

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The italian journal of Classical Homeopathy

in questo numero in this issue

• **UN VITALISSIMO VUOTO**

In ricordo di Emilio Del Giudice *di V. Elia e R. Germano*

- **Il Simillimum** *di G. Dominici*
- **Convegno con Luc Montagnier** *di F. Marino*
- **Intervista a Gustavo Krichesky** *di P. Tubia*
- **Il valore dei sintomi** *di R. Galassi*
- **Tradire Hahnemann?** *di A. Fontebuoni*

OMEOPATIA CLINICA/ CLINICAL HOMEOPATHY

- **Semeiotica veterinaria** *di F. Antonioni*
- **Complicanze post-operatorie** *di S. Ruini*
- **Storie di Omeopatia** *di G. Muscari Tomaioli*
- **Tonsilliti croniche** *di S. Varacalli*
- **GERD in pediatria** *di N. Chiaramida*

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



corsi di medicina omeopatica 2013/2014

DIPARTIMENTO FORMAZIONE FIAMO

FORMAZIONE PRIMARIA E AVANZATA

CENTRO DI OMEOPATIA CATANIA Dir. Acc. Dr. Roberto Petrucci via Re Martino, 169 95125 Catania Dr. Alessandro Avolio cell. 392.7817962 tel. 095.7137121 a.avolio@centrodiomeopatia.it www.omeopatiacatania.it	A.F.M.O. - E.M.C. SCUOLA DI FORMAZIONE IN MEDICINA OMEOPATICA Sedi: Reggio Calabria e Catanzaro Dir. Acc. Dr. Vincenzo Falabella via M. da Caravaggio, 52 80126 Napoli / via Reno, 10 88046 Lamezia Terme tel./fax 081 5931854 - 338 9422305 cell. 338 8456415 - 380 7945133 afmo@afmo.eu - www.afmo.eu	ASSOCIAZIONE GRUPPO OMEOPATICO DULCAMARA CENTRO ACCREDITATO DALLA FACULTY OF HOMEOPATHY OF U.K. Dir. Acc. Dr. Flavio Tonello via di Santa Chiara, 2-9 16128 Genova tel. 010.5531067 - fax 010.8682935 cell. 345.0563074 info@dulcamara.org mangini@village.it www.dulcamara.org	I.R.M.S.O. - ISTITUTO RICERCA MEDICA 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 Merialdo via Casaregis, 19/16 16129 Genova tel. 010.3106210 - fax 010.3198476 gmerialdo@tiscalinet.it www.kaos-omeopatia.org	SCUOLA DI OMEOPATIA CLASSICA MARIO GARLASCO Dir. Acc. Dr. Pia Barilli Villa Bandini Via del Paradiso, 5 / Via di Ripoli 118 50126 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 0575.604565 info@omeovet.net www.omeovet.net	SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA DI VERONA Dir. Acc. Dr. Federico Allegri 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 C.S.R. CENTRO DI RICERCA E SCUOLA DI OMEOPATIA CLASSICA Dir. Acc. Dr. Maurizio Italiano c/o Spaziper via Antonello da Messina, 5 20145 Milano tel. 392.4207334 - fax 02.36512201 segreteria@centrostudilaruota.org www.centrostudilaruota.org	ACCADEMIA INTERNAZIONALE DI OMEOPATIA CLASSICA "PIERIA" DI PISA Dir. Acc. Dr. Ioannis Konstantos via Tommaso Rook, 120 56122 Pisa tel. 050.532177 - fax 050.8754404 info@konstantos.org www.konstantos.org	SCUOLA SIMILIA SIMILIBUS Dir. Acc. Dr. Marco Colla via dei Mille, 25 10123 Torino cell. 338.3202942 tel. 015.8409008 scuola@similiasimilibus.org www.similiasimilibus.org	SCUOLA DI OMEOPATIA CLASSICA HAHNEMANNIANA - EFFATA LUCCA Dir. Acc. Dr. Simonetta Tassoni centro Progress - via Salicchi, 711 San Marco - Lucca tel. 0583.495525 cell. 389.5043929 - 329.4291424 omeopatia@simonettatassoni.it www.scuolaomeopatieffata.org

FORMAZIONE AVANZATA

ACCADEMIA OMEOPATICA SARDA SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA Dir. Acc. Dr. Antonio Abbate via Veio, 5 - 00183 Roma via Sant'Aniana, 2 - 09129 Cagliari tel. 06.70490243 - 347.3848859 dr.a.abbate@alice.it www.academiaomeopaticasarda.it	C.D.O. - CENTRO DI OMEOPATIA DI MILANO Dir. Acc. Dr. Roberto Petrucci via Ca' Granda, 2 - 20162 Milano tel. 02.6472045 - fax 02.73960576 asterias@asterias.it www.asterias.it www.centrodiomeopatia.it	KOINÈ - SCUOLA INTERNAZIONALE DI FORMAZIONE PERMANENTE IN MEDICINA OMEOPATICA Dir. Acc. Dr. Massimo Mangialavori via Rolda, 91 41014 Solignano Nuovo (MO) tel. 059.748088 drmmangialavori@icloud.com www.mangialavori.it	SCUOLA MEDICA OMEOPATICA HAHNEMANNIANA DI TORINO DELL'ISTITUTO OMEOPATICO ITALIANO Dir. Acc. Dr. Alberto Magnetti corso Belgio, 124 - 10153 Torino tel./fax 011.8994552 cell. 347.7653606 info@omeoto.it - www.omeoto.it	C.I.M.I. - CENTRO ITALIANO DI MEDICINA INTEGRATA Dir. Acc. Dr. Giovanni Marotta via Ugo Bassi, 20 - 00152 Roma tel./fax 06.5812492 gmarotta@tiscalinet.it
--	---	---	--	--



IL PROGRAMMA

unificato del Dipartimento Scuola Formazione Insegnamento della Fiamo è adottato da 17 scuole di medicina omeopatica distribuite su tutto il territorio nazionale. I corsi hanno la durata minima di 3 anni per un totale di almeno 600 ore di lezione comprendenti: teoria, pratica clinica, seminari e supervisioni. Il programma e la struttura del corso unificato sono allineati agli standard stabiliti dagli stati membri dell'Unione Europea ove è praticata e insegnata la medicina omeopatica.

I REQUISITI DEI DOCENTI E DEI TUTOR

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

IL CORSO È DESTINATO

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

IL DIPLOMA

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

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The Italian journal of Classical Homeopathy

anno XIX | numero 55 | marzo 2014

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

Sommario

EDITORIALE G. Dominici

Il Simillimum. L'impulso alla consapevolezza

5

LA VOCE DEL PRESIDENTE A. Ronchi

Guerra e Pace

6

EDITORIALE VETERINARIO M. Dodesini

Sogno e realtà

8

STRUMENTI DEL MESTIERE M. Sanguini

L'un contro l'altro armati

10

SEMINARI F.V. Marino

Acqua: veicolo di informazione. Nuove frontiere in medicina

12

IN RICORDO DI... V. Elia, R. Germano

E. Del Giudice

16

INTERVISTA P. Tubia

Gustavo E. Krickesky

20

RICERCA A. Fontebuoni

La nuova sperimentazione in Omeopatia

22

STORIA R. Galassi

Il valore dei sintomi in Omeopatia

24

CLINICA VETERINARIA

Semeiotica Omeopatica e osservazione F. Antonioni

33

Omeopatia e complicanze post-operatorie S. Ruini

38

CONGRESSO FIAMO

42

OMEOPATIA CLINICA

Storie di Omeopatia quotidiana G. Muscari Tomaioli

44

Il problema tonsillare e l'Omeopatia S. Varacalli

46

L'Omeopatia nel reflusso gastroesofageo in età pediatrica N. Chiaramida

52

NORME PER GLI AUTORI

62

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

direttore responsabile
Gustavo Dominici

vice direttore
Antonella Ronchi

capo redattore per la veterinaria
Mauro Dodesini

segretaria di redazione
Giovanna Giorgetti

redazione
Centro Omeopatico Vescovio
via Stimigliano, 22
00199 Roma
tel/fax +39 06 86208145
email 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
Manuela Del Giudice
Nicole Sanguini
Giusi Pitari

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

pubblicità
Giovanna Durante - cell. 347 6094735
gdurantefiamo@virgilio.it

progetto grafico e impaginazione
Francesco Bellucci, vico S. Salvatore, 20 - 05100 Terni

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

*hanno collaborato alla realizzazione
di questo numero:*
F. Antonioni, N. Chiaramida, M. Dodesini,
G. Dominici, V. Elia, A. Fontebuoni, R. Galassi,
R. Germano, F.V. Marino, G. Muscari Tomaioli,
A. Ronchi, S. Ruini, M. Sanguini, P. Tubia, S. Varacalli.

edito da FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI e MEDICI OMEOPATI
FIAMO

membro istituzionale





**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. Sgorra 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

FONTE PLOSE S.p.A.
Via JULIUS DURST, 12 • BRESSANONE (BZ)
Tel. 0472.83.64.61

MINSAN 903012363
www.acquaplose.it

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

Il Simillimum

L'impulso alla consapevolezza

Ho rivisto un ragazzo di 20 anni. La prima volta che lo visitai era come schiacciato, totalmente incapace di esprimersi. Pallido, dimesso, con difficoltà persino a parlare. Avevo prescritto Causticum MK, dopo il controllo XMK. Ora ho davanti a me una persona che quasi fatico a riconoscere. Ha perduto le spalle curve, ha uno sguardo franco e diretto, dolce, comunicativo. Si è sollevato dall'inerzia, ha iniziato realmente a studiare, ha trovato molti amici. *Non sono più timido, ma io non ho fatto nessuno sforzo, è successo spontaneamente!* Questo fatto lo lascia sorpreso, non riesce quasi a capacitarsene.

AM è una paziente che è stata curata con Veratrum album MK ed XMK. Ne ha tratto un concreto miglioramento, è uscita definitivamente da una pericolosa condizione *borderline*, pur mantenendo numerosi disturbi. La successiva dose di Veratrum XMK non ha prodotto alcun cambiamento significativo. Occorre trovare un altro rimedio che prosegua la via del miglioramento, scelta sempre molto delicata. Viene prescritto Rhus toxicodendron MK. La paziente torna a visita dopo 60 giorni. Ha perduto la sua loquacità ansiosa ed irrefrenabile. E' pacata. Afferma: *Mi sono resa conto di tante situazioni che accettavo passivamente, mi adattavo agli altri per essere accettata. Ho preso posizioni veramente mie, è stato anche difficile, ma mi sento veramente meglio.* Questa condizione si associa alla quasi scomparsa dei sintomi fisici ed a una sana stanchezza, con desiderio di riposare: è iniziato un lento e profondo recupero.

Cosa accade quando prescriviamo il Simillimum?
Come possono pochi globulini di lattosio, impregnati di una sostanza altamente diluita e ripetutamente succussa, generare una modifica così profonda dell'individuo tale da accrescere la consapevolezza di sé? Nel mondo delle ipotesi si può annaspire a lungo senza trovare convincenti vie d'uscita. Nel mondo dell'empirismo, dove la concretezza dell'avvenimento è la luce che chiarisce il percorso, si possono constatare tali cambiamenti e si può mettere a punto la via migliore per raggiungerli, senza lasciarla al caso o all'intuizione del momento



Ad un congresso LMHI di anni fa, ad Amsterdam, una collega, il cui nome mi sfugge, presentò un filmato che mostrava dei pazienti prima e dopo l'assunzione del rimedio *Simillimum* ed evidenziava come la terapia avesse modificato il loro atteggiamento e, in particolare, la loro espressione. Era un video chiaro e convincente. Le immagini erano prove indiscutibili della profondità del cambiamento avvenuto.

Cosa accade quando prescriviamo il *Simillimum*?

Come possono pochi globulini di lattosio, impregnati di una sostanza altamente diluita e ripetutamente succussa, generare una modifica così profonda dell'individuo tale da accrescere in modo rilevante la consapevolezza di sé? Come è possibile che una personalità incapsulata riesca a risvegliarsi, a manifestarsi, senza sforzo, persino con leg-

gerezza, e muovere i primi passi in una realtà che fino ad allora osservava da una feritoia, come dall'interno di uno scafandro, senza la possibilità di parteciparvi? Come è possibile che una paziente adulta, che ha tentato in tutti i modi - inclusa la psicoterapia - di uscire da una condizione di grave nevrosi, improvvisamente prenda coscienza di ciò che per decenni ha vissuto passivamente? Cosa può cambiare in 60 giorni e a che livello per portare ad una modifica di tale entità? Nel mondo delle ipotesi si può annaspire a lungo senza trovare convincenti vie d'uscita. Nel mondo dell'empirismo, dove la concretezza dell'avvenimento è la luce che chiarisce il percorso, si possono constatare tali cambiamenti e si può mettere a punto la via migliore per raggiungerli, senza lasciarla al caso o all'intuizione del momento. Non è, quindi, una spiegazione che si sta cercando, quanto la definizione di un obiettivo. Non è il perché si cammina di cui si disserta, quanto della meta e del modo migliore di raggiungerla. Ed è questo che si cercherà di chiarire in seguito. Nel frattempo continuiamo a sorprenderci, come fosse la prima volta, della potenzialità del metodo che abbiamo scelto per curare i malati.

Guerra e Pace

Presidente Fiamo anto.ronchi@tiscali.it



È stato scritto anche che le quantità di cellule infuse nei pazienti erano minime, praticamente delle quantità omeopatiche. Mi aspettavo pertanto che questa bagarre fornisse l'appiglio per l'ennesimo attacco alla medicina omeopatica e non mi sono quindi stupita quando ciò si è verificato. Su un noto blog qualche giorno fa è comparso un articolo intitolato "Dopo Stamina, liberiamoci dell'omeopatia" infarcito dei soliti luoghi comuni a cui siamo ormai abituati. Ma questa volta la riflessione sulla scientificità o meno della medicina è andata un po' oltre, stimolata da una lettura che sto facendo in questi giorni di un testo su Raimon Panikkar¹, intitolato "Pluralismo e Armonia". Potete capire bene che a un simile titolo non ho resistito, e credo di aver fatto bene, perché sto trovando in questa lettura tanti spunti di riflessione che mi sembra interessante condividere con voi, anche e soprattutto alla luce delle considerazioni fatte in occasione della morte di Emilio Del Giudice, che trovate in un altro articolo del giornale. Una prima riflessione è rispetto al fatto che attualmente la preoccupazione scientifica dell'oggettività si è quasi trasformata in una mania, nonostante le più recenti scoperte scientifiche contemporanee e la ormai acclarata evidenza di quanto la "conoscenza personale" sia un fattore costitutivo di ogni atto di conoscenza. Se non si ammette come principio fondante il pluralismo, cioè che la realtà non è riducibile a un singolo principio, continueremo a vivere in situazioni di conflitto, quali quelle attuali. La scienza moderna, che pretende di

In queste settimane non passa giorno che non si leggano sui giornali notizie riguardo al famigerato metodo Stamina, con prese di posizione molto dure da parte di numerosi rappresentanti della comunità scientifica italiana

essere l'unica chiave di lettura del reale, ha perso col suo rigoroso formalismo, il carattere classico di conoscenza e adoperata per i suoi scopi una ragione armata. Anche Emilio del Giudice, da laico qual era, diceva che la verità esiste, ma nessuno ne possiede la totalità né il monopolio. Tutti questi pensieri mi frullano in testa mentre ci avviciniamo alla data del Congresso Fiamo e alle occasioni di confronto, ma anche di possibile scontro che un Congresso rappresenta. Certamente il grande lascito di Hahnemann sta nella tensione a una conoscenza il più possibile scientifica, che porti a risultati riproducibili, ma il richiamo all'unicità dell'individuo e al suo particolare modo di fare una malattia è altrettanto importante nel messaggio hahnemanniano. Gli scolastici medioevali affermavano che *de singularibus non est scientia*, non c'è scienza delle realtà singole. Credo che come omeopati, che per statuto ci occupiamo di singoli pazienti, dobbiamo esserne coscienti e tenerci aperti a possibili diversi approcci senza rifiutare aprioristicamente ciò che non aderisce strettamente al modello sperimentale proprio dell'omeopatia. Se non lo facciamo, secondo me ricadiamo nel difetto che rimproveriamo agli scienziati ortodossi, cioè accettiamo solo un unico principio. Il ragionare ad esempio per temi, approccio recentemente molto diffuso nel mondo omeopatico, non è certo un metodo classico, ma può permet-

tere una comprensione più ampia di alcune situazioni altrimenti destinate a rimanere irrisolte. Chiavi di lettura differenti possono costituire utili e interessanti integrazioni di quanto più classicamente conosciamo. Ma come affrontare questa navigazione in mare aperto senza rischiare di smarrirsi in un percorso arbitrario? Innanzi tutto accettando di sottoporre le nostre intuizioni, idee, proposte al vaglio della verifica basata sul risultato. Si possono teorizzare tutte le cose più affascinanti, ma quello che deve avvenire nel nostro paziente è il cambiamento secondo una direzione di cura ben precisa. Questo secondo me è il pilastro più importante di tutta la proposta omeopatica, il vero banco di prova di ogni nuova teoria. Il sistema di controllo più utile nella valutazione dell'efficacia di una cura omeopatica resta il controllo con sé stesso. Tutti noi abbiamo l'esperienza di pazienti la cui storia è radicalmente cambiata quando, dopo varie prescrizioni, siamo riusciti ad individuare il giusto medicinale! Quindi spero che il Congresso sia un momento di riflessione comune, guidato da una forte tensione al rigore metodologico, ma anche aperto a spunti differenti. Durante questo congresso ci saranno le elezioni del nuovo Consiglio direttivo della Fiamo. Alla luce di quanto ho appena detto, nel fare un bilancio di questo triennio, in continuità con gli anni precedenti, credo di aver svolto soprattutto un ruolo di accoglienza

per tutti, ma anche di stimolo a una sempre maggiore crescita. Anche le azioni che come Fiamo abbiamo portato avanti in questi anni sono state ispirate da questo: nessun rifiuto preconcetto, ma la richiesta di un sempre maggiore rigore. Se ne sono accorti i colleghi che hanno inviato lavori per il Congresso, che hanno visto una valutazione sempre più accurata. L'obiettivo della Segreteria scientifica, guidata con grande competenza da Manuela Sanguini, è stato e resta esclusivamente quello di aiutarci a strutturare i nostri messaggi, i nostri contenuti, con un linguaggio inattaccabile, tale che le relazioni presentate ai nostri congressi possano essere condivise e accolte anche nella più ampia comunità medica. In tutt'altro campo, questa esigenza di rigore ci ha portato l'anno scorso a criticare i contenuti dell'Accordo Stato-Regioni e ci siamo impegnati per trovare soluzioni a una normativa non soddisfacente. Devo dire che ho trovato collaborazione e aiuto non solo nella Fiamo, a tutti i livelli, ma anche in persone che hanno messo a disposizione la loro competenza. Sento il bisogno qui di citare il prof. Sorrentino, un avvocato costituzionalista che ha esaminato con noi la situazione e ci è stato generosa-

mente prodigo di consigli sulle migliori strategie da adottare. Credo che un ringraziamento pubblico di fronte alla nostra comunità sia il minimo che posso fare per manifestargli la mia gratitudine. Incontri come questo sono davvero preziosi per chi si deve muovere in ambiti estranei alla propria competenza. L'altra emergenza che ci ha impegnati, e che continua ad essere in primo piano è la situazione dei medicinali omeopatici. Anche qui è importante la collaborazione di tutti, il tema riguarda tutti i prescrittori indipendentemente dagli orientamenti e dalle possibili categorie e classificazioni. Credo che il lavoro che stiamo portando avanti con SIOMI, SIMA e APO, quindi associazioni mediche di omeopatia, antroposofia e associazione dei pazienti, sia qualcosa di importante. Anche in questo caso si sono rivelate preziose collaborazioni "esterne" come quella con Omeocom, che sta gestendo con successo la raccolta firme, nella prospettiva che guardi all'obiettivo finale e non si fermi all'interesse contingente o di parte. Chiaramente in ambiti diversi, diverso è l'atteggiamento. All'inizio di gennaio sono stata a Vienna per la prima riunione del progetto di standardizzazione europea di cui ho scritto nell'ultimo numero del-

la rivista. Erano presenti 36 delegati dei vari paesi europei che hanno aderito e abbiamo cominciato a scrivere i vari capitoli del documento. Non sarà facile stilare questi standard per la coesistenza di approcci differenti in Europa, ma d'altra parte il meccanismo del consenso tra esperti lo richiede e potrebbe essere una grande opportunità di crescere al di fuori e oltre i nostri pregiudizi. Quello che secondo me non è accettabile è che, come è avvenuto, un medico che si professa esperto in omeopatia chieda di togliere carnosinum dalla lista dei rimedi da studiare perché "non ha mai dimostrato la sua capacità di curare il cancro". Possiamo discutere di metodologia, ma sui fondamenti non ci possono essere equivoci! Molto spesso ci troviamo a dover condurre delle battaglie, ma l'aspirazione di tutti credo sia la pace. Vi lascio con un'ultima citazione da Panikkar, nell'auspicio di una sempre più ampia diffusione dello spirito di pace: "La pacificazione si gioca sull'equilibrio di tre elementi: l'armonia, in cui ogni valore acquista il suo posto senza alcuna riduzione all'unità, la libertà, ossia la possibilità che ogni essere si sviluppi secondo la sua intima natura senza costrizioni dall'esterno, e la giustizia".

1. Achille Rossi: *Pluralismo e Armonia: introduzione al pensiero di Raimon Panikkar*, Cittadella editrice



FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI - MEDICI OMEOPATI
FIAMO

LA VOCE FORTE DELLA MEDICINA DOLCE

Iscriviti o rinnova la tua iscrizione per il 2014
Le quote di iscrizione per il 2014 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	Gratuito
• Iscrizione ECH (facoltativa)	€ 29,00
• Soci sostenitori** Iscrizione Fiamo	€ 200,00

*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 / 2014

MODALITÀ di PAGAMENTO

- **Bollettino postale:**
Fiamo sede Amm.va, via C. Beccaria, 22 05100 Terni C/C/P 12334058
- **Bonifico Bancario:**
Fiamo - Banca delle Marche sede di Terni CIN-K
ABI 06055 - CAB 14400 - C/C/B 000 000 000 443
IBAN IT89 K 06055 14400 000 000 000 443 BIC: BAMAIT3A
con causale: Iscrizione Fiamo 2014

» Scadenza iscrizione 2014: 31 marzo

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

Sogno e realtà

Cento anni fa cose e fenomeni venivano ancora classificati... Si dava così fondo a una smania classificatoria che serviva da base alla riflessione... Le piante non sono sfuggite all'ordine sistematico in cui le si è sempre convenzionalmente situate. Oggi però è apparso un fatto nuovo che fa esplodere tutti gli ordini classificatori e trasgredisce le leggi più intransigenti. Il giardino, come espressione di un pensiero ordinato, esplose a sua volta. E' accaduto quello che si potrebbe chiamare "il fatto biologico" che ha sconvolto, in maniera probabilmente irreversibile, i modi e le premesse delle concezioni canoniche. Nel XIX secolo la biologia non esisteva, esistevano solo gli elementi viventi. Oggi siamo consapevoli di quanto avviene "tra" elementi viventi. Non possiamo più accontentarci di contrapporre tra loro gli elementi già classificati, di riempire lo spazio di individui chiusi dentro una definizione, infinitamente isolati. Questo perché in nessun modo, nella loro disposizione, si è tenuto conto del vero legame che potrebbe esserci tra di loro... (Liberamente tratto da "Il giardino in movimento" di Gilles Clement edito in Italia dai Quaderni Quodlibet).

Riusciremo a trasmettere la modernità di questo pensiero e a tradurlo nell'approccio al mondo della salute ai nostri contemporanei? O ce lo lasceremo sottrarre come abbiamo fatto con il Biologico?

Voglio ringraziare tutti i Colleghi per il numero di articoli di Clinica inviati alla Rivista. Ha superato ogni rosea previsione. I lavori, corredati da inappuntabili documentazioni scientifiche, referti ed esami di laboratorio e di diagnostica strumentale, dimostrano inconfutabilmente l'evoluzione clinica del paziente. Di fronte a questa mole di dati saremo in grado di sostenere qualunque confronto con la Medicina Tradizionale. Anche i nostri più accerrimi avversari dovranno accettare il dato inoppugnabile della conferma clinica. Non dovremo più perdere tempo a preparare comunicati per rispondere alle cicliche campagne contro l'omeopatia.

I risultati sostituiranno le nostre parole.

La memoria dell'acqua non sarà più irrisa, ma troverà sicuramente uno sponsor che ne approfondirà i meccanismi.



Non avremo più necessità di diatribe dottrinarie e tutto l'impegno inutilmente profuso in queste dispute verrà trasposto nell'approfondimento della Materia Medica Clinica.

Non saremo più costretti a tentare di entrare dalla porta di servizio dell'Università rinunciando alla nostra identità, ma saremo invitati a confrontarci sui risultati clinici e sui costi delle terapie. Non saremo più accusati di essere dei sognatori ma...

Squilla la sveglia e mi catapulto fuori dal letto: è tardissimo e devo correre a lavorare... peccato il sogno era davvero splendido!

5x1000xFIAMOxSOSTENERELARICERCAIN

OMEOPATIA

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

970 726 005 84
Per maggiori informazioni www.fiamo.it

FEDERAZIONE ITALIANA ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI
FIAMO

VITADYN®

Magnesio Potassio

- STANCHEZZA?
- AFFATICAMENTO?



con 200 mg di Mg²⁺, 300 mg di K⁺
e 60 mg di Vitamina C
AL GIORNO

**REINTEGRA
LA TUA SETE**

VI ASPETTIAMO A



**COSMOFARMA
EXHIBITION**
BOLOGNA
9-11 MAGGIO • 2014

PHYTO GARDA
FARMACEUTICI

DAL TUO
FARMACISTA

L'un contro l'altro armati

Sofferamoci sul **concetto di consenso**, nonché sul principio all'autodeterminazione a curarsi.

Il principio dell'autodeterminazione in tema di esercizio del diritto alla salute, benché risalga alla promulgazione della Carta costituzionale (art. 32 della Costituzione Italiana, 1946), si inserisce nella cultura medico giuridica, in tempi relativamente recenti, con il concetto di autonomia nella scelta e nell'espressione della volontà del paziente. Il concetto di "Informed consent" compare per la prima volta nel 1957 in un processo celebrato in California; ma potremmo retrodatare la teorizzazione del principio secondo il quale "ogni essere umano adulto e capace ha il diritto di determinare cosa debba essere fatto con il suo corpo" agli anni '20 (esattamente, dicono gli storici, al 1914 con il caso Schloendorff).

In Italia il consenso compare con la prima legge di Riforma Sanitaria (art. 33 della legge n. 833, 23 dicembre 1978) con la disposizione che esclude la possibilità ad effettuare accerta-

Nella varietà e complessità di esperienze che ci offre la vita, non possiamo essere solo medici; capita di vivere quella condizione che ti porta "dall'altra parte" ed essere paziente (o cliente secondo le nuove definizioni). Sei in ambulatorio, in una condizione di sofferenza fisica, immerso nei tuoi pensieri di preoccupazione per la tua salute e ti viene chiesto di concentrarti su un foglio, talora un po' illeggibile perché è una fotocopia di una fotocopia e le lettere si sono sbiadite. Alzi la mano chi non sbuffa o guarda con stanchezza quel foglio, e pensa "il solito consenso!" con la sensazione di sentirsi "l'un contro l'altro armati". Senza dubbio, nel corso di questi ultimi decenni, la vita del paziente e del medico, ma soprattutto il loro rapporto, si sono andati trasformando.

menti e trattamenti sanitari contro la volontà del paziente. E tale principio viene applicato nella sentenza della Corte di Cassazione di Firenze del 1990 che segna l'inizio di un nuovo modo di concepire il percorso di cura e il tramonto della stagione del "paternalismo medico". Si afferma così anche in Italia il principio secondo cui nessuna persona cosciente e capace, bisognosa di cure mediche, può essere sottoposta ad un qualsiasi trattamento sanitario contro, o senza, la sua volontà; ogni singolo accertamento dia-

gnostico, ogni singola terapia, qualsiasi voglia intervento medico – anche se necessario ed indifferibile – non potrà essere effettuato se non con il valido consenso dell'avente diritto, che sia stato compiutamente e idoneamente informato.

La legittimazione dell'attività medica trova il suo fondamento nella consapevolezza del paziente. L'informazione data al paziente costituisce parte integrante della prestazione medica.

Anche nei casi di malattie che mettono in pericolo la vita del paziente, infatti, il rifiuto dell'atto medico da parte del paziente stesso, il quale liberamente e consapevolmente preferisca che la malattia abbia il suo corso, non potrà che prevalere sullo stato di necessità eventualmente riconosciuto. Il consenso si distingue, poi, in diverse aspetti e punti (credenze religiose come il diniego alle trasfusioni per chi è testimone di Geova, a quello per partecipare ad una sperimentazione, etc) ma non è certo questa la sede op-

portuna per addentrarci in addentellati etico-giuridici. Il senso di queste riflessioni è di dare forza ad un diritto a valutare la propria scelta a vivere, a curarsi, a tutelare la propria salute secondo le proprie decisioni e anche ad un dovere verso noi stessi.

Il modulo di consenso presuppone un'informazione, verbale, di fiducia, che ha e prende tempo, formulata in domande e risposte. Ad un diritto corrisponde un dovere; il "Consenso" è uno strumento di grande valore civile

per garantire entrambe le parti (paziente e terapeuta) dei reciproci diritti e doveri nella relazione che andiamo ad instaurare.

Il consenso al trattamento si unisce poi al consenso del trattamento dei dati sensibili. Il diritto alla "privacy"

, noto già ad Ippocrate, è stato normato (legge 31.12.1996 n°675 abrogata e sostituita dal Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in materia di "Codice in materia di protezione dei dati personali"). [Si prevede l'approvazione da parte del Parlamento Europeo del nuovo regolamento Europeo che sostituirà le leggi emanate dai vari stati membri (derivanti dalla direttiva 2002/58/CE che ha originato le varie normative nazionali tra le quali il d.lgs. 196/03)].

FIAMO, dopo essersi consultata con il legale, propone un modulo di informativa e di consenso che racchiude il senso, per altro complesso, di quanto sopra detto, rivolgendolo la sua attenzione sia al paziente adulto che pediatrico in trattamento con l'Omeopatia.

Qualora il medico eserciti in associazione all'Omeopatia altre discipline (medicina tradizionale cinese, antroposofia, etc) dovrà integrare l'informativa ed il modulo secondo la specifica situazione, ben tenendo presente di cancellare il logo della Federazione poiché, in tal caso, la Federazione non si fa garante dell'esercizio nell'ambito di altre discipline. Si suggerisce, in tal caso di seguire le direttive delle specifiche società/associazioni.

Per scaricare i moduli: www.FIAMO.it In particolare:

Consenso adulti e bambini: <http://www.fiamo.it/area-soci.html>
Consenso veterinari: <http://www.fiamo.it/attachments/article/12/Consenso%20Informato%20Veterinaria.pdf>



Radars - EH - WinCHIP
ora sono un programma "unico"

Programma e Testi in Italiano

Aggiornamenti via Internet

Aggiunta anche di singoli testi

Funzionalità anche su Cloud

Accesso alla Banca Dati Proving e Clifical

Importazione dati dalle precedenti versioni

Assistenza tecnica garantita

Contattaci per training gratuito



the homeopathic software

Contatta l' h.m.s.
per nuovi acquisti, aggiornamenti o
per proposte personalizzate!!!



