza si è dimostrato essere un valido ausilio terapeutico nel trattamento di una frattura scomposta ed esposta di difficile risoluzione spontanea. Sono risultate efficaci le aggiunte repertoriali operate del Dott. Massimo Mangialavori nella sezione "Generalities", quindi mi sento di condividere con lui i meriti di questa breve esperienza clinica. In fondo potremo considerare il Corallo rosso come una fonte naturale di Carbonato di calcio, di silicio, magnesio, carbonio ecc.; inoltre una delle sue peculiarità consiste nella struttura dello scheletro minerale compatibile alla trabecolatura tipica del tessuto

osseo. Da questo punto di vista lo potremo annoverare tra i potenziali "collanti" per ossa soprattutto nel trattamento di questa tipologia di frattura in sostituzione di rimedi come Calcarea phosphorica o Symphytum officinalis che, in queste situazioni, non si dimostrano altrettanto risolutivi (desunto da esperienze personali). Non solo ma la prescrizione omeopatica ha tenuto conto di altri elementi relativi al carattere di KIKI emersi durante il colloquio e l'osservazione diretta: la proverbiale collera, l'ipersensibilità al dolore e la freddolosità ne sono un valido esempio. Non di meno mi ha guidato l'insolito desiderio di rimanere ancorata tra le mani della proprietaria ed il suo continuo ringhio di sottofondo quale possibile prescrizione di rimedio non solo situazionale ma anche costituzionale. In verità il risultato non ha tardato a manifestarsi, oltre alla risoluzione della frattura è coinciso un sostanziale cambiamento del comportamento reattivo di KIKI che, a dire della proprietaria, è diventata progressivamente più calma e tollerante, meno irruenta e litigiosa del solito.

BIBLIOGRAFIA

J. H. CLARKE – *Dizionario di farmacologia omeopatica clinica* – IPSA Editore, Palermo, 1994.

F. DEL FRANCA – *Veterinaria Omeopatica e psicopatologia del cavallo* – La casa verde per conto di Demetra s.r.l., San Martino di Buon Albergo (VR), 1990.

R. PETRUCCI – *Pediatria. Temi e concetti in Medicina Omeopatica* – Asterias, Milano, 2007.

J. SCHOLTEN – *Omeopatia e gli elementi della tavola periodica* – Salus Infirmorum, Roncade (TV), 2007.

F. SCHROYENS – *Synthesis 9.1* – In RADAR 10.1. Archibel; 2008

Baryta Arsenicosa e Omeopatia veterinaria

RIASSUNTO

In medicina veterinaria sono difficilmente reperibili informazioni su rimedi minori come Baryta arsenicosa. Lo scopo di questo lavoro è fare luce sulle caratteristiche di questa sostanza tramite lo studio di tre casi (due gatti e un cane) risolti con la sua somministrazione.

PAROLE CHIAVE

avversione ai cambiamenti, ripetitività, testardaggine, sostegno, dipendenza, aggressività, freddolosa, infantile, geriatria, mente, asma, faucite.

SUMMARY

In veterinary medicine information about minor remedies, such as Baryta Arsenicosa, are difficult to find. The purpose of this paper is to shed light on the characteristics of this substance through the study of three cases (two cats and a dog) resolved with its administration.

KEYWORDS

Aversion to change, repetition, stubbornness, support, dependence, aggressiveness, chilly, childhood, geriatrics, mind, asthma, jaws.

INTRODUZIONE

Basandosi solamente sulla repertorizzazione, si perde la possibilità di prescrizione di molti rimedi. Baryta arsenicosa, con la sua unica rubrica repertoriale (MIND - CONFIDENCE - want of self) è uno di questi. La prescrizione di un rimedio poco sperimentato come Baryta arsenicosa è possibile quando nel nostro paziente ritroviamo temi e sintomi caratteristici delle due componenti del medicamento, in questo caso Barium e Arse-

nicum. Solo dallo studio di casi clinici risolti si potrà far luce sulle tematiche, le caratteristiche e le applicazioni in medicina veterinaria di queste sostanze.

MATERIALI E METODI

La ricerca dei temi principali di Baryta arsenicosa si basa sull'analisi di tre casi trattati con successo con questo rimedio: due gatti, affetti rispettivamente da faucite e da asma e un cane con problemi comportamentali.

CASI CLINICI

CASO CLINICO N. 1 - SPILLA 12 marzo 2012

Spilla è una gattina di quasi 14 anni che viene portata in visita per problemi ricorrenti di faucite. Ogni due mesi da un anno a questa parte viene sottoposta a terapia cortisonica e antibiotica per placare gli stati acuti di questa patologia che non le permettono di nutrirsi. Spilla in quei momenti si avvicina con fame alla ciotola, prova a mangiare, ma subito scappa via come punta da mille aghi. Non riesce a deglutire nemmeno i liquidi. E' stata trovata in strada a circa due mesi di vita e da allora ha cambiato molte volte abitazione seguendo i proprietari. Da un paio di anni vive stabilmente con altre tre gatte ed un cane in una grande casa con giardino. Ogni trasloco è stato un piccolo dramma per Spilla: ad ogni cambio di casa diventava sempre più scontenta e solitaria.

Gioca con gli altri animali solo quando ne ha voglia e non ha paura di farsi rispettare. Non cerca la lite, anzi le evita, ma se provocata risponde graffiando e soffiando. Non ama farsi coccolare: decide lei da chi andare e per quanto tempo, solitamente preferisce le persone che non la vogliono toccare a tutti i costi. La proprietaria racconta di come sia pericolosa in certi momenti: l'ultimo veterinario che le ha fatto un'iniezione di cortisone è stato aggredito con ferocia.

Molto abitudinaria: le piace dormire nello stesso posto e mangiare nella stessa ciotola. Un semplice spostamento del mobilio di casa è vissuto con grande disagio da Spilla, che si rintana sempre negli stessi angoli, rifugi d'elezione, per un paio di giorni. Quando in casa ci sono discussioni fra i familiari preferisce dileguarsi e riapparire quando la situazione di è calmata.

Estremamente freddolosa: d'inverno dorme sempre sopra il calorifero. E' una gatta molto attenta alla sua igiene. Si pulisce con meticolosità, evita e le da fastidio uscire con la pioggia o quando il terreno non è ben asciutto. Beve poco, da sempre, e le piace mangiare, ma se le viene proposto qualcosa che non gradisce lo rifiuta. Ama lo yogurt, il latte e il pollo crudo. Alla visita Spilla viene fatta uscire di forza dal trasportino e si ferma immobile sul tavolo. Al tentativo di aprirle la bocca per visitarla graffia con una velocità impressionante. Ogni altro tentativo di visitarla è stato fallimentare. Ricorrendo alla sedazione è stato possibile evidenziare una grave faucite e infiammazione dell'orletto gengivale.

Repertorizzazione – Synthesis 9.1 (Figura 1)

1 MIND - CHANGE - aversion to
2 MOUTH - DISCOLORATION - Gums - red - Margins
3 MOUTH - ODOR - cadaverous
4 THROAT - SWALLOWING - impossible - liquids, anything but
5 THROAT - PAIN - Esophagus - splinter; as from a
6 GENERALS - WARM - desire for warmth

Fig. 1

MIND - CHANGE - aversion to
MOUTH - DISCOLORATION - Gums - red - Margins
MOUTH - ODOR - cadaverous
THROAT - SWALLOWING - impossible - liquids, anything but
THROAT - PAIN - Esophagus - splinter; as from a
GENERALS - WARM - desire for warmth

Spilla presenta a livello caratteriale importanti caratteristiche dei rimedi arsenicali (aggressività estrema se infastidita, attenzione marcata per la sua igiene) insieme ad aspetti tipici delle Baryte (come la tendenza a nascondersi, l'avversione verso i cambiamenti, la timidezza). Sul piano fisico, la bocca presenta un odore cadaverico tipico di Arsenicum), un dolore che la fa saltare non appena deglutisce, come se fosse punta da un ago (Arsenicum) e un arrossamento solo dei bordi gengivali (Baryta carbonica). La freddolosità estrema di Spilla e la sua avversione per gli estranei sono comuni ad entrambi gli elementi.
TERAPIA: Baryta arseniosa 1 LM : 5 gocce SID per 14 giorni

20 marzo 2012

La proprietaria dice che da ieri sera riesce a deglutire l'omogeneizzato senza diluirlo eccessivamente. In questi giorni che l'ha osservata con più attenzione ha notato che Spilla ha degli scatti improvvisi con forte miagolio,

come se il dolore fosse provocato da un'improvvisa fissurazione della gola.
TERAPIA: Baryta arseniosa 1 LM: 5 gocce BID per 7 giorni

03 aprile 2012

Spilla è stabile, riesce a mangiare qualcosa da sola e sembra lamentarsi meno. Miglioramento dell'alito.
TERAPIA: Baryta arseniosa 3 LM: 5 gocce SID per 14 giorni

18 aprile 2012

Dopo cinque giorni con la nuova potenza del rimedio Spilla presenta un aggravamento della sintomatologia, con gonfiore dei linfonodi del collo.
TERAPIA: Baryta arseniosa 3 LM: 5 gocce BID per 7 giorni

21 aprile 2012

Miglioramento della situazione. La proprietaria mi dice che Spilla è più calma e si lascia toccare più facilmente, i linfonodi si sono ridotti di volume. Mangia l'omogeneizzato sempre più denso e ha provato ad assaggiare un mangime morbido degli altri gatti: lo lecca, fa uno scatto e si allontana ma poi si riavvicina e ci riprova. Quando sente odore di carne curda impazzisce: ne è da sempre ghiotta.
TERAPIA: Baryta arseniosa 3 LM: 5 gocce SID per 14 giorni

03 maggio 2012

Continuano i miglioramenti: è famelica, mangia quasi 5 omogeneizzati da 120 gr al giorno.
TERAPIA: Baryta arseniosa 3 LM: 5 gocce SID per 14 giorni

17 maggio 2012

Spilla mangia con appetito anche alimenti non liquidi, preferisce sempre leccare che masticare ma riesce a mangiare anche croccantini interi. Sbadiaglia spalancando tutta la bocca.
TERAPIA: Baryta arseniosa 3 LM: 5 focce SID per 14 giorni

31 maggio 2012

Sta benissimo, mangia senza problema qualunque tipo di alimento, continua ad assumere il suo rimedio costituzionale.
TERAPIA: Baryta arseniosa 3 LM: 5 gocce SID per 4 giorni

**CASO CLINICO N. 2 - TIGRE
30 Dicembre 2011 (Figura 2)**



Fig. 2

Tigre è una gatta di 11 anni e 9 mesi che viene portata in visita per un problema di asma che le provoca crisi respiratorie quotidiane da più di un anno, accompagnate da vomito schiumoso. E' stata trattata con antinfiammatori e compresse di lisina ma senza risultati. La storia di questa gatta è tristemente costellata di lutti e traslochi: abbandonata a pochi giorni di vita in un giardino, è stata allevata da un'anziana signora fino alla sua scomparsa. A sei mesi Tigre è stata adottata dalla zia dei proprietari attuali che l'ha curata fino ai 10 anni quando anche lei si è spirata. Alla morte della signora ha trascorso 6 mesi da sola, nessuno voleva prendersene carico finché i proprietari attuali hanno deciso di portarla in casa. Attualmente vive con la coppia dei proprietari in un appartamento con terrazzo, un'altra gattina e una bimba in arrivo. Nei primi giorni nella nuova casa non si faceva mai vedere, stava sempre nascosta. Con le persone

conosciute adesso è tranquilla, diffidente con quelle che non conosce. Quando arrivano amici in casa non si fa vedere per i primi venti minuti, ma poi si avvicina piano piano. Con i cani e gatti si nasconde, ma se disturbata soffia per farli scappare. Egocentrica: la mattina pretende che i proprietari si alzino per darle da mangiare e se non lo fanno subito riesce ad essere veramente insistente. Quando si mette in testa una cosa non c'è modo di farla cambiare idea, è estremamente ostinata. Ha delle fissazioni: si fa le unghie sempre alle sei del mattino e sempre nello stesso punto del divano. Ha paura di molte cose, dell'aspirapolvere, dei rumori improvvisi, di uscire di casa, della macchina, del temporale e dei botti. Quando ha paura si rifugia sotto le coperte. Non ama i bambini. In ambulatorio non vuole uscire dal trasportino e al tentativo di visita si irrigidisce. Una volta uscita si aggira curiosa e poi si nasconde sotto un mobile. Durante le crisi d'asma emette una specie di starnuto che accompagna la difficoltà di espirazione, seguito da un vomito di schiuma bianca.

Preferisce mangiare cibo umido, ama il pesce. Beve poco e preferisce acqua corrente. Molto freddolosa, cerca fonti di calore e ama trascorrere la sua giornata sdraiata. E' molto ordinata e pulita: sporca sempre nella sua gabbietta.

Repertorizzazione – Synthesis 9.1 (Figura 3)

MIND - CHANGE - aversion to
MIND - OBSTINATE
MIND - FEAR - unfamiliar objects
STOMACH - VOMITING;TYPE OF - frothy
RESPIRATION - DIFFICULT - expiration
GENERALS - WARM - desire for warmth

Quello che spicca dalla descrizione dei proprietari è l'ostinazione di Tigre:

1 MIND - CHANGE - aversion to
2 MIND - OBSTINATE (150)
3 MIND - FEAR - unfamiliar objects (100)
4 STOMACH - VOMITING;TYPE OF - frothy (40)
5 RESPIRATION - DIFFICULT - expiration (10)
6 GENERALS - WARM - desire for warmth (20)

Fig. 3

quando decide di voler una cosa non c'è modo di dissuaderla, atteggiamento tipico delle Baryte e dei rimedi arsenicali. E' infantile e abitudinaria, gratta il divano sempre alla stessa ora e sempre nello stesso punto (Baryta). Non ama la compagnia degli sconosciuti (Arsenicum e Baryta), preferisce nascondersi. Presenta una difficoltà prevalentemente espiratoria e vomito schiumoso (Arsenicum).
TERAPIA: Baryta arseniosa 1 LM: 5 gocce SID per 14 giorni.

16 Gennaio 2012

La proprietaria riferisce che il giorno successivo alla visita Tigre li ha ignorati, non si faceva toccare, li osservava da lontano in collera. In questi 14 giorni si sono notevolmente ridotti gli attacchi di asma, sono stati circa 5 o 6 in totale. Anche il comportamento si è leggermente modificato, richiede sempre attenzioni ma con meno insistenza.
TERAPIA: Baryta arseniosa 1 LM: 5 gocce SID per 14 giorni

31 gennaio 2012

Tigre in questo periodo ha avuto solamente 1 o 2 attacchi, ma è ritornata ad essere prepotente ed insistente. Continua a miagolare incessantemente finché non ottiene quello che vuole, per fare un esempio concreto, il finocchio che stava mangiando la proprietaria: ha

smesso di piangere solo quando le è stato dato.
TERAPIA: Baryta arseniosa 3 LM: 5 gocce SID per 14 giorni

14 febbraio 2012

Dall'aumento di potenza Tigre ha avuto un solo episodio di asma ma il comportamento non è per nulla migliorato. In casa stanno cambiando i mobili per creare la nuova cameretta per la bambina in arrivo. Tigre sta vivendo male questo periodo, ha ripreso a farsi le unghie al mattino, non ubbidisce e vuole continuamente stare in braccio alla proprietaria. Questo aggravamento è un'ulteriore conferma del rimedio, l'avversione al cambiamento di Tigre è profonda e lo spostamento dei mobili in casa è davvero stressante per lei.
TERAPIA: Baryta arseniosa 3LM: BID per una settimana.

28 febbraio 2012

Miglioramento del comportamento.
TERAPIA: Baryta arseniosa 5 LM: 5 gocce SID per 14 giorni

02 aprile 2012

Tigre in questo mese non ha avuto nessun attacco, ha appetito ed è meno prepotente del solito.
TERAPIA: Baryta arseniosa 5 LM: 5 gocce SID

26 aprile 2012

Nessun attacco fino a ieri quando ne ha avuti tre a distanza ravvicinata: è nata da una settimana la bambina e Tigre si trova in difficoltà. E' gelosa, non si avvicina alla neonata, si nasconde.
TERAPIA: Baryta arseniosa 7 LM: 5 gocce BID per 14 giorni

28 maggio 2012

Tigre non ha più avuto attacchi e piano piano si sta abituando anche alla presenza della bambina, continua ad assumere il suo rimedio costituzionale.

CASO CLINICO N. 3 - DODO
24 dicembre 2010 (Figura 4)



Fig. 4

Dodo è un piccolo Jack Russel di 4 anni e 9 mesi, maschio castrato di circa 6 chili. Il motivo per il quale viene portato in visita è un leccamento compulsivo alle zampe anteriori che si protrae da quando aveva 8 mesi di vita, comportamento egocentrico e marcatura urinaria in giro per casa. E' stato trattato per sospette allergie alimentari per molti anni senza risultati. La proprietaria si è rivolta anche ad un comportamentalista che ha diagnosticato uno stato di "ansia generalizzata, sindrome compulsiva di leccamento cutaneo, monte inappropriata ed eliminazione su base ansiosa, alterazioni delle fasi di sviluppo" ed ha impostato una terapia con clomipramina cloridrato che ha dato anch'essa pochi risultati. Dopo un tentativo, fallito anch'esso, di trattamento omeopatico, Dodo è stato castrato, dapprima chimicamente e poi chirurgicamente. Dodo vive con la coppia di proprietari ed una piccola cagnolina in una casa con giardino.

E' un cagnolino attento e perennemente all'erta ma testardo: non c'è modo di fargli fare quello che non vuole. Poco giocoso e molto diffidente. Ringhia se viene disturbato, indipendente in casa ma all'esterno cerca continuamente la presenza dei proprietari, anche senza guinzaglio non si allontanerebbe mai. Con gli animali di casa li ignora, ma è follemente geloso: se la cagnolina si avvicina ai proprietari lui si

avvicina ringhiando e la attaccherebbe. Con gli animali sconosciuti invece è diffidente, mette la coda tra le gambe, si lascia annusare ma se ne va. Con le persone conosciute è gioioso, molto sospettoso con chi non conosce. Mostra decide antipatie ingiustificate verso alcune persone. In ambienti nuovi è curioso è all'erta. Molto pauroso: si attacca alle gambe della proprietaria in passeggiata. Ha paura delle api e dei calabroni, i rumori improvvisi lo fanno sobbalzare, ha paura dei luoghi alti e del dolore. L'unica occasione in cui richiede di essere preso in braccio dalla proprietaria è quando non sta bene. Ha dimostrato interesse per il gioco ma si stanca subito, non lo diverte particolarmente. Soffre molto l'inverno: ama il caldo, si infila sotto le coperte. Con il primo colpo di freddo vomita. Non ama uscire con il brutto tempo e la pioggia, è un cane molto pulito: si sporca poco e se succede ne è particolarmente infastidito. In ambulatorio è attentissimo a tutti i movimenti, molto ansioso quando decido di visitarlo. La proprietaria sottolinea che per la paura e l'agitazione potrebbe mordere.

Repertorizzazione – Synthesis 9.1 (Figura 5)



Fig. 3

MIND - CLINGING - persons or furniture; to
 MIND - ANGUISH - driving from place to place
 MIND - COMPANY - aversion to - strangers, aversion to the presence of
 MIND - FASTIDIOUS
 GENERALS - WARM - desire for warmth

L'ansia di Dodo è molto intensa, si lecca compulsivamente le zampe, si sposta in velocità da un luogo all'altro senza trovare pace (Arsenicum) e contemporaneamente è divorato dalla sua dipendenza per i proprietari: li cerca continuamente, ha bisogno di appoggiarsi a loro (Baryta carbonica). Ha comportamenti infantili e molte paure, sobbalza per nulla (Baryta). Per questi motivi decido di somministrare Baryta arseniosa 1000 K, 5 gocce per cinque giorni consecutive.

