

# HIM@d

## HOMEOPATHY and Integrated Medicine



Marzo 2010 | Volume 1 | Numero 1

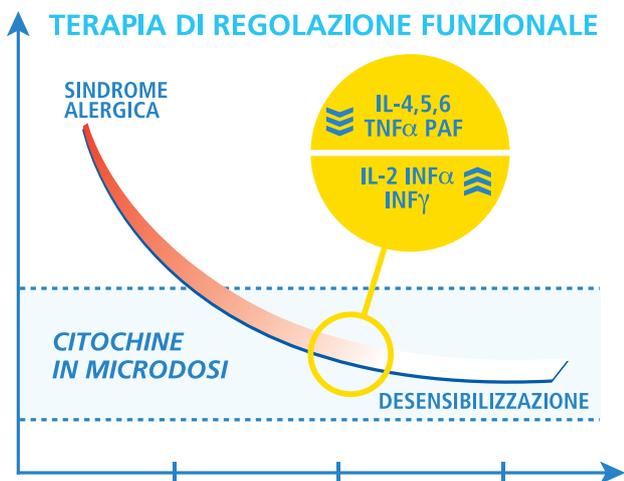
**SIOMI**  
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA  
E MEDICINA INTEGRATA

Organo ufficiale della  
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA E MEDICINA INTEGRATA

# L'IMMUNOFARMACOLOGIA OMEOPATICA NELLE SINDROMI ALLERGICHE



dixistudio.it



**LA MICROIMMUNOTERAPIA SUBLINGUALE** può contribuire a modulare il rilascio dei mediatori dell'allergia, favorendo la desensibilizzazione del soggetto allergico.

## LINEE OMEOPATICHE BIOFARMEX

BIOCOMPLESSI OMEOPATICI

**BFX IRIS**

IMMUNOCOMPLESSI OMEOPATICI

**BFX CR**

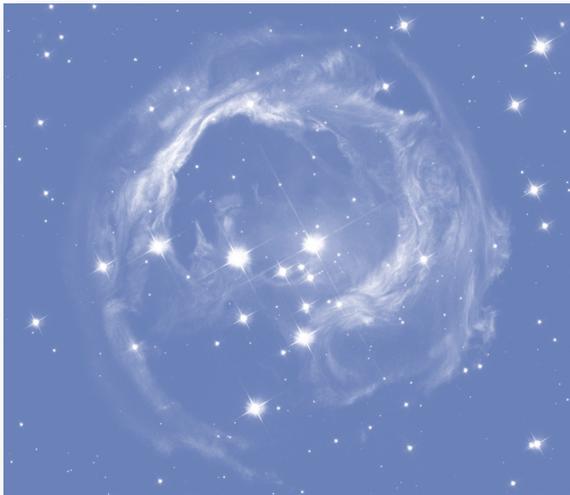
BIOCOMPLESSI OMEOPATICI

**BFX PNEI**

DISTRIBUITE  
IN ESCUSIVA DA:

Laboratori  
**Legren**

Numero Verde  
**800-125710**



In copertina: *Light Echoes from V838 Mon.*  
Per gentile conc. NASA and the Hubble Heritage Team (AURA/STScI).

Organo ufficiale della  
**Società Italiana di Omeopatia  
e Medicina Integrata**

Direttore Responsabile: **Gino Santini**  
Direttore Scientifico: **Simonetta Bernardini**  
Registrazione in corso presso il Tribunale di Roma.  
Periodicità: Semestrale

© 2010 SIOMI - Tutti i diritti riservati. Nessuna parte  
di questa pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa  
in alcuna forma, senza il permesso scritto della SIOMI.  
Le copie arretrate possono essere richieste alla SIOMI.