H.M.S.
Health Medicine Services

Tel. 031/24.30.07
info@hmssl.com
Visitate il sito www.hmssl.com

Acqua: veicolo di informazione: nuove frontiere in medicina

Convegno promosso dall'Ordine dei Medici di Roma

Il convegno non era rivolto tout court agli omeopati bensì a tutti gli iscritti all'Ordine che hanno risposto massicciamente con oltre 400 presenze! Il Presidente dell'Ordine di Roma, Dr. Roberto Lala, ha introdotto i lavori, ringraziando tutti i presenti, i prestigiosi relatori ed in particolare la Commissione MNC per il lavoro svolto. Ha riconosciuto l'interesse e l'importanza di un argomento che potrebbe avere notevoli ricadute in ambito sanitario, soprattutto per le MNC. Ha quindi preso la parola M. L. Agneni, che ha saputo dare nuovo impulso alle attività della Commissione MNC, ricordando i risultati raggiunti (tra cui un questionario informativo inviato a tutti i soci sulle modalità di conoscenza e pratica delle MNC) e le proposte in cantiere, come la lotta all'abusivismo sanitario, presente, purtroppo, anche nel nostro settore. La Dr.ssa Agneni ha quindi introdotto e chiesto ai relatori di illustrare i "misteri" dell'acqua dal punto di vista del chimico, del fisico quantistico e del ricercatore medico: può l'acqua essere veicolo di informazioni biologiche?

Il Prof. Vittorio Elia, docente di Elettrochimica presso l'Università Federico II (Napoli), ha subito ricordato come, a seguito dei risultati osservati sul figlio, modificò il suo iniziale scetticismo verso l'Omeopatia: la curiosità lo spinse infatti a sperimentare l'azione delle EDS (Extremely DI-

Il dibattito sulla cosiddetta memoria dell'acqua riecheggia quello sulla presunta implausibilità dell'Omeopatia, un dibattito che non si è mai del tutto sopito, sin dal lontano giugno 1988, al contrario, si è arricchito di nuove scoperte, effettuate in ambito sperimentale nel corso di quasi 30 anni, scoperte che sembrerebbero dare ragione a Benveniste, novello Giordano Bruno. Per questa ragione l'Ordine dei Medici di Roma - su proposta della Commissione Medicine Non Convenzionali (MNC), coordinata dalla Dr.ssa Maria Luisa Agneni - ha voluto promuovere un convegno sul tema per fare il punto della situazione, invitando scienziati di fama internazionale, tra cui il premio Nobel Luc Montagnier. Lo storico convegno ha avuto luogo il 25 Gennaio 2014 presso il Centro Congressi Frentani, Roma.

luted Solutions), le "soluzioni altamente diluite". Negli ultimi 15 anni col suo gruppo ha studiato le variazioni di una serie di parametri termodinamici (conducibilità elettrica, calore di mescolamento, microscopia a forza atomica, etc.) di sistemi acquosi altamente diluiti sottoposti a perturbazioni a bassa energia. Tutti i dati sperimentali sembrano indicare che le variazioni osservate non sono imputabili ad eventuali impurità, bensì alla formazione di "strutture dissipative" (sotto forma di "aggregati molecolari" acquosi) in grado di modificare la struttura sopramolecolare dell'acqua a seguito di un dato stimolo esterno. Questi aggregati sono visibili sia in fase liquida (microscopia a fluorescenza, spettroscopia, etc.) che in fase solida (microscopia a forza atomica, spettroscopia IR). Sono forse questi aggregati la sede della tanto chiacchierata "Memoria dell'Acqua"? si è chiesto il Prof. Elia.

Al quesito ha risposto il Prof. Emilio Del Giudice (INFN, Milano) che, con la consueta verve napoletana, ha spiegato, il comportamento dei sistemi viventi ed il ruolo dell'Acqua, in termini sia di Fisica Classica che di Fisica Quantistica. La prima, infatti, studia i sistemi "passivi", che funzionano solo grazie a forze esterne; la seconda invece studia i sistemi viventi, in quanto dotati di auto-organizzazione e di attività autonome. Studia in particolare le interazioni subatomiche ed evidenzia come ogni oggetto fisico non sia statico ma presenti delle "fluttuazioni", anche minime, in virtù del campo elettromagnetico in cui si trova. I sistemi viventi si distinguono dai non viventi perché capaci di catturare, immagazzinare e distribuire energia in modo coordinato ad ogni parte del sistema stesso. Pertanto le interazioni molecolari avvengono non come eventi individuali, casuali ed indipendenti bensì come

parte di una rete collettiva di eventi interconnessi: è l'energia quantistica di campo (campo di gauge) a garantire la correlazione tra tutte le parti (teoria quantistica dei campi), anche se separate da grandi distanze. Cosa succede quando in un sistema fisico, come l'acqua, si introduce una perturbazione a bassa energia (fotone, medicinale omeopatico)? Lo stimolo esterno verrebbe "riconosciuto" dal sistema per cui si formerebbero degli "aggregati" (quelli di cui parla Elia) che "intrappolerebbero" lo stimolo stesso senza rilasciarlo e generando un campo elettromagnetico i cui componenti comincerebbero ad oscillare collettivamente "in fase", ossia in modo ritmico (stato coerente). Sono i cosiddetti "domini di coerenza", un vero e proprio "reservoir" di elettroni liberi, in grado cioè di oscillare collettivamente e di attirare ogni particella capace di vibrare alla

stessa frequenza elettromagnetica. A loro volta i domini di coerenza si organizzano in diversi livelli di complessità (supercoerenza), ognuno dei quali è contenuto all'interno del precedente, come in una matryoska. Si ha quindi una struttura gerarchica verticale di domini di coerenza analoga a quella riscontrabile nei sistemi viventi (dagli organuli all'individuo alla specie). È interessante notare come i segnali oscillatori prodotti dai sistemi coerenti abbiano una configurazione di tipo "frattale". Ancora più significativo è il fatto che i domini di coerenza non si limitino a governare e favorire gli incontri molecolari necessari per la costruzione della struttura (funzione "ordinativa"), ma presentino al loro interno un "contenuto", un messaggio intrinseco che guida la costruzione stessa della struttura (funzione "informativa"): le frequenze dei vari segnali

oscillatori si "accorderebbero" tra loro, come in uno spartito musicale. Struttura e Funzione verrebbero quindi a coincidere. E non è detto che il segnale esterno debba contenere tutte le informazioni relative al cambiamento che si intende produrre, contrariamente a quanto sostenuto da Shannon: l'esito dello stimolo dipenderà non solo dal segnale ma anche dall'ambiente cui è destinato e dalla sua storia. A conferma di ciò, Del Giudice ha citato un illuminante esperimento compiuto dal gruppo di Montagnier nel 2007 su segmenti di DNA sottoposti in acqua a diluizione progressiva: allorché la diluizione superava una certa soglia era possibile registrare segnali elettromagnetici a bassa frequenza che venivano inviati per via telematica ad un laboratorio distante (per evitare contaminazioni molecolari) ove venivano allocati in un recipiente contenente acqua pura.





Dopo un certo lasso di tempo veniva immerso, nell'acqua così trattata, un kit PCR: sorprendentemente, dopo un breve intervallo, si vedeva riapparire il DNA di partenza, interamente ricostruito a partire da singoli segmenti! Il sistema acquoso, cioè, era riuscito a ricostruire una struttura molto complessa come il DNA partendo da segnali elettromagnetici di complessità molto minore. In altri termini, l'acqua si mostra come un sistema capace di generare conoscenza, informazione. *Siamo forse – ha concluso Del Giudice - agli albori di un processo in grado di far emergere una Psiche all'interno della Materia?*

Dopo il chimico ed il fisico è stata la volta dello scienziato ricercatore, il Prof. Luc Montagnier, premio Nobel 2008 per la Medicina per i suoi studi sull'HIV. Per la prima volta ospite dell'Ordine dei Medici di Roma, Montagnier ha illustrato i suoi lavori più recenti, che confermano e completano quanto esposto dai due precedenti relatori. Rifacendosi agli studi di biologia digitale avviati da Benveniste (di cui ha rilevato il laboratorio di ricerca), ha notato che il DNA di numerosi microrganismi (soprattutto

virus) emette segnali elettromagnetici a bassa frequenza che danno vita a nanostrutture (Naneoni) in grado di replicare il DNA stesso, da cui deriverebbero altri naneoni e così via: è da questo circolo vizioso che dipenderebbe la diffusione microbica. In sostanza i segnali elettromagnetici dei virus raggiungerebbero il DNA cellulare proprio grazie all'acqua, che ne conserverebbe il "ricordo" anche dopo l'eliminazione del virus stesso! Anche il nostro DNA è in grado di trasmettere informazioni specifiche grazie all'acqua, di cui peraltro siamo composti per almeno il 70-80%: il DNA, quindi, non si presenta più solo come un magazzino di informazioni genetiche ma si comporta come un sistema dinamico. *Sarà l'acqua – ha ribadito Montagnier- ad insegnarci che possiamo rilevare batteri o virus che altrimenti sfuggirebbero all'indagine. Soffriamo, infatti, sempre più di malattie croniche, dovute a stress ossidativi che riducono le difese immunitarie e spianano la strada ad agenti patogeni, come abbiamo visto. Dobbiamo trovare altri mezzi per scovare e combattere questi parassiti, quelli che abbiamo sono insufficienti. Spesso, per sfuggire agli attacchi del sistema immunitario o agli stessi farmaci, questi microrga-*

nismi eviterebbero il torrente ematico per annidarsi nei parenchimi, da cui partirebbero le "metastasi" verso l'intestino e/o il SNC. Non a caso Montagnier presuppone che, dietro la crescita costante di numerose malattie neurodegenerative, autoimmuni, etc., vi sarebbe un'infezione cronica latente. Ragion per cui suggerisce l'impiego degli antibiotici, spesso per lunghi periodi. Questo forse è l'unico motivo di dissenso che potremmo muovere a Montagnier, in quanto omeopati. Montagnier omeopata non lo è, non ha mai avuto a che fare prima d'ora col nostro mondo, quantunque i suoi studi stiano gettando luce sui "misteri" dell'Omeopatia: molte malattie croniche, ad esempio, potrebbero sottendere un'origine infettiva, proprio come ipotizzato da Hahnemann, così come la "specificità" dell'informazione "infinitesimale", l'azione soppressiva di certe terapie, come forse anche delle vaccinazioni, etc. Si apre, insomma, un filone di ricerca che, se incoraggiata, può preludere a scoperte ancora più sconvolgenti ed a ricadute positive a livello clinico. Così come è interessante notare le concordanze tra gli studi di questi tre scienziati e la metodologia omeopatica.

Come ha ribadito il presidente Lala: *è stata una giornata importante per l'Ordine, un onore ospitare un premio Nobel che ha lasciato un segno nella professione e nel mondo scientifico, aggiornandoci su temi ancora poco conosciuti ma dalle possibili ricadute future in Medicina. Più chiaro di così! Alla luce di quanto è successo possiamo ben sperare che si continuerà a parlare in futuro: le "evidenze scientifiche" ci sono, anche nella ricerca di base, e cominciano a farsi sentire. D'ora in poi i nostri esimi detrattori dovranno trovare un alibi migliore: il cambio di paradigma si avvicina...*

BIBLIOGRAFIA RAGIONATA

1. V. ELIA AND M. NICCOLI – "New Physico-Chemical Properties of Extremely Diluted Aqueous Solutions" – Journal of Thermal Analysis and Calorimetry, 75, 815-836 (2004);
2. V. ELIA, S. BAIANO, I. DURO, E. NAPOLI, M. NICCOLI, L. NONATELLI – "New and Permanent Physico-Chemical Properties of The Extremely Diluted Aqueous Solutions of the Homeopathic Medicine. A Conductivity Measurements Study at 25°C in Function of the Age of the Potencies" – Homeopathy, 93, 144-150 (2004);
3. V. ELIA, E. NAPOLI, M. NICCOLI, L. NONATELLI, A. RAMAGLIA, E. VENTIMIGLIA – "New Physico-Chemical Properties of Extremely Diluted Aqueous Solutions. A calorimetric and conductivity study at 25°C." – Journal of Thermal Analysis and Calorimetry, 78, 331-342 (2004);
4. V. ELIA, M. MARCHESE, M. MONTANINO, E. NAPOLI, M. NICCOLI, L. NONATELLI, A. RAMAGLIA – "Hydrohysteretic phenomena of "extremely diluted solutions" induced by mechanical treatments. A calorimetric and conductometric study at 25 °C." – Journal of Solution Chemistry, 34(8), 947-960 (2005);
5. V. ELIA, L. ELIA, P. CACACE, E. NAPOLI, M. NICCOLI, F. SAVARESE – "Extremely dilute solutions as multi-variable systems. A study of calorimetric and conductometric behaviour as function of the parameter time" – J. Therm. Anal. Calor., 84(2), 317-323 (2006);
6. DEL GIUDICE, DOGLIA, MILANI, VITIELLO, "Coherence of electromagnetic radiation from living systems", Cell Biophysics 13 (1988) 221-224
7. DEL GIUDICE E., PREPARATA G., "Superradiance. A new approach to coherent dynamical behaviors of condensed matter", Frontier Perspectives 1 (2), 16 (1990)
8. DEL GIUDICE E., "Coherence in condensed and living matter", Frontier Perspectives 3 (2), 16 (1993);
9. DEL GIUDICE E., PREPARATA G., "Coherence dynamics in water as a possible explanation of biological membranes", Journal of Biological Physics 20, 105, (1994);
10. ARANI R, BONO I, DEL GIUDICE E., PREPARATA G., "QED coherence and the thermodynamics of water", International Journal Physics B9, 1813, (1995)
11. DEL GIUDICE E., "Coerenza elettromagnetica nella materia", Il Nuovo sagggiatore 12, n. 5-6, 953. (1996)
12. CALZONI G.L., BORGHINI F., DEL GIUDICE E., BETTI, L., DAL RIO F., MIGLIORI M., TREBBI G., SPERANZA A., "Weak Extremely High Frequency Microwaves Effect Pollen – Tube Emergence and Growth in Kiwifruit Pollen Grain Irradiation and Water – Mediated Effects", The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 9, 217-233, (2003)
13. DEL GIUDICE E., "Old and New Views on the Structure of Matter and the special case of Living Matter", Journal of Physics: Conference Series, 67, 012006 (2007)
14. LUC MONTAGNIER, JAMAL AÏSSA, STÉPHANE FERRIS, JEAN-LUC MONTAGNIER, CLAUDE LAVALLEE "Electromagnetic Signals are Produced by Aqueous Nanostructures Derived from Bacterial DNA Sequences". Interdiscip Sci Comput Life Sci (2009) 1 : 81-90
15. LUC MONTAGNIER, JAMAL AÏSSA, CLAUDE LAVALLEE, MIREILLE MBAMY, JOSEPH VARON, HENRI CHENAL. Electromagnetic detection of HIV DNA in the blood of AIDS patients treated by antiretroviral therapy. Interdiscip Sci Comput Life Sci (2009) 1 : 245-253
16. LUC MONTAGNIER ; J. AÏSSA ; E. DEL GIUDICE ; C. LAVALLEE ; A. TEDESCHI AND G. VITIELLO. DNA Waves and Water, Journal of Physics, 2011 J. Phys. : Conf. Ser. Volume 306_012007

SIMILIA

Con la natura
insieme per la vita

ALKAEST Alma ARCANA PHONIX VON DER WEID

Similia Srl Via Toscana, 28 - 20020 Lainate (MI) - Tel. 02 93790010/63 - Fax 02 93571375 - www.similia.eu - info@similia.eu

Un vitalissimo vuoto

Il 31 Gennaio 2014 Emilio Del Giudice (Prigogine Medal 2009) ci ha lasciati

Emilio Del Giudice, con motivazioni innanzitutto di tipo filosofico, si laurea in Fisica a Napoli all'inizio degli anni '60 del XX secolo, seguendo i suoi sogni giovanili alimentati dai libri della tradizione progressista che vedevano la scienza come avanzamento per l'umanità. Appena laureatosi e preso contatto col mondo della ricerca, fu colpito molto negativamente dall'imperante eccesso di tecnicismo, e come disse Emilio al proposito, si chiese: "Ma è mai possibile che non parlano come mangiano?" Cioè, come mai c'era bisogno di un enorme apparato formale anche per dire delle cose concettualmente semplicissime? Per la fisica di Galilei e Newton bastava poca matematica, perché ora per capire la meccanica quantistica e la relatività assieme ci voleva tutta quella matematica? E ammesso e non concesso che fosse necessaria, quale sarebbe poi il contenuto conoscitivo di tutto ciò? Mondi lontanissimi? Soltanto galassie gigantesche o particelle infinitesime? Possibile che nella fisica di tutti i giorni non ci fosse davvero nessuna implicazione? Negli anni settanta del '900, Emilio Del Giudice fu attivo nelle coeve agi-

Noi, che abbiamo avuto il piacere di essergli amici da 50 anni circa in un caso e "soltanto" 20 nell'altro, non credo avessimo mai preso in considerazione di ritrovarci nella terribile situazione di dover pensare ad Emilio come a qualcosa che non è più, e infatti, neanche ora, che Emilio ci ha lasciati, questo accade. A noi, con cui Emilio condivideva spesso - con il suo ineffabile entusiasmo e la sua famosa esuberanza - tutte le sue idee originali, egli ha sempre comunicato il netto senso di un gioioso eterno presente, ed è così che lo viviamo ancora. Intendiamo qui tratteggiarne brevemente la vita scientifica e filosofica per chi non avesse avuto la fortuna di conoscerlo

tazioni politico-sociali, e dagli approfondimenti che ebbe modo di trarne ricavò la netta percezione che il tipo di scienza che in ogni epoca è stata costruita aveva sempre strette relazioni coi sogni, le aspirazioni, le velleità della gente che l'aveva costruita e che quindi i periodi di avanzamento (o di regresso scientifico) coincidono sempre con i periodi in cui gli occhi della gente sono più aperti (o più chiusi). I periodi di grande progresso scientifico coincidevano con importanti tensioni e rivoluzioni sociali: la fisica classica si è sviluppata alla vigilia delle rivoluzioni borghesi, ad esempio, con scienziati di valore sia sul fronte dei rivoluzionari che dei reazionari. Non molti ricordano che Emilio Del Giudice fu Vicepresidente della Fondazione Omeopatia Italiana fin dalla sua costituzione (marzo 1980), con il ruolo di coordinatore e responsabile della ricerca scientifica, ed è stato Docente della F.O.I. nella disciplina "Biofisica e le basi scientifiche dell'Omeopatia" fin dall'ottobre 1980. Ricercatore INFN presso la Sezione di Milano dal 1976 ai giorni nostri,

Emilio Del Giudice fu visiting scientist prima al MIT di Cambridge, Mass. (USA) al Center for Theoretical Physics dal '69 al '72, dove lavorò con Sergio Fubini, e poi dal '74 al '76 al Niels Bohr Institute di Copenhagen. In seguito - dopo queste sue prime ricerche nell'ambito della fisica delle particelle elementari - Emilio preferì dedicarsi a ricerche di biofisica (avendo come maestro il grande Herbert Fröhlich) per approfondire le sue fondamentali domande filosofiche: come fa la materia a sviluppare una dinamica psichica? Cioè, escluso il dualismo anima-corpo, come emerge la fisica della materia vivente? In seguito, negli anni '80 del '900, Emilio Del Giudice incontrò il mai dimenticato Giuliano Preparata, fisico nucleare da poco trasferitosi a Milano, con cui ebbe una fruttuosissima collaborazione, interrottasi solo con la scomparsa di Preparata nel 2000. L'idea fondamentale a cuore ad Emilio è: se la materia fosse intrinsecamente non inerte, cioè capace di movimento spontaneo, allora ci sarebbe spazio per un "auto movimento" e la materia,

quindi, non sarebbe mobile soltanto se spinta dall'esterno (forze fisiche e/o, in ultima istanza la divinità). D'altronde, perché la materia dovrebbe essere inerte? Nel pensiero rinascimentale, ad esempio, la materia non è inerte, e questa visione "coincide" proprio con ciò che descrive oggi la fisica moderna con la teoria quantistica dei campi. Il "vuoto quantistico" rappresenta la ribollente e infinita creatività della materia!

Un infinito vuoto per la scienza del futuro, dunque, è ciò che Emilio ci lascia, cioè la comprensione - non solo freddamente matematica, ma appassionata e totalizzante - dell'infinita complessità del cosiddetto "vuoto quantistico" che esplora quasi giocosamente - come Emilio ha sempre entusiasticamente fatto con la realtà - tutte le esistenti possibilità, in maniera che si può definire senz'altro "vitale".

Uno dei grandissimi contributi "particolari", pur nella sua enorme estensione concettuale ed applicativa, che sono derivati da questa visione, è quello che ha condotto, insieme ai contributi importantissimi di altri due fisici teorici, cioè Giuliano Preparata e Giuseppe Vitiello, ad una nuova concezione dello stato liquido, ed in particolare dell'acqua liquida. Ciò sta già conducendo, su solide basi fisiche, alla comprensione del perché possa funzionare l'omeopatia, malgrado la scomparsa totale del principio attivo, inizialmente presente, a seguito delle numerose diluizioni effettuate. Attualmente qual è il modello generalmente accettato dell'acqua? Si assume che le molecole dell'acqua siano connesse tra di loro attraverso i cosiddetti "ponti-idrogeno", Il legame idrogeno o ponte-idrogeno è un caso particolare di interazione fra dipoli. In particolare si tratta di un legame dipolo permanente-dipolo permanente in cui è implicato un atomo di



Da sinistra: E. Del Giudice, G. Vitiello, E. Napoli, R. Germano, V. Elia.

idrogeno coinvolto in un legame covalente con elementi molto elettronegativi (come fluoro, ossigeno, azoto), i quali attraggono a sé gli elettroni di valenza, acquisendo una parziale carica negativa (-) lasciando l'idrogeno con una parziale carica positiva (+). Dunque essi divengono una sorgente di attrazione delle nuvole elettroniche delle molecole adiacenti e danno origine ad un "ponte" attraverso il nucleo dell'Idrogeno. Ma - attenzione! - la struttura della molecola d'acqua isolata e disidratata non ha alcuna somiglianza con questo scenario. Quindi, la generazione di un ponte-Idrogeno richiederebbe una profonda ristrutturazione delle molecole coinvolte e l'energia necessaria non si sa da dove potrebbe mai provenire! Infatti, a temperatura ambiente, l'energia che lega un ponte-Idrogeno dovrebbe essere almeno uguale a $5kT^1$. Per ora supponiamo pure che tale energia sia in qualche modo a disposizione, e supponiamo dunque di avere un insieme di molecole tenute assieme da forze a corto raggio di qualche tipo. Cosa accade ad un tale sistema in rapporto alle fluttuazioni quantistiche del vuoto (dimostrate per la prima volta sperimentalmente nel 1948 dall'esistenza del Lamb shift)? In certe condizioni di

temperatura e densità, il sistema ha, paradossalmente, bisogno di minore energia nell'oscillare "avanti e indietro" tra due livelli energetici (selezionati dall'accoppiamento col campo della fluttuazione elettromagnetica) che non standosene "fermo" nella configurazione in cui il campo è zero e le molecole sono nel loro livello di minima energia (ground state) individuale. Quindi, in questa nuova "oscillante" configurazione di minima energia, indotta dalle fluttuazioni quantistiche, le singole molecole acquisiscono da un lato un comportamento collettivo, e dall'altro ne risultano completamente ristrutturate: ora la loro configurazione individuale è data dalla sovrapposizione di due diversi stati molecolari. Si noti che lo stato eccitato (livello 5d) incluso in questa sovrapposizione, sta ad un livello energetico di diversi eV al di sopra del ground state, e sarebbero necessari decine di migliaia di gradi Kelvin per raggiungere lo stesso risultato per via termica (infatti l'energia di $1\text{ kT} \approx 1/10000\text{ eV}^2$). Quindi, in particolare, questa profonda ristrutturazione della nuvola elettronica che dà origine ai ponti-Idrogeno, viene raggiunta attraverso questo meccanismo quantistico che è non termico e non è entropico.

* VITTORIO ELIA
Dipartimento di Scienze Chimiche
Università "Federico II" NAPOLI
vittorio.elia@unina.it

** ROBERTO GERMANO
PROMETE Srl
CNR Spin off NAPOLI
germano@promete.it

1. L'energia espressa in unità kT è un modo per esprimere l'energia di un sistema, utile per confrontarla con l'energia di agitazione termica del contesto in cui è immerso, dove T è la temperatura assoluta (espressa in gradi Kelvin), e dove k è la costante di Boltzmann; $k = 1.380658 \times 10^{-23} \text{ JK}^{-1}$

2. Elettrolv: è un'unità di misura dell'energia molto usata quando si parla di livelli energetici atomici o molecolari; corrisponde al lavoro fatto da 1 elettrone che si sposta attraverso una differenza di potenziale di 1 Volt. $1\text{ eV} = 1.60218925 \times 10^{-19}\text{ Joule}$. Poiché $k = 1.380658 \times 10^{-23} \text{ JK}^{-1}$, quindi l'energia di $1\text{ kT} \approx 1/10000\text{ eV}$.

Va compresa dunque questa rivoluzione copernicana nel microcosmo: i ponti-idrogeno sono la conseguenza della dinamica della coerenza quantistica elettrodinamica che conduce il gas a collassare in liquido e non, al contrario, la causa della coesione del liquido!

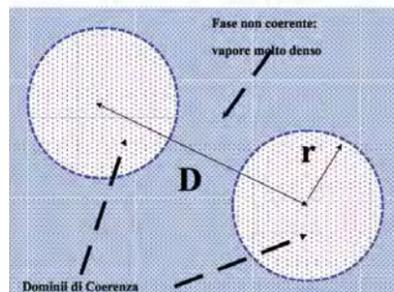
Inoltre, dai calcoli scaturisce che: L'acqua liquida consiste in una struttura costituita (a temperatura diversa dallo zero assoluto) da due fasi: una fase "incoerente" costituita da molecole d'acqua nello stato fondamentale (ground state), cioè come nella fase gassosa (vapor d'acqua), ed una fase coerente, stabilmente presente nel bel mezzo di quella incoerente, è costituita da isole o "domini di coerenza". Tali domini hanno un raggio di 250 Å (25 nm) ed i loro centri distano fra loro 750 Å (75x10⁻⁹m), cfr. figura; sono "isole molecolari" che a una data temperatura sono sopravvissute all'attacco delle fluttuazioni termiche che tendono a imporre loro il disordine; la densità di queste molecole è simile a quella del ghiaccio.

E' importante comprendere che grazie a questi calcoli si possono prevedere per la prima volta teoricamente, con un approccio di base, "ab initio", dai calcoli di elettrodinamica quantistica, una serie di parametri sperimentalmente misurabili dell'acqua, tra cui:

- il calore specifico dell'acqua liquida (si vede che è connesso alla frazione di fase coerente che "evapora" dalla superficie dei domini di coerenza diventando incoerente);
- l'anomalia della densità dell'acqua liquida che ha un massimo a 4 °C, ed a 0 °C è più densa dell'acqua solida, cioè del ghiaccio (scaturisce dalla sovrapposizione delle due differenti dipendenze dalla temperatura delle densità delle due fasi);
- la temperatura di ebollizione;
- il volume critico, identificato come il più grande volume molare al di sopra

del quale non possono avere luogo spontaneamente processi di QED coerente; e) il calore latente di evaporazione (anche questa quantità è connessa alla frazione di fase coerente che "evapora" dalla superficie dei domini di coerenza divenendo incoerente);

Struttura dell'acqua come scaturisce dai calcoli ab initio di Elettrodinamica Quantistica Coerente



A temperatura ambiente:
D = 750 Angstrom - r = 250 Angstrom

f) i ponti-idrogeno fra le molecole d'acqua: non sono la causa delle interazioni fra molecole, poiché le protuberanze delle nuvole elettroniche molecolari non esistono nelle molecole isolate; i ponti-idrogeno sono, al contrario, gli effetti della dinamica coerente nell'acqua liquida, che rimescola le nuvole elettroniche producendo così le protuberanze.

Dalla nuova visione fisica dell'acqua liquida, dunque, sulla strada già ben tracciata da Emilio ci incamminiamo a grandi passi verso la comprensione di come si generino le dinamiche viventi dalla materia apparentemente "inanimata".

Vogliamo concludere questo nostro brevissimo tratteggio della figura scientifica ed umana di Emilio, utilizzando le sue stesse parole, ma riferendole - in questo caso - a lui stesso e a questo nostro "messaggio":

Nella presente atmosfera di "tramonto di civiltà", in cui i vari interessi esistenti cercano furiosamente di garantirsi la

sopravvivenza, il compito di personaggi eroici come Emilio Del Giudice è di aprire una prospettiva per il futuro in cui le esigenze della vita riusciranno finalmente ad avere il ruolo decisivo nella dinamica del genere umano.

Il nostro è perciò un messaggio lanciato a tutti quelli che lavorano con gioia per questa prospettiva.

BIBLIOGRAFIA

- A. CAPOLUPO, E. DEL GIUDICE, V. ELIA, R. GERMANO, E. NAPOLI, M. NICCOLI, A. TEDESCHI, G. VITIELLO, *Self-similarity properties of naffionized and filtered water and deformed coherent states*, Int. J. Mod. Phys. B, 28, 3 (2014)
- R. GERMANO, E. DEL GIUDICE, A. DE NINNO, V. ELIA, C. HISON, E. NAPOLI, V. TONTODONATO, F.P. TUCCINARDI, G. VITIELLO, *Oxhydroelectric Effect in bi-distilled water*, Key Engineering Materials, 543, 455-459 (2013).
- V. ELIA, E. NAPOLI, AND R. GERMANO, *The 'Memory of water': an almost deciphered enigma. Dissipative structures in the extremely diluted aqueous solutions*, Homeopathy, 96, 3, 163-169 (2007).
- E. DEL GIUDICE, G. PREPARATA, M. FLEISCHMANN, *QED coherence and electrolyte solutions*, The Journal of Electroanalytical Chemistry, 482, 110-116 (2000)
- R. ARANI, I. BONO, E. DEL GIUDICE AND G. PREPARATA, *QED Coherence and the thermodynamics of water*, Int. J. Mod. Phys. B, 9, 1813 (1995)
- E. DEL GIUDICE, G. PREPARATA, *A new QED picture of water: understanding a few fascinating phenomena*, Sassaroli et al. editors, Macroscopic Quantum Coherence, World Scientific, 49-64 (1998)
- E. DEL GIUDICE, G. PREPARATA, *Coherent Electrodynamics in water*, J. Sculte, C. Endler editors, Fundamental Research in Ultrahigh Dilution and Homeopathy, Kluwer, 89-103 (1998)
- E. DEL GIUDICE, R. MELE AND G. PREPARATA, *Dicke Hamiltonian and Superradiant Phase Transitions*, Modern Physics Letters B, 7, n°28, 1851-1855 (1993)
- E. DEL GIUDICE, G. PREPARATA AND G. VITIELLO, *Water as a Free Electric Dipole Laser*, Physical Review Letters, 61, n°9, 1085-1088 (1988)
- N. DEL GIUDICE, E. DEL GIUDICE, "Omeopatia e Bioenergetica. Le medicine alternative: dalla stregoneria alla scienza", Cortina International (1984)
- R. GERMANO, "AQUA. L'acqua elettromagnetica e le sue mirabolanti avventure", Bibliopolis (2007), prefazione di E. Del Giudice

amiCOLON

NATURAL POINT

... BENESSERE INTESTINALE

Combinazione sinergica di erbe, fibre naturali di psillio e vitamina C per la salute del tuo intestino



Confezione da 100 caps vegetali

Cod. Prodotto: 924870138

Novità

- DIGESTIONE LENTA E DIFFICILE
- GONFIORE ADDOMINALE
- FREQUENTE STANCHEZZA E SENSAZIONE DI DEBOLEZZA
- STIPSI

Amicolon è una combinazione sinergica di erbe naturali e vitamina C. **Psillio**, ottima fonte di fibre, è una pianta che esercita un'azione emolliente e lenitiva sul sistema gastro-intestinale; **chiodi di garofano**, **zenzero** e **rabarbaro** sono alcune delle **fibre solubili naturali** presenti nella formula che unite insieme facilitano un corretto transito gastro-intestinale favo-

rendo la pulizia dell'intestino. L'aggiunta di **vitamina C** completa il profilo del prodotto, contribuendo alla normale funzione del sistema immunitario. **Amicolon** della Natural Point viene prodotto secondo elevati standard qualitativi, non contiene coloranti, dolcificanti.

In vendita nelle erboristerie, farmacie e negozi di alimentazione naturale.