31 dicembre 2011

La proprietaria riferisce che il cane sta dormendo molto più profondamente in questo periodo, ha gli occhi gonfi e lacrimano parecchio e che il leccamento si è ridotto. TERAPIA: Sospesa

03 gennaio 2011

Dodo non dorme più così tanto, in casa è ancora tranquillo ma fuori è ritornata l'ansia. Ha ricominciato anche a leccarsi. TERAPIA: Baryta arseniosa 1000 K: 5 gocce per 5 giorni

18 gennaio 2011

Più tranquillo ma si lecca ancora molto. TERAPIA: Baryta arseniosa 1000 K: 5 gocce a giorni alterni per una settimana

22 febbraio 2011

In ambulatorio entra molto meno agitato e timoroso rispetto alla prima volta. Apparentemente disponibile ma quando viene preso in braccio non è per nulla contento. Si lecca ancora molto soprattutto quando si agita. TERAPIA: Baryta arseniosa 3 LM: 5 gocce SID per 14 giorni

15 marzo 2011

Dodo è più sereno, si lecca ancora ma in maniera meno compulsiva. TERAPIA: Baryta arseniosa 3 LM: 5 gocce SID per 14 giorni

28 marzo 2011

Si lecca più spesso. Aumentiamo la potenza del rimedio. Baryta arseniosa 5 LM: 5 gocce SID per 14 giorni

15 aprile 2011

Dodo si lecca sempre meno. Al campo con gli altri cani e con le persone estranee non scappa più e si relaziona meglio, la coda è sempre alzata. TERAPIA Baryta arseniosa 7 LM: 5 gocce SID per 14 giorni

13 maggio 2011

Alla proprietaria ormai sono chiari i segnali che indicano che l'effetto della potenza del rimedio si sta esaurendo e la necessità di passare a quella successiva. Dodo riprende i leccamenti e il suo livello di agitazione che subito si interrompono con il passaggio alla potenza superiore del rimedio. TERAPIA: Baryta arseniosa 9LM: SID per 14 giorni

RISULTATI

I Temi di Baryta arseniosa

Mediante lo studio dei risultati ottenuti dall'uso clinico del rimedio omeopatico in questione si evidenzia che in Baryta Arseniosa si uniscono temi propri dei rimedi arsenicali e del gruppo delle Baryte, che formano un quadro chiaro e peculiare di questo rimedio, definendo i seguenti temi:

- Avversione al cambiamento: i soggetti Baryta mal sopportano i cambiamenti, nel senso più ampio del termine. Non solo i traslochi creano disagio, ma anche un semplice cambio dell'arredo di casa gli crea problemi, una variazione dell'alimento, dell'orario della passeggiata o del percorso, della temperatura. Sono soggetti abituarini, che riescono a vivere serenamente solo se questi loro punti fissi vengono mantenuti. Ogni modifica

della sua quotidianità gli provoca un'ansia incontenibile. La paura di affrontare situazioni nuove che escono dalla loro routine li sconvolge.

- Avversione al gioco: anche da cuccioli non mostrano un particolare interesse per il gioco.

- Comportamento infantile: c'è una regressione soprattutto nell'anziano, cani e gatti che riprendono in età avanzata a mordicchiare i mobili o le scarpe.

- Dipendenza: sono assolutamente dipendenti dai proprietari, necessitano di rassicurazioni continue. Passano il tempo in braccio a loro.

- Cauti e codardi: hanno moltissime paure, sobbalzano facilmente per nulla, temono gli altri e preferiscono nascondersi.

- Ostinazione: quando decidono di voler una cosa non c'è modo di dissuaderli. Non danno tregua ai proprietari finché non ottengono quello che vogliono.

- Misanthropia: non amano le relazioni con gli altri, soprattutto con gli sconosciuti. Mostrano affetto solo a pochi. Non amano farsi coccolare da chiunque e scelgono loro a chi e quando permetterlo.

- Freddo: sono soggetti estremamente freddolosi e sensibili al freddo. Si ammalano al primo colpo d'aria. Amano il caldo, lo ricercano, si addormentano attaccati ai termosifoni o alle stufe, in casa stanno vicini le fonti di luce.

- Aggressività: sono soggetti aggressivi se vengono attaccati. Sono soggetti che difficilmente aggrediscono ma possono avere reazioni eccessive se disturbati.

Applicazioni:

Geriatrics: è un rimedio utile nell'anziano defedato.

Faucite. Asma. Lipomi. Interessamento ghiandolare.

Mente: ansia, aggressività, infantilismo, paure e fissazioni.

CONCLUSIONI

È stato interessante verificare come, in medicina omeopatica veterinaria, sia possibile estrapolare le caratteristiche di un particolare rimedio con l'esperienza "sul campo" prescrivendo, osservando ed assemblando caratteristiche rare e peculiari di soggetti che bene hanno risposto ad una particolare medicina, processo, questo, che sviluppato nel tempo può arricchire sempre di più le nostre conoscenze relative a sostanze ancora poco sperimentate e conosciute. E' inoltre importante verificare come in un sale le caratteristiche dei due componenti siano entrambe presenti, e quelle appartenenti sia all'anione che al catione appaiano estremamente amplificate.

BIBLIOGRAFIA

- 1) JAN SCHOLTEN – "Omeopatia e gli elementi della tavola periodica", Salus Infirorum Roncade (TV), 2007
- 2) GEORGE VITHOULKAS – "Materia medica viva", Associazione Belladonna Milano, 2000
- 3) FREDERIK SCHROYENS – "Synthesis 9.1", Homeopathic Books Publishers, London 2004

Docente Scuola di Medicina Omeopatica di Verona
muscariotomaioli@omeopatia.org

Storie di omeopatia quotidiana

Guarigioni in breve raccontate dagli omeopati italiani

STRANE SINDROMI DI NDD

Pietro Gulia

Medico-Chirurgo Omeopata - ROMA

Docente I.R.M.S.O.

pietrogulia@alice.it

Visito la prima volta la piccola E. di 7 mesi il 10 Gennaio 2004. I genitori provano la cura omeopatica perché da due mesi la bimba presenta episodi febbrili improvvisi e ricorrenti, ogni dieci giorni, di natura non determinata, malgrado i multipli controlli clinici effettuati: sono preoccupati e stanchi del dover ogni volta somministrare antibiotici, paracetamolo e argento proteinato. Un caso fin troppo frequente. Il disturbo ha esordito una settimana prima che si somministrasse il primo richiamo di vaccino pentavalente (Polio+Dif+Tet+Pert+Mening). La sindrome febbrile: all'improvviso, di sera o alle 4-5 a.m. compare la febbre con T. 38°-39°; la piccola diventa smaniosa, strilla, si agita, si lamenta se lasciata nel lettino, il colorito resta normale.

Il padre, assente in questa prima visita, pare sia in buona salute. La madre, che ha altre due figlie, soffre di pollinosi primaverile (iniziata dopo prima gravidanza). Ha sofferto di amenorrea secondaria risoltasi senza terapie poco prima di restare incinta di E. e provocata da due eventi dolorosi: morte del padre e separazione dal primo marito. Inoltre, presenta psoriasi, è anemica (dieta vegetariana squilibrata) e depressa. In gravidanza ha avuto intensa nausea con vomito reiterato per cinque mesi: ha assunto Maalox® negli ultimi due mesi di gestazione. Il parto è stato a termine ed eutocico (Kg.3,2, cm.50); non ha allattato.

E. è mangiona, deve stare in attività tutto il giorno. Dorme poco: si sveglia di frequente, anche ogni ora, basta riposizionarla su un fianco che si riaddormenta: dorme dalle 21 alle 24, poi iniziano i risvegli, alle 5 è del tutto sveglia. Si mette a dormire sulla schiena. Deve essere sbalottata un po' per farla dormire. È stitica, con feci a palline, secche, non irritanti.

E.O.: si fa visitare tranquillamente. cm 65; Kg.10. Mucose rosee; lingua netta. No linfonodi cervicali palpabili. Otoscopia negativa bilateralmente. Eruzione incisivi centrali superiori e inferiori. Respiro rumoroso per ostruzione nasale. Torace, addome, cuore: nulla da segnalare. Rari piccoli angiomi dorsali.

Seleziono i pochi sintomi che mi sembrano caratteristici:

Febbre ricorrente

Dorme sulla schiena; di lato

Stitichezza con feci a palline, caprine, secche.

Le piace essere sbalottata

FEVER – RELAPSING

SLEEP - POSITION - back, on

SLEEP - POSITION side; on

STOOL - SHEEP dung, like

STOOL - BALLS, like

STOOL - DRY

RECTUM - CONSTIPATION - children, in

MIND - CARRIED - desire to be carried

Sulphur 8/17

Nux vomica 6/14

Bryonia 6/13

Nat-m 6/12

Scelgo Sulphur 200K (dose unica) + Saccharum lactis per un mese

6.3.2004 (due mesi dopo)

> del sonno, diventato continuo dalle 20,30 alle 6. > alvo. Non ha avuto episodi febbrili acuti alti, solo un giorno T. 37,5, improvvisa, >> con due granuli di Aconitum 30CH. Da una settimana stanno tornando i disturbi del sonno e la stipsi. Prescrivo ancora Sulphur 200K (dose unica) + Saccharum lactis

Follow-up 2004-07

Tutto bene, una visita l'anno: Calcarea carbonica (2005) o Sulphur (2006-07, una dose/anno). Cresce bene, nulla di eclatante. Fin qui proprio niente di particolare, un caso banale.

21.6.08 (tredici mesi dopo ultima visita)

E. ha 5 anni: stavolta vengono entrambi i genitori visibilmente tesi. "Da un mese fa strani movimenti con gli occhi. Forse dopo un episodio febbrile a 39° di breve durata, scomparso da sé." - "Ruota i globi oculari in circolo!" - "Spesso il movimento rotatorio o laterale degli occhi è accompagnato da una rotazione e inclinazione del capo."

Alle mie domande, aggiungono: "Ha improvvisi scoppi di urla e pianto, anche per un graffietto, poi all'improvviso si calma". Russa e dorme con la bocca aperta. Ama mangiare le patate crude, fin da piccina e, ovviamente, anche cotte.

E.O. – Normali i movimenti volontari degli occhi. Pupille normo-reagenti. No diplopia. No nistagmo. Non rilevo altri segni di eventuale compromissione nervi cranici. Sempre molto tranquilla durante la visita.

Richiedo visita neurologica ed EEG: non escludo una forma epilettica parziale, non ho competenza per accertarlo e ritengo obbligatorio il parere di uno specialista.

Seleziono i sintomi che reputo più caratteristici:

EYE - MOVEMENT – rolling, (rotary motion of the eyeball)

HEAD - MOTIONS of head - rolling head

GENERALS - FOOD potatoes – desire, raw

GENERALS - FOOD, potatoes - desire

MIND - SHRIEKING - pain, with the

MIND - IMPRESSIONABLE – children

MIND - IMPULSIVE

MIND - TRANQUILLITY

Cicuta 8/14

Arsenicum 5/9

Causticum 5/8

Sulphur 5/6

Zincum 5/6

I sintomi predominanti, straordinari, non comuni del caso sono tutti coperti da *Cicuta virosa*.

DISPLASIA BRONCOPOLMONARE

Ioannis Konstantos

Medico Chirurgo - Omeopata PISA

Direttore Accademia Internazionale

di Omeopatia Classica "Pieria"

info@konstantos.org – www.konstantos.org

TESTIMONIANZA DEI GENITORI INVIDEOREGISTRAZIONE EFFETTUATA DOPO LA GUARIGIONE DEL FIGLIO

Bambino di 2 anni e mezzo. Nato prematuro, ossigeno dipendente fino all'età di 1 anno, broncodisplastico e con pervietà del dotto di Botallo risolto chirurgicamente a circa due settimane dalla nascita. Il bambino era stato ricoverato presso l'ospedale le Scotte di Siena, il 22 gennaio 2008, per broncopolmonite basale destra con febbre e insufficienza respiratoria acuta. Al pronto soccorso viene somministrato ossigeno 4,5 Lt. al minuto poiché la saturazione era bassissima. Successivamente il bambino veniva ricoverato in pediatria e all'auscultazione venivano rilevati crepiti e rantoli

21.6.2008

Cicuta virosa 200K (dose unica) + Saccharum lactis per 15 gg.

10.7.08 (Comunicazione telefonica)

Non si sono più verificati episodi oculari: Cicuta virosa MK + Saccharum lactis per due mesi. Il controllo neurologico e l'EEG daranno esiti negativi, per fortuna.

Non ho più visto E. da allora, solo qualche intervento telefonico per patologie banali. Ho ancora in trattamento la madre: la bimba, da dopo *Cicuta*, non ha più manifestato i problemi oculari e sta bene. Epilessia? Non epilessia? Strambo tic? ... un caso che si sarebbe comunque risolto da sé? Forse, chissà. Certamente nessuna etichetta diagnostica è possibile però, forse, la piccola s'è risparmiata qualche accertamento diagnostico di troppo e qualche terapia convenzionale *intempestiva*: lei e i genitori hanno evitato il carico di stress a ciò legato e, *last but not least*, il SSN ha risparmiato qualche centinaio di Euro.

BIBLIOGRAFIA

HAHNEMANN C.F.S. – *Materia Medica Pura*, vol. I – I.B.P.S. (Indian Books and Periodical Syndicate), New Delhi

HERING C. – *Guiding Symptoms*, vol. IV – B. Jain Publishers, New Delhi, 1984

KENT J.T. – *Lectures on Homoeopathic Materia Medica* – B. Jain Publishers, New Delhi, 1983

LATHOUD J. A. – *Études de Matière Médicale Homéopathique* – Franche-Comté Impression, Levier 1984

PIERCE W. I. – *Plain Talks on Materia Medica with Comparisons* - B. Jain Publishers, New Delhi, 1988

SCHROYENS F. - *Synthesis 9.0* (Millenium view) di Radar 9.0

assieme ad ostruzione che veniva confermata, tramite RX, come polmonite basale destra. Veniva somministrato idrocortisone 200mg e Cefotaxime, il tutto intramuscolo. La sera dello stesso giorno il bambino presentava gonfiore edematoso al viso, alle estremità superiori e inferiori, non parlava e non aveva né sete né appetito. La mattina del 23 gennaio 2008 il bambino presentava ancora gonfiore edematoso alle estremità superiori e inferiori, specialmente gambe e dita dei piedi. Lo stato di salute si era aggravato.

CONSULENZA TELEFONICA CON IL PADRE (23 gennaio 2008): Ho chiesto al padre, che è medico, di dirmi i sintomi del bambino:

Gonfiore edematoso dita delle mani e dei piedi

Lamentoso

Più freddoloso nella stanza calda del reparto pediatrico

Triste e non vuole né mangiare né bere

Irritabilità, non si fa avvicinare nemmeno dal padre. Vuole stare solo con la mamma e abbracciato

A causa di disguidi in ospedale non si riesce ad avere una

bombola di ossigeno da usare per trasportare il bambino al piano inferiore nel reparto di radiologia. La cosa sorprendente è che mentre ci si trovava nel sotterraneo di radiologia il bambino riesce a saturare 92% e in alcuni momenti scende a 88% senza ossigeno. Da notare che in tale reparto la temperatura dell'ambiente è notevolmente più bassa rispetto al reparto di pediatria, dove il caldo è eccessivo.

Ho prescritto Pulsatilla 5 ch per tre volte al giorno, basandomi principalmente su tre sintomi:

Triste e lamentoso durante la sua malattia

Respirazione difficile, quasi bloccata, in un ambiente caldo e che migliora in un ambiente freddo

Freddoloso in una stanza calda

Ho consigliato al padre di tenere il bambino in un ambiente meno caldo, di abbandonare la terapia antibiotica, di mantenere l'assunzione di ossigeno e contemporaneamente di somministrare al bambino il rimedio.

VALUTAZIONE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE:

Dopo dieci minuti dall'assunzione del rimedio, il bambino inizia a canticchiare. Dopo 30 minuti inizia a parlare e desidera giocare. I genitori degli altri bambini, ricoverati nella stanza, sono sorpresi e dicono "ecco, finalmente si è svegliato... e sta proprio bene!".

Il giorno 24 gennaio è scomparso il gonfiore edematoso delle estremità. Alle ore 10.00 dello stesso giorno il bambino era senza ossigeno con saturazione max.92% e min. 89% e giocava come se non avesse mai avuto niente.

Tutti quelli che lo vedevano dicevano che era molto sorridente e iriconoscibile e quando passavamo davanti al bar dell'ospedale e vedeva il cartellone dei gelati iniziava a chiederli. Gli chiedemmo di scegliere e lui scelse quello alla panna (sintomo di Pulsatilla: "desire cream").

REGOLA: Se dopo il rimedio compaiono dei sintomi caratteristici di quel rimedio, in questo caso il desiderio del gelato alla panna, questo vuol dire che la prescrizione è giusta e la guarigione avviene ugualmente senza notevoli disturbi (C. F. Hahnemann, 'Organon dell'arte di guarire', par.164). Naturalmente non occorre somministrare nessuna terapia per il desiderio del gelato alla panna.

Il bambino è stato dimesso dall'ospedale il 27 gennaio 2008. Ha continuato la terapia con Pulsatilla per ancora due settimane. A fine febbraio 2008 e dopo trenta giorni dall'abbandono del rimedio, il bambino ha sviluppato diarrea a spruzzo che

peggiorava alle 4 del mattino. Questo disturbo è stato risolto con Podophyllum 5 ch in pochi giorni.

Nel 2010 ho somministrato al bambino Tuberculinum 5ch in monodose per disturbi comportamentali e per l'estrema magrezza, nonostante mangiasse in abbondanza.

Dopo la terapia con Pulsatilla, le broncopolmoniti ricorrenti sono scomparse del tutto e dopo Tuberculinum il bambino ha iniziato a riacquistare peso, mentre la capacità polmonare si è normalizzata. Gli esami strumentali confermano la guarigione.

Attualmente il bambino ha raggiunto il settimo anno di vita e gode di ottima salute.

Il pediatra ha consigliato ai genitori di impedire qualsiasi attività sportiva al loro figlio, data la patologia. Io invece ho detto ai genitori che il loro figlio, nel prossimo futuro, sarà molto bravo nelle corse di lunga distanza.

Attualmente il bambino corre continuamente senza alcuna difficoltà respiratoria.

COMMENTI

1) Mentre la Medicina Convenzionale deve rispettare dei protocolli senza tenere in considerazione l'individualità delle persone, l'Omeopatia può comunque intervenire, anche in patologie gravi, nella consapevolezza che non sempre certe diagnosi e prognosi sono immutabili.

2) I SOGGETTI PULSATILLA NON SONO SEMPRE CALOROSI. Un sintomo guida per la prescrizione di Pulsatilla è che durante le riacutizzazioni della sua patologia cronica soppressa con farmaci (broncopolmonite, febbre, cistiti, dermatosi ecc.) la persona diventa freddolosa più in una stanza calda che all'aria aperta.

3) I pazienti con patologie di una certa gravità come questo bambino non dovrebbero essere presi in cura dagli omeopati se questi non hanno la conferma clinica della reale essenza del rimedio, per evitare conseguenze spiacevoli.

4) Non bisognerebbe prescrivere rimedi per disturbi che non recano fastidio al paziente.

5) Se questo bambino dovesse cambiare residenza, l'omeopata che lo prenderà in cura dovrebbe essere informato sui rimedi assunti.

BIBLIOGRAFIA

DR. HODIAMONT. Trattato di farmacologia omeopatica. Edito da I.P.S.A., Palermo, 1984

HAHNEMANN C. F. SAMUEL. L'Organon dell'Arte di Guarire. Red, Como, 1985

TRE SEMPLICI CASI TRATTATI OMEOPATICAMENTE IN FARMACIA

Luca Lanza

Farmacista – LEGNAGO (VR)

allievo III anno della Scuola di Medicina Omeopatica di Verona
llanza76@gmail.com

PRIMO CASO

Riguardo un bambino di circa sette mesi. Viene portato in farmacia dai suoi genitori sul passeggiare in un caldo pomeriggio di fine maggio: carnagione chiara, capelli castani, occhi nocciola, leggermente cerchiati; sembra un po' stanco, ma comunque piuttosto irrequieto, continua a muo-

versi nel passeggiare, mordendo un giocattolino di gomma e sbavando sul bavaglio. I genitori riferiscono che da quando ha cominciato a mettere i dentini si addormenta con più difficoltà e si sveglia più volte durante la notte, ha bisogno di essere cullato energicamente o di essere portato fuori a fare un giro; è diventato più irritabile (solitamente buono e tranquillo) e di quando in quando fa qualche scarica di colore giallo-verdastro.