Direzione: c/o ISMO - Via Adolfo Venturi, 24 - 00162 Roma  
Amministrazione, Pubblicità: c/o FIMO - Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze  
Tel.: 055.6800.389 - Fax: 055.683.355 - E-mail: [segreteria@siomi.it](mailto:segreteria@siomi.it)

Finito di stampare nel mese di marzo 2010  
presso Grafica Di Marcotullio s.a.s.  
Via di Cervara, 139 - 00155 Roma

#### COMITATO SCIENTIFICO

##### Area di omeopatia e medicina integrata

Simonetta Bernardini, Francesco Bottaccioli, Tiziana Di Giampietro,  
Carlo Di Stanislao, Peter Fisher, Italo Grassi, Francesco Macri,  
Ennio Masciello, Emilio Minelli, Roberto Pulcri, Gino Santini,  
Massimo Saruggia, Gabriele Saudelli, Luisella Zanino

##### Area accademica e medicina convenzionale

Ivan Cavicchi, Andrea Dei, Giuseppe Del Barone,  
Claudio Fabris, Luciano Fonzi, Antonio Panti,  
Roberto Romizi, Mauro Serafini, Umberto Solimene

# HIM@d

## HOMEOPATHY and Integrated Medicine

Anno 1 - Numero 1, Marzo 2010

### ■ Editoriale

2 **Perché Himed?**  
*di Simonetta Bernardini*

### ■ In primo piano

4 **C'è nell'aria qualcosa di epocale...**  
*di Ivan Cavicchi*

### ■ Contributi originali

7 **Farmacologia omeopatica moderna: *Momordica balsamina* e *Mirica cerifera***  
*di Valter Masci*

10 **La questione etica nella medicina omeopatica**  
*di Pierluigi Gargiulo*

14 **L'approccio omeopatico alle allergopatie in età pediatrica**  
*di Roberto Pulcri*

16 **Evidence Based Homeopathic Medicine**  
*di Umberto de Vonderweid*

22 **Attività delle diluizioni di istamina sulla degranolazione dei basofili**  
*di Naoual Boujedaini*

### ■ I grandi personaggi dell'omeopatia

20 **Antonio Negro**  
Omeopatia: il passato, il presente e il futuro

29 **Max Tétou**  
Il modello francese di omeopatia: una integrazione riuscita, una crescita padroneggiata

### ■ Spotlight

26 *a cura di Gino Santini*  
Medicinali omeopatici efficaci come la chemio su cellule neoplastiche - Il Natrum sulphuricum protegge dalla cancerogenesi epatica - China 200CH per combattere la malattia del nodo del Gelso - Omeopatia e tumori: ottime notizie dal National Cancer Institute - Terapia omeopatica nella rigenerazione ossea - Gelsemium omeopatico contro l'ansia: nei topi funziona - Dinamizzazioni omeopatiche influenzano la crescita di piante acquatiche - Scelte omeopatiche per la psoriasi: una metanalisi

### ■ Quaderni di Medicina Integrata

#### Le gastriti

34 **Il contributo della medicina omeopatica**  
*di Roberto Pulcri*

36 **Il contributo della MTC**  
*di Emilio Minelli*

40 **Il contributo della fitoterapia**  
*di Erus Sangiorgi*

### ■ Case Report

*Casi clinici descritti secondo le Linee Guida del Case Report redatte dalla SIOMI*  
43 **Un caso di litiasi biliare sintomatica**  
*di Luisella Zanino*

### ■ L'omeopatia raccontata

33 **Thuja, il medico del futuro!**  
*di Italo Grassi*

## Perchè HIMed?

**Simonetta Bernardini**

Presidente SIOMI, Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata  
E-mail: s.bernardini@siomi.it

### Perché una nuova Rivista della SIOMI?

**L**a SIOMI è stata fondata con lo scopo di contribuire a ridisegnare il pensiero medico contemporaneo promuovendo uno scambio culturale tra esponenti della medicina accademica, della medicina omeopatica e più in generale di tutte le medicine complementari al fine di poter giungere alla Medicina Integrata.