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

Docente presso la Scuola di Medicina Omeopatica di Verona
pltubia@alfa.it

Intervista a **Gustavo E. Krickesky**

Ho intervistato il collega ed amico Gustavo per presentarlo al mondo omeopatico italiano anche se, ad onor del vero, è di casa nel nostro paese. E' in amicizia infatti con nomi noti del nostro ambiente (R. Gava, R. Petrucci, G. Spinelli, lo stesso direttore di questa rivista G. Dominici e molti altri) e un suo libro è già stato pubblicato nella nostra lingua dalla Casa editrice Salus Infirmorum (Omeopatia Comparata - Diagnosi differenziale tra alcuni rimedi della M.M. Omeopatica). Sarà perciò interessante conoscere la sua storia e i suoi lavori in campo omeopatico.

Come e quando e' nato il tuo interesse per l'omeopatia?

Mi sono iscritto, ufficialmente, alla Scuola Medica Omeopatica Argentina "T. P. Paschero" appena mi sono laureato all' Università di Buenos Aires a 23 anni, nel 1981. Però non fu questo il mio primo contatto e coinvolgimento con l'Omeopatia, che da sempre ha fatto parte della mia vita e di quella della mia famiglia, dato che sono nipote di Zalman Bronfman. Da quando ho memoria, le mie prime angosce, dolori, malattie e cure, furono accompagnate dai rimedi omeopatici, che formano parte del ricordo più intimo della mia infanzia, così come i libri e le novità che venivano dal mondo omeopatico. Ancora molto giovane, mentre frequentavo le medie, difficilmente mi perdeva le conferenze e le lezioni che Paschero teneva le mattine del sabato, cosicché

Il lungo e vecchio legame che unisce l'omeopatia italiana e quella argentina si sta nuovamente rafforzando: è tornato infatti in Italia un maestro della scuola di Paschero, il Dr. Gustavo E. Krickesky. Dopo aver tenuto seminari in numerosi paesi (Spagna, Brasile, Colombia, Messico) il dottor Krickesky ha tenuto il suo primo seminario in Italia a novembre presso la Scuola di Medicina Omeopatica di Verona, con il titolo: *La Solitudine e la Compagnia. Esclusione, isolamento e separazione nei rimedi e nei nostri pazienti.*

la mia curiosità divenne la vocazione di diventare medico omeopata. Questa frequentazione delle lezioni e corsi quando ero ancora adolescente probabilmente mi diede un vantaggio per indagare dentro al sapere omeopatico. L'Omeopatia per me non è mai stata l'altra medicina, bensì la sola, autentica medicina! Non posso ricordare senza emozionarmi la prima volta che lessi la "Filosofia Homeopatica" di Kent, lettura che segnò un prima ed un dopo nella mia vita. Ancora oggi è il primo libro che raccomando a chi vuole avvicinarsi al pensiero vitalista hahnemanniano, visto che senza una conoscenza dottrinale profonda non si può concepire lo studio e la comprensione della Materia Medica.

Che incarichi hai avuto alla scuola Paschero?

Il primo incarico fu quello di aiutante, poi di docente collaboratore, poi aggiunto, poi titolare e infine Docente Plenario di Materia Medica, condividendo con mio zio la cattedra di Materia Medica per più di trent'anni, finché lui morì nel 2011. Tutto ciò in parallelo alle mie

ricerche sulla clinica e sulla materia medica, che inizialmente furono pubblicate nella rivista della Scuola "Actas Homeopatica Argentinensis". Allo stesso tempo fui chiamato a far parte della Commissione Direttiva della Scuola, nella quale occupai vari incarichi fino ad arrivare alla Presidenza nel 2004. La Scuola è un'istituzione che oltre a formare i medici argentini con corsi regolari di tre anni, ospita da sempre colleghi di altre latitudini, per prepararli con corsi intensivi. Alcuni medici del corpo docenti viaggiano per tenere seminari fuori dalla Scuola, cercando di emulare il Maestro, che con grande entusiasmo commentava quanto profittevoli fossero le sue riunioni in Italia, a Napoli con la Dr.ssa Alma Rodriguez e il Dr. Negro, così come in altri posti del mondo.

Quali rimedi hanno attirato la tua attenzione e come li hai studiati?

Partendo dai medicamenti più noti, i policrestri, che paradossalmente sono i più difficili da conoscere appieno, iniziai ad investigare i Nosodi e a raggruppare i rimedi per la loro similarità sintomatologica e per le

loro tematiche, più che per la famiglia alla quale appartengono. Credo che questa idea sia utile, perché è così che si presentano nei pazienti che ci consultano e penso che in questo modo potremmo sbagliare meno. Ogni volta che inizio a studiare un nuovo proving, cerco di vedere a che rimedio classico assomiglia. Con questo criterio ho cercato di sviluppare i miei libri e le mie ricerche e così ho avuto più successi nel trattamento dei pazienti. Quando riuscii a curare un paziente grave con Androctonus, sviscerai la sua parziale somiglianza con Sepia, Cannabis indica, Chocolate, Baryta carb., Medorrhinum, Nuxvomica, Mercurius, Anhalonium, Anacardium, Hydrogenium, Camphora, Aurum, Natrum carbonicum, Liliun tigrinum, Tarentula e altri ancora. Tre sono gli elementi che non possono rimanere separati nello studio della Materia Medica: la patogenesi, la clinica e il repertorio (se possibile più di uno). A proposito di Androctonus, nel 2006 ho tenuto un seminario su questo rimedio alla L.U.I.M.O. a Napoli.

Nel seminario a Verona hai trattato il tema della solitudine. Perché hai scelto questo argomento?

L'uomo non ha mai posseduto tanti strumenti di comunicazione come nella nostra epoca, eppure mai come ora si sono registrati sintomi così allarmanti di isolamento e incomunicabilità, con un inquietante aumento della solitudine, che ormai è un problema sociale. Gli studiosi di scienze della comunicazione affermano che in gran parte noi ci sforziamo di conseguire una migliore qualità nella vita economica, e cerchiamo di ottenere informazioni piuttosto che ascoltare gli altri, e tutto ciò a discapito della

vita emozionale. Di conseguenza insorgono disfunzioni, come la sensazione di isolamento, solitudine, depressione e stress. Sappiamo che per l'omeopatia la malattia non viene da fuori, giacché solo chi la possiede anticipatamente nella sua impronta idiosincrasica sarà predisposto ad ammalarsi. La vertiginosa e frenetica vita quotidiana non ci fa ammalare, ma solamente scatena e libera la malattia che avevamo già dentro. Nei proving attuali, allo stesso modo, ritroviamo il tema della solitudine e la sensazione di sentirsi soli pur essendo tra la gente, un sentimento antico quanto l'uomo stesso. Queste riflessioni mi portarono ad approfondire lo studio di vecchie patogenesi, come quelle della famiglia delle Liliafloraes, che soffrono di questo dolore, ed altri nuovi rimedi come Aids nosode, Falcon peregrinus, Corvus corax e Larus argentatus ed altri, con corrispondenti casi clinici.

Sappiamo che hai pubblicato un libro in italiano. Ne hai scritti altri?

Quali sono i tuoi nuovi progetti?

Ho pubblicato tre libri. Il primo nel 2004 "Homeopatia. Estudio comparativo de medicamentos de la Materia Medica Homeopatica" che è stato tradotto in italiano. Poi nel 2008 "Homeopatia, Materia Medica Comparada" e nel 2011 "El rapto de Proserpina. Plutonium nitricum" con il prologo di Jeremy Sherr e una presentazione di Roberto Petrucci. Da poco ho concluso un altro libro, diverso dagli altri, che si intitola: "Clinica y Materia Medica Homeopatica", con una prefazione di Misha Norland. E' diverso perché ciascuno dei 27 capitoli che lo compongono inizia con un caso clinico, la sua analisi e la sua evoluzione, permettendo così di apprezzare più profondamente il



rimedio e la sua azione terapeutica. Dopo di che si passa allo studio del rimedio stesso e alla diagnosi differenziale, comparandolo con altri rimedi. Alcuni di questi sono rimedi di vecchia sperimentazione già presenti nell'Enciclopedia di Allen e proposti con una visione diversa, ma la maggior parte sono rimedi con proving relativamente nuovi, come Aids nosode, Ara macao o Cocainum.

Cosa pensi del momento che vive l'omeopatia nel mondo?

E' facile parlare dei programmi di salute e dei governi, ma l'Omeopatia deve crescere. Ciò dipende molto dall'atteggiamento degli omeopati e dallo sforzo che ciascuno fa nell'apprendere ogni giorno qualcosa di più. Il grave rischio, che può capitare in qualsiasi disciplina, è accontentarsi di quel poco che finora conosciamo della meravigliosa Omeopatia, che in realtà si trova appena all'inizio della sua evoluzione. Per fortuna, o meglio, grazie allo sforzo di pochi, oggi possiamo contare su nuove patogenesi che hanno manifestato sintomi che parlano al nostro presente e questo amplia il nostro ventaglio terapeutico che rimarrà valido per sempre ... come accade con le grandi verità.

Ti ringrazio per il tempo che mi hai dedicato e ti saluto con un arrivederci a Verona in primavera 2015.

La nuova sperimentazione in Omeopatia

Tradire Hahnemann?

L'omeopata dell'Ottocento che, nei ritagli di tempo, sperimentava su di sé sostanze diluite e dinamizzate secondo la metodica classica, si auto-osservava, descriveva la patogenesi su un taccuino, è un'immagine ormai sfocata, da album di famiglia. In duecento anni di storia la medicina si è evoluta, e con lei la medicina omeopatica. Anche la sperimentazione omeopatica, sulla scia, metodologica se non ideologica, dei successi di quella ufficiale, è andata incontro a un'evoluzione. Modelli in vitro e in vivo, su animali e sull'uomo, sono stati usati per testare il potere far-

La sperimentazione del potere patogenetico di sostanze medicinali su persone sane, o 'proving' (leggi *pruvin*), è notoriamente uno dei principi fondamentali dell'omeopatia. Sin dai tempi di Hahnemann essa rappresenta l'unica conoscenza affidabile delle proprietà terapeutiche di una sostanza. Quando ci si guarda intorno, nel mondo attuale della ricerca omeopatica, però non mancano le sorprese.

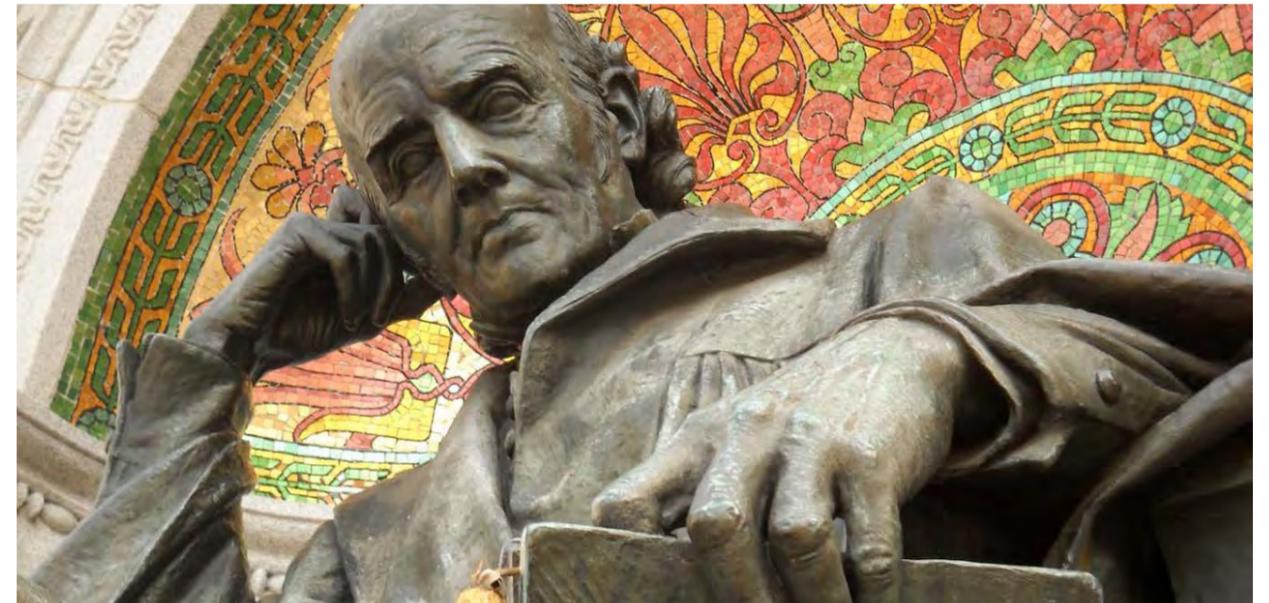
macologico di innumerevoli sostanze. Nella prima fase (farmacologia clinica: studio farmacocinetico e farmacodinamico su volontari in salute) sembra che la metodica sia sovrapponibile a quella hahnemanniana¹, poi le strade si dividono. Il soggetto conoscente viene separato dall'oggetto conosciuto, mentre

nella sperimentazione omeopatica lo sperimentatore fa parte integrante dell'esperimento.

Quello che il trasgressivo Hahnemann, con i suoi 'rudimentali' proving con pochi campioni e niente statistiche, non riteneva necessario, anzi aborrisce, duecento anni fa, e cioè il confronto con la medicina ufficiale, sta pian piano facendosi strada nell'omeopatia moderna. Le diverse scuole di pensiero, più o meno legate alla scuola classica hahnemanniana, ora non disdegnano un'ibridazione con le metodologie della ricerca moderna. A cominciare dal termine. Così il 'proving' diventa 'homeopathic drug proving' (HDP, gli acronimi vanno tanto di questi tempi...), o addirittura un elegante 'homeopathic pathogenetic trial' (altra sigla: HPT), più consona a parallelismi con 'randomized clinical trial' e 'trial' di ogni genere e specie della medicina ufficiale. I confini, così chiari alla fine del Settecento, fra medicina convenzionale e medicina omeopatica, sfumano; il medico omeopata oscilla fra la credibilità delle evidenze derivate da trial convenzionali e la purezza



Alexander Beydeman, *Homeopathy watching horrors of Allopathy*, 1857



delle sperimentazioni sull'uomo sano. Per non perdere i vantaggi delle due metodiche e avere sempre, ippocraticamente, come primo obiettivo la salute del paziente, fa un passo verso il futuro² (tradisce Hahnemann?).

Proving, HPT, sì, ma randomizzati, in cieco, doppio o triplo, sottoposti a test statistici e con controlli placebo. D'altra parte vi sono studi³ perfettamente in linea sia con i dettami hahnemanniani sia con quelli della ricerca medica ufficiale, che hanno dimostrato che i rimedi omeopatici producono sintomi diversi da quelli del placebo.

Negli ultimi due-tre decenni c'è stato un gran fervore di sperimentazioni omeopatiche: è come se si sentisse la necessità di un progresso in omeopatia e ognuno lo cercasse attraverso la propria cultura. Si sono moltiplicate così metodiche non classiche legate a valori di tradizione orientale/indiana, ma anche americana/new age ('dream-proving', 'meditative-proving', proving eseguiti durante conferenze ecc.), ma soprattutto trial clinici standardizzati, esperimenti basati

su modelli murini e in vitro, review, meta-analisi e quant'altro appartenga alla Evidence Based Medicine della cultura medica tradizionale. In medio stat virtus, chissà: omeopati di tutto il mondo hanno ripreso a eseguire proving classici, utilizzando, in più, strumenti di controllo convalidati dalla medicina ufficiale.

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, in un rapporto del 2013 intitolato 'Strategia per le medicine tradizionali'⁴ pone l'accento sulla necessità di favorire la ricerca in questo campo e si barcamena agilmente fra 'modelli e metodi qualitativi', 'un'ampia base di prove capaci di dare informazioni alla politica sanitaria', 'progetti comparativi, basati su metodi misti'. Qualcosa, molto, bolle in pentola. L'omeopatia si riappropria, senza paraocchi, della ricerca, sfruttando ciò che di utile possono dare le innovazioni della medicina ufficiale. E la verifica clinica dei dati, come sempre, rimane il punto fondamentale di validazione della metodica. La priorità, a questo punto, è eseguire proving di qualità, uniforma-

ti in modo che sia riconosciuta alla ricerca omeopatica classica una legittimità e riproducibilità al passo con i tempi. A questo riguardo le maggiori associazioni internazionali (Liga Medicorum Homeopathica Internationalis e European Committee for Homeopathy) stanno preparando insieme un documento che comprenderà linee guida da seguire nelle sperimentazioni⁵. Ne riparleremo.

BIBLIOGRAFIA

1. JEREMY Y. SHERR, trad. M.L. Gonella, *Le dinamiche e la metodologia della sperimentazione omeopatica*, Salus Infirmerum, Padova, 2001
2. WITT C., ALBRECHT H. *New Directions in Homeopathy Research*, KVC Verlag, Essen, 2009.
3. MÖLLINGEN H., SCHNEIDER R., WALACH H., *Homeopathic pathogenetic trials produce specific symptoms different from placebo*. *Forsch Komplementmed* 2009, 16 (2): 105-10.
4. www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/
5. JANSSEN J.P., ROSS A., *Homeopathic pathogenetic trials and proving: the need for harmonized guidelines*. *Homeopathy* 2014, 103: 1-2

Il valore dei sintomi in Omeopatia

Lavoro presentato al I Congresso Internazionale di Medicina Omeopatica IRMSO di Roma, 18-20 Ottobre 2013

RIASSUNTO

L'Autore, analizzando lo studio degli antichi Maestri omeopatici da Hahnemann a Kent, descrive le fasi salienti del pensiero omeopatico che hanno definito i criteri per la scelta dei sintomi dei pazienti e dei rimedi, fondamentali nella ricerca del simillimum del caso. Lo studio storico evidenzia come gli antichi Maestri, nonostante le differenze di tempo, di luogo e di approccio culturale, siano giunti a conclusioni molto simili circa la gerarchia sintomatologica e la metodica clinica. L'Autore trova in questa similitudine di conclusioni un filo conduttore caratterizzato da profondità di pensiero e da sapienza. Sulla base di questi elementi l'Autore conclude che l'Omeopatia dell'Ottocento e dei primi del Novecento si sia caratterizzata quale la migliore pratica medica conosciuta nella storia.

SUMMARY

While analyzing the study of old Masters of Homeopathy, from Hahnemann to Kent, the Author describes the most important phases of the homeopathic assessment of selection criteria for patients and remedies, critical for the search of the simillimum. His historical study highlights as old Masters, though differences of time, place and cultural approach, came to very similar conclusions about symptoms hierarchy and clinical methodology. The Author judges such correspondence of conclusions a thread of depth of thoughts and wisdom. On the strength of these elements, the Author assumes that Homeopathy of 1800 and early 1900 distinguished itself as the best medical practice of the human history.

INTRODUZIONE

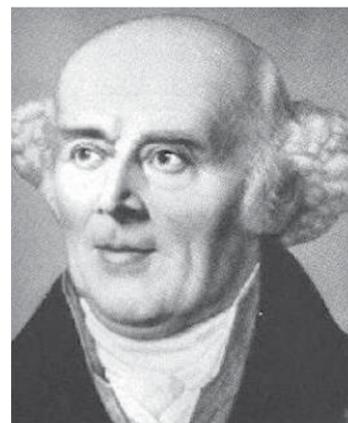


Fig. 1. C.F.S. Hahnemann

Da sempre la maggiore difficoltà nella clinica è stata quella di scegliere i sintomi importanti per la prescrizione del medicamento adeguato. Da sempre nello studio della Materia Medica si è cercato di capire quali fossero i sintomi importanti per la comprensione e l'utilizzo dei nostri medicinali. Cerchiamo di vedere con una rapi-

da carrellata degli scritti dei Maestri antichi se esiste una risposta a questi quesiti, possibilmente rimanendo con i piedi ben saldi a terra e lontani dalle fantasie metodologiche che si sono, a torto o a ragione, moltiplicate nel corso degli ultimissimi anni. Ai posteri lasciamo la verifica della utilità o inutilità di questa *New Age* omeopatica. Noi ci occupiamo, in questa sede, di coloro che hanno certamente reso immortale la nostra Medicina.

Partiamo dal Maestro Hahnemann che ci dice nel § 3, dal Maestro Ortega definito il paragrafo del Condizionismo medico perché detta le condizioni per una buona prescrizione (Fig. 1):

Se il medico capisce la malattia – ossia sa che cosa si deve guarire nei singoli casi di malattia (= riconoscimento della malattia, indicazione); se il medico sa chiaramente quello che nei rimedi, anzi in ogni singolo rimedio, v'è che guarisce (= conoscenza del potere dei medicinali) ...

Facendo quindi già menzione di questo tema centrale in Omeopatia, la PERCEZIONE di ciò che deve essere curato in ogni malato e la PERCEZIONE di ciò che CURA in ogni nostro medicamento. In questo modo Hahnemann ci mette il dubbio e la curiosità di capire cosa dobbiamo ricercare nel nostro affanno di curare i pazienti. E quindi abbiamo da un lato i sintomi del paziente e dall'altro i sintomi del medicamento.

I SINTOMI DEL PAZIENTE

Ci occuperemo, in questa nostra analisi, dapprima dei sintomi importanti da rilevare nel PAZIENTE. Bonariamente sempre Hahnemann nel § 153 ci dà una chiave di lettura: § 153. Riccamboni vs Meconi

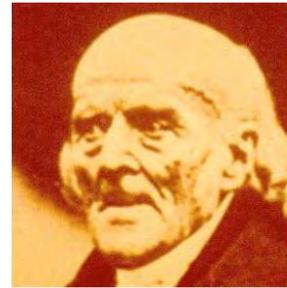


Fig. 2. Hahnemann nei suoi ultimi giorni

Traduzione Riccamboni

Nella ricerca del rimedio omeopatico (...) si devono tenere presenti in modo particolare e quasi esclusivo, i sintomi più salienti, quelli particolari, quelli non comuni, quelli caratteristici della malattia ...

Traduzione Meconi

(...) i segni e sintomi del caso di malattia, maggiormente vistosi, straordinari, non comuni e peculiari (caratteristici); perché principalmente a questi debbono corrispondere quelli molto somiglianti nella serie di sintomi della medicina cercata ...

I sintomi generali e indeterminati, come inappetenza, mal di capo, debolezza, sonno inquieto, malessere ecc., per avere carattere generale e non essere meglio specificati, meritano minor attenzione, poiché essi si riscontrano quasi in ogni malattia e in ogni rimedio.



Fig. 3. Ulrich Fischer

Non accontentandomi di queste traduzioni, visto il valore altissimo di queste frasi, anni fa chiesi al mio amico Ulrich Fischer di tradurre per me dall'originale tedesco le singole parole del paragrafo con una possibile spiegazione. E lui lo fece magistralmente:

(...) Auffallenden, sonderlichen, ungewöhnlichen und eigenheitlichen (charakteristischen) Zeichen und Symptome (...)

Auffallend = saltano alla vista, sono predominanti, molte volte relazionati con il sintomo predominante del paziente (una febbre alta con spasmi, una colica renale, una emorragia pericolosa).

Sonderlich = meglio descritto come inusuali. Sono sintomi che non sono logici: una gastrite con desiderio di cibi grassi, una febbre alta senza sete, dimentica tutto meno quello che sogna.

Ungewöhnlich = la miglior traduzione è *straordinario* (außer-gewöhnlich).

Questi sintomi esistono fuori da ciò che il paziente conosce di sé o che appartiene alla sua normalità, p.e. una metrorragia fuori da un ciclo sempre normale, o il paziente che sempre è stato irritabile e che diventa all'improvviso apatico e tranquillo.

Eigenheitlich (charakteristisch) = si può intendere come la forma peculiare, speciale di reagire di QUESTO paziente. *Eigen* vuol dire che è *proprio* del paziente, per esempio tutto ciò che produce è caratterizzato da iperplasia: cisti, verruche, ghiandole iperplastiche.

Però Hahnemann scrive anche rispetto ai sintomi caratteristici: *Che Boenninghausen - con il suo repertorio - ha apportato la possibilità di amplificare le possibilità terapeutiche. Questo vuol dire che i sintomi "genio" nel repertorio di Boenninghausen, che sono i sintomi più caratteristici di un medicamento (la secchezza di Bryonia, etc) sono quelli che dobbiamo cercare in un paziente.*

Per arrivare quindi ad ottenere questi sintomi importanti e che risolvono il nostro caso facendoci individuare il rimedio migliore, abbiamo diversi passi da seguire, dobbiamo prendere il caso nel migliore dei modi! Questo lo si ottiene:

- con la scienza, cioè con lo studio relativo all'anamnesi omeopatica secondo Hahnemann § 82-104 dell'Organon 6a edizione, in cui abbiamo consigli astuti e validi ancora dopo 2 secoli;
- con l'esperienza sul campo, attraverso centinaia di pazienti visitati ed errori ben meditati;
- con l'arte, che è una dimensione che soltanto pochi fra noi hanno e che consente di percepire ciò che altri non riescono a vedere.

Dopo la presa del caso che ci porta ad ottenere quella che Hahnemann definisce *totalità sintomatica* dobbiamo, per arrivare ad ottenere *i sintomi caratteristici* di cui abbiamo parlato sopra, operare una SINTESI straordinaria che porti a quei sintomi CARATTERISTICI, a quella totalità non numerica ma QUALITATIVA, che definisce il nostro paziente e la sua sofferenza come una IMMAGINE unica ed irripetibile. Hahnemann ce lo dice nel § 164 :

Il numero ristretto dei sintomi equivalenti ed omeopatici del rimedio scelto bene non porta alcun pregiudizio per la guarigione, se questi pochi sintomi del rimedio sono in grandissima parte solo di tipo straordinario caratterizzante la malattia in modo speciale (caratteristici). In tal caso la guarigione avviene egualmente senza particolari disturbi.

Questa sintesi di sintomi chiari e precisi è stata ad esempio definita in vari modi nel corso di due secoli:

The *three legged stool*, lo sgabello a tre zampe da Constantine Hering (Fig. 4): *Così come tre punti di appoggio, secondo la matematica, sono sufficienti a sostenere qualsiasi oggetto, possiamo sopporre che tre*

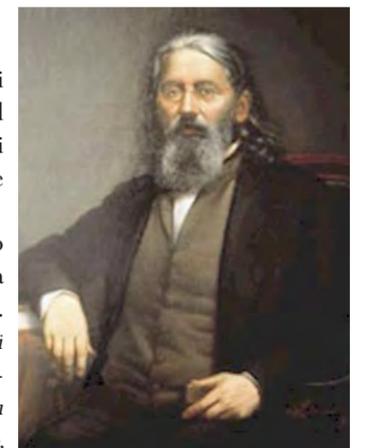


Fig. 4. Constantine Hering



Fig. 5. Adolph von Lippe



Fig. 6. Tomaso Pablo Paschero



Fig. 7. Proceso Sanchez Ortega

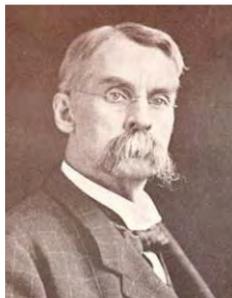


Fig. 8. James Taylor Kent



Fig. 9. Henry N. Guernsey

sintomi caratteristici dovrebbero essere sufficienti per prescrivere una cura molto efficace. Le *Keynotes and Red Line Symptoms* di Adolph Von Lippe (fig. 5), la *Sindrome Minima di Valore Massimo* da Tomàs Pablo Paschero (Fig. 6), la *Diagnosi individuale e la Nitidezza sintomatica* di Proceso Sanchez Ortega (Fig. 7), etc.. Tutti hanno cercato di evidenziare quei pochi o tanti sintomi in grado di INDIVIDUALIZZARE il caso in modo inconfondibile.

Questo approccio, confermato dalla sua visione unica della sintomatologia dei rimedi, così come dall'esperienza clinica, portò James Tyler Kent (Fig. 8) a dire: *E' a volte possibile abbreviare l'anamnesi selezionando un sintomo, la chiave del caso, anche se questo dovrebbe essere raramente tentato. Spesso è comodo (e sicuro) prendere un gruppo di tre o quattro sintomi ESSENZIALI.*

Le KEYNOTES di Henry N. Guernsey (Fig. 9), di H. C. Allen (Fig. 10) e di E. B. Nash (Fig. 11) sono giustamente famose per lo stesso motivo. Si tratta dunque di un forte desiderio tra gli omeopati di rendere il processo di selezione del rimedio più semplice possibile. Tuttavia, anche se Guernsey giustificò l'uso dei keynotes in quanto effettivamente essi coprivano la totalità, il loro abuso (attraverso l'applicazione scorretta) fu poi censurato da Yingling, Kent, ecc. Il motivo per cui le sole keynotes non sono sicure da usare è nelle parole di Boger (Fig. 12): *Il fattore di differenziazione effettiva tra rimedi e conseguentemente fra pazienti, potrebbe appartenere a qualsiasi rubrica di sorta.* Henry A. Roberts (Fig. 13) dice lo stesso, ma in modo diverso: *Nessuna malattia può essere rappresentata da un singolo sintomo. Il carattere del farmaco è rappresentata non da un sin-*

golo effetto, ma da un gruppo di effetti. Maestri prescrittori hanno insegnato, attraverso le loro esperienze che tutto lo sforzo si riduce alla fine nell'individuare i pochi sintomi PECULIARI E INDIVIDUALIZZANTI.

Il Dr. Boger dice (*Studies in the Philosophy of Healing* pag. 79-80) (Fig. 14): *Il SIGNIFICATO SOSTANZIALE del caso può essere presente in una qualsiasi delle tre parti (costituzionale, generale e particolare). Spesso il fattore comune è nelle PECULIARITÀ ESSENZIALI, che emergono attraverso l'anamnesi, predisposizione ereditaria, ecc.*

Boger ci chiarisce le idee sulle *caratteristiche essenziali* attraverso due casi: (1) Un bambino aveva gravi brividi alle 11:00 a.m., a giorni alterni, viso molto blu, seguito dal calore intenso, quindi leggera umidità. Natrum muriaticum 1.000 e mai più un altro brivido. (2) Soppressione di una leucorrea profusa che ha portato a salpingite, con febbre alta. Ogni parossismo di dolore gradualmente saliva fino ad un certo livello, per poi cessare improvvisamente. Una dose di Pulsatilla ripristinò la scarica seguita da recupero completo.

I SINTOMI DEL RIMEDIO

Alfred Pulford (Fig. 15) entra nella questione con parole chiare: *La vera totalità dei sintomi del farmaco indicato deve consistere nei pochissimi sintomi prodotti sul corpo umano sano e non da sintomi prodotti nel risvegliare delle predisposizioni semi-latenti in quel corpo. (Miasmi latenti). (...) I sintomi devono essere PRODOTTI DAL FARMACO STESSO e devono essere COSTANTI INTUTTI gli SPERIMENTATORI, mentre gli altri si troveranno a variare con diversi individui e nello stesso individuo in tempi diversi. Ciò rende la valutazione attuale di sintomi, come appaiono nei nostri repertori, erronea, come ho più volte scoperto (...) Il PROVING produce sempre il proprio piccolo gruppo patogenetico, ESSO NON varia mai. Questo gruppo patogenetico vero che noi chiamiamo i sintomi rari, strani e particolari, spicca su tutto il resto dei sintomi messi insieme (...) il resto dei*

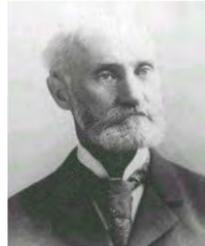


Fig. 10. Henry Clay Hallen



Fig. 11. Eugène Beauharnais Nash



Fig. 12. Cyrus Maxwell Boger



Fig. 13. Herbert Albert Roberts

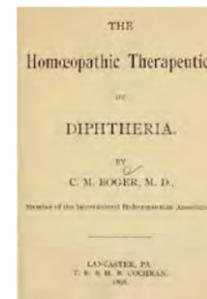


Fig. 14. The Homoeopathic Therapeutics of diphtheria di C. M. Boger

Questo significa che non sono i sintomi locali, particolari, ma i sintomi GENERALI-MENTALI e i GENERALI-FISICI che ci aiutano.