Decido di prescrivere chamomilla 30ch granuli, sciogliendo tre granuli in un po' d'acqua da somministrare nella giornata. Il padre torna per altri motivi tre o quattro giorni dopo la mia prescrizione. Chiedo com'è andata e mi risponde che in seguito alla prima somministrazione il bambino si è calmato molto e ha dormito benissimo; ha avuto un peggioramento due giorni dopo e ha nuovamente somministrato il rimedio, risolvendo la situazione. Chiedo di vederlo, dal momento che lo aspettava in macchina con la moglie e lo trovo molto più calmo della prima volta che l'avevo visto; tuttavia chiedo di tenermi aggiornato per valutare insieme l'efficacia del rimedio. A tutt'oggi, dopo quasi venti giorni, non li ho ancora rivisti.

Nella preparazione di questi appunti, mi sono divertito a consultare il repertorio informatizzato (Mac Repertory versione 8.1.1.0):

face; BLUISH; eyes; around (148)

mind; RESTLESSNESS, nervousness; children, in (109)

generalities; DENTITION agg. (147)

sleep; FALLING asleep; difficult (126)

sleep; INTERRUPTED (180)

mind; IRRITABILITY; children, in (68)

mind; IRRITABILITY; dentition agg. (24)

stool; YELLOW; greenish (37) face; BLUISH; eyes; around (148)

mind; RESTLESSNESS, nervousness; children, in (109)

generalities; DENTITION agg. (147)

sleep; FALLING asleep; difficult (126)

sleep; INTERRUPTED (180)

mind; IRRITABILITY; children, in (68)

mind; IRRITABILITY; dentition agg. (24)

stool; YELLOW; greenish (37)

...devo confessare che in farmacia l'unico rimedio che mi era venuto in mente con questi sintomi era Chamomilla, quindi non mi sono dilungato a fare un'analisi differenziale.

SECONDO CASO

Probabilmente il più semplice. Si tratta di una signora venuta in farmacia per un gonfiore sull'avanbraccio destro, dovuto ad una puntura di insetto (che risaliva al giorno prima): il gonfiore si presenta rosa-violetto e decisamente caldo al tatto, molto pruriginoso e di un prurito bruciante; migliora in seguito all'applicazioni di impacchi freddi. La sera precedente aveva provato ad applicare una pomata antistaminica contro le punture d'insetto (Polaramin se ricordo bene), ma senza nessun risultato. Non ho ritenuto necessario indagare oltre e ho prescritto Apis mellifica 30ch: in farmacia avevo a disposizione soltanto il tubo granuli, così ho semplicemente detto di prenderne tre granuli e lasciarli sciogliere sotto la lingua.

Il follow-up è stato del tutto casuale: l'ho incontrata per strada qualche giorno dopo durante la mia pausa pranzo, mi si è avvicinata sorridente e contenta dicendo che le era passato tutto subito dopo la prima somministrazione.

TERZO CASO

E' senz'altro il più controverso. Si tratta di un uomo, venuto in farmacia in un momento particolarmente affollato e caotico, che cercava un rimedio per la sua allergia stagionale agli occhi (ha provato vari farmaci con alterni risultati, sia per uso locale – colliri – sia per uso orale). Presentava un'abbondante lacrimazione incolore e acquosa ad entrambi gli occhi, bruciante, fino ad arrossargli la pelle attorno agli occhi, accompagnata da un raffreddore con congestione del naso e abbondante secrezione acquosa, ma non bruciante. In quel momento non ho potuto dedicare ulteriore tempo alla repertorizzazione e approfondire i sintomi, perché la farmacia era sovraffollata e non potevo indugiare oltre; così, incalzato dagli eventi, ho deciso di prescrivere euphrasia officinalis 15ch granuli, consigliandogli di prendere tre granuli sotto la lingua più volte al dì.

Il punto è che un'allergia stagionale che si prolunga da anni è qualcosa che abbraccia intimamente la natura di una persona e che dovrebbe essere trattata con maggior attenzione, possibilmente con un rimedio che rispecchi la totalità della persona. L'ho rivisto dopo una settimana, ma non ho potuto fargli molte domande: il rimedio secondo lui aveva funzionato ed era tornato a ricomprarlo. Però avevo il sospetto di aver fatto una soppressione, perciò l'ho invitato a fermarsi e aspettarmi oppure a tornare per riparlarne, ma non ne ha voluto sapere, perché fondamentalmente a lui andava bene così. Purtroppo, non l'ho più rivisto.

Le amare bacche di Laurocerasus

RIASSUNTO

Laurocerasus può essere utile in patologie cardiache e polmonari molto gravi oltre che nell'asfissia neonatorum. Il rimedio è anche utile in casi clinici caratterizzati dalla mancanza di reazione della forza vitale ed ha indicazioni al suo utilizzo che derivano dalla semeiotica medica classica come l'ippocratismo digitale. Dall'analisi della letteratura scientifica omeopatica sono stati analizzati diversi casi clinici di Laurocerasus in cui è stato utilizzato con successo, come scompenso cardiaco, laringospasmo, emorragie, neoplasie e molte altre

SUMMARY

Laurocerasus can be useful in very serious clinical conditions such as heart and lung disease as well as asfissia neonatorum. The remedy is also useful in clinical cases characterized by the lack of reaction of the life force and it is possible to get informations on its use derived from classical medical semiotics as the clubbing. An analysis of homeopathic literature of laurocerasus is reported in several clinical cases in which it has been used successfully, as heart failure, laryngospasm, hemorrhages, tumors, and many others.

INTRODUZIONE

Il Laurocerasus è una pianta appartenente alla famiglia delle Rosacee, originaria dei Balcani ma presente anche nel nostro territorio. Nelle foglie e nelle bacche vi è l'acido cianidrico a cui è attribuita la pericolosità della pianta che è in grado di produrre cianuri in soluzione. I cianuri sono tra i più potenti veleni rendendo impossibile la respirazione cellulare e provocando la anossia tissutale e la cianosi che possono contribuire alla comparsa del colore caratteristico del rimedio. In omeopatia vi è anche il rimedio Hydrocyanic Acid che secondo Hughes e Farrington era un rimedio utile nelle

Giovene donna sotto un verde lauro vidi più bianca et più fredda che neve non percossa dal sol molti et molt'anni – Petrarca Canzoniere canto 30

Il pallore e la freddezza descritte dal Petrarca per la sua amata sotto il lauro ci permettono di introdurre un rimedio che potremmo definire salvavita e che fa parte della storia della omeopatia.

Sebbene il lauro di Petrarca si riferisce all'alloro, il laurocerasus presenta numerose analogie con l'alloro oltre a presentare delle bacche simili alle ciliege che hanno un colore bluastro che ricorda molto il colorito cianotico delle labbra dei pazienti che necessitano del rimedio. Tra l'altro il lauro è presente anche nel mito di Apollo e Dafne che si trasforma in alloro per non cedere alle lusinghe dell'amore. Alla base della celebre statua del Bernini che rappresenta la metamorfosi del mito, vi era una iscrizione in latino che significa *Chi, amando, insegue le gioie della bellezza fugace riempie la mano di fronde e coglie bacche amare.*

forme di epilessia caratterizzate da cianosi e dispnea e che presenta alcuni punti in comune con Laurocerasus. L'acido cianidrico disciolto impedisce il trasporto dell'ossigeno dal sangue ai tessuti inibendo gli enzimi necessari per tale scopo provocando una anossia citotossica con progressiva carenza di energia fino all'exitus.

Le bacche verdi sono più tossiche e velenose. Circa 50 bacche possono essere letali per un uomo.

Storia del rimedio

La sperimentazione fu condotta da Hartlaub e Trinks ed è riportata anche nel manuale di Jahr. Si tratta di un rimedio eroico che permetteva di fare la differenza in condizioni estreme. Secondo Borland Laurocerasus era il rimedio principe per una delle due categorie di bambini nati da parti molto difficili vale a dire quelli blu e asfittici. In queste situazioni estreme nel testo di Borland viene riportato come dopo Laurocerasus il bambino inizia a respirare e a piangere con sollievo dei familiari e dei

medici che assistono al parto. L'altro rimedio, utile in caso di bambini pallidi e collassati, è Carbo Vegetabilis che assieme a Laurocerasus condivide l'uso in queste situazioni estremamente critiche. Altra emergenza medica in cui era molto utile Laurocerasus è lo scompenso cardiaco, specialmente delle sezioni destre del cuore, a cui spesso si accompagna un fegato da stasi e una tosse di origine cardiaca. Borland lo cita tra i quattro rimedi più utili per lo scompenso cardiaco cronico in pazienti che presentano una dispnea ingravescente che viene descritta molto simile al respiro di Cheyne-Stokes con delle caratteristiche pause nel respiro che si alternano a respiri sempre più difficoltosi. I pazienti cardiopatici presentano le labbra del caratteristico colorito di Laurocerasus, *bluastro come un grappolo d'uva matura*. Una delle caratteristiche che permette di pensare a Laurocerasus è che, contrariamente a quanto accade di solito nei pazienti cardiopatici, la dispnea peggiora molto quando si mettono seduti sul letto mentre migliora



Gian Lorenzo Bernini, *Apollo e Dafne (part.)*, Roma, Galleria Borghese

quando sono sdraiati o semiproni.

Sintomi mentali

Molti dei sintomi mentali riportati in letteratura sono relativi alla compromissione dei sensi con stupore e torpore generalizzato fino ad arrivare ad una condizione di trance al limite dello stato di coscienza o con perdita della stessa. Sono riferite anche delle false percezioni in cui vede facce distorte e dai lineamenti alterati oltre ad avere la falsa percezione di oggetti che girano intorno o che tutto giri intorno. Il paziente che necessita di Laurocerasus spesso sta in condizioni estreme con restringimento della coscienza giacendo spesso in stato di stupore cerebrale e di progressiva perdita della sensibilità. Gli omeopati del passato utilizzavano il rimedio in pazienti che postumi di apoplezia o di crisi convulsive generalizzate. Spesso il torpore e la mancanza di reazione è un'altra caratteristica fondamentale di questo rimedio.

Un altro aspetto di Laurocerasus che emerge a livello mentale, come fa notare Vermeulen, è che spesso è un paziente che è stato un gran lavoratore che provava piacere nell'attività continua e che spesso rompe il suo equilibrio al momento della pensione quando ogni cosa diventa più pesante e difficile da sopportare e si scompensa in generale oltre che spesso anche a livello cardiaco. In ogni caso, come anche affermano Farrington e Boenninghausen, Laurocerasus è utile in persone dal temperamento nervoso, irrequieti e passionali, che

hanno una sfumatura tubercolinica in cui si ha un esaurimento della loro energia in seguito a eventi che li hanno prostrati, in cui l'afflizione emotiva prende il sopravvento come ricorda l'iscrizione della statua del Bernini. Diventano freddi e senza vita come statue. La fiamma che li anima si è quasi completamente esaurita per mancanza dell'ossigeno che la teneva accesa fino a poco tempo prima. Laurocerasus è spesso utile per riaccendere quella fiammella.

Mancanza di reazione

La mancanza di reazione è una delle caratteristiche del rimedio ed è da considerare nei casi in cui non vi è risposta a rimedi apparentemente ben selezionati oppure come può verificarsi nella pratica clinica quotidiana siamo di fronte ad un paziente che prende già molte medicine allopatriche senza avere ulteriori benefici. Jahr riporta come sintomo fondamentale la mancanza di energia nella forza vitale con mancanza di calore. Il paziente giace senza reazioni della forza vitale con estremità fredde e coperto di sudore freddo non migliorando come Camphora con applicazioni calde o in una stanza calda ed avendo un leggero miglioramento aprendo le finestre della stanza come accade in Carbo vegetabilis, rimedio molto vicino per la mancanza di reazioni del paziente e per l'anossia ma in cui il miglioramento per l'aria che circola nell'ambiente è maggiormente pronunciato tanto che il paziente se è cosciente desidera essere sventolato. I pazienti hanno spesso battiti lenti ed irregolari, utile nei casi in cui si è utilizzata troppa digitale o in cui non c'è più risposta i trattamenti allopatrici. Anche Farrington afferma che Laurocerasus è utile nelle malattie respiratorie che non rispondono al trattamento e che hanno un deficit di reazione, si può pensare

ad esempio alle sindromi postinfluenzali in cui il paziente rimane in condizioni di mancanza di forze e di reazione. Boenninghausen afferma che Laurocerasus è da utilizzare nei soggetti in cui i rimedi non sembrano agire per eccitamento nervoso.

Cardiopatie congenite complicate con cianosi dei neonati

L'ausilio di questo rimedio nelle cardiopatie congenite gravi che esordiscono alla nascita con rischio di asfissia come descritto da Borland, è anche riportato in un recente caso di distress respiratorio comparso subito dopo la nascita in un bambino con ipertensione arteriosa polmonare sistemica con comunicazione interventricolare importante, shunt destra-sinistra, un forame ovale permeabile e un dotto arterioso persistente descritto dal collega francese Ozanon. Il paziente dopo aver ricevuto una terapia digitalica per due volte al di era in attesa di intervento di cardiocirurgia a rischio per la correzione della comunicazione interventricolare e dei difetti congeniti associati. Alla richiesta della madre di un aiuto di un rimedio omeopatico per affrontare meglio un intervento così difficoltoso, Ozanon sulla base del sintomo repertoriale FACCIA-COLORAZIONE BLUA-NEONATI con Laurocerasus unico rimedio, consigliò Laurocerasus 15 CH con notevole miglioramento del quadro clinico ed a livello ecografico ed emodinamico tanto che l'intervento programmato dopo 10 giorni non venne più eseguito. Nel corso del ricovero dopo circa due mesi inoltre si erano verificati degli effetti collaterali della digitale e mentre la comunicazione interventricolare era in regressione si era manifestata una iniziale modificazione della radice dell'aorta che poneva nuovamente in gioco l'intervento chirurgico. Dal momento che

Laurocerasus come riportato anche da Kent, *cura spesso la debolezza cardiaca prodotta da Digitalis allorchè questa è somministrata nelle dosi e condizioni della scuola ufficiale*, venne somministrato Laurocerasus 30 CH che scongiurò per la seconda volta l'intervento di cardiocirurgia migliorando notevolmente la condizione clinica ed emodinamica. Dopo più di un anno da allora il bambino stava bene.

Emergenze cardiache e scompenso cardiaco

Le descrizioni dei casi clinici dei maestri del passato sulle emergenze cardiologiche trovano comunque conferma nelle odierne descrizioni di casi clinici di colleghi che lavorano in un contesto ospedaliero come Matheus Merim, collega brasiliano che lavora in una unità di terapia intensiva che descrive un recente caso di una paziente ricoverata in tale reparto con un quadro clinico di insufficienza cardiaca congestizia in diabete mellito con scompenso cardiaco che non rispondeva più alle terapie. Era semiosciente con polso filiforme e lento, diuresi di 120 ml nelle 24 ore e presentava il corpo cianotico e freddo, senso di soffocamento nel sedersi a letto, miglioramento nello sdraiarsi con la testa bassa ed anche trisma dei muscoli della faccia quando peggiorava la ossigenazione del sangue. Laurocerasus 12 CH in gocce per via orale permise di ottenere un rapido miglioramento dei polsi carotidi e radiali oltre che della percentuale di saturazione di ossigeno alla ossimetria, parametri che Merim utilizza per valutare la risposta al rimedio in condizioni di emergenza come quelle di un reparto UTI. Il Laurocerasus 12 CH ha migliorato nettamente il quadro tanto che ha permesso di abbandonare il reparto dopo 4 giorni. La paziente ha continuato ad assumere il rimedio tutti i giorni con miglioramento della respirazione e delle condizioni cli-

niche generali.

Reumatismo articolare acuto con insufficienza mitralica

Choudhuri riporta il caso di un ragazzo di 13 anni che dopo un'infezione reumatica delle articolazioni durante l'inverno aveva presentato dispnea con tosse dopo mezzanotte peggiorata quando era seduto. All'esame obiettivo l'aia di ottusità cardiaca era aumentata con comparsa di un soffio cardiaco e rinforzo del secondo tono a livello dell'arteria polmonare. Presentava edema a livello del viso oltre che prominenza dei globi oculari. Dopo la somministrazione di Laurocerasus ci fu un notevole miglioramento con scomparsa dell'edema e delle difficoltà respiratorie. Dopo due mesi il ragazzo era al lavoro senza disturbi sebbene presentasse ancora il soffio cardiaco anche se diminuito di intensità.

Kent segnala l'uso nella insufficienza mitralica con sensazione di presa di artiglio sul cuore e violente palpitazioni.

Malattie respiratorie caratterizzate da tosse incessante

Clarke descrive il caso di una bambina con una tosse incessante. Alla bambina erano stati somministrati diversi rimedi senza risultati. Venne somministrato Laurocerasus alla 200, dieci gocce in 5 cucchiaini di acqua, un cucchiaino ogni due ore. Alla terza somministrazione la bambina si addormentò. Dopo un transitorio aggravamento notturno con tremori e brividi di freddo e spasmi muscolari che venne antidotato, la bambina si riprese e non presentò più la tosse. Anche Boenninghausen riporta l'uso di Laurocerasus nella tosse spasmodica. La tosse di Laurocerasus può essere anche di origine cardiaca oltre che respiratoria migliorando stando sdraiato piuttosto che seduto come può accadere nel caso delle forme esclusivamente respiratorie. Spesso le due forme di tosse si sovrappongono nei pazienti cardiopatici per cui, come spiega Borland, in questi casi il paziente è obbli-

gato ad assumere una posizione intermedia. In ogni caso il riscontro di un paziente cardiopatico che peggiora se si solleva troppo dal letto in decubito ortopedico è fortemente caratteristico di Laurocerasus.

Patologie neurologiche ed epilettiformi

Dagli omeopati del passato Laurocerasus era utilizzato anche nei postumi di ictus e nelle forme convulsive. Hering segnala diversi casi di convulsioni cloniche durante febbre tifoidea e nei postumi di apoplezia. È presente nel rimedio una componente di spasmo della muscolatura. È riportato come sintomo il trisma o le contrazioni spasmodiche della muscolatura del volto anche non legate a convulsioni. Del resto Hydrocyanic Acid, uno dei rimedi che erano più utilizzati per le epilessie, come riporta anche Lilienthal, è molto simile e all'interno dei costituenti di Laurocerasus. Numerosi casi di convulsioni sono riportati anche nella materia medica pura di Allen. Hempel segnala la sua utilità in casi di postumi di apoplezia con polso molto flebile e debole. L'omeopata indiano Vakil riporta tuttora Laurocerasus tra i rimedi dell'apoplezia cerebrale, in particolare se si associano patologie cardiache.

Neoplasie

Il Laurocerasus fa parte dei rimedi utilizzati da Cooper per le neoplasie. Sebbene il famoso omeopata utilizzasse per lo più un sistema di preparazione dei rimedi particolare definito arbovitale, egli nel suo classico testo fornisce delle indicazioni specifiche di Laurocerasus che potrebbero essere di ausilio soprattutto nella gestione di casi avanzati considerando anche la azione profonda del rimedio sulla adinamia e sulle complicanze cardiocircolatorie. Secondo Cooper Laurocerasus è soprattutto indicato per tumori che pro-

ducono emorragie, in particolare dell'utero. Nel suo testo descrive il caso di una signora di 54 anni con un tumore della parete dell'utero che causava emorragie pressoché continue con una compressione sull'intestino che determinava una stipsi ostinata. Altri sintomi erano il dolore alla schiena che le impediva di riposare, il dolore alla spalla sinistra e sotto la mammella sinistra e il dolore addominale per la pressione della massa sugli intestini. Per il pericolo di una incipiente occlusione intestinale stava per essere sottoposta ad intervento chirurgico con colectomia. Le emorragie erano di colore chiaro misti a grumi gelatinosi. La somministrazione della preparazione arbovitale di Laurocerasus ha permesso di curare il caso con progressiva scomparsa dei dolori e delle emorragie. Nel suo testo descrive che i dolori caratteristici di Laurocerasus che partono dalla parte inferiore della spina dorsale e salgono verso l'alto circondando la pelvi anche fino ad arrivare alla testa e che si accompagnano a senso di soffocamento e di malessere e sonnolenza con desiderio di dormire che in genere dà sollievo. Il paziente presenta comunque la stanchezza, la adinamia, l'affanno accompagnati al pallore a alla cianosi caratteristici del rimedio.