Con questa nuova Rivista riprendiamo il percorso che abbiamo iniziato nel 2006 con CARE. Siamo stati molto affezionati alla nostra prima "creatura" e siamo anche stati confortati dagli apprezzamenti ricevuti. CARE purtroppo non era una Rivista di proprietà della SIOMI poiché all'epoca della sua fondazione la Società non aveva risorse economiche sufficienti da destinare al progetto editoriale. All'epoca della nascita di CARE noi dovemmo accontentarci di una partnership accettando alcune regole editoriali che pur lasciando libera SIOMI di esprimere in piena autonomia i propri contenuti culturali limitavano di fatto la diffusione della Rivista. Nel 2008 la nostra collaborazione con l'editore di CARE si è risolta per motivi indipendenti dalla nostra volontà. Il nostro Consiglio Direttivo fu costretto pertanto a rinunciare temporaneamente all'organo ufficiale della Società nell'attesa di poter riprendere la pubblicazione di un mezzo di informazione capace di esistenza e diffusione autonome. Debbo dire che nello stesso tempo in cui si è consumata la "fine" di CARE si era consolidata la collaborazione con l'editore EDRA oggi Elsevier e la nostra Società scientifica era impegnata a redigere settimanalmente *Omeopatia*<sup>33</sup>. La rivista internet ci ha molto assorbiti ma non ci ha mai fatto desistere dal proposito di "riavere" la nostra rivista stampata. Oggi festeggiamo il raggiungimento di questo obiettivo e, per scelta concorde del Consiglio Direttivo, abbiamo voluto far coincidere l'uscita di HIMed con l'undicesimo anniversario della fondazione della Società, avvenuta il 13 Marzo del 1999 e in occasione del V Convegno Nazionale Triennale che ha per titolo "Ripensare la Cura" un argomento che per SIOMI rappresenta l'impegno portante della sua attività culturale. Come professionisti infatti siamo ben consci dei pregi e dei limiti delle terapie convenzionali e di come troppi stati di malattia siano di fatto orfani di strumenti di cura. Mi riferisco alle malattie croniche di cui soffrono, soltanto in Italia, più di 17 milioni di cittadini. Sono proprio le malattie croniche il vero flagello di questa epoca della medicina apparentemente opulenta di strumenti terapeutici, ma nella realtà spesso priva di vere ri-

sorse di guarigione nei confronti di moltissime malattie oggi trattate dalla medicina convenzionale con farmaci che sopprimono o contengono i sintomi. Ne deriva che il fine della medicina accademica purtroppo si limita piuttosto al raggiungimento di un equilibrio tra soppressione dei sintomi clinici e contenimento degli effetti collaterali dei farmaci piuttosto che alla risoluzione della malattia. Questo accade perché la medicina occidentale ha scelto di sottovalutare la complessità della malattia e di relegare il ruolo del malato ad oggetto portatore di malattia ignorando quanto egli possa essere, in realtà, potenziale protagonista del recupero del proprio stato di salute. Ed è proprio sul potenziale di autoguarigione che investono le medicine complementari, compresa l'omeopatia. Ripensare la cura è possibile, dunque, a cominciare dal ridisegnare alleanze tra medicine fondate su paradigmi differenti che, a nostro modo di vedere, non sono incompatibili.

La possibilità di un confronto tra paradigmi in medicina e le straordinarie opportunità che possono scaturire dall'integrazione dei diversi saperi medici è il tema centrale del nostro progetto culturale teso a fare ponti laddove si sono create fratture culturali e ricomporre, attraverso l'interdisciplinarietà, l'alleanza tra risorse terapeutiche. HIMed è, come un tempo lo è stato CARE, lo strumento con il quale SIOMI vuole testimoniare la possibilità di questo dialogo tra medicine cercando, nel suo piccolo, di influenzare l'evoluzione della cultura medica di oggi. Del resto, dopo undici anni la medicina integrata della quale ci siamo fatti promotori in Italia rappresenta una dimensione condivisa a più livelli. Siamo orgogliosi di poter considerare che oggi l'Università di Siena ha istituito un Master di Medicina Integrata e che è di imminente apertura il primo Ospedale di Medicina Integrata a Pitigliano (GR) grazie ad un finanziamento stanziato dalla regione Toscana sul finire dell'anno 2009. Siamo grati a quelle Istituzioni che hanno voluto fare propri i temi della integrazione in medicina che hanno ispirato la nostra Società e animato il nostro impegno fin dalla sua fondazione.

### Perché "HIMed"?

**P**erché Homeopathy and Integrated Medicine esprime pienamente il nostro progetto culturale. Come in passato, anche per HIMed noi abbiamo cercato "alleati" nel mondo accademico e nel mondo della medicina "convenzionale" coinvolgendo menti aperte disposte a contribuire, insieme a noi, al ripensamento della medicina.