Importanza del grado dei sintomi

Hering osservò che: *I sintomi di un caso ed i sintomi di un farmaco non devono essere solo uguali, uno per uno ma, in entrambi, gli stessi sintomi devono essere anche di rango simile.*

Questo stesso punto è stato sottolineato da Yingling (Fig. 18): *I sintomi che guidano (...) sono quelli peculiari del caso, o altri così PREMINENTI e STRAORDINARI da essere PREDOMINANTI del caso (...) Il sintomo più importante del PAZIENTE non solo deve essere presente nel RIMEDIO, ma dovrebbe essere anche uno dei più importanti del rimedio. Qui sta l'abilità del medico proscrittore.*

La stessa cosa ci dice un'altra autorità, vale a dire Gibson Miller: *Quando si utilizzano questi sintomi peculiari e caratteristici come le guide principali nella scelta del rimedio, è importante tenere a mente che essi devono essere ugualmente ben marcati NEL PAZIENTE E NEL RIMEDIO. In altre parole, non importa quanto peculiare ed eccezionale possa essere un sintomo, sia nel paziente o nel rimedio, perché, a meno che non si tratti di pari grado in entrambi, dobbiamo prestare poca attenzione ad esso.*

Il Repertorium Generale di Kunzli (Fig. 20) e il Synthetic Repertory di Barthel (Fig. 21)

hanno evidenziato questi sintomi importanti.

Altro aspetto importante nella scelta dei sintomi ce lo propone Hering: *I sintomi Caratteristici dovrebbero sempre essere usati in combinazione (GRUPPI), non singolarmente.* Un punto che è stato sottolineato anche da H. A. Roberts, che afferma: *Nessuna malattia può essere rappresentata da un singolo sintomo. Il carattere del farmaco è rappresentata non da un singolo effetto, ma da un gruppo di effetti.*

Ci potremmo chiedere come può un piccolo numero di sintomi, anche se peculiari e distintivi, alleviare una vasta gamma di sintomi del paziente? Anche qui lasciamo rispondere Hering (Fig. 22): *Tra tutte le conferme della nostra materia medica, la più grande e la più innegabile è la seguente: dopo che abbiamo trovato uno o alcuni dei sintomi caratteristici di un rimedio, troviamo anche gli altri, a volte anche TUTTI.*

Il miglior esempio di questo è stato dato da Boenninghausen (Fig. 23) nei suoi scritti. In un caso esplicativo ci racconta di una ragazza con il mal di denti che aggravava tutte le sere fino a mezzanotte e che migliorava andando all'aperto. Le fu somministrata Pulsatilla con un effetto drammatico. Come Boenninghausen aveva predetto, indagando successivamente si trovarono le altre caratteristiche della Pulsatilla e cioè: assenza di sete, facilità al pianto, aggravamento con il calore, insonnia prima di mezzanotte, l'avversione ai grassi, diarrea viscosa, mestruazioni in ritardo e di breve durata, dismenorrea.

I sintomi clinici

Hering: *Un sintomo guarito non ha mai un valore intrinseco come uno prodotto e curato, e tuttavia, questo non dovrebbe essere ignorato; nel corso del tempo questo sintomo può essere aggiunto ai caratteristici.* Si introduce qui un discorso fondamentale nella nostra Medicina, quello della VERIFICA DEI SINTOMI DEI RIMEDI e conseguentemente dei criteri di verifica. Perché abbiamo bisogno di verifica?

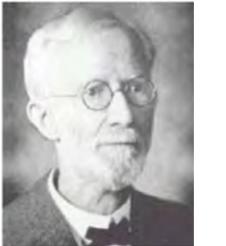


Fig. 19. William A. Yingling



Fig. 19. Robert Gibson Miller



Fig. 20. Jost Kunzli von Fimmelsberg



Fig. 21. Barthel



Fig. 22. Hering nel suo studio



Fig. 23. Clemens Maria Franz von Boenninghausen

Perché attraverso la verifica determiniamo i sintomi caratteristici e le modalità dei rimedi.

Nel proving di *Pulsatilla* di Hahnemann, ad esempio, la sete è citata 18 volte e la mancanza di sete 12 volte. Tuttavia, l'esperienza clinica dimostra che *Pulsatilla* ha una mancanza di sete nella maggior parte delle condizioni. Conseguentemente possiamo dire che il primo passo per creare una Materia Medica è il proving. Il secondo

passo è la verifica dei sintomi del proving. Il successivo li comprende tutti e due. Così miglioriamo la Materia Medica e facciamo la selezione del nostro rimedio sempre più sicura. Cosa significa verifica?

Il termine *verificare* che deriva dal latino significa: *provare la verità*. In Omeopatia parliamo di verifica quando un sintomo del proving è curato in un paziente, cioè è confermato dalla guarigione. Come esempio un caso clinico del Dr. Carl Rudolf Klinkeberg (Fig. 24), un medico tedesco di stretta osservanza Hahnemanniana:

Donna 37 anni, ha continui problemi di stomaco da 3 anni. Ha la sensazione di *massa* nello stomaco, come un *peso* o una pietra. Negli ultimi due anni è divenuta sensibile al freddo. Si è sentita triste ultimamente. Naso bloccato. I disturbi dello stomaco ricordano i sintomi di *Sepia*.
Pain in the middle of the abdomen...; it lay like a lump... (Chronic diseases vol. 5, No. 666)
Pressure in the stomach, as from a stone. (No. 603)
A feeling of weight in the abdomen, when moving. (No. 665)

Sulla base della totalità dei sintomi della signora si prescrive *Sepia 3 LM*. La tristezza ed il brivido scomparvero dopo le prime 3 settimane. I disturbi gastrici dopo le successive 5 settimane salendo a *Sepia 6 e 9 LM*. Sette anni di follow up confermano i risultati senza più recidive.

La sensazione di massa o tampone nello stomaco fu verificata per *Sepia*. Ripetute verifiche di un sintomo accresce il suo valore nel nostro repertorio. Nei repertori *Synthesis e Complete Sepia* è annotata al secondo grado nella rubrica: *Stomach, lump, sensation of* (K 504) e al primo grado su: *Stomach, stone, sensation of* (K 527). Questo caso, comunque, non è una conferma speciale. La maggior parte di noi conosce questi sintomi di *lump* di *Sepia*, alcuni colleghi me lo ripetono e sicuramente *Sepia* sarà stata verificata per questi sintomi centinaia di volte. Il caso mostra che noi non siamo abituati ad usare la verifica dei sintomi, altrimenti il sintomo verrebbe riportato al 3° grado nei nostri repertori.

Cosa possiamo dire quindi rispetto a questi concetti?

Che da una parte abbiamo la categoria dei sintomi del proving che dovrebbero essere verificati per poter innalzare il loro valore e dall'altra parte abbiamo la categoria dei sintomi clinici. I sintomi clinici sono quelli osservati nella cura, ma che non sono prodotti dal rimedio nel proving. Alcuni dei nostri sintomi più importanti provengono da casi curati: *sudorazione della testa* di *Calcarea carbonica*, *vomito di liquidi non appena si riscalda nello stomaco* di *Phosphorus*, suscettibilità alle infezioni e digrignamento di denti di *Tuberculinum*.

Dunque tutti i sintomi curati devono essere aggiunti al quadro del rimedio?

NO. Assolutamente NO!!!

Fintanto che il sintomo non sarà osservato ripetutamente, non sarà un sintomo sicuro.

C'è una differenza essenziale tra sintomi da proving e sintomi clinici.

Quando io posso fidarmi dello sperimentatore e del proving, come di un proving di Hahnemann, allora diamo per certo che i sintomi del proving appartengono con il rimedio sperimentato, mentre invece un sintomo clinico che non è ancora conosciuto per un certo rimedio, può scomparire insieme agli altri sintomi più o meno per caso. Guernsey si pone la stessa domanda:

I sintomi che fino ad ora non sono stati prodotti da un rimedio prescritto, ma scompaiono con il suo uso, indica (...) che essi devono essere aggiunti alla serie dei sintomi del rimedio? (...) Può capitare che la forza vitale rinvigorita si sbarazza di questi sintomi "occasionalmente" insieme agli altri (...) queste osservazioni non hanno posto nella Materia Medica finché non saranno provate più e più volte. (Cincinnati Medical Advance 22, 109, 1889)

La forza vitale rinvigorita si sbarazza dei sintomi! Questo è un punto cruciale nella valutazione dei sintomi curati. Ci sono oggi colleghi che quando curano un caso con un certo rimedio strano, prendono anche gli altri sintomi accessori e li mettono nel quadro del rimedio stesso. Questa è una falsificazione della Materia Medica!!!

Fintanto che un sintomo non è clinicamente confermato parecchie volte e preferibilmente da differenti omeopati esso NON È certamente un sintomo clinico! Prendiamo la sudorazione del cuoio capelluto di *Calc*, non si ritrova in nessun proving, ma centinaia di medici hanno osservato e curato il sintomo. La conferma di tali cure può donare tanto peso ad un sintomo clinico come un sintomo da proving più volte verificato! Il sintomo clinico può così essere aggiunto al quadro curativo del rimedio. Ripetiamo ciò che Hering scrive così nella prefazione dei *Guiding Symptoms*: *Un sintomo solamente curato non ha mai tanto valore intrinseco come uno prodotto e curato. E tuttavia, questo sintomo non va ignorato; nel corso del tempo potrà essere aggiunto ai caratteristici.* Criterio, molto importante: solo sintomi caratteristici ed intensi possono essere verificati.

I sintomi curati devono essere caratteristici ed intensi del malato. Mi riferisco alla nota di Hahnemann al paragrafo 67 *Una medicina omeopatica non è ancora inadatta in un caso di malattia, se l'uno o l'altro sintomo corrisponde solo antipaticamente ad alcuni sintomi di valore medio o piccolo. Quando gli altri sintomi della malattia più forti, caratteristici e speciali vengano coperti dal rimedio per la somiglianza dei segni (ossia omeopaticamente) ossia vengono vinti, estirpati, spenti, anche i piccoli sintomi contrari spariscono spontaneamente cessando l'azione del rimedio, senza minimamente ritardare la guarigione.*

Hering dice le stesse cose in altre parole:

I sintomi che sono guariti con un rimedio sono spesso solo segni conseguenti che scompaiono con la eliminazione di una certa condizione (...) la condizione che una cura può guarire in un dato caso, non si basa sulla similitudine con tali sintomi, come enfatizzato dai testi di Patologia, ma piuttosto con la similitudine di altri completamente differenti. (Hering's Medical Writings Volume 3, P.1018)

Questo è molto importante per lo sviluppo dei nostri repertori.

Negli anni recenti molti sintomi clinici curati sono stati inclusi nei nostri repertori. Tuttavia non tutti i sintomi clinici curati appartengono al rimedio e possono essere aggiunti, perché spesso come dice Hahnemann sono solo curati da una forza vitale rinvigorita dall'azione del rimedio scelto per altri sintomi. Come ho citato prima, il sintomo deve essere ripetutamente confermato.



Fig. 24. Renzo Galassi e Carl Rudolf Klinkeberg

Sintomi minori *secondari* non necessariamente si accordano omeopaticamente al rimedio, essi scompaiono da soli quando i sintomi più forti e caratteristici vengono curati, perfino quelli che sono completamente opposti al rimedio, ad esempio nelle modalità!

Una volta che il processo di guarigione è iniziato, tutti i sintomi della malattia scompaiono, persino quelli che non appartengono al rimedio. Se questo sintomo venisse aggiunto al repertorio ed il paziente successivo presentasse questo sintomo come sintomo caratteristico, il medico potrebbe usarlo erroneamente prescrivendo il rimedio sbagliato.

È una grande responsabilità!

Sintomi piccoli o medi semplicemente scompaiono con l'effetto del rimedio pur non avendo a che fare nulla con l'azione del rimedio stesso. Questa è una categoria di sintomi a parte che nessuno ha definito ancora. Alcuni autori ortodossi tedeschi li chiamano *falsi sintomi clinici* in contrasto con i veri sintomi clinici, che appartengono al rimedio. Leggiamo di nuovo le ultime righe della nota al § 67:

Quando gli altri sintomi della malattia più forti, caratteristici e speciali vengano coperti dal rimedio per la somiglianza dei segni (ossia omeopaticamente) ossia vengono vinti, estirpati, spenti, anche i piccoli sintomi contrari spariscono spontaneamente cessando l'azione del rimedio, senza minimamente ritardare la guarigione.

Noi non possiamo verificare altri sintomi che questi caratteristici e più intensi, perché solo a questi possiamo assegnare con certezza gli effetti di un rimedio. Concludiamo questo discorso, dicendo che a tutt'oggi solo una parte dei sintomi verificati e clinici sono pubblicati perdendo una buona parte del nostro lavoro.

Sintesi dell'inquadramento sintomatico



Fig. 25. Harvey Farrington

Ed ora, a favore dei più giovani, un piccolo sunto sul modo di considerare i sintomi dei pazienti, sinteticamente e stupendamente elaborato dai grandissimi Constantine Hering e Harvey Farrington Fig. 25). Iniziamo dal piccolo schema che Hering era solito disegnare sulla lavagna, a beneficio degli studenti di Allentown, durante le lezioni di Materia Medica. Con Harvey Farrington facciamo la sintesi finale della classificazione dei sintomi e della loro importanza. (Fig. 26, 27, 28). Tutti i provings dei rimedi danno una sintomatologia composta da:

1. Sintomi comuni,
2. Sintomi peculiari o caratteristici,

La maggior parte dei casi presenta sintomi irrilevanti nello studio del paziente e nella ricerca del simillimum, che può invece essere trovato con accuratezza grazie a quei sintomi definiti CARATTERISTICI. Tutti i sintomi sono o GENERALI o PARTICOLARI.

Il GENERALE è quel sintomo che colpisce il paziente nel suo INSIEME, nella TOTALITÀ.

Il PARTICOLARE è il sintomo che colpisce una singola parte o un organo.

Ruolo della patologia

Una conoscenza patologica della malattia è necessaria per interpretare la sintomatologia ottenuta e per prescrivere il rimedio veramente indicato, non quello solo superficialmente omeopatico. Si deve conoscere la storia naturale delle malattie, come le diverse fasi ed i segni caratteristici che le accompagnano. La patologia insegna anche l'importante differenza tra i sintomi patognomonici assoluti ed i sintomi contingenti o peculiari di un dato caso di malattia. Ricordiamo sempre che: maggiore è il valore di un sintomo per la diagnosi clinica, minore è il suo valore per la scelta del rimedio omeopatico e viceversa. I sintomi apparentemente non importanti, particolari, contingenti del paziente, cioè senza valore per la diagnosi clinica, sono i principali sintomi guida per la scelta del rimedio omeopatico. Bisognerebbe parlare a lungo di questi concetti.

Fig. 26. Schema riassuntivo/ Sintomi generali

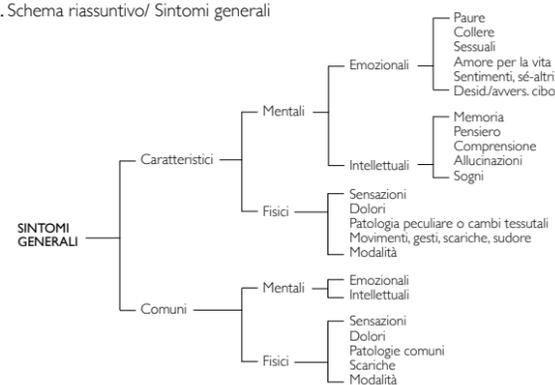


Fig. 27. Schema riassuntivo/ Sintomi particolari

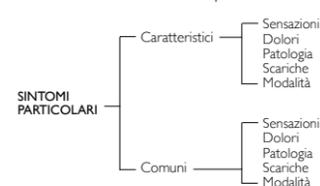
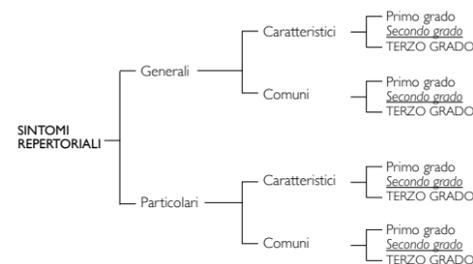


Fig. 28. Schema riassuntivo/ Sintomi repertoriali



BIBLIOGRAFIA

1. S. HAHNEMANN – *Organon 6° edizione*, traduzione Riccamboni - Edizioni Red
2. S. HAHNEMANN – *Organon 6° edizione*, traduzione Meconi - Edizioni SIMOH
3. S. HAHNEMANN – *Malattie croniche*, 1° volume - Traduzione e edizione P. Chianese, 1987
4. A. VON LIPPE – *Keynotes and Red Line Symptoms* – Ed. Jain Publisher, Delhi.
5. TOMÁS PABLO PASCHERO – *Homeopatía* – Editorial Albatros, Buenos Aires.
6. P. S. ORTEGA – *Introduzione alla Omeopatía* – Edizioni IPSA, 2001
7. P. S. ORTEGA, R. GALASSI – *I sintomi mentali del repertorio Omeopatico* – Ed. Salus Infirmerum, Padova 2005.
8. H. N. GUERNSEY – *Keynotes* – Edizioni Jain Publisher, Delhi
9. H.C. ALLEN – *Keynotes* – Traduzione di Pietro Federico, Ed. Luimo.
10. C. HERING – *Guiding Symptoms* – Ed. Jain Publishers, Delhi
11. C. R. KLINKEBERG – *Comunicazione Congresso LMHI* – Ostenda, Belgio, 2008
12. H. FARRINGTON – *Homeopathy* – Ed. Jain Publisher, Delhi.
13. Appunti personali e altri per gentile cortesia di André Saine (testi non ancor in stampa)

attrazione naturale



sana

BolognaFiere
6 – 9 settembre 2014
salone internazionale del biologico e del naturale
www.sana.it

in contemporanea con

NUCE INTERNATIONAL **FOOD-ING INTERNATIONAL**
 www.nuce.eu www.food-ing.eu

BolognaFiere
8 – 10 settembre 2014

Con il Patrocinio di



Con il Supporto di



In collaborazione con



π

power compact

...prezioso come l'acqua
viva di sorgente

Acqua PI® – il meglio per l'omeopatia!

Leggerissima & ricca di energia.

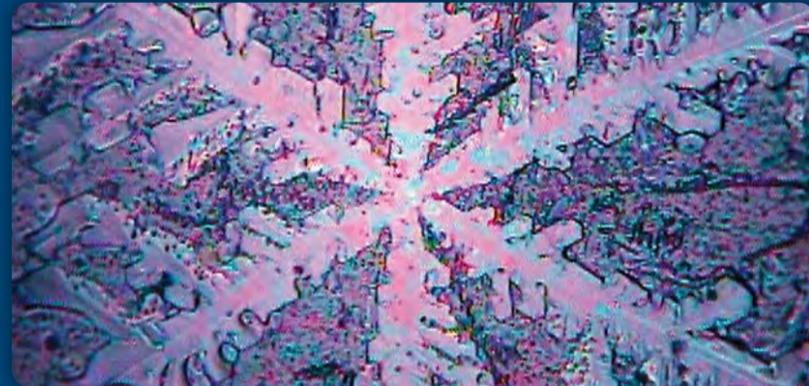
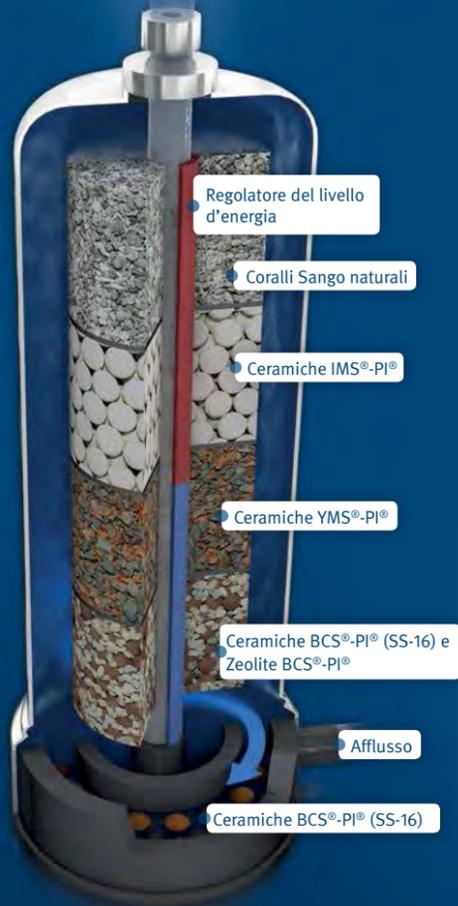


Immagine del cristallo di Acqua PI® fatta dalla Hagalis AG – ingrandita 400 volte.

Redox	-490mV
Residuo fisso	ca. 14 mg/l
pH (come secondo Vincent)	ca. 6,5-6,8
Conduc. Elettr.	ca. 16 µS/cm

PI®-Power Compact

- contribuisce ad un grande arricchimento di energia
- riduce il potenziale Redox ad un valore ottimale di -490 mV (=azione antiossidante)
- elimina qualsiasi sostanza inquinante
- annulla tutte le informazioni delle sostanze inquinanti
- forma nell'acqua delle strutture cristalline pari a quelle delle migliori acque di sorgenti naturali

Richiedi gratuitamente 3 bottiglie di acqua PI®!

www.pi-pure.it



Trattamento dell' acqua del rubinetto

- Depurazione mediante osmosi inversa direct-flow
- Vorticazione, rimineralizzazione ed energizzazione tramite PI®-Cell Vitalizer (cristalli giapponesi di alta montagna e ceramiche brevettate PI®)
- Straordinaria compatibilità di trasferire informazioni per tutte le applicazioni omeopatiche



Semeiotica Omeopatica e osservazione

Lavoro presentato al I Congresso Internazionale di Medicina Omeopatica IRMSO di Roma, 18-20 Ottobre 2013

RIASSUNTO

La caratteristica del medico veterinario omeopata è affrontare e gestire le più svariate situazioni cliniche basandosi sull'osservazione del paziente e sulla sua ricca espressione sintomatica. Qui è descritto il caso di Justy, un cavallo trattato per una ferita aggravata da un processo flogistico infettivo. Pochi sintomi peculiari e modalità di comparsa hanno permesso la prescrizione di un piccolo rimedio di origine vegetale che può essere considerato tra i vulnerari più interessanti del settore veterinario. L'Omeopatia unicista applicata con rigore scientifico, diventa una preziosa risorsa nella pratica quotidiana del medico veterinario.

PAROLE CHIAVE

Trauma - Sintomi - Omeopatia Unicista.

SUMMARY

The peculiarity of an homeopathic veterinary is to cope with and handle a number of different clinical situations relying on the observation of his patient and on his rich symptomatic expression. The case of Justy, a horse treated for a wound worsened by an infective inflammatory process, is described here. Few distinctive symptoms and modalities allowed the prescription of a small plant remedy which could be regarded as one of more interesting veterinary remedies in the healing of wounds. If applied with scientific rigour, Classical (Unicist) Homeopathy could become a resource of great value in everyday veterinary practice.

KEYWORDS

Wound – Symptoms - Classical Homeopathy.

CASO CLINICO

Il caso di JUSTY - 26/04/07

JUSTY cavalla femmina di anni 11. Motivo della visita: ferita infetta

Si tratta di una Appaloosa Quarter Horse con una ferita infetta alla fronte; la zona è diventata improvvisamente gonfia e dolente, inoltre sono coinvolte altre parti del corpo; si presume un duplice quadro sintomatologico. La cavalla soffre anche di un deficit visivo importante quale esito di una uveite contratta all'occhio sx mentre nell'occhio dx il cristallino è caduto a seguito di un trauma provocato dal calcio dell'altro cavallo con

il quale convive. L'uveite è stata diagnosticata un anno prima da colleghi oculisti che lavorano presso un centro ippiatrico dell' Emilia Romagna; non è stato possibile alcun trattamento farmacologico conservativo trattandosi di una patologia degenerativa invalidante. In quella occasione il proprietario decise di consultarmi per un trattamento omeopatico. Successivamente il collega eseguendo controlli periodici verificò un inaspettato miglioramento della patologia oculare, ritenne l'evoluzione interessante ed inaspettata, secondo la sua esperienza professionale la cavalla avrebbe dovuto diventare cieca in pochissimo tempo.

VISITA CLINICA

la cavalla è portata all'esterno per agevolare la visita clinica. Alloggiata sotto un ampio portico antistante dove la luce del sole rende possibile rilevare ogni piccolo particolare utile ai fini della diagnosi omeopatica. Il proprietario descrive JUSTY come una cavalla mite, tranquilla.

Apparentemente lenta, non accenna ad una minima reazione emotiva, per nulla spaventata o disturbata anche quando spostata di peso da un lato per passarle dietro, nel complesso distaccata, assente, come assopita.

Temperatura rettale e grandi funzioni organiche nella norma, nulla di rilevante.

Ad un esame ispettivo della testa si evidenzia una ferita da taglio infetta a margini netti sulla fronte subito sopra l'arcata dell'occhio sx provocata da un chiodo arrugginito rinvenuto all'interno del box, probabilmente la cavalla a causa del suo deficit visivo non lo ha potuto evitare (Foto n. 1).

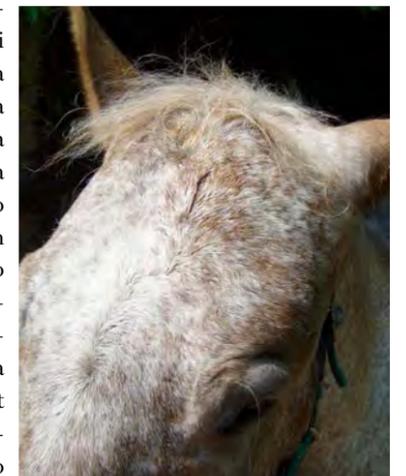


Fig. 1. Ferita da taglio sulla fronte



Fig 2. Pomfi edematosi sotto mandibolari

La ferita non sanguina anche se profonda, molto dolente al tocco, insolitamente non calda; sotto la mascella sempre dal lato sx in corrispondenza della gola si rinvengono almeno tre grossi ponfi edematosi in serie che assumono l'aspetto come di palle da ping pong (Foto n. 2).

Viene rilevato edema diffuso in corrispondenza di tutta la regione orbitale ed oculare sx, coinvolgendo la palpebra superiore fino alla base della

regione del padiglione auricolare corrispondente dallo stesso lato (Foto n. 3).

Il proprietario afferma di averle trovato addosso diverse zecche; è risaputo che JUSTY risulti essere ipersensibile alle loro punture. Ad un esame ispettivo generale l'edema si diffonde anche a carico di zone più declivi, specie a livello inguinale in corrispondenza della linea mammaria con interessamento parziale sino alla regione perivulvare del lato dx



Fig 3. Edema palpebrale ed auricolare sx



Fig 4. Edema mammario dx

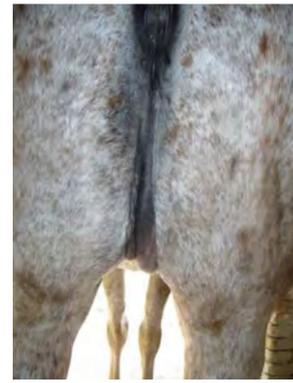


Fig 5. Edema perivulvare dx

(Foto n. 4 e 5). Alla palpazione di queste aree JUSTY tende a sottrarsi, segno inconfondibile di ipersensibilità dolorifica. Non si esclude la possibilità che l'edema generale sia la conseguenza delle punture degli acari rinvenuti che nulla abbiano in comune con la ferita alla fronte. Da un punto di vista clinico i due eventi sembrano indipendenti anche se i sintomi vengono rilevati in contemporanea. A rafforzare questa ipotesi l'anamnesi remota; infatti l'anno prima a causa delle zecche tutta la zona vulvare e perivulvare si era gonfiata tanto da rendere difficile lo svuotamento dell'alvo da parte di JUSTY.

A questo punto si prende in esame il quadro clinico nel complesso: sintomi eziologici, sintomi generali, sintomi fisici locali, modalità corrispondenti. Non resta che trovare un rimedio omeopatico che copra adeguatamente il quadro clinico nella sua complessità. Viene in aiuto il repertorio informatico RADAR 10.3

Somma dei sintomi - Somma dei sintomi - Intensità considerata

1	1234	I	GENERALS - WOUNDS - painful	29
2	1234	I	GENERALS - WOUNDS - swelling of	16
3	1234	I	GENERALS - WOUNDS - lacerations	13
4	1234	I	GENERALS - WOUNDS - penetrating, punctured	16
5	1234	I	GENERALS - WOUNDS - penetrating, punctured - painful	1
6	1234	I	GENERALS - WOUNDS - soft tissues; with torn	9
7	1234	I	GENERALS - SWELLING - puffy, edematous	113
8	1234	I	GENERALS - SWELLING - Affected parts, of	105
9	1234	I	GENERALS - DROPSY - external dropsy	235
10	1234	I	SKIN - SWELLING - dropsical	71
11	1234	I	SKIN - SWELLING - drawing pain; with	2
12	1234	I	EYE - INFLAMMATION - Iris - injuries; after	7
13	1234	I	EYE - INJURIES; after	33

	led.	arn.	sulph.	acon.	bell.	con.	nit-ac.	rhus-t.	staph.	apis
	13	10	8	7	7	7	7	7	7	6
1	1	2	1	-	1	1	2	-	3	2
2	2	2	2	1	2	-	-	2	-	-
3	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-
4	3	-	1	-	-	1	3	-	-	3
5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-
7	1	1	2	2	2	1	2	2	1	3
8	2	1	3	3	3	1	2	3	1	2
9	2	1	2	1	2	2	2	1	1	3
10	2	-	3	1	2	1	1	2	-	1
11	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
12	1	2	-	1	1	-	-	1	-	-
13	2	2	1	1	-	1	1	2	2	-

PRESCRIZIONE

Ledum palustre 15 ch granuli.

Viene allestita soluzione iniettabile q.b. 20 ml

(nel settore dei grossi animali si preferisce allestire medicinali in forma iniettabile ritenuti per convenzione più efficaci) POSOLOGIA E FREQUENZA

5 ml sc tre volte (pomeriggio, sera, mattina) in plus.

RISULTATI

A 24 ore di distanza si effettuava visita di controllo.

JUSTY non manifestava più alcun problema: scomparso l'edema della fronte (Fig n. 6) così come a carico delle altre zone interessate, anche i lembi della ferita sembravano cicatrizzati rapidamente, la fronte non più dolente al tatto, anche la base del padiglione tornava alla normalità, così come la palpebra superiore, anche i ponfi scomparivano (Fig. n. 7).

Anche la vista di JUSTY sembrava averne tratto beneficio, anche se è risaputo che tende a vedere meglio nelle giornate più nuvolose o nebbiose, purchè in assenza di sole. Preferiscono alloggiarla ancora in questa stalla pur di separarla dagli altri cavalli per evitarle ulteriori traumi o calci.

La prescrizione coincideva con il rimedio prescritto l'anno prima alla stessa identica diluizione per il deficit oculare, tutt'ora il rimedio situazionale copriva egregiamente tutti i sintomi remoti e recenti. Si consiglia di proseguire per un paio di settimane con una nuova diluizione disponibile: LEDUM PALUSTRE Q 1

10 gocce diluite in poca acqua e mescolate al cibo 2 volte a settimana per 4 settimane.

I progressi visivi di JUSTY saranno soddisfacenti e duraturi consentendo condizioni di vita dignitose anche all'aperto.