Metrorragia

Griesselich cita l'uso di Laurocerasus per le emorragie uterine profuse e dolorose che si accompagnano ai sintomi chiave del rimedio. Le mestruazioni appaiono in anticipo e più abbondanti del solito e sono dolorose. Viene anche citato per la sua capacità di riportare alla normalità il cosiddetto *scirrus uteri* e viene citato anche da Raue per la sua capacità di ridurre i dolori nello *scirrus uteri*.

Mastodinia

Sherbino descrive un caso di dolore alla mammella destra dopo una settimana dal

parto che si irradiava alla scapola destra con paura di allattare in quanto il dolore dal capezzolo era immediatamente percepibile al centro della scapola. L'unico modo in cui la mamma era in grado di allattare era quello di afferrare la mammella e massaggiarla mentre allattava. Laurocerasus alla M riuscì a guarire il caso.

Disturbi digestivi e spasmi esofagei

Un altro sintomo che viene riferito nelle materie mediche e che accompagna spesso il quadro di Laurocerasus è che la discesa dei liquidi nell'esofago e nell'intestino è chiaramente udibile, come riporta ad esempio Nash. Flatulenza e gorgoglii. Anche la deglutizione, specialmente dei liquidi, è rumorosa. Secondo DeMarque una delle caratteristiche fondamentali di Laurocerasus è la tendenza a provocare degli spasmi, in particolare a livello faringoesofageo ma anche intestinale, e questo potrebbe spiegare il sintomo legato alla rumorosità della deglutizione o al passaggio dei liquidi nel tubo digerente. Secondo Guernsey era utile nell'ittero dei neonati che si accompagnava a miglioramento stando sdraiati e a difficoltà respiratorie e cianosi per il più piccolo movimento.

Laringospasmo

In pazienti cardiopatici che presentano costrizione laringea o laringismo stridulo Kent segnala la sua efficacia. Laurocerasus agisce sia sulla componente di spasmo che sulla difficoltà respiratoria migliorata dallo stare sdraiati e peggiorata dal sedersi sul letto. Guernsey da indicazioni nel laringospasmo quando compare dispnea rumorosa e vi sono malattie cardiache. Tosse secca la notte con espettorato tinto di colore rosso secondo Dewey.

Ippocratismo digitale ed osteoartropatia



ipertroffizzante pneumica

Nelle materie mediche di Laurocerasus è anche descritto un sintomo che appartiene alla storia della medicina, l'ippocratismo digitale. Le dita a bacchetta di tamburo e le unghie a vetrino di orologio dei classici testi di semeiotica medica trovano un corrispettivo nella materia medica del rimedio. Le sostanze vasoattive che normalmente vengono disattivate a livello polmonare, in pazienti che hanno una particolare ipossia legata allo scompenso cardiaco ed alla insufficienza respiratoria, mantengono la loro attività modificando a livello delle dita delle mani i tessuti in questo modo caratteristico e che venne descritto per la prima volta dal padre della medicina. Di tutte le osservazioni legate all'esame obiettivo del malato di Ippocrate contenute nel *Corpus Hippocraticum* l'ippocratismo digitale è la sola che è rimasta negli attuali dizionari di medicina. Lo stesso Ippocrate aveva osservato che proprio nei pazienti con malattie polmonari *le unghie si incurvano*. A partire dall'aspetto delle dita ed aggiungendo analoghe modificazioni presenti a livello degli arti inferiori, notate del resto anche da Ippocrate, venne descritta nel XIX la *osteoartropatia ipertroffizzante pneumica* di Pierre Marie, sindrome legata alle malattie polmonari in cui si evidenziava ancor di più la genesi fisiopatologica legata alla ipossia di tale segno clinico. Boerliche, tra gli altri, descrive per Laurocerasus analoghe deformazioni così caratteristiche in cui *le unghie delle dita di piedi e mani diventano nodose* e compare l'*ippocratismo digitale*. È uno dei

casi in cui la semeiotica omeopatica e quella medica classica hanno uno stretto collegamento.

Considerazioni miasmatiche

Mentre alcuni autori lo considerano un rimedio intercorrente senza grosse connotazioni miasmatiche in realtà da molti altri viene affermato che in questo rimedio sono presenti e si intrecciano il miasma psorico e quello sifilitico con aspetti dunque di tipo tubercolinico, a partire dal frequente coinvolgimento della componente respiratoria e di profonda alterazione degli scambi gassosi unita alla mancanza di reazione della forza vitale.

Edwin M. Hale, celebre omeopata del passato, specialista in cardiologia, in un suo classico articolo descriveva come le emozioni influissero sul cuore, e come *Laurocerasus* fosse tra i rimedi in grado di ristabilire la forza delle contrazioni cardiache. Il *Laurocerasus* appartiene alla famiglia delle Rosacee e le rose sono il simbolo del cuore oltre che della passione. Dai casi clinici esaminati *Laurocerasus* emerge in particolare come un rimedio da considerare quando vi è mancanza di reazione in pazienti che soffrono per il loro cuore. Quando il rallentamento degli scambi gassosi ha portato ad una condizione di estrema debilitazione e la forza vitale si sta esaurendo *Laurocerasus* potrà essere utilmente considerato nella diagnosi differenziale con

altri rimedi di mancanza di reazione come *Camphora*, *Carbo Vegetabilis*, *Psorinum* o *Opium* solo per citarne alcuni. Altri indicazioni che vengono dalla clinica sono le malattie respiratorie debilitanti, gli spasmi faringolaringei, le emorragie uterine, i postumi di disturbi circolatori cerebrali ed altre ancora descritte nell'articolo. L'ippocratismo digitale rappresenta inoltre un segno clinico del rimedio che accomuna la semeiotica medica classica con quella omeopatica. Auspichiamo che questa breve raccolta di casi clinici della letteratura possa fornire utili indicazioni e che pazienti, in cui le passioni hanno portato ad una freddezza e mancanza di reazione possano di nuovo riaccendere il loro cuore con questo rimedio

CONCLUSIONI

evitando di cogliere solo le bacche amare della iscrizione della statua berniniana.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ALLEN T.F. *The Encyclopedia of Pure Materia Medica*. B Jain publishers. New Delhi. Reprint Edition. 2000.
- 2 BÖENNINGHAUSEN C.M.F. *The homoeopathic treatment of whooping cough*. Translated, with additions, by Carroll Dunham, JVI. DHM S & B. New York. 1870
- 3 BOERICHE W. *New Manual of Homeopathic Materia Medica and Repertory*. B Jain publishers. New Delhi. Second re-augmented and revised edition. 2000.
- 4 BORLAND D.M. *Il trattamento omeopatico di alcune emergenze mediche e di alcune patologie cardiache*. Salus Infirmorum. Padova. 2000.
- 5 BORLAND D.M. *Omeopatia per la madre e per il neonato*. Salus Infirmorum. Padova. 2000.
- 6 CLARKE J.H. *Dizionario di Farmacologia Omeopatica Clinica*. IPSA Editore. 1997.
- 7 CHOUDHURI N.M. *A study on materia medica*. B Jain publishers. New Delhi. 2001.
- 8 COOPER R.T. *Cancer and cancer symptoms*. Second edition. B Jain publishers. New Delhi. Reprint Edition. 2003.
- 9 DEMARQUE D., JOUANNY J., POITEVIN B., SAINT-JEAN Y. *Pharmacology and Homeopathic Materia Medica*. Boiron Editions. Cedh France 1997
- 10 FARRINGTON E.A. *Lectures on clinical materia medica in family order with gist of each lecture*. Fourth edition revised and enlarged by Harvey Farrington. B Jain publishers. Reprint edition. New Delhi. 2006
- 11 GRIESSELICH L. *On remedies have relation to the female sexual system in Quarterly homeopathic journal*, Vol. 1 Boston 1849
- 12 GUERNSEY H.N. *Principles and Practice of Homeopathy in Obstetrics and Pediatrics*. B Jain publishers. New Delhi. Reprint Edition. 2005.
- 13 HALE E.M. *Diseases of the heart*. B Jain publishers. Reprint edition. New Delhi. 2001.
- 14 HEMPEL C.J. *A New and comprehensive system of materia medica and therapeutics*, Volume 2. W. Radde. New York. 1865.
- 15 HERING C. *The Guiding symptoms of our materia medica*. B Jain Publishers. New Delhi. Reprint editions. 2000.
- 16 HUGHES R. A. *Manual of Homoeopathic Practice for Students and Beginners*. W.Radde. New York. 1869
- 17 *Jahr H.G. Manuale della Materia Medica Omeopatica di Jahr*. Volume secondo. LUIMO. Ristampa della prima edizione italiana tradotta dal dottor Tripi del 1852.
- 18 JOUANNA J. *Ippocrate*. Società editrice Internazionale. Torino. 1994.
- 19 KENT J.T. *Materia Medica Omeopatica*. Red Edizioni. Palermo. 2003.
- 20 LILIENTHAL S. *Homeopathic therapeutics*. B Jain Publishers. New Delhi. Reprint editions. 2000.
- 21 MERIM M. *Ruolo della medicina omeopatica in patologie ad alto rischio: sepsi, coma, neoplasie*. Il Medico Omeopata n.39 novembre 2008.
- 22 NASH E.B. *Fondamenti di Terapia Omeopatica*. Salus Infirmorum. Padova. 2000.
- 23 OZANON C. *Histoire de sang mêlé : LAUROCERASUS Article présenté au Congrès Trobada d'Oc - Collioure 2001*. su <http://homeoint.org/dynamis/collioure01/laurocerasus.htm>
- 24 SHERBINO G.W. *Clinical verifications*. The Homoeopathic physician: a monthly journal of medical science, Volume 11. 1891.
- 25 RAUE C. G. *Special diagnostic with therapeutic hints*. F. E. Boericke, New York. 1869
- 26 REHMAN A. *Encyclopedia of Remedy Relationships in Homeopathy*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 2005.
- 27 VAKIL P. *A Textbook of homeopathic therapeutics for students and practitioners*. Vol.1 Diseases of central nervous system and respiratory system. Indian books and periodical publishers. Second editions. 2003.
- 28 VERMEULEN F. *Materia Medica Omeopatica Sinottica*. 2 volume. Salus Infirmorum. Padova. 2007.



Biologica,
naturale,

PER GLI OPERATORI
ingresso gratuito registrandosi su
www.sana.it


sana

24° salone internazionale del biologico e del naturale

Bologna
8-11
Settembre 2012
Sabato - Martedì

Specialista in Medicina Interna
Dirigente Medico UOC Epatologia, Policlinico – CZ
D.A.N. F.I.A.M.O. Calabria
Docente AFMO, Scuola di Formazione in Med. Omeopatica
sebdis@alice.it

Casi clinici con follow up di stomatite da chemioterapia ed esofagite da reflusso trattati con Mercurius solubilis

Presentato al X Congresso FIAMO – Chianciano (SI) – 16-18 marzo 2012

RIASSUNTO

L'esperienza clinica è il primo livello di evidenza della terapia omeopatica. Due casi clinici con adeguato iter diagnostico e follow up vengono descritti. Un paziente con stomatite durante chemioterapia per carcinoma del colon ed un paziente con ernia iatale complicata da esofagite da reflusso con lesioni pseudopolipoidi della giunzione esofago-gastrica sono stati trattati con Mercurius solubilis. I casi clinici riportati evidenziano l'efficacia del trattamento omeopatico secondo la metodologia unicista e l'importanza del rimedio Mercurius solubilis nella farmacopea omeopatica.

PAROLE CHIAVE

Stomatite, chemioterapia, ernia iatale, esofagite da reflusso, mercurius solubilis, trattamento omeopatico unicista.

SUMMARY

Clinical practice is the first level of evidence of homeopathic therapy. Two clinical cases with appropriate diagnosis and follow up are reported. A patient with oral mucositis during chemotherapy for colon cancer and a patient with iatrus hernia complicated by gastroesophageal reflux and pseudopolyps of gastroesophageal junction were cured with Mercurius solubilis. The clinical cases show the efficacy of homeopathic treatment according unicist approach and the importance of Mercurius solubilis in the homeopathic pharmacopeia.

KEYWORDS

Oral mucositis, chemotherapy, hiatus hernia, gastroesophageal reflux, mercurius solubilis, unicist homeopathic therapy

INTRODUZIONE

L'esperienza clinica è il primo livello di evidenza, ma anche il più basilare, perché permette l'apprendimento, il con-

fronto e la verifica della efficacia di un trattamento. Anche se il top nella gerarchia delle prove di efficacia negli studi clinici è costituito dalla metanalisi dei trial controllati e randomizzati, l'utilizzo delle raccolte di casi clinici appare adeguato per valutare l'efficacia di un approccio terapeutico estremamente individualizzato qual è il trattamento omeopatico.

STRUMENTI E OBIETTIVI

La valutazione clinica e strumentale, secondo l'approccio medico convenzionale ed omeopatico, è "conditio sine qua non" per verificare l'efficacia della metodologia terapeutica omeopatica in un contesto di aperto confronto epistemologico. L'utilizzo di tutti i mezzi diagnostici disponibili ed il confronto con i dati epidemiologici permette di definire una prima diagnosi e prognosi di malattia; permette, inoltre, di poter distinguere quanto dei sintomi e segni del paziente sono da riferite alla malattia e quanto alla sua intrinseca individualità di persona che soffre secondo la sua specie ed il suo modo di essere. La selezione della totalità dei sintomi, la repertorizzazione dei sintomi selezionati ed il confronto con la materia medica permettono una adeguata prescrizione in accordo ai paragrafi 3 e 153 dell'Organon (1). Un adeguato follow up permette, poi, di definire correttamente la validità del percorso terapeutico omeopatico intrapreso in un confronto aperto e paritario con la medicina convenzionale.

MATERIALI E METODI

Due casi clinici sono illustrati nel contesto di un corretto inquadramento diagnostico ed epidemiologico. Il primo caso è di un paziente con stomatite recidivante durante chemioterapia per cancro del colon operato. Il paziente è stato trattato esclusivamente con rimedi omeopatici, senza necessità di utilizzare la terapia convenzionale. Il secondo caso riguarda un paziente con sintomatologia da reflusso gastro-esofageo e riscontro endoscopico di lesioni pseudopolipoidi della giunzione esofago-gastrica trattato esclusivamente con terapia omeopatica; nel successivo follow up endoscopico si documenta l'avvenuta risoluzione del quadro clinico ed endoscopico.

CASI CLINICI

Caso clinico 1 (2004)

Paziente di sesso maschile di 67 aa (2004) sottoposto ad emicolectomia sinistra per ca del colon (T3,N2, Mx; stadio IIIc) e a trattamento chemioterapico con Leucovorin + Fluorouracile. Il paziente è inoltre affetto da ipertensione arteriosa, trombofilia da mutazione del fattore V di Leiden con pregresse trombosi venose superficiali e profonde. Al terzo giorno del primo ciclo di chemioterapia lamenta intenso dolore al cavo orale con difficoltà alla deglutizione dei cibi solidi; obiettivamente si

rilevano cavo orale e lingua con lesioni aftoidi multiple, di colorito rosso o biancastro. La diagnosi clinica è di stomatite/mucosite da chemioterapici.

La stomatite/mucosite da chemioterapia è relativamente frequente ed è in relazione ai farmaci utilizzati e alle caratteristiche del paziente (2,3,4,5). E' una patologia in genere autolimitante, ma estremamente fastidiosa per il paziente (dolore-alimentazione), problematica per il prosieguo del trattamento oncologico, con possibili complicanze settiche e necessità di ospedalizzazione (Fig. 1). Nel caso del trattamento chemioterapico considerato, l'incidenza è intorno al 40-60% dei soggetti con un 10-15% di casi con mucosite di grado severo (6). La guarigione si ha in genere



Fig. 1. Stomatite da chemioterapia (3)

CLASSIFICAZIONE MUCOSITE	WHO (World Health Organization oral-toxicity scale) grado 0>4
0	Non mucosite
1	Dolore o eritema
2	Eritema e ulcerazioni
3	Eritema e ulcerazioni + incapacità a deglutire cibi solidi
4	Ulcerazioni con impossibilità alla alimentazione orale

Tab. 1. (7)



Fig. 2. (9)

in 7-14 giorni.

Il paziente aveva una mucosite classificabile come WHO 2-3 (7) (Tab.1) ed i sintomi individuati per la prescrizione omeopatica sono stati: stomatite, afte, afte del palato, afte della lingua, lingua con impronta dei denti, lingua con colorito giallastro alla base, salivazione di notte. E' stato selezionato, in base alla repertorizzazione (Fig.2) ed al confronto con la materia medica (8), Mercurius solubilis 200 K, 10 globuli sciolti in acqua: 1 cucchiaino ogni 2 ore (tranne nelle ore notturne), dieta semiliquida, tiepida, sciacqui orali con CalendulaTM 20 gtt in un bicchiere di acqua x 3 die. Guarigione completa dopo 5 giorni di trattamento. Ha praticato profilatticamente questo trattamento sin dall'inizio dei successivi cicli di chemio con evidenza di stomatite solo di grado 1-2 WHO e guarigione in 3-4 giorni.

Caso clinico 2 (2011)

Paziente di sesso maschile di 46 aa (2011) visitato nell'aprile 2007 per acne rosacea con diagnosi nosologica-sindromica di "acne rosacea, epatosteatosi con lieve rialzo degli indici di epatonecrosi, iperdislipidemia mista, episodi intermittenti di sindrome dispeptica caratterizzati da reflusso gastro-esofageo, verruca II dito mano sinistra, episodi ricorrenti di lombalgia per due ernie discali lombari, pregressi episodi di colica renale destra > sin con attuale reperto di microlitiasi renale, pregressa meniscectomia sinistra, pregressa adeno-tonsillectomia, pregressa asportazione di verruche avambraccio sinistro". Paziente in trattamento (nel 2007) con minociclina e metronidazolo. Sulla base del quadro clinico e della sintomatologia si prescrive Mercurius solubilis 6 LM, in acqua, ogni 5 sere per 8 somministrazioni e poi dopo colloquio telefonico Mercurius solubilis 12 LM ogni 7 sere per altre 8 somministrazioni.

Il paziente non richiederà altri appuntamenti fino al Giugno 2010, quando ri-

tornerà a visita riferendo di essere stato bene fino al 2009, ma dal 2010 sono sopraggiunti vari problemi: ricovero per colica renale destra e sinistra (microlitiasi, ossalato e carbonato di calcio nel sedimento urinario), GPT 83, episodio di orticaria, bronchite trattata con vari antibiotici, ma persiste tosse, gonfiore post prandiale, pessimo odore delle urine. Viene prescritta Nux vomica 200 K x 3 die, in acqua, per 14 giorni e successivamente, per il persistere del pessimo odore delle urine, Acidum nitricum 6 LM ogni 3 sere in acqua per otto somministrazioni, con regressione della sintomatologia. Sintomi selezionati (Fig. 3): Urine – SEDIMENT - oxalate of lime; Urine - OFFENSIVE; Stomach – DISTENSION - eating; after.



Fig. 3. (9)

Il paziente ritorna alla mia osservazione nel Luglio 2011, riferendo di un periodo di grandissimo stress perché ha dovuto assistere il padre malato di 89 aa. Riferisce la comparsa di reflusso acido e biliare specialmente di notte che lo costringe a dormire con due cuscini, ritorno del gonfiore addominale, che lo costringe a sbottonarsi durante i pasti, "sbava" di notte, "serra" i denti, irritabile, suda durante il sonno, lingua indentata ed impaniata. Ha eseguito una esofagogastroduodenoscopia (inizio Luglio 2011) che ha evidenziato una ernia iatale con nodularità della giunzione esofago-cardiale, con riscontro istologico di mucosa gastrica con aspetti pseudopolipoidi ed epitelio esofageo ispessito; Helicobacter pilori negatività. Conclusioni del gastroenterologo: "I dati sono coerenti con una condizione di flogosi della giunzione esofago cardiale e del terzo distale dell'esofago secondario a reflusso cronico gastro-esofageo". E' stata

consigliata terapia con inibitori di pompa protonica a dosaggio pieno e controllo endoscopico a tre mesi.