**M**i preme dunque ringraziare le personalità prestigiose del mondo accademico e dell'area convenzionale della medicina che hanno voluto condividere il nostro progetto editoriale. Nel contempo ringrazio gli omeopati e anche i medici esperti in fitoterapia, agopuntura e MTC della cui collaborazione HIMed si avvarrà in particolar modo per il *Quaderno di Medicina Integrata*. Il Quaderno, che rappresenta la parte centrale della rivista, affronta problematiche connesse a quelle malattie croniche per le quali maggiormente si constata il limite terapeutico della sola medicina accademica. Esso prevede la trattazione delle risorse provenienti da più medicine con lo scopo di promuovere una riflessione sulla integrazione terapeutica, un modello assistenziale che a nostro modo di vedere sarà, ne' più ne' meno, la medicina del futuro. Ma il progetto che vogliamo avviare con il convegno 2010 rappresenta un ulteriore passo avanti maturato anche grazie all'esperienza in corso al Master di Medicina Integrata e che potrà consolidarsi appieno nell'Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano. Oggi SIOMI ritiene di aver raggiunto un livello di consapevolezza adeguato per poter riflettere sul significato più ampio dell'integrazione, esprimendo attenzione non solo per le medicine che vorranno considerarsi "complementari" e quindi facenti parte della medicina della nostra epoca storica, ma anche per quelle discipline cosiddette "bionaturali" cui i cittadini ricorrono ancora per proprio conto, senza nemmeno consultarsi con il proprio medico. Yoga, shiatsu, naturopatia, etc. sono discipline utili al benessere e dunque alla salute che riteniamo possano essere anch'esse inserite in un percorso di guarigione. Tuttavia manca, anche per questo ambito terapeutico, uno spazio di condivisione, una prospettiva di integrazione, una riflessione che unisca medici e operatori in un progetto rigoroso nel quale persone competenti e adeguatamente preparate possano tracciare insieme ai medici le linee guida dell'approccio terapeutico integrato. La nostra Società non trascurerà di offrire la propria esperienza culturale a coloro che, nella piena accettazione della definizione del proprio ruolo, vorranno partecipare ad un progetto che ridefinisca la cura nel suo significato più ampio. Siamo certi che non possa esserci niente di alternativo o di "non convenzionale" in un progetto in cui le risorse terapeutiche si proponano in alleanza, a fianco l'una dell'altra, e si considerino facenti parte di un percorso finalizzato alla ricerca della migliore strategia terapeutica per il cittadino ammalato. Per questo siamo convinti che il significato più ampio di Medicina Integrata debba ancora essere raggiunto e che la nostra Società potrà adoperarsi in tal senso. Su HIMed continueremo a proporre i *Contributi originali* sull'omeopatia, così

come le esperienze dell'efficacia dell'omeopatia attraverso la pubblicazione di *Case Report* redatti secondo le regole che la nostra Società ha tracciato già nel 2004 (cfr. [www.siomi.it/documenti/case-report](http://www.siomi.it/documenti/case-report)). Manterremo la rubrica *Spotlight* con la quale informeremo i nostri lettori delle più belle ricerche scientifiche pubblicate sulla medicina omeopatica. Ma HIMed propone tre nuove rubriche: *L'omeopatia raccontata*, nella quale la materia medica di un grande medicinale omeopatico verrà illustrata tramite un racconto; *In primo piano*, che ospiterà riflessioni di ampio respiro sulla Medicina Integrata; *I grandi dell'omeopatia*, dedicato alle interviste ai grandi omeopati contemporanei. In questo numero ne presentiamo due, due "giganti" dell'omeopatia che con la loro attività professionale hanno portato onore, rispettabilità e evoluzione culturale a questa medicina.

#### **Perché HIMed ha il simbolo di internet?**

**O**ggi, che la rivista è di nostra proprietà noi scegliamo di renderla disponibile anche in copia internet, diffondendola attraverso il sito della Società. Una rivista dunque che avremo il piacere di sfogliare tra le mani, più fresca anche nel progetto editoriale grazie all'impegno del nuovo Direttore Responsabile Gino Santini, ma che sarà resa fruibile da chiunque trovi interesse alla sua lettura.

Con l'augurio che il nostro sforzo editoriale possa stimolare nei lettori qualche pensiero nuovo sul significato più nobile della Medicina verso una più ampia consapevolezza del nostro ruolo di medici impegnati a ricomporre saperi nell'intento di migliorare le opportunità terapeutiche dei cittadini.