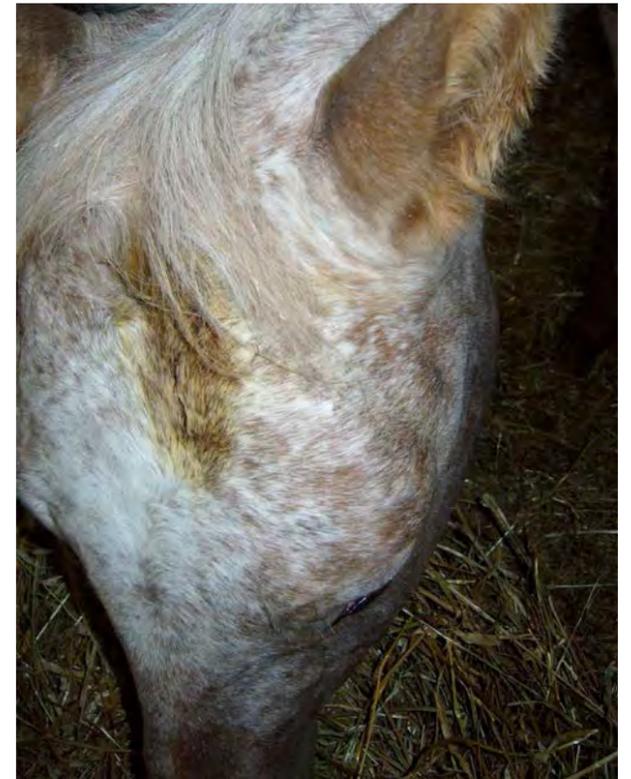


Fig 6. Ferita penetrante cicatrizzata



Fig 7. Risoluzione edema diffuso

Non solo, ma il rimedio ripetuto in almeno altre due occasioni negli anni successivi su sollecitazione della proprietaria dimostra ancora la sua grande capacità curativa confermando con ogni probabilità, di essere non solo il rimedio situazionale, ma anche il costituzionale del cavallo.

LEDUM PALUSTRE

Ledum palustre o rosmarino di palude appartiene alla famiglia botanica delle Ericacee; è un rimedio omeopatico di origine vegetale non valorizzato a sufficienza a scapito di Policresti più illustri. In campo veterinario è consigliabile anche per problemi di cute e/o retina, in lesioni traumatiche di unghie o cuscinetti plantari delle zampe nei piccoli animali, dopo punture di insetti ematofagi. Nelle materie mediche è segnalata la tipica modalità della ferita di Ledum che deve essere "fredda" ma occorre rivalutare il significato letterale che può dare adito ad evidenti errori interpretativi. Infatti non è possibile pensare di percepire una sensazione di freddo in senso stretto, semmai corrisponde ad una assenza tattile di calore della zona interessata, nulla di più.

Ciò non toglie che l'algia sia particolarmente intensa ed alla fine questa sorta di freddezza locale altro non sia che la strategia difensiva adottata dal paziente nel tentativo di anestetizzare la parte colpita. Da un punto di vista allopatrico queste ferite penetranti non offrono grandi soluzioni terapeutiche per il Medico Veterinario, in assenza di ipertermia non è previsto il ricorso ad antinfiammatori steroidei o FANS, mentre può essere garantita una copertura antibiotica a largo spettro per scongiurare complicanze (tetano nel cavallo). Ledum palustre può diventare un ottimo rimedio poliedrico perché capace di rendere possibile una soluzione immediata anche in situazioni critiche o di chiara emergenza clinica. Un aspetto non trascurabile per il cavallo resta il fatto che il rimedio sia conosciuto anche per la profilassi del tetano. Ulteriori impieghi possono essere a beneficio di: occhi, pelle, articolazioni, apparato respiratorio.

CONCLUSIONI

Per l'attività del Medico Veterinario si rende necessario sfruttare al meglio il proprio bagaglio professionale e formativo, non per ultimo la conoscenza di quella semeiologia classica tradizionale quale elemento fondante per un approccio omeopatico. Nel caso della cavalla l'adozione



Fig 8. Ledum palustre

di una procedura metodologica che prevede la raccolta della anamnesi remota e recente accompagnata da una osservazione accurata della paziente hanno permesso di cogliere coerentemente pochi sintomi locali e generali aprendo la strada alla prescrizione del rimedio omeopatico più indicato in termini di massima similitudine. Al raggiungimento dell'obiettivo hanno contribuito da una parte il corretto approccio con il paziente, dall'altra l'ausilio inevitabile di strumenti informatici che hanno reso possibile una rapida consultazione della Materia Medica a conferma del quadro clinico rilevato. E' indubbio che quando si rispetti un criterio metodologico, l'Omeopatia Unicista non possa che trovare anche nel settore veterinario la sua massima capacità realizzativa in termini di rapidità e di efficacia terapeutica.

BIBLIOGRAFIA

1. CLARKE J.H. - *Dizionario di farmacologia omeopatica clinica* - IPSA Editore, Palermo, 1994.
2. Del Francia F. - *Veterinaria Omeopatica e psicopatologia del cavallo* - La casa verde per conto di Demetra s.r.l., San Martino di Buon Albergo (VR), 1990.
3. PETRUCCI R. - *Pedriatria. Temi e concetti in Medicina Omeopatica* - Asterias, Milano, 2007.
4. SCHOLTEN J. - *Omeopatia e gli elementi della tavola periodica* - Salus Infirforum, Roncade (TV), 2007.
5. SCHROYENS F. - *Synthesis 9.1* - In RADAR 10.1. Archibel; 2008
6. VITHOULKAS G. - *La scienza dell'Omeopatia* - ed. libreria cortina Verona. 1999



V-C 15 FORTE®

La ricarica per il fisico e per la psiche

COMPOSIZIONE

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

IMPIEGO PREVALENTE

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

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

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

Confezioni:

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



BIBLIOGRAFIA: 1 - Campanini E. - *Dizionario di Fitoterapia e Fitoterapia Medica*, Pagg. 129-131. Ed. Tecniche Nuove, Milano, 1993. 2 - Clarke J.H. - *Dizionario di Farmacologia Omeopatica Clinica*, Vol. 2, Pagg. 978-982. Nuova Ipsa Editore, Palermo, 1994. 3 - Heing C. - *The Guiding Symptoms of our Materia Medica*, Volume IV, Pagg. 228-230. Gregg Press Limited, England, 1967. 4 - Hodarzon G. - *Trattato di Farmacologia Omeopatica - Tomo III, Rimedi e Veleni del Regno Animale in Omeopatia*, Pagg. 132-146. Nuova Ipsa Editore, Palermo, 1997. 5 - Hodarzon G. - *Trattato di Farmacologia Omeopatica - Tomo I, Rimedi Minerali e Chimici*, Pagg. 159-165. Nuova Ipsa Editore, Palermo, 2004. 6 - Jung JI, Lee MS, Shin BS, Lee YC, Eom E. Red ginseng for treating erectile dysfunction: a systematic review. *Int J Clin Pharmacol*. 2008 Oct;56(4):444-50. 7 - Jung JW, Seo UK, Kim JH, Leeon KH, Park YK. Flower extract of Panax notoginseng attenuates lipopolysaccharide-induced inflammatory response via blocking of NF-kappaB signaling pathway in murine macrophages. *J Ethnopharmacol*. 2008 Dec; 27. 8 - Nishi E.R. - *Fondamenti di Terapia Omeopatica*, Pagg. 248-253. Ed. Salus Infirforum, Padova, 2000. 9 - Rashed N, Tjaji E, Almarat A, Saiprasit K, Lohit S, Shukla R, Pali G. Involvement of monoamines and proinflammatory cytokines in mediating the anti-stress effects of Panax ginseng. *J Ethnopharmacol*. 2008 May; 117(2):257-62. 10 - Scapione F, Ferraro F, Dagnoli S, Fabbri M, Santoro G, Fraschini E. Immunomodulatory effects of pure extracts of Panax ginseng C.A. Meyer. *Drugs Exp Clin Res*. 1990;14(10):527-42. 11 - Tetra M. - *La materia medica omeopatica clinica e associazioni bioterapiche*, Pagg. 158-162. Nuova Ipsa Editore, Palermo, 1999. 12 - Vermeulen F. - *Primo The Arcane of Materia Medica Illustrata - Similar and Parallels Between Substance and Remedy*, Pagg. 492-498. Envyss by Publishers, Haarlem, 2002. 13 - Vasilii N, Pulai R. - *Studio osservazionale sul complesso VC15 Forte*, Omeopatia Oggi 37, pagg. 11-15, marzo 2007

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

Omeopatia e complicanze post-operatorie

RIASSUNTO

Nella pratica clinica ci si imbatte talvolta in pazienti particolarmente sensibili che, a seguito di interventi chirurgici comunque ben riusciti, presentano grandi difficoltà nella cicatrizzazione dei tessuti. Di seguito verrà illustrato un caso clinico in cui l'utilizzo dell'omeopatia è stato fondamentale per ristabilire una corretta guarigione delle ferite chirurgiche. Successivamente verranno ricordati alcuni tra i rimedi omeopatici più efficaci per ridurre le complicanze post-operatorie.

PAROLE CHIAVE

Chirurgia – complicanze post-operatorie – infiammazione – omeopatia – cicatrizzazione – staphisagria

SUMMARY

In clinical practice sometimes we encounter in particularly sensitive patients, following surgery however well managed, that present great difficulties in the healing of tissues. The following section shows a case in which the use of homeopathy has been crucial in the healing of surgical wounds. Then we will remember some of the most effective homeopathic remedies to reduce post-operative complications.

KEYWORDS

Surgery – post-operative complications – inflammation – homeopathy – healing – staphisagria

INTRODUZIONE

Nella pratica clinica veterinaria si assiste tutti i giorni ad interventi chirurgici più o meno importanti che si concludono positivamente e che, nella maggioranza dei casi, non portano a complicanze particolari. Talvolta capita, però, che alcuni pazienti manifestino gravi difficoltà nella rimarginazione delle ferite, con deiscenza delle stesse, formazione di fistole o infiammazioni granulomatosi a causa dei continui tentativi di leccamento, comunque segno di dolore o bruciore sottostante. Nella trattazione verrà presentato il caso di Lilli, una barboncina, le cui complicanze post-operatorie si sono protratte per diversi mesi aggravandosi progressivamente, nonostante le terapie farmaco-



Fig. 1. Lilli

logiche impostate. Al termine del caso clinico verranno ricordati alcuni rimedi omeopatici che possono essere utili nella risoluzione di questo tipo di problemi.

IL CASO CLINICO

Il 28 marzo 2013 viene portata in visita Lilli (Fig. 1), un barboncino femmina di 10 anni con una pannicolite piogranulomatosa cronica interessante la porzione laterale della coscia destra; la lesione era ben apprezzabile anche alla semplice ispezione visiva, in quanto il pelo sovrastante tutta l'area era di un color marrone intenso.

Il problema era iniziato nel novembre 2012 a seguito dell'asportazione di quattro piccole cisti sebacee superficiali presenti sulla coscia. Nonostante le dimensioni ridotte delle cisti, simili a chicchi di riso, e l'asportazione chirurgica portata a termine senza eccessiva invasività, quattro settimane dopo Lilli ha dovuto subire un secondo intervento, più esteso, per asportare una cisti piogranulomatosa cresciuta velocemente nella stessa area dopo l'intervento precedente. L'esame istologico della massa asportata ha evidenziato una pannicolite piogranulomatosa, focale, gra-

ve, cronica. La proprietaria riferisce che il secondo intervento ha prodotto una cicatrice di circa 8 centimetri che ha faticato a rimarginarsi a causa dei continui tentativi di Lilli di leccarsi, nonostante l'applicazione del collare elisabetziano e le terapie impostate dal collega (amoxicillina-ac. clavulanico e meloxicam); prosegue la descrizione dicendo che Lilli si svegliava anche di notte per cercare di leccarsi la ferita, come se la tormentasse in continuazione. Il pelo nell'area di intervento è ricresciuto di colore più scuro rispetto al mantello originario (Fig. 2).

A fine gennaio la cicatrice era quasi rimarginata, ma in seguito ad una vacanza dei proprietari, in cui la cagnolina è rimasta a casa accudita da amici e parenti, Lilli ha ricominciato a leccarsi insistentemente vicino all'area operata ulcerandosi la pelle. Il veterinario curante ha subito tamponato la situazione con la disinfezione della parte lesionata e una seconda terapia farmacologica (enrofloxacin e robenacoxib), ma il problema non è migliorato, anzi l'area di intervento si è gonfiata ed estesa fino a formare un cordone sottocutaneo che parte dalla cresta iliaca fino al ginocchio destro. La formazione è rilevata, ispessita, tesa e dolente alla palpazione: alla visita clinica Lilli cerca più volte di divincolarsi e poi inizia a ringhiare per far desistere dalla manipolazione.

Dall'anamnesi medica risulta che nel marzo 2010 Lilli aveva subito una mastectomia per un carcinoma mammario ed era stata sterilizzata per evitare ulteriori patologie tumorali. La proprietaria riferisce che anche in quell'occasione la cicatrizzazione delle suture era stata lunga e difficile, con gonfiore e arrossamento dei margini a causa del continuo leccamento di Lilli. Per due volte la cagnolina era riuscita a strapparsi i punti e anche l'utilizzo del collare elisabetziano non l'ha fermata dal grattare continuamente le ferite su angoli e mobili peggiorando ulteriormente lo stato delle ferite.

Negli ultimi anni in primavera e in estate Lilli ha manifestato una sindrome allergica con prurito al muso e alle zampe anteriori che venivano leccate e grattate ripetutamente su superficie ruvide. Il veterinario referente ha ipotizzato una possibile allergia alle graminacee ma non sono mai stati fatti test allergologici specifici.

Quando era piccola Lilli ha presentato episodi ricorrenti di otiti da Malassezia e prurito al muso e alle zampe risolti, dopo vari tentativi terapeutici, mediante l'eliminazione dalla dieta della carne bovina; l'unica certezza della proprietaria è che se Lilli mangia carne bovina le vengono immediatamente otiti e prurito.

La proprietaria racconta che Lilli è stata trovata nel 2004 in spiaggia, a Marina di Ravenna, all'età di 6 mesi, in stato di abbandono. Da allora è sempre stata molto attaccata a tutti i membri della famiglia in maniera quasi eccessiva: segue i proprietari ovunque in ogni loro spostamento, cerca in continuazione coccole e attenzione. Ha molta paura dei petardi, dei fuochi d'artificio e di altri rumori forti e improvvisi. Non sopporta le urla improvvise del bambino mentre gioca con i suoi amici. È molto possessiva verso la propria casa: nell'appartamento di sopra vive la cognata della proprietaria con due cocker, con i quali Lilli gioca volentieri se si trovano insieme in giardino; ma se tentano di entrare in casa lei li attacca con aggressività. Se dalla finestra vede qualcuno che passeggia in strada con un cane abbaia come una forsennata per diversi minuti, e fa lo stesso anche se li sente solo abbaia.



Fig. 2. Different color of the hair on the wound

Anche in macchina diventa una furia se vede un cane o un gatto fuori dal finestrino. Negli ambienti nuovi o diversi dal solito (anche a casa di amici e parenti) si mette ad abbaia con insistenza verso i proprietari quando li vede parlare con altre persone. In passeggiata tira fortissimo il guinzaglio e se viene lasciata sola davanti ad un negozio abbaia disperatamente; succede lo stesso anche se entra uno solo dei proprietari.

In base ai sintomi clinici e anamnestici si esegue la seguente repertorizzazione (Synthesis 9.1 - Fig.3) (1):

Clipboard 2														
1. GENERALS - WOUNDS - cuts														
2. GENERALS - WOUNDS - heat, tendency to - slowly														
3. GENERALS - INFLAMMATION - wounds, of														
4. GENERALS - CONVALESCENCE, ailments during - surgery, after														
5. GENERALS - WOUNDS - constitutional effects of														
staph.	hyper-	lach.	calen.	con.	nit-ac.	sulph.	led.	sul-ac.	carb-vv.	hep.	rhus-t.	sil.	arn.	puis
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
5	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9	5	8	6	5	7	7	5	8	5	5	5	5	4	4
1														
2														
3														
4														
5														

Fig. 3. Repertorizzazione

Nella repertorizzazione è stata inserita la rubrica GENERALS – WOUNDS – constitutional effects of in considerazione del fatto lungo l'intero margine della ferita il pelo è ricresciuto di colore molto diverso rispetto a quello originario. E' interessante segnalare anche la rubrica GENERALS - FOOD and DRINKS - beef - agg. dove compare come unico rimedio Staphisagria. In base alla repertorizzazione dei sintomi clinici, ma considerando anche le caratteristiche comportamentali di Lilli, il 30-03-13 viene prescritto STAPHISAGRIA 30CH, 2 granuli sciolti in poca acqua PO SID per 15 giorni poi a giorni alterni per altri 15 giorni.

Dopo 6 giorni dall'inizio del trattamento la proprietaria invia una foto in cui è evidente una fistola da cui esce un essudato chiaro e trasparente probabilmente di origine infiammatoria (Fig. 4); la proprietaria ha notato che da quando si è aperta il buco il gonfiore sottocutaneo è quasi scomparso al tatto. Nelle settimane successive la proprietaria mi aggiorna regolarmente sull'evoluzione della lesione dicendo che il buco si chiude e si riapre più volte lasciando fuoriuscire una gran quantità di liquido infiammatorio; il gonfiore sottocutaneo migliora nettamente quando la fistola è aperta e torna ad evidenziarsi nuovamente appena si chiude. Lilli continua a leccarsi molto le zampe e la parte adiacente alla zona operata. Per il resto tutto bene: Lilli mangia, gioca e dorme come al solito e sembra aver intensificato il bisogno di stare accanto alla proprietaria.

Il 15-05-13 la situazione è notevolmente migliorata rispetto all'inizio ma permane un'area infiammata e rilevata intorno alla fistola. Si prescrive STAPHISAGRIA 200CH: 2 granuli sciolti in poca acqua per 2 giorni consecutivi poi ogni 15 giorni per 3 volte. Nelle settimane successive la fistola si riapre, ancora più ampia di prima (Fig. 5), ed esce nuovamente un essudato giallo-trasparente.

Al controllo di luglio la coscia di Lilli è completamente sgonfia, la fistola chiusa e sembra che il fastidio la tormentava



Fig. 4. La fistola

continuamente sia scomparso. Il pelo sta tornando progressivamente del suo colore originario. La proprietaria, ancora incredula dell'effetto ottenuto con l'omeopatia, afferma di non avere mai visto Lilli stare così bene.

A ottobre 2013 la proprietaria mi richiama dicendo che da qualche giorno è ricomparso un piccolo gonfiore nell'area in cui era presente la fistola e Lilli ha ricominciato a leccarsi in quel punto. La somministrazione di una monodose di STAPHISAGRIA XMK per 2 giorni ha permesso la riapertura di una piccola fistola, l'uscita del liquido infiammatorio accumulato nel sottocute e la completa guarigione di tutta la zona nel giro di 15 giorni.



Fig. 5. L'evoluzione della fistola

RISULTATI

Come si evince dall'evoluzione del caso clinico, l'utilizzo di Staphisagria, rimedio d'elezione per le ferite da taglio, ha permesso di convogliare all'esterno un essudato infiammatorio che non riusciva ad essere riassorbito malgrado le diverse terapie mediche impostate. E' importante notare che, nonostante sia fuoriuscita dalla fistola una gran quantità di liquido, questo ha comunque continuato a formarsi per diverse settimane, segno che i tessuti sottostanti erano ancora infiammati e sofferenti per la dissezione chirurgica subita. Solo la somministrazione di potenze crescenti di Staphisagria ha permesso di ottenere un riassetto dei tessuti profondi e la guarigione completa della ferita.

DISCUSSIONE

Il caso di Lilli è esemplare di come l'organismo di alcuni soggetti particolarmente sensibili possa trovare grosse difficoltà a ritrovare un equilibrio dopo essere stato sottoposto ad una chirurgia indipendentemente dall'invasività della stessa. D'altronde, qualunque intervento chirurgico rappresenta comunque un trauma che viene inferto al corpo e come tale le modalità di reazione possono essere molto diverse in base all'individualità del paziente. Per questo motivo, prima di un intervento, sarebbe sempre consigliabile delineare un protocollo omeopatico di trattamento pre e post-operatorio al fine di limitare gli effetti collaterali e le complicanze dello

stesso. In omeopatia troviamo diversi rimedi che possono essere utili in queste circostanze (2,3,4,5):

Staphisagria

Indicata nelle ferite da taglio a bordi netti con forte dolore locale. Favorisce una rapida cicatrizzazione e il ripristino di una corretta funzionalità tissutale evitando la formazione di aderenze anomale e cheloidi. E' indicata anche in presenza di sofferenza morale e fisica a seguito di interventi che abbiano comportato la perdita di una parte del corpo.

Arnica montana

Rimedio fondamentale in traumatologia, utilizzata prevalentemente nelle ferite lacere o lacero-contuse da trauma violento, caratterizzate da dolore locale di tipo contusivo; può essere utilizzato in qualunque tipo di intervento in quanto riduce il dolore e gonfiore, previene il formarsi di ematomi e favorisce il riassorbimento degli stravasi, dona sollievo alla parte traumatizzata favorendone una rapida guarigione e una veloce ripresa della funzionalità. Ottimo anche negli interventi ortopedici.

Hypericum perforatum

È indicato per lesioni e interventi al sistema nervoso prodotte da strumenti acuminati, con dolore acuto e irradiante lungo il decorso dei nervi. E' un rimedio fondamentale nelle nevriti caratterizzate da dolori brucianti, pungenti ed insensibilità locale. Ottimo negli interventi a carico della colonna vertebrale e nei dolori nevralgici dopo amputazione.

Ledum palustre

Utile nelle ferite penetranti, causate da strumenti a punta, aghi, morsi e graffi di animali. Il dolore è intenso, locale, non irradiato, migliorato da applicazioni fredde; la parte colpita risulta fredda, edematosa, bluastrea con scarso o nullo sanguinamento. E' un ottimo rimedio nelle chirurgie dell'occhio.

Bellis perennis

Utile nei traumi dei tessuti profondi accompagnati da congestione venosa ed ecchimosi; indicato negli interventi a carico degli organi addominali, pelvici e delle mammelle.

Phosphorus

Indicato nei pazienti con diatesi emorragica per ridurre il rischio di sanguinamento post-operatorio e la formazione di ematomi ed ecchimosi.

Calendula officinalis

Fondamentale nelle ferite aperte, lacerate, con o senza perdita di sostanza. Promuove la formazione di tessuto di granulazione e previene l'infezione delle ferite.

Conium maculatum

Indicato negli interventi chirurgici interessanti tessuti ghiandolari e linfonodali

Ricinus communis e Raphanus sativus

Sono indicati nella chirurgia di stomaco e intestino per

prevenire le nausee e la formazione di gas intestinali e favorire una veloce ripresa delle funzionalità digestive.

Bothrops lanceolatus e Vipera

Possono essere utili per evitare embolie cerebrali e periferiche.

Causticum è indicato per le isterectomie e **Hamamelis** per le mastectomie

Carbo vegetabilis e **Veratrum Album** sono ottimi per ridurre il rischio di shock chirurgici.

Ricordo, inoltre, l'utilizzo di **Gelsemium** nei giorni precedenti l'operazione per affrontare con maggiore serenità la chirurgia e attenuare stati di paura e agitazione che, nell'ambito degli animali da compagnia, può essere utile sia per il paziente che per il proprietario.

CONCLUSIONI

Nella quotidianità lavorativa, presi dalla "medical practice", può capitare di sottostimare quanto un intervento chirurgico possa rappresentare un vero e proprio trauma fisico e psicologico per il paziente, soprattutto in ambito veterinario dove c'è maggiore difficoltà ad interpretare il reale disagio dell'animale. Bisognerebbe porsi in maniera molto critica di fronte agli interventi in modo da valutare attentamente per ogni paziente i reali benefici ottenibili e le possibili complicazioni. Nel caso di Lilli la chirurgia è stata profondamente traumatizzante: i farmaci allopatrici sono riusciti solo inizialmente a contenere la reazione infiammatoria e successivamente si sono rivelati completamente inefficaci. Al contrario, l'utilizzo di un rimedio omeopatico selezionato in base ai sintomi presentati ha permesso la cicatrizzazione dei tessuti in profondità, con la completa guarigione dei margini di sutura e il ripristino dell'intera funzionalità. Pertanto, sarebbe utile studiare per ogni paziente chirurgico uno specifico protocollo di trattamento omeopatico tale da preparare l'organismo all'intervento già nei giorni precedenti in modo da prevenire le complicanze peri- e post-operatorie e raggiungere più velocemente uno stato di benessere psico-fisico.

BIBLIOGRAFIA

- SCHROJENS F. - *Synthesis 9.1* - In Radar 9.1 Archibel 2008
- DEL FRANCIA F. - *Omeopatia per la cura degli animali* - Edizioni Red 1990
- KENT J.T. - *Materia medica omeopatica* - Edizioni Red 1983
- MANDICE A. - *Pronto soccorso omeopatico* - Edizioni Urta 2010
- ANGLÈ G. - *Interventi chirurgici e omeopatia* - http://www.giovanniangile.it/omeopatia_018.htm



FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI
FIAMO



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

XII CONGRESSO NAZIONALE FIAMO

IL TRAUMA

QUANDO UN EVENTO ROMPE UN EQUILIBRIO FISICO ED EMOTIVO:
ESPERIENZE DI MEDICINA UMANA E VETERINARIA

TEMI LIBERI

FIRENZE 28-30 MARZO 2014

Presidente del Congresso
Gustavo Dominici

Segreteria Scientifica

Manuela Sanguini, Mauro Dodesini,
Giuseppe Fagone, Vincenzo Falabella,
Antonella Ronchi, Sergio Sportiello,
Marco Verdone

Coordinatore per il Congresso
Giovanna Giorgetti

HOTEL LONDRA

VIA JACOPO DA DIACCETO 16/20

Assegnati 14,3 Crediti ECM
per Medici, Veterinari, Odontoiatri,
Farmacisti, Psicologi e Psicoterapeuti.
N. Accredimento: 3599-85126

Con il Patrocinio di:



Sponsor Gold



programma del congresso

venerdì 28 marzo 2014

9:00 Registrazione partecipanti
10:30 Apertura Congresso

I SESSIONE

Moderatori: Antonella Ronchi – Marco Verdone

11.00-11.30 Trauma e traumatizzato: minore o maggiore, isolato o ricorrente – *Mario Ravaglia*
11.30-11.50 Il trauma di Tatia – *Fabio Antonioni*
11.50-12.10 Lorenzo e Bellis perennis: testa alta e sempre in piedi! – *M. Cristina Andreotti*
12.10-12.30 Un caso di trauma da separazione dalla madre in un bambino di sette giorni di vita – *Marialisa Angeli*
12.30-13.00 Discussione
13.00-15.00 Pausa pranzo

II SESSIONE

Moderatori: Giuseppe Fagone – Vincenzo Falabella

15.00-16.00 Prima del trauma: quali rimedi e "famiglie omeopatiche" presentano una struttura che rende il trauma significativo? – *Massimo Mangialavori*
16.00-16.20 Cocculus in una paziente con diagnosi di sclerosi multipla – *Giuseppe Fagone*
16.20- 16.40 Discussione
16.40-17.10 Break
17.10 -17.30 "Trauma uguale Arnica?" – *Alessandro Avolio*
17.30-17.50 Il trauma in medicina dello sport – *M. Rita Gualea*
17.50-18.10 Caso clinico di trauma cranico in un gatto trattato con terapia omeopatica. Documentazione video – *Roberto Orsi*
18:10-19:00 Discussione

sabato 29 marzo 2014

III SESSIONE

Moderatori: Manuela Sanguini – Mauro Dodesini

9.00-10.00 Saluti autorità
10.00-10.20 Neurobiologia e trauma: il rimedio omeopatico come strumento di conoscenza e integrazione – *Raffaella Pomposelli*
10.20-10.40 Nuove visioni della similitudine: omeopatia ed entanglement quantistico – *Egidio Galli*
10.40-11.00 Soffocare un trauma: il caso di Pulce – *Nicoletta Messina*
11.00-11.30 Discussione e break
11.30-12.30 I rimedi traumatici in veterinaria – *M. Baer*
12.30-13.00 Dibattito
13.00-15.00 Pausa pranzo

IV SESSIONE

Moderatore: Francesco Marino – Marina Nuovo

15.00-16.30 Arnica montana – Nuovi aspetti di un rimedio noto – *Thomas Peinbauer*
16.30-16.50 Discussione
16.50- 17.10 Trauma fisico e psichico: un'inseparabile unione - *Vera Caltabiano*
17.10-17.30 Confronto tra terapia palliativa convenzionale e trattamento omeopatico personalizzato dei pazienti oncologici – *Francesca Talarico*
17.30 Discussione e break
17.50-18.10 Problematiche inerenti alla valutazione e all'uso di rimedi rari: Lac Humanum – *Giandomenico Lusi*
18.10-18.30 "Trauma" da confinamento nella specie umana e canina: approccio omeopatico e gestionale – *Livia Malara*
18.30-18.50 Proving: Proteus vulgaris – *Benedetta Gobbi Frattini*
18:50-19:10 Discussione
19.30 Assemblea Nazionale dei Soci FIAMO
Cena con buffet

domenica 30 marzo 2014

V SESSIONE: TEMI LIBERI

Moderatori: Sergio Sportiello – Mario Sciarri

9.30-9:50 Stili di vita osservati in soggetti trattati in ambulatori privati e pubblici da medici omeopati della FIAMO Toscana – *Sergio Segantini*
9.50-10:10 Studio e confronto tra la prima farmacopea ufficiale italiana (1897) e la farmacopea omeopatica poliglotta (1879) – *M. Teresa Baffa*
10.10-10.30 Sterilizzazione del cane prepubere: un profondo trauma dell'equilibrio psicofisico di un soggetto in crescita risolvibile con l'omeopatia – *Chiara Dissegna*
10.30-11.00 Discussione e break
11.00-11.20 La psora secondaria di Hahnemann: confronto delle edizioni delle malattie croniche, analisi dei sintomi e della materia medica non hahnemaniana – *Sebastiano Di Salvo*
11.20-11.40 Un caso clinico di artrite idiopatica giovanile post-traumatica guarita con trattamento omeopatico tradizionale – *Massimo Rittatore*
11.40-12.00 Un caso di artrite reumatoide trattata con Agaricus muscarius a confronto con altri casi dello stesso rimedio – *Bruno Zucca*
12.00-12.30 Discussione
12.30-13.30 Presentazione poster
13.30-14.00 Test di valutazione ECM
Chiusura del Congresso

Informazioni
Segreteria FIAMO – via C. Beccaria 22 – Terni
e-mail: omeopatia@fiamo.it – Tel/Fax 0744-429900

Prenotazioni alberghiere



HOTEL LONDRA
FIRENZE

www.fiamo.it

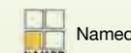
Aziende espositrici sponsor della manifestazione



Fabio Libri



Laboratorio Sodini



Named



Natural Point



OTI



Phytogarda



Pi Pure



Similia

Informazioni e prenotazioni
spazi espositivi e inserimenti pubblicitari nelle riviste Il Medico Omeopata e il Granulo:
Giovanna Durante
cell. 347-6094735
e-mail: gdurantefiamo@virgilio.it

Storie di omeopatia quotidiana

Guarigioni in breve raccontate dagli omeopati italiani

UNA GONALGIA INVALIDANTE

Antonella Ronchi

Medico Chirurgo – Omeopata MILANO

Presidente Fiamo

anto.ronchi@tiscali.it

Un uomo di 60 anni, pensionato, ex artigiano.

Cardiopatico, è stato sottoposto a stent plurimi nel 2008, asintomatico e in compenso emodinamico. In terapia con cardioaspirina, atenololo, allopurinolo e omega 3 (ha sospeso le statine per sintomatologia mialgica).

Viene in visita per una sintomatologia articolare al ginocchio sinistro che è insorta due anni fa, con dolore al movimento e versamento di importante entità, che richiede continue artrocentesi.

L'impotenza funzionale impedisce la deambulazione e a questa mancanza di movimento il paziente attribuisce una stitichezza insorta nell'ultimo anno. Nell'anamnesi remota una pleurite al polmone destro a 3 anni, grazie a cui ha evitato il servizio militare (sic). La madre è stata sottoposta a intervento di sostituzione protesica a entrambe le ginocchia.

Difficile raccogliere sintomi mentali significativi, a parte uno stato di malessere non meglio specificato per un lungo periodo di dissapori famigliari per motivi di interesse. La formazione di un versamento nelle sierose mi fa sempre pensare di primo acchito a Bryonia (grazie a Leon Vannier e al suo prezioso libro sull'omeopatia nelle malattie acute) e il peggioramento col movimento, insieme alla recente stipsi e alla pleurite nell'anamnesi non mi lasciano scelta. Prescrivo Bryonia 3LM, tre gocce tre volte al giorno il primo giorno e poi una volta al giorno.