Il reflusso gastro-esofageo è tra le patologie attualmente più diffuse con una incidenza sottostimata tra il 14 e il 20% (10,11). Se l'incidenza del cancro dello stomaco (corpo e antro) e dell'esofago (superiore e medio) si è drasticamente ridotta nel mondo occidentale per le modifiche dell'habitus alimentare, è in progressivo aumento quella del tumore della giunzione esofago-gastrica (lato gastrico ed esofageo; adenocarcinoma) in correlazione anche all'aumentata incidenza del reflusso gastro-esofageo e delle sue complicanze (Barret ecc.) (12,13,14).

I sintomi selezionati del paziente sono stati:

- STOMACH:
- HEARTBURN;
- HEARTBURN - extending to throat;
- ERUCTATIONS - night;
- ERUCTATIONS - waterbrash - bitter;
- ERUCTATIONS - sour;
- ERUCTATIONS - waterbrash - sour;
- HERNIA - hiatus
- TEETH: GRINDING;
- MOUTH: SALIVATION; sleep; during;
- FACE:
- ERUPTIONS - acne;
- ERUPTIONS - acne; rosacea;
- SKIN: - WARTS, condylomata;
- GRIEF: - IRRITABILITY;
- PERSPIRATION: - SLEEP; during.

In base alla repertorizzazione (Fig. 4) e al confronto con la materia medica (8) si prescrive Mercurius solubilis 12 LM, da assumere ogni sera, in acqua, per 14 sere e poi, dopo colloquio telefonico che indica il miglioramento dei sintomi, continua con Mercurius solubilis 18 LM da assumere ogni 3 sere, in acqua, per 4 settimane. Dopo successivo colloquio telefonico che indica ulteriore riduzione della sintomatologia, si prescrive Mercurius solubilis 24 LM ogni 7 giorni, in acqua, per due mesi con completa remissione della sintomatologia.



Fig. 4. (9)

Al controllo endoscopico del 30/9/2011 si rileva: "Ernia jatale. Non si apprezzano più le rilevatezze della mucosa segnalate all'esame precedente e completa risoluzione del quadro di esofagite erosiva". In controlli successivi si riporta anche normalizzazione delle transaminasi.

MERCURIUS SOLUBILIS

I sintomi più utili per la prescrizione di Mercurius solubilis nella mia pratica clinica, fino a questo momento, sono: l'interessamento delle mucose e specialmente della cavità buccale; le caratteristiche della lingua e la salivazione notturna; l'aggravamento notturno dei sintomi; la sudorazione notturna; la presenza di condizioni patologiche "distruttive" o di stress elevato come trigger per patologie clinicamente evidenti.

CONCLUSIONI

I casi clinici discussi evidenziano l'efficacia del trattamento omeopatico attuato secondo la metodologia unicista. Si evidenzia come tale efficacia non sia influenzata dal trattamento con altri farmaci (primo caso clinico) e come l'azione dei rimedi omeopatici possa essere rapida ed efficace sia nelle situazioni acute che croniche (secondo caso clinico). Inoltre appare evidente la necessità, nell'ambito di un corretto confronto con la medicina convenzionale, di avvalersi anche di tutte le informazioni clinico-dia-

gnostiche-prognostiche che essa può fornire. La corretta applicazione della metodologia omeopatica unicista permette di identificare il rimedio più adatto al momento clinico del paziente trattato. Il rimedio Mercurius solubilis, adeguatamente sperimentato e verificato nella clinica, è tra i più utili nei pazienti con patologie delle mucose, sempre in presenza di una adeguata similitudine sintomatologica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 C.F. S. HAHNEMANN. *Organon dell'arte del guarire*. Salus Infirmorum
- 2 SPIELBERGER R. ET AL. *Palifermin for Oral Mucositis after Intensive Therapy for Hematologic Cancers*. N Engl J Med 2004; 351:2590-2598
- 3 ADI AG., *Oral Mucositis - The Search for a Solution*. N Engl J Med 2004; 351:2649-2651
- 4 RUBENSTEIN EB. ET AL. *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Treatment of Cancer Therapy-Induced Oral and Gastrointestinal Mucositis*, Cancer 2004;100 (9Suppl):2026-2046.
- 5 TREISTER NS. ET AL., *Chemotherapy-Induced Oral Mucositis*. 2010 <http://emedicine.medscape.com/article/1079570-overview>. 2010
- 6 TWELVES C. ET AL., *Capecitabine as Adjuvant Treatment for Stage III Colon Cancer*, N Engl J Med 2005;352:2696-2704
- 7 MILLER AB., *Hoogstraten B. et al, Reporting results of cancer treatment*, Cancer 1981;47:207-14.
- 8 *ReferenceWorks Library 4 Pro 2011*. Kent Homeopathic Association
- 9 *MacRepertory8. Repertory Complete 2011*. Kent Homeopathic Association
- 10 PATTI MG. ET AL., *Gastroesophageal Reflux Disease*, 2011 <http://emedicine.medscape.com/article/176595-overview>
- 11 KAHRILAS PJ., *Gastroesophageal Reflux Disease*, N Engl J Med 2008; 359:1700-1707
- 12 ERICHSEN R. ET AL. *Erosive Reflux Disease Increases Risk for Esophageal Adenocarcinoma Risk, Compared with Non-Erosive Reflux*. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012 Jan 12
- 13 CABEBE EC. ET AL. *Gastric Cancer Clinical Presentation*. 2011 <http://emedicine.medscape.com/article/278744-clinical>
- 14 WISEMAN EF., ANG YS. *Risk factors for neoplastic progression in Barrett's esophagus*. World J Gastroenterol. 2011 Aug 28;17(32):3672-83.

Alexander Gothe
Julia Drinnenberg

Omeopatia ad Immagini

Imparare con le vignette

€ 22,00



Volume formato 17x24
Tutto a colori
Di oltre 200 pagine
Con circa 700 illustrazioni

Un argomento che in Italia inizia a suscitare quell'interesse che in altri Paesi, come ad esempio la Germania, ha raggiunto alti livelli. È proprio dalla lingua tedesca che abbiamo ritenuto interessante tradurre la prima opera che desideriamo proporre al lettore italiano.

Un testo utile all'omeopata, per approfondire le proprie conoscenze, concedendosi anche di sorridere un po' e, nello stesso tempo, un libro destinato anche a tutti coloro che vogliono comprendere il mondo sfaccettato dell'Omeopatia.



IN OMAGGIO

il volume **PROVERBI DELLA SALUTE** di M. Baldini



Per acquistare l'opera **Omeopatia ad Immagini** è sufficiente compilare questo coupon e spedirlo in busta chiusa a:

ANTONIO DELFINO EDITORE
Via Udine 30 • 00161 Roma

Barrare il quadratino che interessa

- Pagherò l'importo di € 22,00 (senza addebito di € 5,50 per spese postali) tramite C.C. postale N. 18305003 intestato a **ANTONIO DELFINO EDITORE** - Via Udine, 30 - 00161 Roma che allego all'ordine
- Pagherò l'importo di € 27,50 in contrassegno al postino (€ 5,50 per spese postali)
- Pagherò l'importo di € 22,00 (senza addebito di € 5,50 per spese postali) tramite bonifico bancario anticipato intestato a **ANTONIO DELFINO EDITORE** Banca Intesa Sanpaolo - Filiale Roma 06805 - IBAN IT9400306905091100000000173 che allego all'ordine

Riceverò **IN OMAGGIO** il volume **PROVERBI DELLA SALUTE** di M. Baldini

NOME/COGNOME _____

VIA/N. _____ TEL. _____

CAP/CITTÀ _____ E-MAIL _____

FIRMA/DATA _____ (Per chi richiede la fattura)
PARTITA I.V.A. _____

DESTINAZIONE _____
(Se diversa dall'intestazione della fattura)

Antonio Delfino Editore
medicina-scienze

Via Udine 30 • 00161 Roma
Tel.: 06/44240596-4403762 • Fax: 06/44231327
e-mail: info@antoniodelfinoeditore.com
Sito web: <http://www.antoniodelfinoeditore.com>

Offerta speciale scadente fino ad esaurimento della disponibilità.

Un caso di anoressia trattata con Ignatia

Presentato al X Congresso FIAMO – Chianciano (SI) – 16-18 marzo 2012

RIASSUNTO

Obiettivo del lavoro è rilevare l'efficacia del trattamento omeopatico in un caso di anoressia grave in donna di 24 anni, affetta da tetraparesi spastica e ritardo mentale moderato.

Materiali e metodi: la paziente, anoressica, è stata sottoposta ad interrogatorio omeopatico, a valutazione neurologica, a test proiettivi psicologici

Risultati: nel luglio 2010 veniva segnalato un peso di 32 Kg. Tre mesi prima aveva intrapreso e subito interrotto un percorso psicologico. Nell'interrogatorio emergevano: sensazione di essere stata ingannata dalla psicologa, afflizione silenziosa alternata a pianto, scene di isterismo, preferenze alimentari contraddittorie, sensazione di "nodo alla gola". La paziente è stata sottoposta a terapia con Ignatia con recupero ponderale fino a febbraio 2011 quando, in seguito a una visita ortopedica, veniva posta diagnosi di osteoporosi e intraprendeva terapia allopatica, interrotto il trattamento omeopatico, inserito trattamento placebo con Ignatia 35K, con successivo calo ponderale di 2 Kg in un mese. È stata quindi ripristinata terapia omeopatica con pronto incremento ponderale.

Discussione: il caso clinico riportato ha mostrato l'efficacia del trattamento omeopatico in un caso di anoressia, l'inefficacia del trattamento placebo, la possibilità di integrare i risultati di test proiettivi nella repertorizzazione dei dati ai fini dell'individuazione della sostanza medicamentosa omeopatica.

SUMMARY

Objective: to assess the efficacy of homeopathy in a 24 year's old woman affected by serious anorexia, cerebral palsy with mental retard.

Materials and methods: the patient was submitted to an homeopathic examination, neurological evaluation and psychological projective test.

Results: in July 2010 the patient weighed 32 Kg. Three months before she began and immediately stopped a psychological support. During the visit the following data were present: feeling of being deceived by the psychologist, silent grief alternating crying, scenes of hysteria, contradictory alimentary preferences, feeling of "lump in throat". The patient has been treated with Ignatia with weight gain until February 2011 when an orthopedic visit detected osteoporosis. She was submitted to allopathic therapy. So the homeopathic treatment was stopped and patient was submitted to placebo treatment with Ignatia 35K. During the next month the weight of the patient was reduced by two Kg. Then, the homeopathic treatment was restored with weight gain. **Discussion:** The clinical case showed the efficacy of homeopathic treatment in a case of anorexia, the ineffectiveness of placebo treatment, the possibility of integrating the results of projective tests in the homeopathic method.

INTRODUZIONE

L'anoressia nervosa è, insieme alla bulimia, uno dei più importanti disturbi del comportamento alimentare, detti anche *Disturbi Alimentari Psicogeni*. Ciò che contraddistingue l'anoressia nervosa è il rifiuto del cibo da parte della persona e la paura ossessiva di ingrassare. Nelle forme più gravi possono svilupparsi malnutrizione, inedia, amenorrea ed emaciazione.^[1] Coinvolge nella sua evoluzione funzioni psicologiche, neuroendocrine, ormonali e metaboliche.^[2] I trattamenti possibili sono ancora in fase di studio, le cure farmacologiche attuali possono dare solo un modesto beneficio alla persona.^[3] L'anoressia e i disturbi alimentari in generale sono una vera e propria emergenza sanitaria nei paesi occidentali industrializzati e, secondo molti autori, sono in continuo aumento. In realtà i vari studi effettuati non concordano: se parte di essi tende a evidenziare un preoccupante aumento dei casi,^[4] altri sottolineano l'andamento costante, senza alcuna variazione.^[5] Un altro studio di tipo meta-analitico, che ha esaminato l'evoluzione storica della malattia nel passato, ha dimostrato come negli anni novanta la percentuale di popolazione colpita sia rimasta costante.^[6] Secondo i dati ricavati dalla letteratura la prevalenza dell'anoressia si attestava attorno allo 0,3% nel 2003, mentre l'incidenza è di 8 casi per 100.000 soggetti in un anno.^[7] La percentuale è stata aggiornata a 0,42% nel 2006 da studi condotti in Italia.^[8] In seguito, nel 2007, la prevalenza si sarebbe leggermente alzata, attestandosi attorno allo 0,5%^[9] o, come suggerisce più pessimisticamente un altro studio, avrebbe superato il 2%.^[10] Per quanto riguarda l'età di esordio, questa si situa fra i 12 e i 25 anni (anche se si sono verificati negli ultimi anni diversi casi che superano i 30 anni^[11]), con il momento più critico fra i 15 e i 19 anni.^[12,14] Altri studi hanno trovato picchi di incidenza in corrispondenza dei 14 e 18 anni d'età.^[13] La malattia quindi colpisce soprattutto gli adolescenti, anche se ultimamente si stanno sempre più registrando casi negli adulti e anche tra gli anziani.^[15] Altra caratteristica tipica dell'anoressia è quella di essere un disturbo prettamente femminile: circa il 90% dei casi, infatti, si sviluppa nel sesso femminile.^[16,17]

Il problema non riguarda solamente le donne. Anche se gli studi sul sesso maschile sono minori, è stato stimato che sul totale degli ammalati risultano essere presenti dal 5% al 10% di casi riguardanti ragazzi adolescenti e maschi adulti.^[16]

Il rapporto uomini-donne secondo alcune ricerche^[14] è di 1:10; altri studi hanno rilevato una differenza minore fra i sessi, arrivando anche a 1:8.^[17] La percentuale di maschi anoressici sembra in aumento, ma ciò potrebbe derivare dal semplice fatto che oggi un maggior numero di uomini si rivolgono ad un medico per curare tale disturbo.

Nel sesso maschile è maggiormente espresso un altro problema collegato all'immagine del corpo per cui l'ideale non è quello di apparire magri ma il più muscolosi possibile.^[18] In questo caso si parla di *dismorfia muscolare*, che è stata considerata come un fenotipo dell'anoressia.^[19] Anche se gli studi in passato sono stati pochi, è stato riscontrato negli uomini anoressici una diminuzione del desiderio sessuale.^[20] Poiché in passato ritenuta malattia quasi esclusivamente femminile, l'interesse accademico circa l'incidenza dell'anoressia nel mondo maschile si è sviluppato solo di recente; ciò fa sì che siano diffusi stereotipi quali l'anoressia come "malattia da donne", o l'associazione della sua manifestazione maschile a condizioni quali l'effeminatezza, la bisessualità o l'omosessualità. Diversi studi dimostrano come la malattia si manifesti indipendentemente dall'orientamento sessuale del soggetto (l'80% degli anoressici maschi sarebbero eterosessuali).^[21]

Molti sono i caratteri comuni tra i due sessi, compresa la prognosi.^[22]

I criteri standard raccomandati dai manuali psichiatrici per una corretta diagnosi di anoressia nervosa sono:^[23]

magrezza estrema (non costituzionale ma volontaria), con rifiuto di mantenere il peso al di sopra di una soglia minima ritenuta normale (anoressico è un soggetto con peso sotto l'85% di quello previsto in base all'età ed alla altezza e/o l'indice di massa corporea - BMI - inferiore a 17,5); forte paura di ingrassare anche in presenza di evidente sottopeso;^[24]

preoccupazione estrema per il peso e l'aspetto fisico, che includa sia un'alterazione del vissuto corporeo, sia un'importanza eccessiva data al peso a scapito dell'autostima; o ancora il rifiuto di ammettere la gravità delle proprie condizioni fisiologiche; il non essere soddisfatti del proprio corpo (costituisce il fattore di rischio più elevato);^[25] nei pazienti di sesso femminile: amenorrea (sospensione del ciclo mestruale) da almeno tre cicli consecutivi dopo il menarca. Il disagio psicologico può esprimersi attraverso l'ansia o la depressione, ma in ogni caso chiama in causa legami e modelli culturali.

Scopo di questo lavoro è di valutare l'efficacia del trattamento omeopatico nell'anoressia nervosa in comorbidità con ritardo mentale.

MATERIALI E METODI

Sono stati considerati: il motivo della visita, l'anamnesi, l'interrogatorio omeopatico, l'esame neurologico e i test proiettivi, la diagnosi nosologica e sindromica, la diagnosi di attualità, la diagnosi miasmatica, la diagnosi integrale ed individuale, l'intenzione terapeutica, la diagnosi del rimedio, le varie prescrizioni ed i follow up successivi.

Motivo della visita

A.P., 24 anni, è trattata presso la UILDM (Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare) per riabilitazione motoria dall'età di 12 anni. La paziente presenta esiti di *Paralisi Cerebrale Infantile* con tetraparesi spastica e ritardo mentale moderato. La paziente era già sottopeso da molti anni ed era affetta da osteoporosi severa. Visitata nel luglio 2010, veniva segnalato un calo ponderale di circa 5 Kg in quattro mesi (peso 32 Kg, altezza 145 cm). Tre mesi prima aveva intrapreso anche un percorso psicologico, da lei bruscamente interrotto in quanto i contenuti proposti dalla psicologa risultavano particolarmente dolorosi, in particolare rispetto alle tematiche attinenti allo svincolo familiare: non riusciva infatti a tollerare la possibilità di perdere nel futuro i propri genitori. È una persona di aspetto gradevole, vestita con gusto. I colori predominanti sono i colori pastello. Avversione al grigio.

Anamnesi

Madre di 59 anni, affetta da lombalgia per la quale assume prodotti omeotossicologici al bisogno. Si descrive generosa, aperta, trasparente, un pò ossessionata per la casa.

Padre di 64 anni, affetto da ipertensione per la quale assume ACE inibitori e lieve ipoacusia. Si descrive generoso, tranquillo, "mediatore" in caso di conflitti.

AP nasce da una relazione illegittima tra i due genitori. Il padre, già sposato, inizialmente decide di non riconoscere la figlia che, pertanto, assume il cognome della madre. Solo dopo qualche anno il padre decide di separarsi e poi di divorziare dalla prima moglie e contrae un secondo matrimonio con la madre di AP.

Figlia unica. Nata a termine; parto distocico. Sofferenza perinatale (Apgar 4) che ha richiesto permanenza in incubatrice per circa una settimana. Ritardo nell'acquisizione della deambulazione e del linguaggio. Varicella e rosolia. Menarca

a 13 anni. Cicli mestruali successivi estremamente irregolari sino ai 15 anni, quando ha presentato amenorrea secondaria. Da alcuni anni diagnosi di osteoporosi. Non fuma né beve alcoolici né superalcolici. Alvo regolare. Diuresi fisiologica. A 3 anni è stata posta diagnosi di tetraparesi spastica con prevalente coinvolgimento degli arti inferiori. Diagnosi di ritardo mentale lieve al test WAIS. L'ultima RM encefalica, eseguita a 18 anni, ha mostrato esiti di lesioni ipossiche in sede periventricolare (Fig.1).

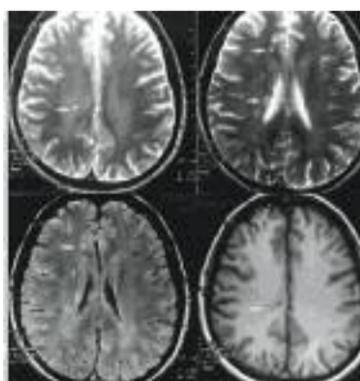


Fig. 1. RM encefalica

Interrogatorio omeopatico

L'interrogatorio di AP è difficoltoso a causa del ritardo mentale. Fondamentale è la presenza dei genitori che contribuiscono a fornire elementi utili. Appare afflitta e silenziosa ma a tratti alterna pianto con singhiozzi, scene di isterismo, riso spastico, capricciosità. Durante l'interrogatorio omeopatico riferisce la sensazione di essere stata ingannata dalla psicologa. L'umore è mutevole anche durante la visita, alternando riso e pianto. I genitori riferiscono notevole gelosia con un peggioramento dello stato psichico quando la paziente non è al centro dell'attenzione dei genitori o quando è rimproverata. Gli episodi di pianto si accentuano durante le mestruazioni. Gelosa di tutto ciò che le toglie le attenzioni. Telefona ai genitori quando sa che erano soli o quando si allontanano anche se per pochi minuti. Al decesso del nonno paterno a 12 anni, sviluppo del disturbo di alimentazione. Rifiutava nei tempi successivi di recarsi al cimitero. Per quanto concerne l'alimentazione riferisce di essere particolarmente attenta ai grassi, ma di amare la mortadella, il salame, la zampa di maiale. E' presente una sensazione di "nodo alla gola" che peggiora durante l'alimentazione. Riferisce paura di soffocare durante i pasti, a causa di questo "nodo alla gola". Quando non gradisce qualcosa "tende a soffocare", in particolare quando non è al centro dell'attenzione o non riev-

sce a convincere i genitori a comportarsi come lei vuole. Quando digiuna avverte un peso allo stomaco. Dopo aver mangiato ha invece la sensazione di un "vuoto" allo stomaco. Ha necessità di essere accompagnata dovunque, persino in bagno, non per un reale pericolo di cadute, ma per poter continuare ad essere al centro dell'attenzione. Pur avendo paura di camminare, sle sul palco della Chiesa e fa l'inchino quando viene applaudita. Esibizionista.

Non avverte le implicazioni reali della propria disabilità, ma tende ad utilizzarla per ottenere vantaggi secondari.

Esame neurologico e test proiettivi

L'esame neurologico mostra: paziente vigile, orientata, collaborante, strabismo divergente, lieve tremore alle mani che si accentua con l'emozione, tetraparesi spastica con lieve deficit di forza agli arti superiori, prevalentemente distale e a destra (F4), riduzione della forza agli arti inferiori con F3 prossimalmente e 2 distalmente (sinistra>destra), valgismo alle ginocchia, deficit di estensione ginocchia ai gradi estremi prevalentemente a destra, deambulazione a forbice con flessione alle ginocchia.

Vista la povertà dei contenuti mentali compatibilmente con la diagnosi di ritardo mentale, la paziente è sottoposta al test proiettivo di Wartegg, (Fig 2). Il test consiste in otto riquadri che mostrano punti o linee. Compito del paziente è costruire disegni a partire dalla traccia. In particolare l'interpretazione delle otto tracce riguarda nello specifico: la centralità della persona, la vitalità ed il movimento, la direzionalità e la progettualità, la pesantezza e stabilità ed il rapporto paterno, la possibilità di superare gli ostacoli, la strutturazione-sintesi, la delicatezza ed il rapporto materno, l'arrotondamento e la flessibilità.

I risultati possono così essere riassunti: immaturità (comportamento infantile); incapacità a mentalizzare e accettare gli stati mentali altrui (intollerante alle contraddizioni); alterazione di processi intellettivi, sia in senso qualitativo che quantitativo; difficoltà del soggetto a effettuare un esame di realtà adeguato e a formulare un giudizio coerente (difficoltà di astrazione); personalità esplosiva fortemente immatura (impulsivo); prevalere della fantasticheria sulla realtà (fantasia); destabilizzazione emotiva; difficoltà di autocontrollo e di maturità (comportamento infantile); grave difficoltà di adattamento al pensiero collettivo; tensioni e malessere interiori reattivi a conflittualità di natura affettiva (delusioni in amore).



Fig. 2. Test di Wartegg

Diagnosi nosologica

Disturbo del comportamento alimentare. Esiti di paralisi cerebrale infantile. Disturbo istrionico di personalità.

Diagnosi sindromica

Anoressia. Tetraparesi spastica. Ritardo mentale moderato. Isteria.

Diagnosi attualità o miasmatica*:

I sintomi sono riportati in relazione allo stato miasmatico, dove 1=sintomo prevalentemente psorico, 2= sintomo prevalentemente sicotico; 3=sintomo prevalentemente sifilitico

Sensazione di essere stata ingannata (3-2)
Afflizione silenziosa (1-3)
Umore mutevole (2)
Isterismo (2-3)
Capricciosità (3-2)
Disturbi da gelosia (3)
Disturbi da rimproveri (3)
Sintomi generali contraddittori ed alternanti (3)
Sensazione di un "nodo alla gola" (2-3)
Comportamento infantile (1)
Impulsiva (3)
Distrazione sognante (3)
Distacco dalla realtà (3)

Diagnosi integrale: Condizione sifilitico-sicotica con prevalenza sifilitica

Diagnosi individuale:

Il disturbo del comportamento alimentare è iniziato in seguito al decesso del nonno, parallelamente all'esordio del disturbo istrionico di personalità. Tale disturbo di personalità si è iscritto sui deficit funzionali preesistenti, quali esiti di paralisi cerebrale infantile.

Intenzione terapeutica:

Iniziare a modificare il quadro sintomatico per evitare che la paziente subisca un ulteriore calo ponderale.

Diagnosi del rimedio e prescrizione:

Sono stati repertorizzati i seguenti sintomi:
 ingannata: mente - illusioni di essere stata;
 afflizione silenziosa: mente;
 umore mutevole;
 isterismo;
 capricciosità;
 disturbi da gelosia;

rimproveri: mente-disturbi da;
peggiora durante le mestruazioni: sintomi generali-
mestruazioni - durante - aggr.;
avversione al grigio: mente-disgusto-colori;
contraddittori: sintomi generali contraddittori ed alternanti;
gola-nodo o massa-sensazione di un;
comportamento infantile: mente-infantile-comportamento;
intollerante alle contraddizioni :mente - contraddizioni - intollerante alle;
Impulsiva: mente;
Mente - distratta - sognante;
delusioni in amore: mente - afflizione - amore - da delusione in;
distacco dalla realtà

Individuazione del rimedio: i dati sono stati inseriti nel programma RADAR riportando i seguenti risultati:

	Ingesta	Afflizione	Umore mutevole	Isterismo	Capricciosità	Dist. da genitori	Dist. da rimproveri	Aggr. esuberante	Avvers. grigio	Line. contradditt.	Sens. nodo alla gola	Comportamento infantile	Intol. contradd.	Impulsiva	Mente sognante	Delus. amore	Dist. realtà
Ign	2	2	3	2	2	2	2	1	3	3	3	3	3	2	3	2	3
Puls			3	2	3		3		3	2		1	3	1			
Sip			1	1	1	1	1		2	2		1	1				
Plat	2		1	3	1	2	1		2			2	1	1			
Suscl			1	1	1	1					5	3	1	1			
Lach			3	1	2	1			1	1		3	2				
Aur			1	1	2	2			2	1		3					

Il numero dei sintomi coperto dal rimedio ed il totale dei punteggi sono risultati:

Rimedio	Totale sintomi coperti	Punteggi totali
Ign	12	30
Puls	9	21
Sip	4	16
Plat	7	15
Suscl	10	16
Lach	5	13
Aur	8	14

Prescrizione di : Ignatia amara 1-3 LM FG . La somministrazione comprende 30 capsule di gelatina (1/die) impregnati con LM in potentizzazione crescente. Il trattamento dura un mese.

RISULTATI

Follow up Settembre 2010. Decisamente migliorata nell'alimentazione. Recupero ponderale di 2 Kg. Assenza immediata del "nodo alla gola". Riesce a seguire un approccio dietetico più equilibrato. Prescrizione: **Ignatia amara 4-6 LM FG** La somministrazione comprende 30 capsule di gelatina (1/die) impregnati con LM in potentizzazione crescente. Il trattamento dura un mese e, al termine assunzione di **Ignatia amara 7-9 LM FG**.
 Follow up Dicembre 2010. Recupero ponderale di ulteriori 4 Kg. Per il resto quadro clinico invariato. Prescrizione di **Ignatia amara MK**, dose unica, 3 granuli e poi 35 K per 40 giorni
 Follow up Febbraio 2011. Ulteriore recupero di un Kg. In

seguito a una visita ortopedica veniva confermata la diagnosi di osteoporosi e intraprendeva terapia allopatrica con Bifosfonati. In concomitanza di tale prescrizione veniva interrotto il trattamento omeopatico per la possibile interferenza rilevante con il farmaco allopatrico ed inserito trattamento placebo con Ignatia 35K.

Follow up Marzo 2011. Calo ponderale di 2 Kg in un mese. Ricomparsa della sensazione di “nodo alla gola”, di crisi di pianto e di disturbi da gelosia. Prescrizione di **Ignatia amara 1-3 LM FG**. La somministrazione comprende 30 capsule di gelatina (1/die) impregnati con LM in potentizzazione crescente. Il trattamento dura un mese.

Follow up Aprile 2011. Recupero ponderale di 2 Kg in un mese. Regressione della sensazione di “nodo alla gola”, del pianto e riduzione dei disturbi da gelosia. Prescrizione di **Ignatia amara 4-6 LM FG** per un mese e, al termine di **Ignatia amara 7-9 LM FG** per un mese.

Follow up Luglio 2011. Recupero ponderale di 3 Kg. Per il resto quadro clinico invariato rispetto al precedente controllo. Prescrizione di **Ignatia amara MK dose unica** e poi 35 K per 60 giorni.

Follow up Settembre 2011. Peso stabile: 42 Kg. Per il resto quadro clinico invariato rispetto al precedente controllo. Prescrizione di **Ignatia amara XMK dose unica**, e poi 35 K/die per 90 giorni.

Follow up Dicembre 2011. Peso stabile: 42 Kg. Per il resto quadro clinico invariato rispetto al precedente controllo. Prescrizione di **Ignatia amara LMK dose unica** e poi 35 K/die.

Nel corso del tempo, inoltre, da Aprile 2011, si è assistito ad un miglioramento dei sintomi di esibizionismo. Al momento non si “esibisce” più in Chiesa e necessita di minore visibilità. All’ultimo controllo (Febbraio 2012): riesce a tollerare momenti di solitudine, in assenza dei genitori. Si reca in bagno da sola. Utilizza spazi personali che non prevedono la presenza costante dei genitori. Nel corso degli ultimi 2 mesi, si è verificato un altro lutto determinante nella propria cerchia familiare, ma la paziente è riuscita ad elaborare il lutto con l’aiuto dei genitori. Il quadro alimentare è notevolmente migliorato; persistono scelte alimentari equilibrate.

Nel grafico 1 è riportato l’andamento del peso corporeo nel tempo in relazione ai dosaggi utilizzati



Grafico 1. Evoluzione del peso corporeo in relazione al dosaggio di Ignatia

DISCUSSIONE

La terapia dell’anoressia mira al raggiungimento del tetto minimo del 90% del peso corporeo rispetto a quello ideale. Specificatamente per quanto riguarda la paziente il suo peso corporeo ideale è di 47 Kg; il peso di 42 Kg rappresenta quindi il raggiungimento del tetto minimo. Il trattamento convenzionale è molteplice:^[26] psicologico, nutrizionale e farmacologico.

Per quanto riguarda la terapia nutrizionale è necessaria l’introduzione nel corpo di 1500-1800 kcal al giorno. Per ridurre la perdita ossea si utilizzano vitamina D e calcio.

Sono stati provati molti farmaci, allo scopo di ottenere il più adatto al trattamento della malattia: negli anni sessanta si è tentato l’uso della clorpromazina, un antipsicotico per la cura della schizofrenia. In seguito venne utilizzato il naltrexone,^[27] e, sulla sua falsariga, seguirono diverse altre sperimentazioni con antidolorifici derivati dall’oppio, fra cui il tramadolo, ma con risultati non definitivi.^[28] Gli studi si sono quindi diretti verso antipsicotici atipici come il risperidone e l’olanzapina, che vengono ancora utilizzati con qualche successo^[29] Attualmente sono utilizzati corticosteroidi, come il prednisolone (in misura di 15–30 mg al giorno) o, in sostituzione, il desametasone (con dosaggio meno elevato: 2–4 mg al giorno).^[30] Discusso è l’utilizzo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina. Tali farmaci devono essere esclusi in soggetti con crisi epilettiche. Il Committee on Safety of Medicines ha rilevato che in soggetti minorenni l’uso degli inibitori del reuptake della serotonina è associato a minori benefici rispetto all’aumento della gravità delle situazioni di autolesionismo.^[30] L’uso di questi farmaci è stato poi successivamente criticato per la mancanza di risultati significativi.^[30]

Sono utilizzati anche altri farmaci antidepressivi triciclici, come l’amitriptilina. Uno studio in doppio cieco ha utilizzato una a dose 175mg al giorno o 160mg al giorno,^[32] ma non si sono verificate modificazioni significative. Sono in corso test su altri principi attivi, come la mirtazapina, si-

nora utilizzati su casi singoli^[33]. A fronte di numerosi tentativi allopatrici, sinora non è ancora chiaro quale possa essere il trattamento di scelta.^[34]

Negli ultimi anni è stata data molta importanza, nel piano di intervento, anche alle forme di sostegno psicologico-clinico e di psicoterapia; si è dimostrata efficace l’azione di sostegno psicologico e soprattutto quella psicoterapeutica, finalizzata ad indagare e rielaborare le conflittualità emotive e relazionali che si traducono nel rifiuto del cibo.^[35] Le psicoterapie possono essere individuali, familiari e di gruppo. Le terapie familiari, spesso desiderate dagli stessi componenti del gruppo familiare^[36], chiamano in causa l’intero sistema relazionale del gruppo familiare, che è ritenuto avere un importante ruolo patogeno e patoplastico nella nascita, evoluzione e mantenimento del disturbo; tale forma di intervento clinico solitamente porta a buoni risultati ma in tempi lunghi e richiede spesso il coinvolgimento e la collaborazione dell’intero nucleo familiare.^[37] Negli ultimi anni queste forme terapeutiche si sono giovate anche del contributo dato dai gruppi di auto-mutuo-aiuto, nei quali non esiste la figura del “terapeuta” intesa in senso classico, dove il clinico assume invece il ruolo del “facilitatore”, che stimola i componenti del gruppo al dialogo e alla condivisione delle difficoltà emotive e pratiche. I pazienti diventano così i “co-terapeuti” di sé stessi.

In casi in cui la vita può essere in pericolo, come ad esempio nella magrezza estrema con conseguenze cliniche significative, il ricovero ospedaliero può essere indispensabile, attraverso trattamenti sanitari obbligatori, ma richiede un’evoluzione già molto grave della malattia e si esprime attraverso una misura coercitiva.

Dunque, riassumendo, l’approccio terapeutico allopatrico consiste in due strategie: uno mirato al trattamento delle comorbidità psichiche (generalmente disturbo depressivo, disturbo d’ansia, disturbo dipendente della personalità, disturbo di controllo degli impulsi), l’altro mirato ad interventi spesso invasivi che promuovano un’alimentazione più o meno forzata (dai complessi polivitaminici al sondino

naso-gastrico). A fianco alle strategie allopatriche è spesso necessario supportare la paziente con un trattamento psicoterapico individuale e familiare, per poter individuare le cause psicologiche e le dinamiche disfunzionali nella vita delle pazienti. Nonostante tali strategie la prevalenza di mortalità per anoressia è di circa il 10% ed è correlato soprattutto alle complicanze della denutrizione.

Il caso riportato mostra l’efficacia dell’omeopatia in un caso di anoressia. Nello specifico, si trattava di una paziente affetta da ritardo mentale. Tale ritardo impediva un facile accesso ai contenuti del pensiero. Tale comorbidità avrebbe determinato una controindicazione ad un approccio psicoterapeutico tradizionale. Inoltre, poiché il ritardo mentale lieve non ha consentito di rilevare attraverso il solo interrogatorio omeopatico i contenuti del pensiero, si è ritenuto utile integrare i dati con un test proiettivo che consentisse di rilevare ulteriori informazioni non facilmente accessibili attraverso l’espressione verbale né l’osservazione clinica. Tali informazioni sono state poi repertorizzate a loro volta. L’utilizzazione di test psichici proiettivi congiuntamente all’interrogatorio omeopatico si è mostrato affidabile nella rilevazione dei dati, fornendo informazioni mancanti.

Il caso ha mostrato inoltre l’esclusione dell’effetto placebo, in quanto in concomitanza di un trattamento allopatrico è stata interrotta la terapia omeopatica e la paziente è stata sottoposta a trattamento placebo con Ignatia 35 K. In tale frangente, la paziente ha subito un calo ponderale significativo, prontamente corretto con la reintroduzione del trattamento omeopatico.

CONCLUSIONI

Il caso clinico riportato ha mostrato l’efficacia del trattamento omeopatico in un caso di anoressia, l’inefficacia del trattamento placebo, la possibilità di integrare i risultati di test proiettivi nella repertorizzazione dei dati ai fini dell’individuazione della sostanza medicamentosa omeopatica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 LEGENBAUER T, HERPERTZ S. (2008). *Eating disorders—diagnostic steps and treatment*. Dtsch Med Wochenschr. 133: 961-965.
- 2 PODFIGURNA-STOPA A, MECZEKALSKI B, WARENIK-SZYMANKIEWICZ A. (2007). *How to treat anorexia nervosa?—case report*. Ginekol Pol. 78: 990-994.
- 3 CROW SJ, MITCHELL JE, ROERIG JD, STEFFEN K. (AGOSTO 2008). *What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa?*. Int J Eat Disord..
- 4 EAGLES J, JOHNSTON M, HUNTER D, LOBBAN M, MILLAR H (1995). *Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland.. Am J Psychiatry*. 152: 1266-1271.
- 5 HALL A, HAY P. (1991). *Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986*. Am J Psychiatry. 21: 697-701.
- 6 FOMBONNE E. (aprile 1995). *Anorexia nervosa. No evidence of an increase.. Br J Psychiatry*. 166: 462-471.