Dopo 20 giorni di cura la situazione è migliorata: il ginocchio è meno gonfio e meno doloroso, per cui consiglio di passare a due somministrazioni al giorno per accelerare il processo di guarigione.

Altri 20 giorni e l'intestino è migliorato, non c'è più stipsi, ma il ginocchio è stabile. Cambio diluizione, passando alla 6LM 3 gocce due volte al giorno. Dopo due mesi il versamento non è più apprezzabile, il dolore è solo a tratti, l'intestino continua bene, non ci sono altri elementi di rilievo. L'indicazione è a proseguire la terapia, monitorando l'andamento.

UN BAMBINO CHE FA FREQUENTI EPISODI ACUTI

Antonella Ronchi

Medico Chirurgo – Omeopata MILANO

Presidente Fiamo

anto.ronchi@tiscali.it

Vedo a marzo un bel bambino biondo di quasi 4 anni: i suoi punti deboli, mi dice la madre, sono i bronchi, con frequenti bronchiti anche asmatiche, e le orecchie, soprattutto la sinistra, che porta a dolori violenti specie di notte, ultimamente anche dopo la piscina, che frequenta da quando ha pochi mesi. Dopo la comparsa di episodi di congiuntivite ha fatto nel gennaio scorso dei test allergici che sono risultati positivi per pelo di gatto, graminacee, betulle, olivo e ambrosia. E' in trattamento continuativo con 10 gocce al giorno di cetirizina.

Nato oltre il termine, parto naturale, peso 3.450, allattato fino al 7° mese, ittero neonatale durato abbastanza a lungo. Mangiava e cresceva bene. Pochissime coliche, si svegliava molto di notte per mangiare. Cammino a 1 anno, gattonava a 8 mesi, dentizione senza problemi, non ci si accorgeva che metteva i denti. Bagnava di sudore il cuscino di notte. Non troppo affezionato a ciuccio, che ha lasciato spontaneamente. In generale era un bimbo florido.

Vaccinazioni MPR ed esavalente senza reazioni.

Madre allergica, anche lei fragile a livello dei bronchi.

Non ama le verdure, le prende solo nel passato oppure gradisce le carote crude. Non gli interessa la merenda. Ama sia dolce che salato. Beve tanto. Mai sangue da naso. L'ultima volta che ha preso Clavulin, all'ottavo giorno ha avuto prurito e arrossamento a livello occipitale. Ha appena fatto la varicella e ha vomitato l'antistaminico preso puro. Prima di avere la varicella ha avuto febbre ed eruzione sul viso, si temeva la scarlattina e il tampone era positivo per streptococco, per cui ha preso antibiotico. Ogni tanto enuresi notturna. Fatica a prendere sonno alla sera. Carattere socievole, è un chiacchierone. Ha paura del buio. (Fig. 1)

La repertorizzazione mi mette al primo posto Silicea, che non corrisponde però alle caratteristiche del bambino, mentre Pulsatilla mi sembra decisamente più indicato, an-

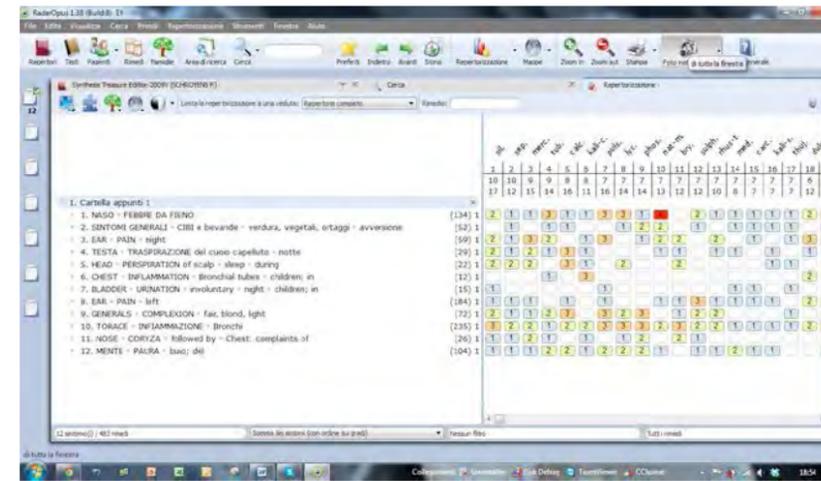


Fig 1. Repertorizzazione

che se c'è questo dato, riferito dalla madre, del bere tanto. Decido di somministrare con cautela, dato che viene da una recente varicella preceduta da un'infezione da streptococco. Pulsatilla 3LM gocce, tre gocce una volta al di.

Nel mese successivo si ripresentano episodi di tosse e allergici che risolve intensificando le somministrazioni e salendo, dopo

un mese, alla 6LM, senza dover ricorrere alle consuete terapie convenzionali, anzi sospendendo all'inizio di maggio la somministrazione dell'antistaminico. La madre ha cercato di sospendere Pulsatilla alla fine di Luglio, ma la vacanza con il cambio di ambiente, o forse la sospensione del pisolino notturno, ha portato a un po' di irritabilità e alla comparsa di qualche episodio di enuresi, per cui ha ripreso a somministrare Pulsatilla 6LM una volta al giorno alla sera. Con la comparsa dell'allergia all'ambrosia in settembre ha intensificato le assunzioni, passando a tre volte al giorno, senza necessità di altri trattamenti. Rivisto ai primi di Ottobre, ho prescritto la 9LM una volta al giorno, che sta gestendo la madre con la

consueta intensificazione se ritornano sintomi.

Non c'è nulla di particolare in questo caso, è davvero un piccolo esempio di omeopatia quotidiana, ma mi sembra utile ricordarci che spesso l'intensificazione del rimedio "di fondo" basta a risolvere le comuni situazioni acute. Forse l'unico elemento particolare, almeno per me, è l'uso in un bambino di una cinquanta millesimale, il che non mi è consueto.

ANALISI DEL SANGUE IN VIVO

- Grado di ossigenazione dei globuli rossi
- Controllo delle dimensioni e forma dei globuli rossi
- Integrità delle membrane delle cellule sanguigne
- Disturbi circolatori dovuti ad alterazione morfologica e energetica dei corpuscoli del sangue
- Determinazione dello stato Acido-Base tissutale (PH-tissutale)
- Presenza di muffe o funghi
- Stati infiammatori acuti o cronici
- Presenza di tossine metaboliche
- Mobilità dei granulociti
- Resistenza vitale del sangue
- Dinamica e attività del sistema immunitario

Dr. Giustino G. Luce Medico Chirurgo - Biologo - Omeopata
via Italia, 20 - 20814 Varedo (MB)
Tel. 0362 582945 Cell. 335 8303683 E-mail: omeopata@tin.it

44

il medico
OMEOPATA

anno XIX numero 55 marzo 2014

45

Specialista in Otorinolaringoiatria e Foniatria
I.R.M.S.O. Scuola di Medicina Omeopatica – Roma
serena_varacalli@fastwebnet.it

Il problema tonsillare e l'Omeopatia

Casi clinici di tonsillite cronica

Lavoro presentato al I Congresso Internazionale di Medicina Omeopatica IRMSO di Roma, 18-20 Ottobre 2013

RIASSUNTO

Introduzione - La metodologia clinico-terapeutica omeopatica permette di affrontare molteplici patologie croniche. Nel lavoro è presentato uno studio di casi clinici di tonsillite cronica al fine di valutare l'efficacia terapeutica del medicinale omeopatico. Materiale e metodi - Quattro casi di pazienti affetti da tonsillite cronica. Metodologia: anamnesi, descrizione dello stato di salute mentale e fisico, diagnosi e prescrizione del rimedio omeopatico in conformità del metodo "unicistico" secondo la diagnostica, clinica e terapeutica basata sulla "Legge dei Simili" formulata dal Dott. Samuel Hahnemann. Risultati - Quattro casi clinici di tonsillite cronica curati omeopaticamente, con prolungato follow-up. Discussione - In base all'analisi dei casi clinici di patologia tonsillare si esaminano le potenzialità e i limiti della medicina omeopatica in ambito ORL per un utile confronto con la medicina convenzionale. Conclusioni - I casi clinici riportati hanno evidenziato che la metodologia omeopatica applicata permette di affrontare casi di tonsilliti croniche con esito positivo.

PAROLE CHIAVE

Tonsillite cronica - Metodologia omeopatica - Rimedio omeopatico unico. Patologie ORL - Casi clinici.

SUMMARY

Introduction - The homeopathic clinical and therapeutic methodology consents to cope with a number of chronic diseases. In this paper a study of clinical cases of chronic tonsillitis is showed in order to evaluate the therapeutic efficacy of homeopathic remedies. Material and Methods - Four patients affected by chronic tonsillitis were studied. Case history, description of mental and physical health, diagnosis and prescription of the homeopathic remedy in accordance with the unicist method based on Hahnemann's Law of Similars were assessed. Results - Four cases of chronic tonsillitis cured by classical homeopathy, with extended follow up, were described. Discussion - The study of cases of tonsil disease allows to investigate the potential uses and limits of homeopathic medicine in ENT conditions and to profitably compare them with conventional medicine. Conclusions - The reported cases highlighted the ability of homeopathic methodology to successfully deal with chronic tonsillitis.

KEYWORDS

Chronic tonsillitis - Homeopathic methodology - Single remedy - ENT disorders - Clinical cases.

INTRODUZIONE

Premessa

Le tonsille insieme alla tonsilla faringea e a quella linguale costituiscono l'anello di Waldeyer, la loro specifica funzione è produrre anticorpi (immunità umorale B-dipendente) contro i germi responsabili delle infezioni delle vie aeree superiori.

Le tonsille costituiscono la prima stazione linfatica predisposta a bloccare il diffondersi delle infezioni rino-farino-laringee verso le vie respiratorie inferiori.

Le tonsilliti croniche (TC) possono essere esiti di ripetuti episodi acuti, ma possono anche esserlo "ab initio". Esiste in entrambi i casi un'incapacità relativa del tessuto linforeticolare a svolgere le sue normali funzioni.

Nel caso delle TC secondarie a processi acuti il tessuto linfatico ha ostacolato e annullato l'antigene virulento, ma non completamente; nel secondo caso TC "ab initio", il tessuto linforeticolare non ha capacità reattive sufficienti e il processo infettivo s'instaura lentamente.

In entrambi i casi s'instaura un danno continuo e irreversibile, con conseguente ipertrofia delle tonsille le quali tentano in tal modo di ritornare alla condizione di funzionalità fisiologica, ma il loro equilibrio ormai è compromesso.

L'iperplasia tonsillare si manifesta soprattutto nei bambini con un ingrossamento uniforme delle tonsille che assumono un aspetto rotondeggiante, con scarsa evidenza delle cripte.

Conseguentemente le tonsille sporgono al di fuori della loggia tonsillare e si avvicinano l'una all'altra sulla linea mediana. Non si rinvengono uscite di materiale caseoso dalle tonsille, dopo spremitura può fuoriuscire talvolta pus; sono sempre presenti micropoliadenopatie diffuse nei vari distretti linforeticolari, ma soprattutto sotto angolo-mandibolari.

Nelle tonsilliti croniche la sintomatologia è caratterizzata dalla disfagia che è sempre presente in vario grado a secondo della grandezza raggiunta dalle tonsille, da uno stato

sub febbrile continuo o saltuario e da adenopatie satellitari reattive scarsamente dolenti.

La diagnosi delle tonsilliti croniche si basa su criteri clinici (vedi classificazione) e indagini di laboratorio quali:

- esami ematochimici: emocromo completo con formula, VES, PCR, TAS più esami specifici richiesti nei singoli casi (per es.: Monotest e ricerca anticorpi EBV specifici, coltura su terreno di Löffler etc.);
- coltura dell'essudato da tampone faringeo (risultati dopo 48 ore);
- test rapidi per rilevamento degli antigeni streptococcici (discreta sensibilità, elevata specificità i quali sono soprattutto utilizzati per la diagnosi delle forme acute).

Le tonsilliti croniche si classificano in:

- Tonsillite criptica cronica
- Tonsillite ipertrofiche

Tonsillite criptica cronica

Caratterizzata da ostruzione degli sbocchi delle cripte, con conseguente ritenzione della secrezione e dei prodotti di desquamazione all'interno delle cripte. Le tonsille appaiono ipertrofiche con le cripte dilatate e occupate da materiale caseoso giallastro.

È presente lieve dolorabilità in sede tonsillare con modica disfagia.

Tonsillite ipertrofica

Aumento permanente e patologico delle tonsille palatine. Alla base di quest'affezione si associano un fattore costituzionale (eccessiva ipertrofia del sistema linfoide) e un fattore infettivo (ripetuti episodi tonsillitici acuti).

La sintomatologia è caratterizzata da un certo grado di disfagia, dispnea (prevalentemente notturna) e disfonia per l'addossamento delle due tonsille sulla linea mediana. Si possono avere disturbi riflessi quali tosse stizzosa e spasmi della glottide.

Da tener presente che, nelle forme dell'infanzia, dopo i 12/14 anni si ha una diminuzione del volume tonsillare e quindi un'attenuazione della sintomatologia clinica.

Materiale e metodo

Sono descritti quattro casi di pazienti affetti da tonsillite cronica, con anamnesi, descrizione dello stato di salute mentale e fisico, diagnosi e prescrizione del rimedio omeopatico in conformità del metodo "unicistico" secondo la diagnostica, clinica e terapeutica basata sulla "Legge dei Simili" formulata dal Dott. Samuel Hahnemann.

Nella pratica clinica il medico omeopata dopo aver for-

mulato la diagnosi, somministra il singolo medicinale i cui sintomi sperimentali siano i più simili ai sintomi peculiari con i quali il malato esprime la sua malattia: la terapia è personalizzata e individualizzata (individualità del malato e del medicinale).

La metodologia diagnostica, clinica e terapeutica omeopatica studia l'uomo malato nella sua interezza e globalità ed ha come ideale terapeutico la restituzione della piena salute in modo rapido, dolce e permanente, utilizzando un singolo farmaco. Il processo di guarigione è graduale e avviene in senso inverso alla comparsa dei sintomi, ossia gli ultimi sintomi che si sono manifestati saranno i primi a regredire. La terapia omeopatica non mira a guarire i sintomi locali, ma al trattamento globale del paziente, il quale è considerato nella sua interezza.

Il problema tonsillare in omeopatia deve essere affrontato tenendo in considerazione: l'età, la costituzione, le terapie pregresse allopatriche, la soppressione, la metastasi patologica secondaria a soppressione, gli effetti patologici a distanza, la concomitanza con altre patologie gravi e l'indicazione chirurgica. Inoltre va tenuto presente che la tonsillite cronica.

Non è una malattia locale, è una localizzazione di una malattia generale, può essere una malattia difettiva, può essere dovuta a miasma acuto, è una manifestazione del miasma prevalente, è una manifestazione dell'intreccio miasmatico, è una manifestazione di acutizzazione miasmatica. La metodologia terapeutica si basa sull'identificazione.

dei segni della malattia, dei sintomi patognomonici, dei sintomi caratteristici del malato.

I segni della malattia sono i segni oggettivi anatomofisiopatologici che appartengono alla semeiotica tradizionale come: gonfiore, edema, rossore, ipertrofia, membrane, scialorrea, ulcerazione, stenosi, ecc.

I sintomi patognomonici e comuni di tipo funzionale anche con modalità sono: dolore, bruciore, senso di soffocamento, difficoltà a deglutire, secchezza, tenenza a deglutire continuamente, dolore puntorio, sensazione d'ingombro, di ostacolo, ecc

I sintomi caratteristici equivalgono alla totalità sintomatologia, la sindrome minima di valore massimo, i sintomi preminenti di Hahnemann così definiti:

- **predominanti:** sono in relazione con la patologia o la sofferenza prevalente del Paziente;
- **straordinari:** sono quelli che escono dall'ordinario della vita del Paziente. Sono i sintomi che affliggono il Paziente ex novo, che prima non si erano presentati nel quadro delle sue sofferenze abituali.
- **peculiari:** sono i sintomi che esprimono il modo pecu-



centro alla periferia, si spostano da un organo centrale a un organo periferico, migliorano dapprima nella sfera psichica e poi nel resto delle funzioni.

CASISTICA CLINICA

I CASO

Bambina di 6 anni. Ripetuti episodi di tonsillite con iperpiressia (38.5°- 39°). Negli ultimi 6 mesi, 4 episodi di tonsillite con febbre elevata, un episodio con successivo ascesso peritonsillare. Diagnosi di TC con adenopatie loco regionali, trattata con terapia antibiotica e cortisonica con scarso giovamento.

Sintomatologia: Infiammazione delle tonsille, dolore pungente (*“come se avessi un pezzetto di pesce che non riesco a mandare giù”*), dolore bruciante quando deglutisce (*“mi fa tanto male quando mando giù il cibo”*).

Timida, sensibile, ostinata, molto freddolosa, mani e piedi freddi sudati, con odore maleodorante dei piedi, stitica, si stanca facilmente, scarso appetito.

Peggiora con il freddo e l’umidità.

Migliora con il caldo.

Esame obiettivo: Bambina gracile, magra, di piccola statura, con la testa grande rispetto il corpo.

Tonsille ipertrofiche di dimensione aumentata con adenopatie sotto angolo mandibolari gonfie e di consistenza fibrosa, dolenti e dolorabili al tatto.

Esami ematochimici.: TAS 600, VES 30, PCR , Muco-proteine.

Repertorizzazione dei sintomi selezionati (Synthesis 9.1)

Somma dei sintomi (+gradi) - Somma dei sintomi (+gradi) - Intensità considerata

1	1234	I	THROAT - PAIN - splinter; as from a	39
2	1234	I	THROAT - PAIN - swallowing - agg.	253
3	1234	I	THROAT - PAIN - swallowing - agg. - burning	27
4	1234	I	MIND - TIMIDITY	162
5	1234	I	MIND - OBSTINATE	143
6	1234	I	GENERALS - HEAT - lack of vital heat	278
7	1234	I	EXTREMITIES - PERSPIRATION - Hand - copious	10
8	1234	I	EXTREMITIES - PERSPIRATION - Foot - profuse	37
9	1234	I	EXTREMITIES - PERSPIRATION - Foot - offensive	60
10	1234	I	GENERALS - LEAN people	70
11	1234	I	HEAD - LARGE SIZE	26
12	1234	I	THROAT - SWELLING - Tonsils	147
13	1234	I	GENERALS - SWELLING - Glands; of - hard	43
14	1234	I	GENERALS - SWELLING - Glands; of - painful	54
15	1234	I	EXTERNAL THROAT - SWELLING - Cervical Glands	166

liare, originale, esclusivo di soffrire del Paziente quando si trova nell’ambiente che lo circonda. Sono in genere espressi dalle modalità di miglioramento e aggravamento in determinate posizioni, in particolari condizioni ambientali, a contatto con particolari sostanze, cibi e bevande, in rapporto agli orari e alle funzioni degli apparati.

- rari: sono i sintomi che si presentano molto raramente sia nella storia del Paziente che nelle patogenesi e sono importanti perché identificano la nota-chiave (keynote) della sintomatologia individuale del Paziente

- alternanti: sono i sintomi che si alternano con altri sintomi nello stesso Paziente o che si presentano a fasi alterne con altri.

- concomitanti: sono i sintomi che si presentano contemporaneamente con altri sintomi o con altri eventi patologici.

- eziologici: sono i sintomi in relazione con un evento che si è rivelato determinante nella genesi della patologia del Paziente.

- contraddittori: sono i sintomi che esprimono contrasto con la fisiopatologia e le sofferenze del Paziente. Per esempio cefalea che migliora con i rumori, nausea che migliorano con il movimento, sonno che subentra con il caffè.

- antichi: sono i sintomi già presenti nel passato della vita del Paziente.

- recenti: sono i sintomi ultimi ad essere apparsi.

Inoltre deve essere rispettato a) il condizioniamo medico secondo il § 3 Organon che impone: la percezione di ciò che si deve curare, la scelta del rimedio, della dose, della potenza, della ripetizione del medicamento, l’individuazione degli ostacoli alla guarigione, la certezza dell’affidabilità e dell’efficacia del rimedio. b) Legge di guarigione secondo la quale: i sintomi scompaiono in ordine inverso di apparizione, scompaiono dall’alto verso il basso e dal

	sil.	sulph.	nit-ac.	bar-c.	lyc.	merc.	calc.	kali-c.	hep.	graph.
	15/37	15/28	12/28	12/27	12/27	12/20	11/26	11/25	11/24	11/21
1	2	1	2	-	-	1	2	3	3	-
2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2
3	1	1	-	3	1	-	-	1	2	-
4	4	3	1	4	3	2	3	3	1	2
5	2	2	2	1	2	1	3	2	2	-
6	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3
7	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-
8	3	1	3	-	3	1	-	2	-	2
9	3	2	3	3	3	-	2	3	-	3
10	2	3	2	1	2	1	-	-	2	1
11	2	1	-	1	1	1	3	-	-	1
12	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2
13	2	2	-	1	-	1	1	-	1	1
14	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1
15	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3

Terapia

Silicea 6 LM, 10 gocce in un bicchiere di acqua, un sorso a giorni alterni in plus per 30 giorni.

Silicea 9 LM, 10 gocce in un bicchiere di acqua, un sorso ogni tre giorni in plus per 30 giorni.

Follow up: VES 15, TAS 300. Continua Silicea 9 LM per altri 30 giorni.

La bambina è migliorata, l’appetito è un poco aumentato, partecipa con gioia al gioco con gli altri bambini. Nessuna recidiva. La bambina continua la terapia con Silicea 15 LM, 10 gocce in un bicchiere di acqua, un sorso in plus ogni 5 giorni per 30 giorni, durante i quali ha avuto un episodio febbrile di breve durata (38° per 36 h), trattato con Belladonna 30 CH, 3 globuli sublinguali ogni 8 h per 3 volte, continuando la terapia di base.

Ha avuto successivamente un solo episodio di tonsillite dopo un anno.

II CASO

Bambina di 12 anni. Nervosa si irrita facilmente, ha incubi notturni. Poca memoria, timida, non riesce a concentrarsi, paurosa.

Nata a sette mesi per distacco di placenta, prematura è stata 30 giorni in incubatrice, perché non prendeva peso. Ha avuto ritardo nel parlare, camminare, nella comparsa dei denti, nell’aumento del peso corporeo. Si stanca facilmente, freddolosa, ha problemi a scuola, ha una sola amichetta.

Ripetuti episodi di tonsillite con febbre persistente anche per 20 giorni. Trattata con terapia antibiotica, cortisonica, immunostimolante con giovamento per un breve periodo, con successive ricadute più violente.

Esami ematochimici: VES 20, TAS 300, PCR, Mucoproteine.

Peggiora con il freddo e l’umido.

Piedi maleodoranti. Parla nel sonno.

Sintomatologia ed esame obiettivo: Tonsille ipertrofiche, aumentate di volume in tal modo che occludono la gola. Algia alla deglutizione (disfagia per i solidi e liquidi). Alito cattivo. Linfonodi cervicali di volume maggiore alla norma, di consistenza dura. Piedi maleodoranti. Alta, magra, umore depresso, di carnagione chiara, occhi celesti e capelli castani chiari.

Repertorizzazione sintomi selezionati (Synthesis 9.1)

Somma dei sintomi (+gradi) - Somma dei sintomi (+gradi) - Intensità considerata

1	1234	I	GENERALS - GROWTH - complaints of growth process	7
2	1234	I	GENERALS - DEVELOPMENT - complaints of	10
3	1234	I	GENERALS - DEVELOPMENT - slow	17
4	1234	I	GENERALS - WALKING - learning to walk - late	35
5	1234	I	MIND - TALKING - slow learning to talk	21
6	1234	I	MIND - TIMIDITY	162
7	1234	I	MIND - FEAR - full of fear	14
8	1234	I	MIND - MEMORY - weakness of memory - children, in	4
9	1234	I	MIND - CONCENTRATION - difficult - children, in	23
10	1234	Ia	GENERALS - REACTION - lack of	125
11	1234	I	MIND - TALKING - sleep, in	118
12	1234	I	EXTREMITIES - PERSPIRATION - Foot - offensive	60
13	1234	I	THROAT - SWELLING - Tonsils	147
14	1234	I	THROAT - OBSTRUCTION - Tonsils; from swelling of	1
15	1234	I	GENERALS - SWELLING - Glands; of - hard	43

	bar-c.	phos.	calc.	sil.	sulph.	nat-m.	caust.	med.	kali-c.	lyc.
	14/27	12/21	11/22	11/21	10/19	10/17	8/11	8/11	7/15	7/14
1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-
2	2	2	-	1	1	1	-	-	1	-
3	1	-	2	1	1	1	1	1	-	-
4	2	2	3	2	1	3	3	1	-	1
5	1	1	1	1	1	3	1	1	-	-
6	4	3	3	4	3	2	2	2	3	3
7	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
8	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
9	2	1	1	1	-	1	-	1	-	1
10	2	2	3	-	3	1	1	3	2	2
11	1	1	2	2	2	2	1	-	3	1
12	3	2	2	3	2	1	-	1	3	3
13	3	3	3	3	3	2	-	1	2	3
14	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	1	2	1	2	2	-	1	-	-	-

Terapia

Baryta carbonica 6 CH, 3 globuli 3 volte al giorno, per 5 giorni in plus.

Baryta carbonica 12 CH, 3 globuli una volta al dì per 5 giorni in plus.

Baryta carbonica 18 CH, 3 globuli a giorni alterni per 30 giorni in plus.

Baryta carbonica MK 1 dose in plus ogni 30 giorni per 3 volte.

Baryta carbonica XMK 1 dose a secco dopo 3 mesi.

Follow up: La bambina a distanza di un anno è migliorata. A scuola ha preso solo due insufficienze, durante tutto l'anno scolastico (matematica e inglese). Nessun episodio tonsillare. È aumentata poco di peso e di statura, ma non si sente più stanca. Non ha ripetuto gli esami ematochimici.

	merc.	nux-v.	sulph.	phos.	bell.	stram.	lach.	verat.	nat-m.	lyc.
	11/21	10/20	9/17	9/15	8/18	8/18	8/15	8/14	8/13	8/12
1	2	1	1	1	1	-	3	3	1	1
2	2	2	1	1	-	2	2	-	-	-
3	1	3	2	2	3	3	2	2	2	2
4	1	3	-	1	3	2	-	2	-	2
5	1	2	1	1	2	4	1	2	-	-
6	3	2	2	2	3	3	2	1	1	1
7	2	2	3	3	1	2	1	1	2	3
8	2	-	-	-	-	-	-	-	1	1
9	3	2	3	2	3	1	2	1	2	2
10	3	1	-	2	-	-	-	-	-	-
11	1	3	2	1	3	2	2	2	2	1
12	1	2	2	-	2	1	-	2	2	1

Terapia

Mercurius 6 LM, 10 gocce in un bicchiere di acqua tutti i giorni per 30 giorni.

Mercurius 12 LM, 10 gocce in un bicchiere di acqua a giorni alterni per 30 giorni.

Follow up: La madre ha sospeso successivamente la terapia visto il miglioramento del figlio, “non sputa più”, nessuna recidiva tonsillare; esami di controllo: VES 10, TAS 100, PCR e Mucoproteine nella norma.

Dopo circa sei mesi il bambino è stato rivisitato dopo aver avuto un episodio tonsillare di breve durata.

Terapia: Mercurius 200K una dose in plus da ripetere dopo 30 giorni. A distanza di tre mesi nessuna recidiva.

IV CASO

Ragazzo di 18 anni. Episodi recidivanti di tonsillite da quando aveva 4 anni. È stato sottoposto a intervento chirurgico di tonsillectomia a 7 anni, con giovamento per 4 anni. All'età di 11 anni con l'ipertrofizzazione dei monconi tonsillari rimasti in situ durante l'intervento chirurgico, si ripresentava la patologia tonsillare, con episodi sporadici nei primi 4 anni, negli ultimi 3 anni numerose recidive, con drenaggio di due ascessi peritonsillari e uno gengivale con incisione.

Riferisce sinusite frontale purulenta, due episodi nell'ultimo anno. Sottoposto circa un anno prima a intervento per appendicectomia in suppurazione, con successiva toilette chirurgica per peritonite diffusa.

Ultima tonsillite 20 giorni prima della visita.

Il paziente è scoraggiato, vorrebbe morire, depresso, vuole appiccare il fuoco all'ospedale, dove non si sono accorti della sua peritonite durante il primo intervento. Si lamenta di dolori in tutto il corpo, sarebbe meglio che si suicidasse. Non sopporta la luce, il rumore (“il telefono dello

studio medico è troppo rumoroso...come il suo cellulare”). Lamenta stipsi, freddo e dolore ai piedi, una cistite in corso e cefalea frontale.

Sintomatologia ed esame obiettivo: ipertrofia dei monconi tonsillari, con iperemia del velo pendulo, da inizio di faringite catarrale. Cicatrice gengivale mascellare superiore destra, da drenaggio chirurgico. Algia alla spremitura delle tonsille con fuoriuscita di pus. Alito cattivo. Algia alla compressione dei punti trigeminali frontali. Scarsa igiene personale.

Repertorizzazione sintomi selezionati (Synthesis 9.1)

1	1234	I	GENERALS - ABSCESSSES	124
2	1234	I	MIND - DISCOURAGED	179
3	1234	I	MIND - DESPAIR - recovery, of	74
4	1234	I	MIND - DEATH - desires	91
5	1234	I	MIND - SUICIDAL disposition - pains, from	13
6	1234	I	MIND - KILL; desire to	58
7	1234	I	MIND - MALICIOUS	131
8	1234	I	MIND - FIRE - set things on fire; wants to	9
9	1234	I	MIND - SENSITIVE - noise, to	221
10	1234	I	MIND - SENSITIVE - light, to	32
11	1234	I	THROAT - SWELLING - Tonsils	147
12	1234	I	THROAT - SUPPURATION - Tonsils	55

	bell.	hep.	lach.	nux-v.	phos.	lyc.	merc.	ars.	calc.	nit-ac.
	11/26	10/22	10/21	10/20	10/18	9/18	9/18	9/17	9/17	9/16
1	2	3	3	1	3	2	3	1	1	2
2	1	1	3	2	1	2	1	2	2	1
3	-	-	1	2	1	2	2	3	4	1
4	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2
5	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-
6	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1
7	2	2	2	3	1	2	1	3	2	2
8	4	4	-	-	1	-	-	-	-	-
9	3	1	2	3	2	2	2	2	2	3
10	4	-	-	3	3	-	-	2	-	-
11	3	3	3	1	3	3	2	-	3	3
12	2	3	2	-	-	2	3	1	1	1

Terapia

Hepar sulphur 30 CH, 3 globuli sublinguali ogni 8 h per 7 giorni.

Follow up: Il paziente, doveva tornare al controllo dopo 7 giorni, è tornato dopo 21 giorni. Si sentiva meglio, era più curato nell'igiene personale, era riuscito anche a dormire tutta una notte di seguito, si sentiva tranquillo. Continua

con Hepar sulphur 200K una dose in plus ogni 30 giorni per tre volte.

Contattato telefonicamente il paziente dice di stare bene, nessuna recidiva tonsillare, né altre suppurazioni.

Somma dei sintomi (+gradi) - Somma dei sintomi (+gradi) - Intensità considerata

1	1234	I	MIND - PRECOCITY of children	37
2	1234	I	MIND - ARDENT	22
3	1234	Ia	MIND - VIOLENT	120
4	1234	Ia	MIND - STRIKING	65
5	1234	I	MIND - DESTRUCTIVENESS	57
6	1234	I	MOUTH - SPEECH - stammering	94
7	1234	I	MIND - TIMIDITY	162
8	1234	I	SKIN - ITCHING - perspiration - agg.	12
9	1234	I	MOUTH - DISCOLORATION - Tongue - white	289
10	1234	I	MOUTH - DISCOLORATION - Tongue - white - heavily coated	27
11	1234	I	MOUTH - SALIVATION - profuse	208
12	1234	I	MIND - SPITTING	44

BIBLIOGRAFIA

- 1) BOERICKE W – *Pocket Manual og Homeopathic Materia Medica* – Boericke & Tafel ed, Philadelphia, 1927
- 2) CLARKE J. H. – *A dictionary of practical materia medica* – Atlantic Books, Richmond California, 1981.
- 3) HAHNEMANN C. F. S. – *Organon dell'Arte del Guarire, VI ed.* – LUIMO, Napoli 1987
- 4) HAHNEMANN C. F. S. – *Malattie Croniche* – Edium ed., Milano 1980
- 5) KENT J. T. – *Repertory of materia medica omeopatica* – B. Jaim Publishers, New Delhi 1991.
- 6) ROSSI G. – *Manuale di Otorinolaringoiatria V ed.*
- 7) SCHROYENS F. – *Radar, Synthesis 9.1.* – Archibel.

L'Omeopatia nel reflusso gastroesofageo in età pediatrica

Lavoro presentato al I Congresso Internazionale di Medicina Omeopatica IRMSO di Roma, 18-20 Ottobre 2013

RIASSUNTO

Il reflusso gastroesofageo è una patologia frequentemente diagnosticata con sintomi tipici ed atipici in un numero sempre maggiore di bambini. Attraverso l'analisi di alcuni casi clinici pediatrici viene messo in evidenza il ruolo dell'Omeopatia nei bambini affetti dal reflusso gastroesofageo. La Omeopatia può essere molto efficace nella terapia dei bambini affetti da reflusso gastroesofageo intervenendo sulle predisposizioni miasmatiche alla base della patologia. Il reflusso gastroesofageo è una patologia proteiforme che oltre ai sintomi gastrointestinali può presentare una serie di sintomi anche in altri distretti corporei. La base miasmatica in tali pazienti è particolarmente evidente. I casi clinici riportati evidenziano che tale patologia può essere efficacemente trattata con la terapia omeopatica molto in profondità.

PAROLE CHIAVE

Reflusso Gastroesofageo, Miasmi, Omeopatia, Pediatria, bambini.

SUMMARY

Gastroesophageal reflux is a very frequent diagnosis with typical and atypical symptoms in Pediatrics. Some clinical cases of Gastrointestinal Reflux successfully treated by homeopathy are illustrated in this research. Furthermore Homeopathy is able to cure the miasmatic predisposition of children at the basis of this pathology. Gastroesophageal reflux is a proteiform disease with possible symptoms in many organs. Miasmatic predisposition is very important in this disease and homeopathy can cure these children very deeply.

KEYWORDS

Gastroesophageal Reflux, Miasms, Homeopathy, Pediatrics, Children.

INTRODUZIONE

In età pediatrica il reflusso gastroesofageo rappresenta una diagnosi di sempre maggiore riscontro nella pratica clinica quotidiana. Si può presentare come fenomeno fisiologico (GER o Gastroesophageal Reflux) che fa parte del normale processo di maturazione dello sfintere esofageo inferiore e della continenza cardiaca ma può anche manifestarsi come malattia da reflusso gastroesofageo (GERD o Gastroesophageal Reflux Disease) che può essere particolarmente

severa e presentarsi in bambini affetti da patologie neurologiche particolarmente gravi come le paralisi cerebrali infantili andando a compromettere ulteriormente la crescita e la salute dei bambini affetti da tali patologie.

Reflusso Gastresofageo (GER) e Malattia da Reflusso Gastroesofageo (GERD)

Il reflusso gastroesofageo (GER o Gastroesophageal Reflux) è il passaggio di contenuto gastrico nell'esofago con o senza rigurgito o vomito. La comparsa del reflusso semplice può essere un processo normale che avviene più volte al giorno nei lattanti sani, nei bambini e negli adulti.

La malattia da reflusso gastroesofageo (GERD o Gastroesophageal Reflux Disease) si verifica invece quando il reflusso di contenuto gastrico causa disturbo, sintomi o complicanze. È importante differenziare queste due condizioni cliniche (1). Il reflusso semplice è una condizione che tende spontaneamente a risolversi e che non richiederebbe terapie allopatriche in special modo nei lattanti. Tuttavia una eccessiva medicalizzazione del sintomo può portare ad un eccesso di diagnosi di GERD e dunque di terapie che sono comunque piuttosto importanti anche perché si tratta di in una età in cui molti farmaci sono impiegati off label, vale a dire al di fuori delle indicazioni terapeutiche approvate dalle autorità scientifiche. Tutto ciò ha suscitato anche dei ripensamenti e delle discussioni anche tra i pediatri (2).

Diagnosi differenziale tra il reflusso gastroesofageo (GER) e la malattia da reflusso gastroesofageo (GERD)

Il reflusso gastroesofageo può essere presente anche fisiologicamente nei primi mesi della vita in quanto potrebbe non essere ancora giunta a completa maturazione la giunzione cardiaca, e con alcuni accorgimenti legati alla frequenza dei pasti e alla posizione dopo la poppata questo problema si può risolvere spontaneamente. È un processo normale che avviene più volte al giorno nei lattanti sani, nei bambini e negli adulti. La gran parte degli episodi dura meno di 3 minuti, si verificano nel periodo postprandiale e non causano altri sintomi. Il Reflusso Gastresofageo fisiologico è molto fre-

quente ed interessa circa il 10 % dei lattanti nei primi mesi di vita (3). Secondo alcuni studi, nella pratica clinica di base, il reflusso semplice è ancora più frequente ed interesserebbe circa il 50% dei lattanti al di sotto dei tre mesi, ma già a 10/12 mesi la percentuale diminuisce al di sotto del 5% (4) e la maggior parte dei lattanti che ne soffrono vanno incontro alla guarigione quando la continenza del cardias viene raggiunta. Il reflusso gastroesofageo semplice non determina altri problemi. Ben diversa è la situazione nella Malattia da Reflusso Gastroesofageo. Tale condizione clinica è caratterizzata oltre che dalla presenza del reflusso anche da una serie di sintomi che creano un notevole impatto sulla salute dei piccoli pazienti. Si differenzia dal reflusso semplice proprio per la presenza di ulteriori sintomi e complicanze. La presenza della scarsa crescita oltre che di vomito ricorrente è uno dei primi segnali che indirizzano verso la possibilità di diagnosticare una GERD. I sintomi atipici che si associano al reflusso nella GERD sono molto numerosi considerando che anche sintomi respiratori, neurologici, odontoiatrici, otorinolaringoiatrici e di altre specializzazioni sono spesso interessati nella GERD e sebbene vi siano alcune discussioni tra i diversi specialisti nell'attribuzione al reflusso di un così gran numero di sintomi, tuttavia per molti sintomi tale rapporto è stato evidenziato ed ha trovato il consenso anche nella elaborazione di linee guida sulla GERD (5).

In realtà da un punto di vista miasmatico si potrebbe valutare come a partire da un sintomo banale che hanno una gran parte dei lattanti, il reflusso possa manifestare tutta una serie di sintomi anche molto gravi che caratterizzano la GERD in diverse sedi dell'organismo e che vanno di pari passo con il carico di miasmi attivi che sono presenti nel bambino. Oltre alla scarsa crescita psorica si possono presentare sintomi respiratori che vanno dalla tosse persistente ed asma alla possibilità di polmoniti ricorrenti e malattia interstiziale polmonare, conseguenze di inalazione. A livello otorinolaringoiatrici in età pediatrica il reflusso può associarsi e determinare molti sintomi quali laringiti, rinite cronica, sinusite, bolo faringeo, stridore, otalgia patologie cordali e disfagia (6). Le suddette patologie respiratorie possono verificarsi anche per la componente riflessa vagale oltre che per l'azione dell'acido sulle vie respiratorie. Si possono avere le complicanze gastriche ed esofagee quali esofagite, esofago di Barret ed altre. I sintomi neurologici possono essere importanti soprattutto nei casi più gravi di reflusso secondario in bambini che presentano patologie neurologiche come le paralisi cerebrali infantili che rappresentano uno dei principali fattori di rischio. Ma nella GERD possono essere presenti sintomi come il pianto inconsolabile o le apnee che sono direttamente legati al reflusso e che

sono spesso l'espressione clinica del miasma in azione. Una sindrome neurologica caratteristica che può essere dovuta alla GERD è la sindrome di Sandifer che è una malattia distonica parossistica del movimento associata a reflusso gastroesofageo e, in alcuni casi, ernia iatale. I movimenti distonici sono caratterizzati da un'anomala postura della testa e del collo (collo torto) e da grave incurvamento della colonna vertebrale dorsale. Le crisi di solito durano 1-3 minuti e possono verificarsi più di 10 volte al giorno. Curando il reflusso scompare anche la sindrome di Sandifer. Altri sintomi atipici che possono essere presenti sono anemia, erosioni dentali, episodi di ALTE (Apparent Life Threatening Event - Evento apparentemente rischioso per la vita) vale a dire di un evento critico che insorge acutamente in sonno o in veglia e che si presenta in soggetti di età inferiore all'anno in cui, assieme all'apparente interruzione dell'attività respiratoria, sintomo più evidente e preoccupante per coloro che assistono all'evento, vengono rilevati altri sintomi come il cambiamento del colorito cutaneo del volto e/o del tronco e degli arti (cianotico o pallido con o senza marezza), l'alterazione del tono muscolare (ipotonia, flaccidità, ipertonìa), talvolta la perdita di coscienza della durata che varia da un minuto a 10 minuti circa. Il reflusso compare anche in forme secondarie a patologie come stenosi ipertrofica del piloro, atresia esofagea, malrotazione intestinale o cerebropatie in cui è già presente sin dalla nascita un impatto miasmatico molto importante.

MATERIALI E METODI

Sono presi in esame due casi clinici pediatrici principali particolarmente rappresentativi oltre ad una serie di casi clinici brevi che evidenziano alcune delle problematiche di frequente riscontro nella pratica clinica. Nel primo caso clinico si tratterà del problema dell'eccesso di medicalizzazione del reflusso e del ruolo che l'omeopatia può avere nel permettere il pieno recupero del paziente senza correre il rischio di innescare con i farmaci allopatrici degli effetti soppressivi e di attivazione miasmatica. Il secondo caso clinico descrive una malattia da reflusso gastroesofageo severa e complicata in un bambino affetto da cerebropatia infantile e permette di evidenziare il ruolo della omeopatia sia nel trattare gli effetti collaterali dei farmaci allopatrici oltre che, attraverso una terapia del miasma, di trattare la malattia da reflusso gastroesofageo migliorando globalmente il paziente anche sul piano neurologico e generale. Altri brevi casi clinici illustrano altre possibilità terapeutiche omeopatiche in cui tale patologia è stata trattata con successo.

RISULTATI

Caso Clinico 1

R. nato pretermine con parto indotto per sofferenza fetale al monitoraggio cardiocografico. Dopo 72 ore dalla rottura del sacco non si incanalava nonostante tentativi con la ventosa. Ittero nei primi giorni di vita che ha necessitato di incubatrice con la fototerapia. La madre riferisce che cerca il calore e ama fare il bagno con l'acqua calda, se con il passeggino cammina nella parte assolata si calma e si tranquillizza. Ama la luce ed il sole. La mamma e la nonna in apprensione per il piccolo tendono a dare un'aggiunta di latte in polvere che non sarebbe necessaria perché il bambino ha ripreso il peso e cresce regolarmente. È presente alla nascita una ipospadia che andrà controllata per possibile intervento in futuro.

Visito il bambino a 20 giorni di vita ed oltre ai sintomi riferiti presenta lieve subittero alle sclere, lieve irritazione congiuntivale, crosta latteata ben evidente sul cuoio capelluto. Viene riferito che il colore delle urine è leggermente sull'arancio. I riflessi neonatali di Moro, della marcia automatica, di prensione e gli altri riflessi sono nella norma come la manovra di Ortolani. Il fegato è leggermente aumentato di volume ed il bambino è irritabile, non ama essere visitato tranne che quando sta sotto la luce diretta della lampada.

Sulla base della irritabilità, del colore delle urine, della storia dell'ittero, dell'aumento di volume del fegato e della freddolosità con miglioramento generale con il calore prescriviamo LYCOPODIUM 4-6 LM CURE mezza capsula al dì. Al successivo controllo a circa 2 mesi la situazione è nettamente migliorata, il bambino cresce, si alimenta bene, non presenta più coliche gassose, l'alvo è regolare, più tranquillo e non ha più il subittero alle sclere.

Al terzo mese di vita dopo un episodio di vomito della durata di due giorni di presumibile origine virale in cui il bambino probabilmente non gradiva l'aggiunta serale del latte in polvere, consultando il pediatra di famiglia viene ventilata l'ipotesi di possibile stenosi ipertrofica del piloro per cui al secondo giorno di vomito il lattante viene portato al PS ospedaliero in cui con una ecografia escludono la stenosi ipertrofica del piloro ma per precauzione ricoverano il bambino che nel frattempo aveva un lieve rialzo febbrile. In ospedale risulta tutto negativo ma al ritorno dal suo pediatra di base viene diagnosticato un reflusso gastroesofageo patologico con sospetta esofagite e viene prescritto ranitidina sciroppo e uno sciroppo antireflusso. Dopo una settimana di questa terapia il bambino non migliora ma ogni volta che prende la ranitidina

peggiora il sintomo e tende ancora di più al vomito ma non si riesce a sospenderla per il rigurgito ormai continuo.

Al quarto mese di vita la mamma ritorna a visita non sapendo come andare avanti. Dopo un colloquio approfondito confessa che sentendosi in colpa aveva aumentato l'aggiunta di latte in polvere poco prima che succedesse tutto ciò. L'alvo è completamente irregolare, il bambino non dorme e non cresce bene. Solo il calore, l'acqua calda o l'aria calda del phon lo calmano per poco tempo altrimenti piange e si lamenta continuamente. La mamma riferisce che dopo avere pianto è esausto ed è molto abbattuto. Quando lo visita, piange e strilla. Solo mettendo il dito sulla bocca dello stomaco e massaggiando in un certo modo si calma immediatamente. Il rigurgito acido è particolarmente evidente e basta cambiare la posizione del bambino per visitarlo per suscitare tale rigurgito. Permane la estrema freddolosità ed il miglioramento con il caldo. Prescriviamo MURIATICUM ACIDUM 200 K due granuli al dì per 40 giorni, sospendendo gradualmente la terapia allopatica.

Al controllo dei 5 mesi il bambino sta molto meglio, ha interrotto la terapia allopatica ed il reflusso è quasi completamente scomparso, tranne che il pomeriggio.

MURIATICUM ACIDUM MK monodose + 35 K per 28 giorni. Al sesto mese sta bene, non ha reflusso, solo un po' irritabile, specialmente il pomeriggio. LYCOPODIUM 7-9 LM CURE mezza capsula al dì.

Caso clinico 2

L. nato pretermine fortemente sottopeso. La madre veniva ricoverata in gravidanza alla 25 settimana per sospetta patologia emolitica materno fetale, e viene evidenziata una placenta previa che lo fa crescere poco. La gravidanza è gemellare ma rispetto al fratellino cresce di meno. Nasce alla 30 settimana con taglio cesareo presentando ipospadia, angioma del cuoio capelluto e problemi neurologici. Alla nascita Apgar 7 e 9. All'ecografia cerebrale vi era una lieve iperogenicità diffusa in diverse zone cerebrali, asimmetria ventricoli laterali e aumento degli spazi liquorali. In 2 giornata ecocardiogramma evidenzia pervietà del forame ovale. Viene prescritto il surfactante per favorire la maturazione polmonare e l'apertura degli alveoli e ricoverato in neonatologia in incubatrice. L'alimentazione durante il ricovero è parenterale e poi enterale anche quando esce dall'ospedale. Viene diagnosticato sin dalla nascita un reflusso gastroesofageo che viene trattato sin dall'inizio con ranitidina per scongiurare il pericolo di polmoniti ad ingestis. In questa situazione il reflusso può essere un pericolo ulteriore per le possibili complicanze che si possono avere e per la possibile esofagite che impedisce ulteriormente di alimentarsi e di uscire fuori da una condizione clinica più-

tosta complessa. Ad un anno di vita gastroenterite da rotavirus con ulteriori ripercussioni a livello gastrointestinale. Il reflusso gastroesofageo peggiora e richiede il passaggio dalla ranitidina all'omeprazolo che però peggiora ulteriormente la situazione provocando un broncospasmo che si associa al reflusso stesso. Il reflusso è pressochè costante e giunge a visita in tale situazione in cui l'alimentazione e la crescita sono fortemente compromesse oltre che lo sviluppo e le acquisizioni del bambino che sono fortemente in ritardo.

Prima visita ad 1 anno e 2 mesi di vita. Tosse non appena si sdraia. Sin dalla nascita presenta dei tic specialmente quando dorme, dei sussulti che sono ulteriormente peggiorati dopo le prime dosi di vaccini. Le articolazioni sono molto lasse ed assume delle posizioni innaturali con escursioni articolari molto ampie. Non deambula e si trascina sul pavimento. Le gambe sono ipertoniche evidenziando un deficit neurologico importante. Durante la notte mi riferiscono tremori, sobbalzi, le mani contratte a pugno. Deve fare controlli neurologici per una sospetta forma di distrofia muscolare che non viene trovata ma i problemi sono da attribuire alla situazione neurologica centrale. Urla nel sonno. Curvo, sta chiuso come in un uovo. Per poter consentire la sospensione della ranitidina, che prende ormai da oltre un anno, al fine di attenuare gli effetti collaterali e il rischio di un rebound di acidità, prescriviamo NUXVOMICA 30 CH due granuli per tre volte al dì prima in associazione e poi scalando e togliendo il farmaco allopatico. La NUXVOMICA, inoltre, è utile anche per diminuire lo stato di ipertono muscolare e di contratture che, specialmente durante la notte, si evidenziavano in tutta la loro espressione. Dopo circa un mese le condizioni cliniche erano migliorate e non vi erano più gli effetti della ranitidina sovrapposti al quadro clinico. Migliorato il reflusso, presentava ancora i sintomi neurologici. Prescriviamo CALCAREA FLUORICA 6LM gocce. Tre gocce al dì.

Visita di controllo dopo 1 mese: migliorata la crescita, le articolazioni hanno meno escursioni e la struttura osteomuscolare è più solida. Sono diminuiti gli atteggiamenti e le posture innaturali. Persistono però i sussulti nel sonno, i tic. Non parlando, emette dei versi gutturali incomprensibili e tende a ripetere con un balbettio dei versi che ascolta. Ogni tanto rimane imbambolato, non sente i rumori che vi sono intorno e la madre è preoccupata che vi siano problemi uditivi che però vengono esclusi dagli specialisti audiologi. In tali fasi appare distante e non viene minimamente coinvolto da quello che lo circonda. Se viene sgridato si incanta e non reagisce, balbettando qualche verso incomprensibile. Ha bisogno di tanto riposo. Ogni tanto dondola la testa in modo caratteristico. Presenta delle analogie nei movimenti della testa con la sindrome di Sandifer che è

caratterizzata dall'associazione di posture e movimenti distonici e reflusso gastroesofageo.

HELLEBORUS NIGER MK + 35 K

Visita di controllo dopo 1 mese. Molto migliorato. Non ha più reflusso. È più partecipe del mondo esterno, è come rioriorito. Ha iniziato ad aprirsi con gli altri bambini. Inizia anche a parlare e a fare piccole frasi. Non ha più scosse durante il sonno e non dondola più la testa.

HELLEBORUS NIGER XMK + 35K

Successivo controllo dopo 3 mesi: ulteriore miglioramento delle capacità relazionali, della postura, e della situazione neurologica. Dorme tutta la notte senza problemi. Continua a crescere e a migliorare e non presenta più il reflusso che era stata una costante del primo anno di vita.

HELLEBORUS NIGER XMK + 35 K

Altri casi clinici in breve

Un caso clinico di sintomi atipici otorinolaringoiatrici è quello di M. bambino che viene a visita a 5 anni perché oltre al reflusso presenta sin dal primo anno di vita episodi frequenti di tosse abbaiente e spasmodica che limitavano molto le sue capacità relazionali e che dopo ripetuti controlli specialistici erano stati attribuiti anche dall'otorinolaringoiatra ad un laringospasmo secondario a reflusso gastroesofageo essendo tutti gli altri esami negativi. M. è un bambino timido che tende a trattenere le emozioni dentro di sé. Alla prima visita è difficile chiedergli qualcosa perché si nasconde dietro la madre. Se viene sgridato, specialmente dalla madre, si mortifica. Ha sofferto di epistassi, ha un soffio sistolico al cuore. È molto ordinato, pignolo. Peggiora al mare e nelle ore più calde. Ama le patatine e il prosciutto crudo. La terapia con NATRUM MURIATICUM 4-6 LM CURE una capsula la dì e successivamente 7-9 LM CURE una capsula al dì ha completamente sbloccato la situazione non solo a livello della tosse che è scomparsa ma anche a livello mentale in quanto si è aperto di più, soprattutto a scuola e con i compagni. Non presenta più un blocco delle emozioni che lo trattengono nei rapporti con il suo ambiente e con gli altri ed è molto più sereno anche in famiglia. Spesso la mamma racconta che si fa rispettare molto di più anche con i suoi compagni ed in famiglia è uscito fuori il suo carattere: fatica a stargli dietro mentre prima era più docile e remissivo.

Un altro caso clinico in cui il reflusso si associa ad altri sintomi è quello di G. di 8 anni che è affetto da disturbo specifico del linguaggio con difficoltà scolastiche per cui deve essere seguito con un insegnante di sostegno ed effettuare terapie logopediche per recuperare le acquisizioni scolastiche. La mamma afferma che ha difficoltà a gestire le informazioni che gli arrivano e che spesso ha episodi in cui sembra assente. EEG



negativo per piccolo male. Ha difficoltà ad immaginare le informazioni, più con le lettere che con i numeri. Deve associare il nome con la immagine visiva per poter andare avanti altrimenti sbaglia i nomi. Ha molta ansia e paura di sbagliare. Ama molto lo zucchero e i dolci. Ha avuto la mononucleosi che lo ha molto debilitato ed ha molti nei. Digriagna i denti nel sonno. Gira continuamente intorno alla madre se si annoia. Oltre a un fase di CARCINOSINUM MKmonodose, la terapia con SILICEA MK monodosi ripetute per tre volte ogni 15 giorni e poi SILICEA XMK monodose hanno avuto un netto miglioramento generale oltre alla scomparsa del reflusso gastroesofageo. Ha anche tolto lo zucchero raffinato dalla alimentazione ed effettuato un periodo di terapia con SACCHARUM OFFICINALIS 9 CH tre granuli al dì, per antidotare gli effetti dello zucchero raffinato che nei bambini con problemi di deficit dell'attenzione può avere un ruolo.

Altro caso interessante è quello di D. che nato pretermine, oltre alla diagnosi di reflusso aveva una laringomalacia, plagiocefalia, ritardo nelle acquisizioni psicomotorie ed ipertono muscolare dopo la nascita. Presenta fotofobia, è magro, esile e longilineo pur mangiando molto. Freddoloso, ama coprirsi molto, presenta rigurgito e vomito molto frequente. Dopo la terapia con CALCAREA PHOSPHORICA 4-6LM CURE una capsula al dì e successivamente 7-9 LM sempre in CURE una capsula al dì, la scomparsa del reflusso si è accompagnata ad un profondo cambiamento di carattere: è diventato più calmo e riflessivo e soprattutto molto più affettuoso e meno capriccioso. È cresciuto molto ed ha recuperato molte tappe nel linguaggio e nel movimento.

Altro caso clinico è quello di P. di tre anni in cui il reflusso era associato alla neurofibromatosi di Von Recklinghausen. Bambino mite, leggermente sovrappeso con alvo stitico e con molto sudore alla testa, dissimmetrie facciali, insonnia, dolori ossei notturni e infezioni respiratorie ricorrenti, è notevolmente migliorato dopo THUJA MK monodose +35K e CALCAREA FLUORICA 6LM CURE tre gocce al dì.

Un altro caso clinico che fornisce interessanti spunti di riflessione è quello di B. una bambina di 6 anni in cui la malattia da reflusso gastroesofageo veniva diagnosticata insieme ad un ernia iatale. E' stata in terapia con ranitidina per lungo periodo prima di arrivare alla visita. Dopo tale terapia aveva spesso mal di gola ricorrenti trattati con dosi sempre maggiori di antibiotici e cortisonici, nonostante il reflusso. La bambina era sovrappeso ed aveva avuto una netta spinta verso la *sicosis* da tutte le terapie precedenti effettuate. Alvo stitico, pavor nocturnus, sudorazione alla testa abbondante, facies a luna pie-

na con rossore diffuso specialmente alle guance. Dopo NUX VOMICA per antidotare gli effetti delle terapie allopatiche. CALCAREA CARBONICA 1-3 LM CURE una capsula al dì e successivamente 4-6 LM CURE una capsula al dì sono stati i rimedi che hanno permesso alla bambina di non soffrire più dei sintomi di reflusso oltre che guarire dalle infezioni ricorrenti ed interrompere la spinta sicotizzante che aveva ricevuto.

DISCUSSIONE

Significato del reflusso in età pediatrica

La nostra specie viene alla luce in una situazione in cui molte delle funzioni proprie dell'età adulta non sono ancora completamente sviluppate. Tutto ciò deriva dal fatto che la rapida crescita della circonferenza cranica nella nostra specie e la sproporzione con le dimensioni della cavità pelvica della donna rende improrogabile la fuoriuscita dal canale del parto. Mentre le altre specie alla nascita sono già pronte e sin dal primo giorno di vita sono in grado di stare in piedi e di camminare come accade ad esempio per il puledro, neonato nella specie cavallo, la nostra specie alla nascita è ancora piuttosto immatura e manifesta ancora le caratteristiche fetali piuttosto che quelle del bambino più grande. Del resto la sopravvivenza del cavallo è legata alle capacità di correre e di scappare, mentre per la nostra specie la sopravvivenza deriva soprattutto dalle capacità del nostro cervello, legate alle dimensioni della scatola cranica, che obbligano altresì il parto in un periodo di relativa immaturità dell'individuo. Secondo la teoria del quarto trimestre del pediatra statunitense M.D. Harvey Karp (7) dal momento che nella nostra specie il feto umano deve nascere dopo 9 mesi per le dimensioni del cervello, molte delle funzioni del neonato non sono ancora adeguatamente sviluppate per la mancanza di un quarto trimestre di gravidanza che permetterebbe di risolvere molti dei problemi che compaiono nei primi tre mesi di vita tra cui il reflusso gastroesofageo, oltre alle coliche gassose e molti altri disturbi dei primi tre mesi. Il quarto trimestre mancante permetterebbe di raggiungere alcune competenze del sistema nervoso e una migliore maturazione della funzione digestiva.

Per quanto riguarda in modo specifico il reflusso gastroesofageo l'evoluzione della specie umana rispetto agli altri mammiferi ha creato un altro punto critico: per lo sviluppo delle capacità degli organi del linguaggio e della fonazione si è espansa la regione della laringe che ha occupato una posizione caudale mentre le vie digestive, nel punto in cui le vie si incrociano, sono maggiormente ristrette esponendo ad un rischio maggiore di reflusso e di possibili complicanze come le infezioni ab ingestis (8). Altri aspetti sono legati all'inizio della nutrizione attraverso il canale digestivo dopo la nascita,

che è una fase molto delicata. Attraverso il canale esofageo e lo stomaco si trasmette assieme agli alimenti anche la forza vitale che è collegata agli alimenti stessi. Lo stomaco occupa una posizione centrale per l'ingresso dell'energia degli alimenti anche secondo la medicina tradizionale cinese e tanti fattori possono interferire in questo delicato equilibrio.

In tale fase il neonato così delicato ed indifeso ha bisogno di tutte le maggiori attenzioni per essere accudito con tutte le accortezze del caso, come se fosse ancora all'interno dell'utero, secondo la teoria del quarto trimestre, altrimenti può essere maggiormente esposto al rischio che la pressione dei miasmi familiari o l'attivazione miasmatica si faccia avanti proprio in questo periodo così delicato.

Nel bambino più grandicello una alimentazione sempre più povera di alimenti con forza vitale ma altresì carica di fattori tossici, il reflusso può manifestarsi inizialmente come una sforzo della forza vitale dell'organismo di riprendere il controllo in caso che ci siano dei fattori nocivi evitabili (9). Tuttavia dopo che gli sforzi salutariferi di tipo esonerativo hanno esaurito la loro efficacia ed in presenza del miasma attivo può manifestarsi la comparsa di una GERD che deve essere necessariamente trattata nella sua base miasmatica per permettere all'organismo di recuperare la salute. Ma vediamo in dettaglio gli aspetti miasmatici legati al problema.

Reflusso e miasmi

Da un punto di vista miasmatico si può notare come a partire da un sintomo banale e che rientra nella normalità dello sviluppo dei bambini, a seconda del carico miasmatico presente nel bambino e trasmesso dalle famiglie di origine si possano avere dei quadri completamente differenti, che vanno ad incidere profondamente e a minare lo sviluppo e l'accrescimento del bambino. Il primo segnale che indica che qualcosa non va e che non si tratta di un reflusso semplice, ma che siamo in presenza di un qualcosa di più importante, tanto da indicare la presenza di una vera e propria GERD, è il ritardo nella crescita che si evidenzia con un progressivo rallentamento della velocità di accrescimento e che indica la presenza di una condizione psorica. Inoltre il reflusso per sua natura è accompagnato da sintomi che hanno un significato esonerativo di eliminazione verso l'esterno e dunque sin dall'inizio possono essere un fenomeno che evidenzia la presenza di una condizione psorica che fa parte sin dalla nascita della reazione del paziente all'ambiente.

Nella sua manifestazione clinica più semplice il reflusso può essere la espressione di una *psora latente*. Come individuato da Hahnemann sono segni inequivocabili di *psora latente* la mancanza di appetito e la presenza di sapore acido in bocca oltre che di un odore acido (10). La *psora latente* non va soppressa

con medicamenti allopatrici che possono correre il rischio di cronicizzare la malattia e di slantizzare tale miasma oltre a sovrapporre alla psora altri miasmi, come si evidenzierà più avanti. Appartengono alla *psora manifesta* numerosi sintomi che interessano la patologia che stiamo trattando come ad esempio: *affluisce in bocca un getto di liquido salivare che rimonta dallo stomaco, dopo dolori che prendono tutto intorno quest'organo, nausea che causano quasi la sincope e afflusso salivare in bocca,...* *nausea al mattino, nausea che arriva quasi al vomito al mattino, subito dopo essere uscito dal letto fino ad arrivare a sintomi quali disfagia spasmodica che a volte porta a morire di fame, quando il soggetto vuole mangiare prova un sentimento di pienezza nel torace nel torace ed ha la gola piena di mucosità...la regione epigastrica è come tumefatta e dolorosa al tatto,...* *spasmo di stomaco, dolore all'epigastrio, come se fosse serrato* (11). Come si nota lo stomaco può essere uno dei bersagli colpiti da un punto di vista miasmatico e proprio in questo distretto dell'organismo si può assistere ad un passaggio da una *psora latente* ancora sotto il controllo della Forza Vitale alla *psora manifesta* con la comparsa anche di numerosi sintomi che fanno parte della GERD, nella quale si possono poi riscontrare anche la sovrapposizione e intreccio degli altri miasmi. Infatti in questa patologia è ancora maggiormente evidente la possibilità che con l'accensione del miasma si possano manifestare tutta una serie di sintomi e manifestazioni cliniche che in allopatia vengono descritti come sintomi atipici di reflusso che altro non sono che ulteriori manifestazioni dell'accensione della psora che svilupperà in modo proteiforme la sua azione in diversi distretti dell'organismo e che ben evidenziano la natura di *Idra dalle mille teste* descritta da Hahnemann che è propria della psora. Ad esempio numerosi sintomi respiratori attualmente vengono presi in considerazione nelle forme complicate di reflusso. Anche in ambito otorinolaringoiatrico spesso vengono diagnosticate la tosse da reflusso o infiammazioni delle prime vie aeree secondarie a reflusso. In realtà spesso nella pratica clinica si presentano i sintomi respiratori descritti da Hahnemann per la psora come ad esempio: *tossetta breve al mattino, frequenti accessi di asma, raucedini molto frequenti o croniche*. Tali sintomi quando non si trovano altre cause, vengono attualmente diagnosticati spesso come secondari ad un reflusso ma in realtà non sono altro che l'espressione clinica della psora presente nell'organismo. Ma sono molti i distretti corporei che possono presentare sintomi atipici di reflusso gastroesofageo altrettante espressioni della psora.