- 7 HOEK H.W., HOEKEN D. VAN (2003). *Review of the prevalence and incidence of Eating Disorders.* International Journal Eating Disorders 34: 383-396.
- 8 FARAVELLI C, RAVALDI C, TRUGLIA E, ZUCCHI T, COSCI F, RICCA V. (2006). *Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study.* Psychother Psychosom 75: 376-383.
- 9 RESEARCH LABORATORIES MERCK, *The Merck Manual quinta edizione pag 1795*, Milano, Springer-Verlag, 2008. ISBN 978-88-470-0707-9
- 10 KESKI-RAHKONEN ANNA, HOEK HW, SUSSER ES, LINNA MS, SIHVOLA E, RAEVUORI A, BULIK CM, KAPRIO J, RISSANEN A. (2007). *Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community.* Am J Psychiatry. 164: 1259-1265.
- 11 FRANCO GIBERTI; ROSSI ROMOLO, *Manuale di Psichiatria pag 231*, Milano, Piccin, 2007. ISBN 978-88-299-1851-5
- 12 ALDO GALEAZZI; MEAZZINI PAOLO, *Mente e comportamento pag 340*, Milano, Giunti, 2004. ISBN 88-09-03519-4
- 13 MANGWETH-MATZEK B, RUPP CI, HAUSMANN A, ASSMAYR K, MARIACHER E, KEMMLER G, WHITWORTH AB, BIEBL W. (2006). *Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of elderly women.* Int J Eat Disord. 39: 583-586.
- 14 LASK B, AND BRYANT-WAUGH, R (EDS) (2000) *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence.* Hove: Psychology Press. ISBN 0-86377-804-6.
- 15 MORRIS J, TWADDLE S. (2007). *Anorexia nervosa.* BMJ. 2007 Apr 28;334(7599):894-8
- 16 BARRY A, LIPPMANN SB. (giugno 1990). *Anorexia nervosa in males.* Postgrad Med. 87: 161-165.
- 17 GIORDANO INVERNIZZI, *Manuale di Psichiatria e Psicologia clinica, terza edizione pag 237*, Milano, McGraw-Hill, 2006. ISBN 88-386-2393-7
- 18 BENNINGHOVEN D, TADIĆ V, KUNZENDORF S, JANTSCHKEK G. (marzo-aprile 2007). *Body images of male patients with eating disorders.* Psychother Psychosom Med Psychol. 57: 120-127.
- 19 RAEVUORI A, KESKI-RAHKONEN A, HOEK HW, SIHVOLA E, RISSANEN A, KAPRIO J. (aprile 2008). *Lifetime anorexia nervosa in young men in the community: Five cases and their co-twins.* Int J Eat Disord. 41: 458-463..
- 20 CARLAT J. D., CAMARGO C. A., HERZOG D. B (1997). *Eating disorders in males: A report on 135 patients.* American Journal Psychiatry 154: 1127-1132.
- 21 CINDY CROSSCOPE-HAPPEL (1999). *Male Anorexia Nervosa: An Explanatory Study.* p.27.
- 22 T BURNS AND AH CRISP (1984). *Outcome of anorexia nervosa in males.* The British Journal of Psychiatry 145: 319-325.
- 23 HARRISON, *Principi di Medicina Interna (il manuale - 16° edizione) pag 1055*, New York - Milano, McGraw-Hill, 2006. ISBN 88-386-2459-3
- 24 BULIK CM, SLOF-OP'T LANDT MC, VAN FURTH EF, SULLIVAN PF. (2007). *The genetics of anorexia nervosa.* Annu Rev Nutr. 27: 263-275.
- 25 LVES E, VASCONCELOS FDE A, CALVO MC, NEVES J. (marzo 2008). *Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil.* Cad Saude Publica. 24: 503-512.
- 26 RIEDL A, BECKER J, RAUCHFUSS M, KLAPP BF. (2008). *Psychopharmacotherapy in eating disorders: a systematic analysis.* Psychopharmacol Bull. 41: 59-84.
- 27 MARRAZZI MA, BACON JP, KINZIE J, LUBY ED. (settembre 1995). *Naltrexone use in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa.* Int Clin Psychopharmacol. 10: 163-172..
- 28 SCOTT D. MENDELSON (giugno 2001). *Treatment of Anorexia Nervosa With Tramadol.* Am J Psychiatry. 158: 963-964.
- 29 COUTURIER J, LOCK J. (novembre 2007). *A review of medication use for children and adolescents with eating disorders.* J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 16: 173-6.
- 30 British national formulary, *Guida all'uso dei farmaci, 4 edizione p. 5*, Lavis, agenzia italiana del farmaco, 2007
- 31 EVELYN ATTIA, CLAIRE HAIMAN, TIMOTHY WALSH, SUSANNE R. FLATER. (marzo 1998). *Anorexia nervosa. Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline.* Am J Psychiatry 155: 548-551
- 32 J BIEDERMAN, DB HERZOG, AND TM RIVINUS (1985). *Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study.* J Clin Psychopharmacol 5: 10-16.
- 33 HRDLICKA M, BERANOVA I, ZAMECNIKOVA R, URBANEK T. (marzo 2008). *Mirtazapine in the treatment of adolescent anorexia nervosa: Case-control study.* Eur Child Adolesc Psychiatry. 20
- 34 WILLIAMS PM, GOODIE J, MOTSINGER CD. (febbraio 2008). *Treating eating disorders in primary care.* Am Fam Physician.
- 35 HAY P, BACALTCHUK J, CLAUDINO A, BEN-TOVIM D, YONG PY. (2003) *Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa.* Cochrane Database Syst Rev, 4.
- 36 LOCK J, LE GRANGE D. (2005) *Family-based treatment of eating disorders.* Int J Eat Disord, 37 Suppl, S64-7.
- 37 HONEY A, BOUGHTWOOD D, CLARKE S, HALSE C, KOHN M, MADDEN S. (2008). *Support for parents of children with anorexia: what parents want.* Eat Disord. 16: 40-51
- 38 JT KENT, *Lezioni di materia medica omeopatica*, Nuova Ipsa Editore, 2007
- 39 PM BAILEY. *Psicologia omeopatica. Profili di personalità dei maggiori rimedi costituzionali.* Salus Infirmorum, 2006
- 40 F VERMEULEN. *Materia medica omeopatica sinottica.* Salus Infirmorum, 2007

SANAGOL[®] ERISIMO
CON ERISIMO L'ERBA DEI CANTORI

Katia Ricciarelli ha scelto

PHYTO GARDA RIMEDI NATURALI
SANAGOL[®] ERISIMO
GOLA VOCE
 SENZA ZUCCHERO
 24 caramelle con ERISIMO CON EDULCORANTI
 SENZA GLUTINE
 GUSTO LIMONE

PHYTO GARDA RIMEDI NATURALI
 VICINA ALLA TUA SALUTE

Contributi omeopatici nel trattamento del tumore maligno alla vescica

Pareek Hospital & Research Centre
alokpsr@gmail.com
www.pareekhospital.com

Presentato al 65° Congresso LMHI di Redondo Beach (California) del Maggio 2010
Traduzione dall'inglese di Andreina Fossati, Medico Chirurgo – Omeopata NAPOLI – andfoss@libero.it

RIASSUNTO

L'Autore descrive un caso clinico di tumore della vescica in un uomo di 57 anni seguito e curato omeopaticamente fino alla scomparsa totale della massa tumorale, poiché il paziente aveva rifiutato di sottoporsi all'intervento chirurgico. Il paziente è stato curato con i seguenti farmaci omeopatici: Terebinthina, Cantharis, Uva Ursi, Arsenicum Album e Conium Maculatum. L'Autore descrive i risultati della terapia nel tempo e le motivazioni della scelta dei farmaci e del sua metodologia clinica.

PAROLE CHIAVE

Tumore maligno della vescica. Uomo di 57 a. Terebinthina. Cantharis. Uva Ursi. Arsenicum Album. Conium Maculatum.

SUMMARY

The Author describes a clinical case of a malignant urinary bladder tumor in a male patient 57 years old followed and treated homoeopathically till the complete disappearance of the tumoral mass, because the patient had refused surgery. The patient was treated by the following homoeopathic remedies: Terebinthina, Cantharis, Uva Ursi, Arsenicum Album e Conium Maculatum and the Author describes the results of the therapy throughout the treatment and the reasons of the choice of the remedies and of his own clinical methodology.

KEYWORDS

Malignant urinary bladder tumor. Male 57 y. old. Terebinthina. Cantharis. Uva Ursi. Arsenicum Album. Conium Maculatum.

UN CASO DI TUMORE MALIGNO DELLA VESCICA

Mr A. S. E' un uomo di 57 anni di media corporatura. E' stato visitato per la prima volta in ospedale il 20 ottobre del 2004 per un follow-up di tumore della vescica. Era stato bene fino a Marzo del 2004, quando aveva manifestato episodi di ematuria che si verificavano ad intervalli di tredici- quindici giorni con difficoltà alla minzione e sensazione di pesantezza al fianco destro. Nel Luglio del 2004 Mr A.S. è stato ricoverato e sottoposto a vari controlli. Con l'ultrasonografia dell'addome si è evidenziata una lieve idronefrosi a destra e una massa nella vescica. La TAC addominale mostrava una massa lungo la parete postero laterale della vescica. L'8 Luglio veniva praticato l'esame con resezione trans uretrale (TURBT) che confermava il tumore della vescica nella parete laterale destra ed un tumore papillare

HOMOEOPATHIC CONTRIBUTIONS IN THE TREATMENT OF MALIGNANT URINARY BLADDER TUMORS

A Case of (malignant) urinary bladder tumor

Mr A.S. is a 57-year-old man of average build. He was first seen in hospital on 20th October 2004 as a follow up case of urinary bladder tumor. He had been well up to March 2004, when he had had bouts of haematuria (three times at fortnightly intervals) with difficulty in micturition and heaviness over the right flank. In July 2004 Mr A.S. was hospitalised and investigations were carried out. The ultrasound scan of the abdomen showed a mild right hydronephrosis and a mass in the urinary bladder. CT scan of the abdomen showed an eccentric mass along the posterolateral wall of the urinary bladder. On 8th July 2004 a TURBT was performed which revealed the presence of a tumor in the right lateral wall of the bladder and a solid papillary tumor surrounding the right ureter orifice, grade II trabeculations. The biopsy of the bladder tumor showed grade III transitional cell carcinoma of the bladder with infiltration into the underlying muscle (T3 Disease). Mild chronic cystitis in rest of the organ. (Fig. 1,2)



Fig. 1



ALOK PAREEK

Svolge attività di medico omeopata da più di trenta anni. Direttore del Pareek Hospital and Research Centre, un ospedale omeopatico con 50 letti, moderne attrezzature di diagnostica e un'ala chirurgica. Membro del Gruppo di lavoro Internazionale dell'LMHI per l'educazione e la ricerca. E' il più anziano Membro Esperto della Facoltà di Formazione Omeopatica post laurea dell'Università di Agra (India). Presidente del Comitato Consultivo sull'Omeopatia presso il Governo di Uttar Pradesh (India). Autore di " Krebs Heilbar Durch Homöopathie" - Trattamento del Cancro con l'Omeopatia - e i suoi libri sulla gestione omeopatica delle emergenze e delle malattie gravi sono in via di pubblicazione. Tiene regolarmente seminari 6-7 volte all'anno attraverso l'Europa e l'Asia, seminari che vengono seguiti annualmente da circa 700 omeopati. Ha ricevuto numerosi premi per le migliori presentazioni ai congressi internazionali.

Prof. Alok Pareek M.D.(Hom.) is in active Homoeopathic practice since more than 3 decades. He is the Director of Pareek Hospital and Research Centre, a 50-bedded Homoeopathic Hospital with Modern Diagnostics and a surgical wing. Member of the International Working Group of the LMHI for Education and Research. He is a senior Expert Member of the faculty of Post-Graduate Homoeopathic Education, University of Agra (India). He is also the Chairman of the Advisory Committee on Homoeopathy to the Govt. of U.P (India). He is the author of "Krebs Heilbar Durch Homöopathie" - Management of Cancer through Homoeopathy - and his books on the Homoeopathic Management of Emergencies and Severe Pathologies are under publication. His teaching seminars are regularly held 6-7 times a year across Europe and Asia and are attended by around 700 homoeopaths annually. He is the recipient of several Best Presentation awards at International Congresses.

solido attorno all'orificio dell'uretere destro, trabecolazioni di II grado. Praticata la biopsia risultava carcinoma delle cellule transizionali della vescica di III grado con infiltrazioni nel muscolo sottostante (stadio T3). Lieve cistite cronica nella parte restante dell'organo. (Fig. 1,2) Il 21 Luglio 2004 viene praticata una scannerizzazione con ultrasuoni che denuncia la presenza di una massa nella parete destra della vescica che si spinge nella giunzione vescico ureterale destra e nel trigono e si estende per l'intera parete della vescica per una lunghezza di 41 mm e uno spessore di 12-17 mm fin dentro il tessuto molle adiacente e la prostata. Modesta idroureteronefrosi destra. (Fig. 3) Nuova scannerizzazione con ultrasuoni il 13 Settembre 2004 che mostra una massa irregolare ipocogena di mm71x17 lungo la parete postero laterale destra della vescica che invade la giunzione vescico ureterale destra. Dalla scannerizzazione con ultrasuoni del 1° Ottobre 2004 la massa ipocogena lungo la parete postero laterale della vescica è cresciuta e misura mm 84 x11. (Fig. 4) Dai ripetuti esami con ultrasuoni è evidente che il tumore si sta progressivamente ingrandendo. Nel periodo tra Luglio e Ottobre al paziente è stato più volte consigliato di sottoporsi ad asportazione chirurgica, ma il paziente aveva troppa paura dell'intervento e nell'Ottobre del 2004 optava per il trattamento omeopatico.

Nella prima visita omeopatica il 20 Ottobre '04 il paziente lamenta periodica ematuria; minzione frequente e urente, difficoltosa, con

On 21st July 2004 the patient underwent an ultrasound scan, which showed a mass on the right wall of the bladder involving the right vesico-ureteric junction and the trigone. The mass appeared to extend through the entire urinary bladder wall; it measured 41 mm in length and 12-17 mm in thickness extending into the adjacent soft tissue and the prostate. Moderate right hydronephrosis. (Fig. 3) On 13th September 2004 a further ultrasound scan of the urinary bladder showed an irregular hypoechoic mass measuring 71x17 mm along the right side of the posterolateral wall of the bladder and invading the right vesico-ureteric junction. From the ultrasound scan performed on 1st October 2004, the hypoechoic mass seen along the posterolateral wall of the bladder appeared to have grown to a size of 84 x 11 mm. (Fig. 4) From the repeat ultrasound scans it became apparent that the tumor was progressively growing in size. During the period July-October 2004, the patient was repeatedly advised by the oncologist to undergo surgical removal of the mass. However, the patient was too fearful of surgery and in October 2004 he opted for homoeopathic treatment.

At first homoeopathic consultation - on 20th October 2004 - the patient complains of recurrent haematuria, frequency and burning micturition, strain to urinate, with thin urinary stream. Urinary discomfort is very severe.



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 6



Fig. 7

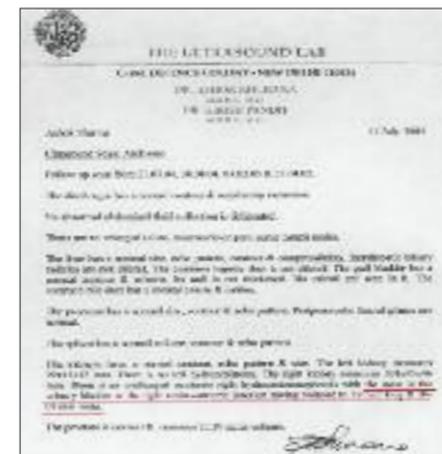


Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

flusso urinario sottile. La sofferenza urinaria è molto marcata. Prescrivo Terebinthina 30CH, tre volte al giorno per una settimana.

Il 28 Ottobre '04 lo rivedo. Lamenta come sintomi locali la scomparsa dell'ematuria negli ultimi quattro giorni. Persiste il bruciore alla minzione, che peggiora durante e dopo. Minzione difficoltosa con flusso urinario sottile.

Pesantezza dolorosa in sede lombare destra. Dolore alle spalle, al torace e al dorso.

Generalità fisiche: sensazione di freddo.

Desideri: alcool e cibo non vegetariano.

Sfera mentale: marcata ansia per la sua malattia; affrettato, eloquio rapido; paura dell'intervento chirurgico e della morte, paura del cancro. Sfera sessuale: marcato desiderio sessuale fin da giovane. Ha dovuto reprimere la sua libido già da due anni a causa della progressiva difficoltà ad urinare che dopo un rapporto sessuale peggiorava.

Medicina prescritta: Cantharis 30 CH tre volte al giorno.

Follow-up il 10 Novembre '04

Migliorati il bruciore e il disagio urinario.

Farmaco prescritto: Arsenicum Album 200 CH dose unica e Uva Ursi Q5 gocce 2 volte al dì in 14-15 cc di acqua, come rimedio di organo.

Follow-up ed evoluzione il 24 Novembre '04

Il paziente è apparso calmo mentalmente con minore ansia. Persiste il disagio nella minzione.

L'unico sintomo sul quale egli poneva l'accento durante la visita era il desiderio di sesso con i sintomi urinari che peggioravano dopo.

Prescrivo: Cantharis 30 CH 3 volte al dì. Uva Ursi Q5 veniva confermato in gocce 2 volte al dì come rimedio d'organo

Follow-up del 1° Dicembre 2004

Migliorati il disagio alla minzione Non episodi di ematuria.

Prescrivo: Conium Maculatum 200CH dose unica. Confermo come

I prescribe Terebinthina 30 C, three times daily for one week.

On 28th October 2004 I see him again. In the last four days he has had no haematuria. Burning sensation that is worse during and after micturition persists. Strain to urinate with thin urinary stream. The patient has an aching heaviness in the right lumbar region with pain radiating to the shoulders, chest and back.

Physical generals: chills.

Desires: alcoholic drinks and non vegetarian food.

Mental sphere: marked anxiety about his disease; hurried, he talks hurriedly; fear of surgery and death, fear of cancer.

Sexual sphere: increased sexual desire since youth. In the last two years he had to suppress his sexual desire due to the progressive difficulty urinating, which worsened after sexual intercourse.

Medicine prescribed: Cantharis 30C three times daily.

Follow up on 10th November 2004

Improvement in burning sensation and urinary discomfort

Medicine prescribed: Arsenicum Album 200 C (single dose) and Uva Ursi Q5 drops twice daily with half ounce of water as an organ remedy.

Follow up and progress on 24th November 2004

The patient appears mentally calm and less anxious. The urinary discomfort persists. The only symptom the patient stressed during this consultation was his desire for sex with urinary symptoms worsening after intercourse.

I prescribe: Cantharis 30 C three times daily and Uva Ursi Q5 drops twice daily confirmed as an organ remedy .

Follow up on 1st December 2004

Improvement in urinary discomfort. No bouts of haematuria.

I prescribe a single dose of Conium Maculatum 200C and I confirm Uva Ursi Q5 drops twice daily as an organ remedy.

rimedio d'organo: Uva Ursi Q5 gocce 2 volte al dì.

Follow-up del 17 Dicembre 2004

La stranguria è migliorata. Mentalmente è calmo.

Da una nuova ultrasuonografia si evince una marcata riduzione del tumore che è di mm 38 x 20. (Fig. 5)

Follow-up del 4 Gennaio 2005

Il bruciore alla minzione è diminuito. Permane la difficoltà ad urinare. Prescrivo una dose unica di Conium Maculatum M e sospendo Uva Ursi come rimedio d'organo.

Follow-up del 4 Febbraio '05

La massa presente nella vescica è regredita in modo straordinario ed ora misura mm 31x 10. (Fig. 6) Il paziente ha un'occasionale bruciore quando urina. E' seguito con placebo.

Follow-up del 25 Aprile '05

Viene praticata una scannerizzazione con ultrasuoni che rivela che la massa nella vescica è regredita ulteriormente fino ad uno spessore di mm 21x 5-8. (Fig. 7) Non ci sono ingrossamenti dei linfonodi celiaci, mesenterici o para aortici. Il fegato è normale.

Follow-up dell'11 Luglio '05

Ultrasuonografia dell'addome: la massa presente nella vescica a destra della giunzione vescico-ureterica si è ridotta fino ad una lunghezza di 19 mm ed una larghezza di mm 04-07. (Fig. 8)

Il paziente è di buon umore. Non ha alcun disturbo quando urina.

Follow-up Giugno 2006

Scannerizzazione con ultrasuoni: al momento non è visibile alcuna massa nella vescica né nella prostata. La vescica ha normale contorno e capacità. (Fig. 9)

Nel successivo follow-up nell'Aprile 2008 il paziente sta bene sia

Follow up on 17th December 2004

Improvement in urinary discomfort. The patient is mentally calm.

A further ultrasound scan shows a marked reduction in the size of the bladder tumor which now measures 38x20 mm. (Fig. 5)

Follow up on 4th January 2005

Improvement in burning sensation on micturition; strain to urinate persists. I prescribe a single dose of Conium Maculatum MC and I stop Uva Ursi Q as an organ remedy.

Follow up on 4th February 2005

The mass in the urinary bladder has regressed remarkably and now measures 31x10 mm. (Fig. 6) The patient has occasional burning on urinating. He is followed up with placebo.

Follow up on 25th April 2005

An ultrasound scan is performed which shows that the mass in the urinary bladder has regressed further to 21x5-8 mm thick. (Fig. 7) There are no enlarged celiac, mesenteric or para-aortic lymphnodes. The liver is normal.

Follow up on 11th July 2005

Ultrasonography of the abdomen: the mass in the urinary bladder at the right vesico-ureteric junction has reduced and is now 19 mm long and 4-7 mm wide. (Fig. 8) The patient is cheerful. He has no urinary discomfort. The case continues to be followed up through regular consultations.

Follow up in June 2006

Ultrasound scan: no mass is currently visible in the urinary bladder or prostate. The urinary bladder has a normal contour and capacity. (Fig. 9)

In the subsequent follow-up consultation in April 2008, the patient appears well both clinically and from the point of view of his symptoms.

Direttore de Il Medico Omeopata
gdominici@mclink.it – www.omeopatia-roma.it

Syphilinum

Lichen simplex e Lichen ruber planus

RIASSUNTO

Nella pratica clinica i medicinali omeopatici dimostrano di possedere una potenzialità d'azione molto elevata, tale da guarire gravi malattie o anche dare luogo a manifestazioni patologiche di elevata intensità. Questa seconda possibilità è più probabile con alcuni di essi, i cosiddetti rimedi anti-psorici, ed in particolare con Sulphur. L'Autore descrive un caso clinico paradigmatico in cui il medicamento prescritto porta alla risoluzione della patologia, ma anche ad una manifestazione cutanea grave, che viene risolta velocemente solo dopo un attento studio del caso.