Eradicazione dell'*Helicobacter* e miasma sicotico

Sempre più frequente è la eradicazione dell'*Helicobacter* che viene effettuata attraverso una terapia che associa antisecretori ed antibiotici, che hanno tra i loro effetti quelli di dare

una spinta scitizzante, in quanto presentano molti effetti collaterali ed eventi avversi che hanno una impronta miasmatica di questo tipo e che, per i limiti della relazione, non vi è il modo di approfondire ulteriormente. Oltre all'azione dei farmaci allopatrici, inoltre, è molto interessante il fatto che l'*Helicobacter* è un microrganismo con cui conviviamo da millenni e che, come ben sanno gli omeopati, può essere asintomatico o dare manifestazioni cliniche più o meno gravi in relazione al terreno individuale. Tale microrganismo condiziona l'equilibrio degli ormoni presenti a livello del sistema digerente e si è visto che la eradicazione dell'*Helicobacter* riduce la espressione dei geni della leptina gastrica (12), che è un ormone gastrointestinale che è coinvolto nel senso di sazietà dopo mangiato. Tale modificazione ormonale si accompagna ad un aumento del Indice di Massa Corporea, come evidenziato da tali studi così da costituire anche per questo motivo una ulteriore spinta alla sicosi e può essere correlata all'aumento di peso dopo eradicazione dall'*Helicobacter*.

Syphilis e il reflusso grave e secondario

In alcuni bambini il reflusso si manifesta sin dall'inizio in modo molto grave con esofagite erosiva che compromette le possibilità di nutrimento e di crescita del bambino. In tali casi è particolarmente evidente la spinta della *syphilis* così come nei casi di reflusso secondario che compaiono nei bambini affetti da cerebropatia o da patologie organiche molto gravi. Anche quando la malattia da reflusso gastroesofageo si esprime con le manifestazioni di apnee nel sonno o i cosiddetti episodi di ALTE (Apparent Life Threatening Event - Evento apparentemente rischioso per la vita) che abbiamo descritto in precedenza possono essere a pieno titolo espressione della attivazione del miasma della *syphilis*.

Discussione dei casi clinici

Il primo caso clinico evidenzia una situazione molto frequente legata all'eccesso di diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo in presenza di un reflusso gastroesofageo semplice, non complicato. Talvolta basta un vomito che duri un po' di più per innescare un processo diagnostico terapeutico che con la prescrizione di farmaci allopatrici si complica e determina la attivazione del miasma e/o un intreccio miasmatico ancora più complesso.

Il piccolo paziente, nato prematuro dopo un parto difficoltoso e con sofferenza fetale, si era ripreso molto bene con un rimedio costituzionale come LYCOPODIUM che aveva trattato anche il subittero sclerale, la congestione epatica e le alterazioni del sedimento urinario oltre ai sintomi mentali legati alla irritabilità e ai generali con il peggioramento pomeridiano e la freddolosità. Però dopo un aggiunta eccessiva di latte in polvere per un

senso di colpa materno nel non essere in grado di accudire e nutrire il bambino le dinamiche familiari prendevano il sopravvento (anche la nonna ha avuto un ruolo). L'accentuarsi di una sintomatologia gastrica a seguito di un probabile episodio infettivo virale scatenava un susseguirsi di eventi che conducevano il paziente ad un ricovero ospedaliero che non evidenziava patologie organiche o ulteriori complicanze. Tuttavia veniva prescritta una terapia a base di ranitidina, un antisecretore gastrico, che peggiorava i sintomi del reflusso, oltre che alterare il ritmo sonno veglia. Non avendo utilizzato per un periodo di tempo prolungato il farmaco allopatrico il paziente riusciva a sospenderlo senza problemi. Il rimedio Muriaticum Acidum corrisponde all'acido cloridrico che è uno dei costituenti fondamentali del succo gastrico. Presenta nella materia medica numerosi sintomi che riguardano la acidità gastrica.

Come sottolinea Grandgeorge (13) in Muriaticum Acidum vi è un rapporto con la linea materna molto particolare in cui vi possono essere sentimenti contrastanti (in questo caso di una nonna piuttosto invadente) ed in cui il nutrimento forzato viene rigettato per riprendere una normale alimentazione che va di pari passo con la regolarizzazione del rapporto madre figlio. Alcuni sintomi di Muriaticum Acidum del proving di Hahnemann che erano presenti nel caso sono *frequente risveglio dal sonno con agitazione nel letto, sensazione di vuoto nella regione dello stomaco, specialmente nell'esofago, che non scompare mangiando, insieme a rumore dell'intestino, nausea e tendenza al vomito (dopo 1 ora), un sapore in bocca, a un tempo violento e putrido, quasi come uova marce, con flusso di saliva.* (14) Ma il rimedio si adattava anche per quanto riguarda il quadro dei sintomi mentali ed in particolare per la difficoltosa relazione con la madre. In seguito alla terapia con Muriaticum Acidum la mamma mi confidò che l'avevo salvata perchè era in un vicolo cieco senza via di uscita mentre la somministrazione del rimedio aveva consentito di uscire fuori dal circolo vizioso alimentato da senso di colpa e da interferenze della nonna. Il bambino reagiva a tale imposizione manifestando con il rigurgito un vero e proprio rigetto alle eccessive interferenze dei parenti e dei medici in quella che era la sua relazione con la mamma.

La eccessiva medicalizzazione del reflusso gastroesofageo semplice e gli effetti collaterali dei farmaci allopatrici per il reflusso

L'eccesso di diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo rispetto ad un reflusso semplice viene discussa anche in ambito pediatrico, in particolar modo per quanto riguarda i prematuri. In un articolo pubblicato su Pediatrics il confronto su questo tema del reflusso tra neonatologi, gastroenterologi e pneumologi dava luogo a pareri molto differenti sui criteri di diagnosi

della malattia da reflusso gastroesofageo (15). Spesso vengono attribuiti al reflusso gastroesofageo molti sintomi atipici che non trovano una causa riconoscibile anche in altri distretti dell'organismo e vi è una discussione tra i vari specialisti che riguarda i criteri per intervenire con la terapia e in quali circostanze. L'impiego degli inibitori di pompa o degli antiacidi come criterio ex adiuvatibus, previsto dalle precedenti linee guida, è ora molto discusso anche in ambito neonatologico ed è stato riconsiderato dalle ultime linee guida. Va inoltre considerato che in pediatria alcuni inibitori di pompa protonica sono impiegati in modo off label vale a dire con l'impiego nella pratica clinica di farmaci già registrati ma utilizzati in situazioni che, per patologia, popolazione o posologia vengono prescritte in maniera non conforme allo stesso e dunque senza una approvazione del Ministero della Salute presente sulla scheda tecnica e sul foglietto illustrativo. Gli studi clinici in ambito pediatrico mancano e non si possono adattare gli studi effettuati sull'adulto ai bambini che non sono piccoli adulti. Inoltre le evidenze dell'uso ex adiuvantibus di tali farmaci sono tutt'altro che inattaccabili. A tal riguardo, in uno studio recente in doppio cieco randomizzato per gruppi paralleli, lattanti indagati per sintomi attribuiti a Malattia da Reflusso Gastroesofageo erano trattati con lansoprazolo o placebo per 4 settimane: non vi era alcuna differenza in termini di risposta clinica tra i 2 gruppi (circa il 50% di risposta in entrambi i gruppi) (16). Dopo ripetuti studi che hanno confermato questo tipo di risultati le stesse linee guida per l'uso degli inibitori di pompa protonica sono state modificate e non prevedono più l'uso di tali farmaci in assenza di una diagnosi precisa e tantomeno il criterio ex adiuvantibus che era ammesso dalle precedenti linee guida. (17)

Nelle precedenti linee guida bastava il sospetto che vi fossero sintomi differenti come il pianto o la tosse non altrimenti spiegabile per poter prescrivere da parte dei pediatri di base farmaci di tale potenza. L'uso off label nel primo anno di vita è al contrario plausibile secondo le recenti acquisizioni solo quando occorrono eventi drammatici legati alla secrezione cloridropica quali gli ALTE (Apparent Life Threatening Events) (cianosi e apnea da GERD) in cui il reflusso ha un decorso aggressivo con compromissione della crescita e dello stato di salute e sarebbe opportuno che la somministrazione di tali farmaci debba avvenire secondo direttive impartite da un centro di terzo livello specializzato in gastroenterologia pediatrica e non su base empirica.

La Ranitidina fa parte degli antisecretori H2 che sono farmaci che hanno indicazioni approvate per la Malattia da Reflusso Gastroesofageo in età pediatrica. Tuttavia il loro impiego non è scevro da possibili complicanze. Un recente studio evidenzia come l'uso della Ranitidina nei neonati sia associata con un aumentato rischio di infezioni, enterocolite necrotizzante

ed eventi fatali ed anche l'uso di tali farmaci in età neonatale dovrebbe essere condotto con estrema cautela (18). Inoltre qualunque farmaco introdotto nell'organismo può determinare in pazienti sensibili una patogenesi "omeopatica" che va considerata anche nella diagnosi e nella scelta della terapia omeopatica più indicata. Per la ranitidina sono segnalati in letteratura dei possibili effetti collaterali che riguardano anche la sfera mentale. È riportato un caso di allucinazioni uditive e visive dopo una singola dose di ranitidina in una paziente di 72 anni (19). È segnalato in letteratura che la cimetidina, un altro antagonista dei recettori H2, ha provocato 47 casi di effetti collaterali neurologici e psichiatrici (20). In ogni caso è riportato in letteratura (21) che la ranitidina può provocare tra i suoi effetti collaterali agitazione, delirio, allucinazioni, ostilità, paranoia, depressione, disorientamento. Sono riportati casi negli adulti in cui la terapia eradicante l'*Helicobacter* ha provocato episodi transitori di psicosi regrediti dopo la sospensione della terapia (22) (23)

Per quanto riguarda la ranitidina è interessante notare che la riduzione della secrezione gastrica si accompagna ad un aumento della gastrina e che la sostanze simili alla gastrina svolgono la funzione di neurotrasmettitori a livello del sistema nervoso centrale (24) presenti in un aree cerebrali che sono correlate con il comportamento e l'affettività.

Nel caso clinico riportato, dopo l'introduzione della ranitidina il bambino aveva completamente stravolto il suo ritmo sonno veglia, era irritabile ed aveva avuto più episodi di pianto sempre più prolungati. Anche se è difficile attribuire il sintomo al reflusso o al farmaco, tuttavia la sospensione del farmaco e l'inizio della terapia omeopatica avevano rapidamente portato alla scomparsa di tali sintomi mentali.

Nel secondo caso, la somministrazione della Ranitidina era stata molto più prolungata, date le condizioni cliniche del bambino, e dunque si era reso necessario antidotare omeopaticamente il farmaco allopatrico attraverso una fase in cui era stata somministrata della Nux Vomica che oltre ad essere un antidoto generale per quanto riguarda gli effetti collaterali dei farmaci è anche un antidoto specifico per gli antisecretori H2 nella mia esperienza ed ha un effetto notevole nel favorire il passaggio alla terapia omeopatica più appropriata. Nel caso degli inibitori di pompa protonica nella mia pratica clinica sono invece risultati più efficaci come antidoti specifici dei rimedi come Magnesium Muriaticum e Magnesium Carbonicum a seconda del singolo inibitore di pompa protonica interessato. Ci sono notevoli analogie tra i rimedi e i farmaci suddetti che non si ha lo spazio di approfondire ma che legano in modo evidente i rimedi ai farmaci secondo gli studi sui sintomi omeopatici dei farmaci allopatrici che ho effettuato e che sono state in parte riportati in altri Congressi (25).

Anche gli inibitori di pompa protonica possono determinare effetti collaterali a livello centrale. Recenti studi ipotizzano anche in questo caso, un'associazione tra l'ipergastrinemia indotta dagli inibitori di pompa protonica e l'attivazione di recettori del gastrin releasing peptide (GRP), localizzati a livello dell'ippocampo e dell'amigdala (26). Sono stati segnalati casi di letargia dopo assunzione di omeprazolo (27) oltre ad altri effetti collaterali. Tutto ciò evidenzia come gli inibitori di pompa protonica, come del resto tutti i farmaci, secondo le leggi universali della omeopatia, sono potenzialmente in grado di determinare la comparsa in pazienti sensibili di veri e propri sintomi mentali come accade normalmente per i rimedi omeopatici e sarà possibile descrivere in modo più esteso tali relazioni in altre successive occasioni.

Nel secondo caso clinico siamo in presenza senza ombra di dubbio di una GERD che è insorta in un bambino con cerebropatia. In tali casi la GERD può essere molto grave e impedire l'alimentazione e la crescita del bambino ostacolando anche attraverso la esofagite da reflusso che complica in questi casi la ripresa dell'accrescimento e delle acquisizioni psicomotorie del bambino.

Il bambino presentava inoltre una sintomatologia caratterizzata da sussulti e scatti della testa che ricordava da vicino la sindrome di Sandifer che è un malattia distonica parossistica del movimento associata a reflusso gastroesofageo. Tali movimenti distonici sono caratterizzati da un'anomala postura della testa e del collo e da grave incurvamento della colonna vertebrale dorsale. Le crisi di solito durano 1-3 minuti e possono verificarsi più di 10 volte al giorno, in genere però sono correlate all'ingestione di alimenti. Sono stati osservati anche vomito, denutrizione, anemia, disturbi epigastrici, ematemesi e movimenti oculari anomali. L'esofagite da reflusso è comune. In tale malattia la terapia del reflusso in genere fa scomparire totalmente tale sindrome. Si pensa che tale sindrome sia dovuta a un riflesso patologico che si verifica in risposta a dolori addominali causati dal reflusso gastroesofageo e dall'esofagite. Sebbene siano stati ottenuti risultati discordanti, alcuni autori hanno ipotizzato che la postura distonica riduca i dolori addominali. La sindrome di Sandifer viene diagnosticata in base all'associazione tra il reflusso gastroesofageo e i disturbi caratteristici del movimento (28). Sebbene il paziente non avesse i movimenti tipici di tale sindrome, aveva tuttavia delle scosse e sussulti oltre che dei tic che potevano in parte essere correlate all'esistenza del reflusso. Inizialmente si era resa necessaria la fase di terapia con la Nux Vomica per permettere la sospensione della ranitidina sia per la sua azione di antidoto generale oltre che specifico a tale molecola ma anche per evitare fenomeni di parossistici di aumento di acidità alla sospensione della terapia che sono sempre possibili come afferma anche

il Goodman-Gilman, testo di riferimento di farmacologia (29). Successivamente era importante la ripresa della crescita grazie ad un rimedio costituzionale ed antimiasmatico come Calcarea Fluorica che andava a spegnere la *syphilis* presente sin dall'inizio per il bambino. Calcarea Fluorica corrispondeva anche alla lassità delle articolazioni e alle posizioni disarmoniche ed innaturali che il bambino assumeva, insieme agli altri sintomi di tipo sifilitico che aveva presentato sin dalla nascita. Dopo le fasi terapeutiche precedenti la terapia con Helleborus Niger è stata quella che ha permesso di avere i migliori risultati e nella quale si è avuta anche la scomparsa dei movimenti anomali e delle scosse e sussulti che presentava il bambino. Helleborus Niger, come riportato nelle materie mediche, presenta dei movimenti caratteristici della testa con un dondolio in avanti e indietro oltre a presentare un distacco della realtà e una indifferenza al mondo esterno (30) che ricordava da vicino le situazioni in cui il paziente si ritrovava come imbambolato e non rispondeva agli stimoli esterni oltre ad avere movimenti di dondolio della testa in avanti e indietro insieme a sussulti notturni e tic con scosse muscolari. Dopo la somministrazione di Helleborus sono scomparsi tali sintomi ed il bambino si è aperto al mondo esterno ed agli altri bambini partecipando ai giochi. Il riposo notturno è migliorato, il bambino cresce ed anche il reflusso non è più ricomparso. Gli altri casi descritti in breve sono ulteriori dimostrazioni della importanza della terapia antimiasmatica per riportare verso le migliori possibilità di accrescimento e di salute i bambini. La terapia omeopatica del reflusso in età pediatrica non deve limitarsi al controllo del sintomo ma deve necessariamente inserire tale patologia nell'ambito più ampio della valutazione miasmatica. I sintomi atipici del reflusso sono altrettante manifestazioni che hanno la stessa base miasmatica e che esprimono in differenti forme la stessa perturbazione della forza vitale che ha invaso l'organismo. Solo attraverso una terapia omeopatica profonda che vada ad incidere su tale base si può non solo curare il sintomo ma reindirizzare il bambino verso la salute e verso il recupero delle proprie possibilità. I casi clinici presentati in breve sono altrettanti esempi della validità di tali affermazioni.

CONCLUSIONI

Il reflusso gastroesofageo, così frequente nelle diagnosi attuali, non è altro che una manifestazione miasmatica e può essere nelle fasi iniziali semplicemente l'espressione di un sintomo di *psora latente* come indicato da Hahnemann. L'eccessiva medicalizzazione del problema può condurre ad una attivazione e cronicizzazione del miasma. Quando è associato a sintomi atipici che riguardano molti distretti dell'organismo, può ben

rappresentare l'accensione della *psora* che in modo proteiforme va a colpire con tante differenti manifestazioni l'organismo ma che ha alla sua base lo stesso processo patologico miasmatico. La spinta verso la *sicosis* si evidenzia spesso in particolare nei pazienti sottoposti a terapie allopatriche.

In alcuni casi come ad esempio una parte di quelli descritti, il reflusso gastroesofageo si manifesta sin dalla nascita in modo grave minacciando la possibilità di alimentarsi, testimoniando che sin dall'inizio la presenza di un miasma familiare oltre che individuale del tipo della *syphilis*, che si manifesta in tutta la sua gravità ed espressione clinica in un contesto di sovrapposizione miasmatica sin dall'inizio più complessa.

La terapia omeopatica può svolgere un ruolo importante nel reflusso gastroesofageo in età pediatrica. La valutazione miasmatica rappresenta la base per poter pianificare la migliore condotta terapeutica nel singolo caso clinico. Si può in tal caso identificare la presenza di sintomi di *psora* latente sin dall'inizio e controllare che nel tempo non si manifesti una accensione della stessa con manifestazioni cliniche in qualche distretto dell'organismo.

La terapia omeopatica può, inoltre, riportare la *psora* in fase di latenza nei casi in cui il reflusso si manifesti sin dall'inizio con una attivazione della stessa nei quadri clinici diagnosticati come GERD o malattia da reflusso gastroesofageo. Essa è in grado di antidotare in maniera specifica gli eventuali effetti collaterali dei farmaci allopatrici se sono stati impiegati. Spesso la soppressione allopatrica di un sintomo esonerativo come il vomito o il reflusso da parte dei farmaci può essere il primo punto di accensione del miasma. Infine l'omeopatia è in grado di trattare patologie gravi che hanno una base miasmatica complessa in cui la malattia si manifesti in pazienti affetti da altre importanti patologie come le cerebropatie e in cui il carico dei miasmi familiari sia particolarmente evidente sin dalla nascita. Anche in casi difficili come questi la terapia omeopatica che tiene conto delle valutazioni miasmatiche è in grado di migliorare notevolmente tali bambini spegnendo l'accensione dei miasmi.

Come affermato da Ortega (31) *la psora è una condizione patologica fondamentale che l'essere umano ha prodotto lungo le sue innumerevoli generazioni ...conseguenza delle trasgressioni alle limitazioni che la natura stessa impone all'essere umano.... un freno o impedimento all'espressione totale dell'essere.*

Il reflusso gastroesofageo è una patologia in cui la componente miasmatica è particolarmente evidente e che attraverso le sue diverse manifestazioni limita ed ostacola in età pediatrica la libera espressione della forza vitale dei bambini e la terapia omeopatica deve tenere sempre presente tale natura per poter riequilibrare e riarmonizzare la perturbazione miasmatica dei piccoli pazienti permettendo di recuperare a pieno la libera espressione delle loro potenzialità.

BIBLIOGRAFIA

- (1) VANDENPLAS Y, RUDOLPH CD, DI LORENZO C, HASSALL E, LIPTAK G, ET AL. *Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the NASPGHAN and the ESPGHAN*. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009;49:498-547.
- (2) CAMPANOZZI A, BOCCIA G, PENSABENE L, ET AL. *Prevalence and natural history of gastroesophageal reflux: pediatric prospective survey*. Pediatrics 2009;123:779-783.
- (3) MARTELOSSI S. *Reflusso gastroesofageo*. Medico e Bambino, pagine elettroniche 1999; 2(9) http://www.medicoebambino.com/?id=PR9907_10.html
- (4) NELSON SP, CHEN EH, SYNIAR GM, CHRISTOFFEL KK. *Prevalence of symptoms of GER during infancy. A pediatric practice-based survey*. Arch Pediatr Adolesc Med 1997 Jun;151(6):569-72.
- (5) VANDENPLAS Y, RUDOLPH CD, DI LORENZO C, HASSALL E, LIPTAK G, ET AL. *Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the NASPGHAN and the ESPGHAN*. JPN 2009;49:498-547.
- (6) GRILLO C., MAIOLINO L., CAMINITI D., GRILLO C., LA MANTIA I. *Reflusso gastroesofageo e sintomatologia faringo-laringea*. Acta Medica Mediterranea, 2004, 20: 155
- (7) KARP H. *The fourth trimester and the calming reflex: novel ideas for nurturing young infants*. Midwifery Today Int Midwife. 2012 Summer;(102):25-6, 67.
- (8) LAITMAN JT, REIDENBERG JS. *The human aerodigestive tract and gastroesophageal reflux: an evolutionary perspective*. Am J Med. 1997 Nov 24;103(5A):2S-8S.
- (9) ORTEGA P.S. *Introduzione alla Medicina Omeopatica*. IPSA editore. Palermo. 2001.
- (10) HAHNEMANN C.S.F. *Dottrina e Trattamento Omeopatico delle Malattie Croniche*. Traduzione di Chianese F. Napoli 1987
- (11) ibidem
- (12) AZUMA T., SUTO H., ITO Y., OHTANI M., DOJO M., KURIYAMA M., KATO T. *Gastric leptin and Helicobacter pylori infection*. 324. Gut 2001;49:324-329.
- (13) GRANDGEORGE D. *Reflusso massivo con gravi complicanze in un lattante*. Il Medico Omeopata n.49
- (14) Hahnemann C.S.F. *Materia Medica Pura*. Edi-Lombardo. Roma. 2000.
- (15) GOLSKI CA, ROME ES, MARTIN RJ, FRANK SH, WORLEY S, SUN Z, HIBBS AM. *Pediatric Specialists' Beliefs about Gastroesophageal Reflux Disease in Premature Infants*. Pediatrics. 2010 January ; 125(1): 96-104. doi:10.1542/peds.2008-3841.
- (16) ORENSTEIN SR, HASSALL E, FURMAGA- JABLONSKA W, ATKINSON S, RAANAN M. *Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease*. J Pediatr 2009;154:514-520
- (17) RUDOLPH CD, MAZUR LJ, LIPTAK GS, BAKER RD, BOYLE JT, COLLETTI RB, GERSON WT, WERLIN SL. *North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001;32 Suppl 2:S1-31
- (18) TERRIN G, PASSARIELLO A, DE CURTIS M, MANGUSO F, SALVIA G, LEGA L, MESSINA F, PALUDETTO R, CANANI RB. *Ranitidine is Associated With Infections, Necrotizing Enterocolitis, and Fatal Outcome in Newborns*. Pediatrics 2012;129:e40; originally published online December 12, 2011; DOI: 10.1542/peds.2011-0796.
- (19) PRICE W, COLI L, BRANDSTETTER RD, GOTZ VP. *Ranitidine-associated hallucinations*. Eur J Clin Pharmacol. 1985;29(3):375-6.
- (20) SONNENBLICK M, ROSIN AJ, WEISSBERG N. *Neurological and psychiatric side effects of cimetidine report of 3 cases with review of the literature*. Postgraduate Medical Journal (July 1982)58,415-418
- (21) VIAL T, GOUBIER C, BERGERET A, CABRERA F, EVREUX JC, DESCOTES J. *Side effects of ranitidine*. Drug Saf. 1991 Mar-Apr;6(2):94-117.
- (22) SHAH M, SUBHANI M, RIZVON K, MUSTACCHIA P. *Transient Psychotic Episode Induced by Helicobacter pylori Triple Therapy Treatment*. Case Rep Gastroenterol 2012;6:381-386
- (23) DELERUE O, MULLER JP, DESTEE A, WAROT P. *Mania-like episodes associated with ranitidine*. Am J Psychiatry 1988;145:271.
- (24) DOCKRAY GJ, MOORE A, VARRO A, PRITCHARD DM. *Gastrin receptor pharmacology*. Curr Gastroenterol Rep. 2012 Dec;14(6):453-9. doi: 10.1007/s11894-012-0293-1.
- (25) Atti del Congresso FIAMO 2013 e 2008
- (26) POLIMENI G, CUTRONEO P, GALLO A, GALLO S, SPINA E, CAPUTI AP. *Rabeprazole and psychiatric symptoms*. Ann Pharmacother. 2007 Jul;41(7):1315-7. Epub 2007 Jul 3.
- (27) MEUWISSE E J M ET AL. *Lethargy with omeprazole*. BMJ 481-2 vol 314 15 feb 1997
- (28) LEHWALD N, KRAUSCH M, FRANKE C, ASSMANN B, ADAM R, KNOEFEL WT. *Sandifer syndrome - a multidisciplinary diagnostic and therapeutic challenge*. Lehwald N, Krausch M, Franke C, Assmann B, Adam R, Knoefel WT.
- (29) BRUNTON L., CHABNER B.A., KNOLLMANN B.C. *Goodman & Gilman Le basi farmacologiche della terapia*. Zanichelli. Bologna. 2012.
- (30) HERING C. *The guiding symptoms of our materia medica*. B Jain publishers. New Delhi. Reprint edition.
- (31) ORTEGA P.S. *Introduzione alla Medicina Omeopatica*. IPSA editore. Palermo. 2001.

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@tiscali.it
Capo Redattore Veterinaria: Mauro Dodesini: mauro.dodesini@omeopatiapossibile.it
Comitato di Redazione: Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it
Comitato di Revisori: Paolo Bellavite (Università di Verona); Nicola Del Giudice; Manuela Sanguini; Giusi Pitari (Università di L'Aquila)

LA RIVISTA

Il Medico Omeopata è una rivista internazionale che ha come obiettivo la conoscenza, la diffusione e l'evoluzione della Medicina 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: Nomi degli Autori (cognome + iniziale del nome puntato), separati da virgola (se più di 6: indicare i primi 3 e aggiungere "et Al."), titolo per intero dell'articolo, titolo per intero della rivista o sua abbreviazione, anno di pubblicazione, numero del volume, numero di prima e ultima pagina. Per i Libri: Nomi degli Autori (cognome + iniziale del nome puntato), separati da virgola (se più di 6: indicare i primi 3 e aggiungere "et Al."), titolo per intero del libro, nome o iniziali dell'Editore, luogo di pubblicazione, anno di pubblicazione, numero del volume, numero di prima e ultima pagina o numero/titolo del capitolo.

FORMATO DEI MANOSCRITTI

Le pagine seguono la numerazione araba e in un formato A4 il carattere da usare è Times New Roman o equivalente, in dimensione 12, interlinea singola.

DIRITTI D'AUTORE

Al momento dell'accettazione dell'articolo, agli Autori verrà richiesto di firmare una dichiarazione di cessione dei Diritti d'Autore che assicurerà la divulgazione di informazioni più ampia possibile. La dichiarazione sarà la seguente: "I sottoscritti Autori (nome per esteso di tutti gli Autori) trasferiscono i Diritti d'Autore del manoscritto intitolato (titolo dell'articolo) all'Editore de Il Medico Omeopata – Roma, e dichiarano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, né sottoposto contemporaneamente ad altri giornali per la pubblicazione". La rivista, inclusi tutti i contributi personali e le illustrazioni pubblicate, è legalmente tutelata dai Diritti d'Autore per tutto il periodo di copyright. Ogni uso, 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 presenti sulla rivista. Gli Autori sono responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo.

GUIDE FOR AUTHORS

Publisher: FIAMO – Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopatici

Editorial office: Piazza Vescovio 7 – 00199 ROMA – ITALY – rivista@fiamo.it

Editor: Gustavo Dominici: gdominici@mclink.it

Vice Editor: Antonella Ronchi: anto.ronchi@tiscali.it

Veterinary: Mauro Dodesini: mauro.dodesini@omeopatiapossibile.it

Editorial board: Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it

Editorial Advisory Board: Paolo Bellavite (University of Verona – Italy); Nicola Del Giudice; Manuela Sanguini; Giusi Pitari (University of L'Aquila – Italy)

The Journal

Il Medico Omeopata is an international journal aimed at improving the understanding and clinical practice of Homeopathy by publishing high quality articles on clinical and research. Il Medico Omeopata accepts Italian and foreign articles for publication. Italian and English languages are accepted. These should be original, and should not have been published elsewhere. Articles are accepted for consideration on the understanding that their contents have not been published in full or in part elsewhere. Furthermore, articles may not be offered to any other publications at the same time as they are under consideration for this journal. All contributions are subject to peer review by independent experts and the Editor's decision concerning publication is final. Publication is free.

Submission of a manuscript

Authors should send their work by e-mail to the editorial office: "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: 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, Arabic 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.

NAPOLEONE BONAPARTE



“La scoperta
più benefica
dopo
l'invenzione
dell'arte
della stampa”

Fonte: “The Homeopathic Revolution: Why Famous People & Cultural Heroes Choose Homeopathy”.

D. Ullman

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

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



1.Kent J.T.: Repertorio della Materia Medica Omeopatica. Tomo II. IPSA editore; 1992. p. 945-1034. 2.Demarque D., Jouanny J., Poitevin B., Saint-Jean V.: Farmacologia e materia medica omeopatica. Tecniche nuove; 2002. p. 174-175. 3.Clarke J.H.: A dictionary of practical materia medica. Volume I. B. Jain Publishers Pvt. Ltd.; 1990. p. 456-457. 4.Allen T.F.: The encyclopedia of pure materia medica. Volume III. B. Jain Publishers Pvt. Ltd.; 1992. p. 96.5.Aragona P., Spinella R., Rania L., Postorino E., Sommaro S., Angelo G.: Use of homeopathic eye drops for the treatment of ocular surface irritation. Euvision 2011; Anno IX; 2. 6.Vingolo E.M., Del Beato P., Barcaroli M., Rapagnetta L.: Il trattamento del discomfort da occhio secco con collirio monodose Bottelpack® a base di Euphrasia-Chamomilla Boiron in dosi omeopatiche vs placebo. Bollettino di Oculistica 1997; Anno 76; 4. 7.Stella R.: Manuale di farmacologia, tecnica, legislazione farmaceutica ed organizzazione dei servizi farmaceutici. Ed. Cortina; 1988. p. 289-290,399-400. 8.Farmacopea Europea VII ed. Monografia 3.1.4. 2012. 9.Berrebri H.: Le système Bottelpack répond aux besoins de la pharmacie. Emballage Magazine; 1985. p.4-9. 10.Bourny E., Dumolard L., Peronnet A.: Remplissage intégré aseptique: la technologie blow-fill-seal (BFS) dans l'industrie pharmaceutique. S.T.P. Pharma Pratiques 1995; 5:203-214. 11.Boulet J.: Homéopathie - L'enfant. Marabout; 2003. p. 14-17. 12.Granata G.: Omeopatia in pediatria. Edizioni Libreria Cortina; 1998. p. 31-33. 13.Rossi E. et al.: Outcome of homeopathic treatment in paediatric patients: An observational study from 1998 to 2008. European Journal of Integrative Medicine 2010. p. 115-122. 14.Guida all'uso dei farmaci: 12. Oculistica. Agenzia Italiana del Farmaco. http://www.guidaofarmaci.it/sezione.asp?idsez=748&livello_nuovo=12