PAROLE CHIAVE

Emorroidi croniche – Sulphur - Lichen simplex – Lichen ruber planus – Syphilinum – Guarigione.

SUMMARY

In the clinical practice the homeopathic medicines show a very high therapeutic power. They can produce unexpected recoveries but at the same time strong pathological symptoms. This happens quite often with some remedies, so-called anti-psorics, and, in case of Sulphur, this is quite common. The Author shows a characteristic clinical case in which the well prescribed medicine causes a serious skin disease. The recovery is obtained only after a careful study of the case.

KEYWORDS

Chronic hemorrhoids – Sulphur – Lichen simplex – Lichen ruber planus – Syphilinum - Recovery

INTRODUZIONE

I detrattori dell'Omeopatia sostengono che le medicine omeopatiche, per la loro natura imponderabile, hanno capacità terapeutica nulla o non adeguata alla cura delle malattie. La pratica clinica ci dimostra invece, al di là di ogni ragionevole dubbio, che la potenza dei medicinali omeopatici è incredibilmente elevata, al punto da richiedere un loro uso ben codificato ed attento, pena il rischio di causare aggravamenti di elevata intensità. Il caso che segue è uno dei molteplici esempi possibili.

MATERIALI E METODI

L'approccio terapeutico alla patologia segue il metodo dell'Omeopatia Classica detta anche Unicista, che implica:

- 1) Una visita medica estesa ai sintomi caratteristici individuali, che identifica le patologie del Paziente e la sua tipologia specifica.
- 2) La prescrizione di un unico medicamento omeopatico, il più simile al quadro clinico globale evidenziato. Il medicamento viene individuata con l'ausilio del repertorio omeopatico.¹
- 3) Frequenti contatti per verificare la risposta terapeutica, sia telefonici che tramite visita medica, proporzionalmente alla gravità e sostenibilità dei sintomi.
- 4) Eventuale nuova terapia - individuazione di un altro differente medicamento - se il quadro clinico globale risulta cambiato in modo rilevante rispetto al precedente, fino alla guarigione definitiva del caso.

Il caso clinico

Viene in visita un Paziente di 36 anni che si cura omeopaticamente da molti anni e che gode di buona salute, non assume alcuna terapia da circa un anno. Si lamenta di disturbi emorroidari.

E' un tipo di Paziente che sa attendere ed anche sostenere i sintomi, quando consulta il medico lo fa a ragion veduta e va quindi sempre preso in seria considerazione. In effetti il disturbo emorroidario dura da circa un mese e mezzo e non tende a cessare, come accaduto altre volte, piuttosto ad accentuarsi col passare delle settimane. Non ostacola troppo la sua vita quotidiana perché il dolore è assente, così come il sanguinamento, ma le emorroidi danno fastidio quando rimane in piedi e, soprattutto, camminando. Dopo pochi metri iniziano a protrudere in modo ingrossante, al punto che dopo 300 metri è costretto a tornarsene a casa ed a sedersi, unica posizione che gli dà sollievo. Essendo un Paziente esperto ed anche appassionato di Omeopatia, ha studiato vari opuscoli e, di sua iniziativa, ha assunto prima Hamamelis, poi Aesculus 30CH, utilizzando anche pomate corrispondenti. Entrambi hanno migliorato lievemente e temporaneamente la situazione, che poi è tornata al punto di partenza.

Il quesito terapeutico non è dei più semplici, nonostante le buone condizioni generali del Paziente, perché la patologia

non tende minimamente alla risoluzione, piuttosto ad un lento ma costante aggravamento. Completo la visita raggiungendo ai sintomi locali dei chiari sintomi mentali, quali:

- tendenza alla collera verso se stesso, per i propri errori, conseguenza di una forte severità di base;
- mancanza di riposo fino a che non ha portato a termine il lavoro iniziato;
- frequente dimenticanza dei nomi delle persone.

REPERTORIZZAZIONE (Synthesis 9.2)

Somma dei sintomi (+gradi) - Somma dei sintomi (+gradi) - Intensità considerata	
1	1234 3 RECTUM - HEMORRHOIDS 279
2	1234 1 RECTUM - HEMORRHOIDS - chronic 21
3	1234 1 RECTUM - HEMORRHOIDS - standing agg. 4
4	1234 1 RECTUM - HEMORRHOIDS - sitting - amel. 4
5	1234 2 RECTUM - HEMORRHOIDS - walking - agg. 28
6	1234 1 MIND - ANGER - himself, with 22
7	1234 1 MIND - ANGER - mistakes, about his 14
8	1234 1 MIND - REST - cannot rest when things are not in the proper place 14
9	1234 1 MIND - MEMORY - weakness of memory - names 37

	sulph.	ars.	aesc.	caust.	nit-ac.	sep.	calc.	nux-v.	lyc.	phos.
	11/26	9/16	7/20	7/18	7/15	7/13	7/10	6/14	6/13	6/13
1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
2	3	-	3	1	2	-	1	3	2	2
3	2	-	2	2	-	-	-	-	-	-
4	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-
5	3	1	3	3	1	1	1	-	-	1
6	2	1	-	-	-	1	-	1	1	-
7	2	1	-	-	2	-	-	1	-	-
8	1	2	-	-	-	1	-	-	-	-
9	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-

Chiedo notizie riguardo la sua reazione alle condizioni meteorologiche e, avuta come risposta una chiara e netta insofferenza al caldo in tutte le stagioni, anche le più fredde, rompo gli indugi e prescriverei SULPHUR 200K + 35K x 2/die.

Il Paziente mi telefona dopo 7 giorni comunicandomi che già dopo 48 ore i sintomi emorroidari erano migliorati del 50%, ma che poi tutto si era fermato e sembrava non stesse accadendo più nulla. Tutto il resto bene. Gli consiglio di assumere ancora pochi globuli di SULPHUR 200K, poi continuare con 35K.

Dopo 5 giorni ricevo notizie allarmate: nelle successive 24 ore la seconda assunzione di Sulphur i sintomi emorroidari erano definitivamente scomparsi, *come per magia!* (Nota: in

corso le parole del Paziente). Nelle due notti successive era iniziato un prurito scrotale notturno via via ingrossante, tanto da portare ad un'insonnia quasi totale. *Dottore, mi creda, non sono un lamentoso, è realmente insostenibile!* Verifico telefonicamente la situazione, mi informo sui suoi sintomi, decido di intervenire con STAPHISAGRIA 200K, un tappino sciolto in acqua ogni sera ed assunto a sorsi. Risultato: salvo il sonno delle due notti seguenti, pur con qualche risveglio a causa del prurito, aumentato il prurito diurno fino a creare *situazioni imbarazzanti, al limite del comico*. Gli chiedo di venire a visita.

Alla visita posso constatare che nella parte antero inferiore dello scroto la cute è fortemente infiammata e rilevata, rossa, con qualche lesione da grattamento. La diagnosi non è difficile, trattasi di Lichen simplex o neurodermite circoscritta, un disturbo molto antipatico e di difficile trattamento.

LICHEN SIMPLEX CRONICO O DIVIDAL O NEURODERMITE CRONICA CIRCOSCRITTA

E' caratterizzato da una eruzione di *piccole papule* lenticolari od emisferiche, roseo-grigiastre, con superficie brillante e piana, poco rilevate, riunite in *placche mai molto numerose (spesso una sola)*, ovalari, a volte irregolari, che possono occupare una superficie grande quanto il palmo di una mano, a contorni mal definiti. (...) Il *prurito, accessionale, è intensissimo, il decorso è cronico* e può durare mesi e anni. (...) Nelle forme primitive le cause vanno ricercate in stati ansiosi, conflittuali, eretistici. Sedi: *Regione laterale e posteriore del collo*, superficie flessoria degli avambracci, radice delle cosce, superficie laterale delle gambe, cavi poplitei, *genitali* (scroto, grandi labbra). Diagnosi differenziale: Lichen ruber planus (...).²

Il prurito è voluttuoso, *da impazzire! Non grattarsi è impossibile, ma quando lo faccio è come se esplodesse una bomba e da allora in poi non posso più resistere! E' come se tanti aghi arroventati mi pungessero contemporaneamente; a volte come se mi mordessero degli animaletti. Dottore, mai nulla ha mai messo alla prova la mia stabilità mentale come questo disturbo!*

Studio accuratamente la sintomatologia del Paziente. Un sintomo che trovo molto caratterizzante è che quando il Paziente è attivo fisicamente - come camminando (azione che può ora riprendere in quanto le emorroidi sono scomparse), correndo, andando in bicicletta - il disturbo scompare, ricomparendo di notte, a riposo e durante il lavoro intellettuale. Prescriverei RHUS TOXICODENDRON 200K, sempre un tappino sciolto in acqua da assumere a sorsi. Risultato: una notte di sonno quasi normale, poi il disastro,



Sulphur often produces prolonged aggravation when there are many tissue changes in advanced cases of syphilis. (...) The effort of Sulphur is to remove the results of disease, which the patient cannot stand. It often causes suspicion of latent syphilis when such aggravations are very severe after Sulphur high. (...) After such prolonged aggravations Syphilinum should be considered.

con estensione della superficie pruriginosa al pene, all'ano, agli inguini e qualche sensazione per il corpo che non fa affatto ben sperare. Prescrivo telefonicamente MERCURIUS SOLUBILIS 30CH, da assumere ogni 3-4 ore, ottenendo un beneficio temporaneo. Poi l'aggravamento riprende: sono invasi interamente i genitali ed il Paziente mi comunica che sta comparando qualche segno su per il collo. Gli chiedo di venire di nuovo a visita.

Rimango sbalordito dalla sua capacità di controllo e dalla mancanza di irritazione nei miei confronti. Trascorre notti completamente insonni, afferma: *Avrei sonno, non appena sto per addormentarmi esplose il prurito, come avesse la volontà di impedirmi di dormire. Sembra abbia in sé qualcosa di maligno, di perverso ed inafferrabile, come se avesse deciso che non debba più riposare, che debba crollare. Il giorno dopo mi aspetto di essere stravolto, invece ho la forza di fare tutto nonostante il prurito, che ora non mi dà più pace. Mi aspetto di crollare da un momento all'altro, non potrò resistere ancora a lungo, caro Dottore!*

All'esame obiettivo la situazione si presenta drammatica: le parti infiammate dello scroto secernono un siero che poi si solidifica creando una crosta che fa tutt'uno con gli indumenti intimi. La cute del pene è invasa da strie marroni, il glande invece è completamente risparmiato. Al collo si sono presentate delle striature rosso scure molto pruriginose e per il corpo sono comparsi dei puntini rossi, anche essi molto pruriginosi. La diagnosi non può più essere la stessa, la malattia è ora sistemica, va ristudiata. Dico al Paziente di andare e che mi farò sentire a breve dopo aver studiato con cura la situazione. Egli mantiene ancora intatta la sua fiducia nel medico.

LICHEN RUBER PLANUS

La malattia è abbastanza frequente nell'adulto specie se si tratta di un soggetto eretistico, nervoso, affaticato. Essa si

presenta con *papule* poligonali, dure, piatte, translucide, ombelicate al centro, di *colorito ardesiaco* che con il tempo diviene bruniccio, grandi da una capocchia di spillo ad una lenticchia, isolate oppure riunite in gruppi figurati (a cerchio, a rosario, a mosaico, ecc.) *intensamente pruriginose*. (...) L'insorgenza della forma morbosa è subdola e il decorso, salvo rari casi, è lento (mesi e anche anni). Può risolversi spontaneamente lasciando una pigmentazione bruna. (...) Sedi: *Simmetricamente sulle superfici flessorie degli arti; cute e mucose dei genitali, mucosa orale* (delle guance, bordo linguale).²

Chiarita la diagnosi, prima di prescrivere analisi sistemiche per indagare l'entità della patologia e la reale causalità (sembra sia dovuta a disordini immunitari, a volte sintomatica di altre patologie), debbo trovare una soluzione terapeutica per fermare il tormento che vive il Paziente. Mi affido alla clinica di James Taylor Kent, di cui ricordo alcune cose al riguardo lette su Syphilinum³: finalmente trovo ciò che andavo cercando (didascalia foto). Prescrivo SYPHILINUM XMK, sempre un tappino sciolto in acqua ed assunto a sorsi, soluzione da ripetere ogni giorno fino a che non si evidenzia un chiaro miglioramento, da allora in poi sospendere la somministrazione.

Mi telefona il Paziente 48 ore dopo l'assunzione, felice ed esultante, comunicandomi che i sintomi sono incredibilmente diminuiti dell'80% e che riesce a dormire quasi bene. Gli chiedo di assumere la soluzione con il medicamento solo in caso di risveglio notturno per il prurito.

Lo rivedo dopo quattro giorni e posso verificare la quasi totale scomparsa di ogni traccia visibile della patologia, rimangono solo alcune striature marroncine sulla cute del pene, che stanno velocemente desquamando e scolorendo. Il Paziente sta bene, ha un ottimo aspetto, come se non fosse accaduto nulla, o meglio, come se tutto ciò avesse migliorato la sua salute.

Dopo due mesi si conferma la scomparsa della sintomatologia ed il buono stato generale del Paziente.

CONCLUSIONI

Riesaminando il caso clinico nella sua interezza e in tutti i suoi passaggi sintomatologici e prescrittivi si può affermare che nessun elemento anamnestico poteva far sospettare una reazione così importante e difficile da gestire. Il Paziente, infatti, non aveva nella sua storia clinica nessun antecedente relativo alla sifilide,³ né personale, né ereditario. E' co-

munque probabile che una più attenta valutazione miasmatica avrebbe potuto evidenziare sintomi appartenenti al 3° miasma - la Sifilis appunto - latenti al momento della patologia emorroidaria, ma pronti ad evidenziarsi dopo stimolazione psorica, come quella avvenuta con Sulphur.

E' da sottolineare come la salute globale del Paziente abbia tratto giovamento dall'intera vicenda, nonostante i drammatici momenti vissuti all'acme della sintomatologia. In sostanza la patologia cutanea sembra essere stata una forma liberatoria, un'espulsione centrifuga della carica patologica costituzionale.

Si può concludere che:

- 1) L'approccio omeopatico alla patologia individuale non segue né potrà mai seguire unicamente il criterio della scomparsa o meno del sintomo del Paziente. Ciò che accade dopo lo stimolo medicamentoso è molto più complesso ed articolato.
- 2) Il medicamento omeopatico, quando appropriato alla sintomatologia del soggetto malato, ha una potenzialità

d'azione elevata e notevole profondità, tali da risolvere velocemente patologie croniche e, contemporaneamente, generare un dinamismo centrifugo che può dar luogo a manifestazioni estremamente fastidiose.

- 3) La conoscenza di tale dinamismo si può ottenere studiando i sintomi del soggetto malato secondo la teoria dei Miasmi; tale studio può contribuire a chiarire la prognosi ed a prevedere ed evitare alcune spiacevoli reazioni.

BIBLIOGRAFIA

- 1 F. SCHROJENS – *Synthesis 9.2* – ARCHIBEL, Assesse (Belgio) 2009
- 2 R. TAGLIAVINI – *Nuovo atlante pratico di dermatologia e venerologia* – CIBA-GEIGY EDIZIONI – 1989
- 3 J. T. KENT – *Lecture on homeopathic Materia Medica* – B. Jain Pub., New Delhi, 1990

Ringraziamenti

Al Paziente, per la pazienza e fiducia dimostrate, frutto di una comprensione vera di ciò che realmente sono salute e malattia; inoltre per la sua disponibilità alla pubblicazione del caso clinico, che ha letto ed approvato.

Norme per gli autori

Editore: FIAMO – Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopatici
Redazione: Piazza Vescovio 7 – 00199 ROMA ITALIA – rivista@fiamo.it
Direttore: Gustavo Dominici: gdominici@mclink.it
Vice Direttore: Antonella Ronchi: anto.ronchi@tiscalit.it
Capo Redattore Veterinaria: Mauro Dodesini: mauro.dodesini@omeopatiapossibile.it
Comitato di Redazione: Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it
Comitato di Revisori: Paolo Bellavite (Università di Verona); Nicola Del Giudice; Giusi Pitari (Università di L'Aquila)

LA RIVISTA

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

INVIO DEI MANOSCRITTI

Gli Autori devono inviare i lavori tramite posta elettronica all'indirizzo della Redazione: rivista@fiamo.it, o direttamente al Direttore responsabile: gdominici@mclink.it. Gli articoli possono essere inviati anche tramite cd all'indirizzo civico della Redazione.

USCITA DELLA RIVISTA

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

STRUTTURA DEI MANOSCRITTI

I manoscritti dovranno essere strutturati come segue:

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

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

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

Parole Chiave – Da 3 a massimo 7 parole.

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

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

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

FORMATO DEI MANOSCRITTI

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

DIRITTI D'AUTORE

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

BOZZE DI STAMPA

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

RESPONSABILITÀ

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

il medico
OMEOPATA

GUIDE FOR AUTHORS

Publisher: FIAMO – Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopatici
Editorial office: Piazza Vescovio 7 – 00199 ROMA ITALY – rivista@fiamo.it
Editor: Gustavo Dominici: gdominici@mclink.it
Vice Editor: Mauro Dodesini: mauro.dodesini@omeopatiapossibile.it
Veterinary: Antonella Ronchi: anto.ronchi@tiscalit.it
Editorial board: Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it
Editorial Advisory Board: Paolo Bellavite (University of Verona – Italy); Nicola Del Giudice; Giusi Pitari (University of L'Aquila – Italy)

The Journal

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

Submission of a manuscript

Authors should send their work by e-mail to the editorial office: "rivista@fiamo.it", or directly to the Director: gdominici@mclink.it. Authors can also send work on a CD to the journal's postal address.

Publication

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

Layout of the manuscript

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

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

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

Key Words – Give 3 to 7 key words.

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

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

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

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

Layout of manuscripts

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

Copyright

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

Proofs

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

Disclaimer

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



ACQUA MINERALE
MINIMAMENTE MINERALIZZATA

La purezza dell'alta montagna
fa bene al nostro benessere.

L'acqua minerale minimamente mineralizzata Plose è un vero gioiello della natura. Sgorga leggerissima in Alto Adige, dal monte Plose, a ben 1870 metri di altitudine.

Le sue particolari caratteristiche chimiche e organolettiche la rendono particolarmente compatibile con le cure omeopatiche e l'omeopatia in generale, sia nella diluizione dei farmaci che come acqua di regime.

Il pH identico a quello dell'acqua intracellulare, il residuo fisso minimo, l'irrilevante presenza di sodio e l'alto contenuto di ossigeno fanno di Acqua Plose un prezioso elisir della vita.

RESIDUO FISSO	22 mg/l
PH	6.6
CONDUC. ELETTR.	27 µS/cm
RESISTIVITÀ	27.000
DUREZZA	1.3 F
SODIO	1.3 mg/l
OSSIGENO	9.4 mg/l

PLOSE
PARTNER UFFICIALE FIAMO
Medici Omeopatici



Servizio a domicilio: n°verde 800 832 810 info@acquaplose.it

FONTI PLOSE S.p.A.
Via JULIUS DURST, 12 • BRESSANONE (BZ)
Tel. 0472.83.64.61

MINSAN 903012383

www.acquaplose.it

PRESIDIO OMEOPATIA ITALIANA®

CEMON.

La bandiera dell'Omeopatia italiana
da 40 anni ha soltanto un colore.

40
ANNIVERSARIO
1971 - 2011



Granuli · Globuli · Gocce · Cure · Tinture Madri · Pomate

Cemon opera con costante impegno sul territorio italiano dal 1971, nella tutela dell'altissima qualità e della sicurezza della Farmacopea e della Medicina Omeopatica Hahnemanniana. Tutto ciò per **garantire il diritto dell'individuo alla salute** e il principio del **curare senza nuocere**, allo scopo di lenire la sofferenza, nell'ottica di assicurare un futuro migliore alle prossime generazioni.



CEMON. IL RIMEDIO OMEOPATICO

CURARE SENZA NUOCERE

CEMON s.r.l.

Viale Antonio Gramsci, 18

80122 Napoli - Tel +39 081 2482376

info@cemon.eu - www.cemon.eu

 **cemon**
PRESIDIO OMEOPATIA ITALIANA