Le ultime news, l'elenco dei medici SIOMI, le FAQ sull'omeopatia, più di 300 abstract, motore di ricerca interno e molto altro su:

**[www.siomi.it](http://www.siomi.it)**

## C'è nell'aria qualcosa di epocale...

Ivan Cavicchi

Docente di sociologia sanitaria e di filosofia della medicina, Facoltà di medicina, Università "Tor Vergata", Roma  
E-mail: info@ivancavicchi.it

La medicina si arrabatta tutti i giorni e ormai da un bel po' pensando che i suoi problemi siano solo suoi, *questioni interne* la cui natura è variamente tecnica, organizzativa, finanziaria, professionale.

In realtà c'è nell'aria qualcosa di *epocale*, transiti in corso, tendenze sospinte da un mucchio di cose, cambiamenti che sembrano aratri acuminati e che mostrano che quello che appare *circoscritto* in realtà è dentro, immerso in qualcosa più ampio e *circoscrivente*.

Se dividessimo il percorso più recente della medicina in *fasi*, ricostruendo il percorso fatto per arrivare al suo paradigma attuale, dovremmo dire che in ordine di successione vi è stata la medicina pre-scientifica fino a tutto il 700, quindi quella scientifica dall'800 e per tutto il 900 e ora, quasi simbolicamente scavalcando il secondo millennio, si è aperta la fase della medicina post-scientifica. Ebbene questo percorso non è un *affaire* interno della medicina ma una complessa interazione tra essa e quella che genericamente si chiama società. Karl Marx, grande pensatore dimenticato, la esprimerebbe in modo lineare come tra struttura economica e sovrastruttura sociale, semplificandone sicuramente la complessità, ma sarebbe interamente confermato il senso di una circolarità tra il circoscrivente e il circoscritto, tra un contesto e un contenuto, tra globale e locale, tra configurazione e configurazione, tra campo ed evento e quindi anche tra struttura economica e sovrastruttura sociale.

Ma come? Chi ci autorizza a dire che oggi, nel terzo millennio, siamo in un *punto critico* del paradigma medico? Chi ci autorizza a usare espressioni come post-scientificità? Non credo che la medicina sia d'accordo oggi a definirsi così. Post - scientifico sembra quasi un ritorno indietro.

Ad autorizzarci a parlare di paradigmi sono proprio quei processi che caratterizzano intere società, anzi che ne definiscono il *genere* e *l'alterità* rispetto a quello che erano prima e che ci fanno capire che in realtà molto poco di quello che appare settoriale lo è davvero. In questo modo la *pre-modernità* ci spiega la *pre-scientificità*, la *modernità* ci spiega la *scientificità* e la *post-modernità* che a sua volta ci spiega la *post-scientificità*.

In nessun modo è possibile comprendere la nozione di *scienza* al di fuori di una nozione di *società*. Per questo la medicina s'illude che i suoi siano problemi interni e non è velleitario dire che si è aperta una *fase post-scientifica* della quale, la medicina per prima, non ne è cosciente. Oggi la medicina è in pieno *spaesamento*, ha gravi problemi di legittimazione sociale, la sua autonomia di giudizio soffre di pesanti condizionamenti, ha conflitti con altre professioni a essa complementari, ha perso tante certezze e per questo insegue e cavalca di volta in volta

le false panacee del momento, quasi una scientificità sfuggente, scivolosa come un'anguilla con le convulsioni: l'Evidence Based Medicine, la medicina narrativa, la medicina dell'etichetta, il proceduralismo delle linee guida. False panacee non vuol dire che le soluzioni proposte siano prive di un qualche interesse, di una qualche utilità, di una qualche verità, tutt'altro: semplicemente non sono salvifiche, evitano il confronto con i problemi del cambiamento paradigmatico, sono in genere tecniche in costanza di paradigma, enfatizzano aspetti parziali, anzi molto parziali delle questioni sul tappeto, sono tutte intellettualmente deboli.

La loro banalità oggi sembra perfettamente incarnata da falsi *maitre à penser* che, per conservare un potere personale acquisito legittimamente e meritatamente negli anni attraverso tanti e importanti incarichi, scorazzano imperituri nei convegni, una volta come paladini dell'Evidence Based Medicine, un'altra volta per criticarla e tessere le lodi alla medicina narrativa, un'altra volta per spiegarci il valore della relazione con il malato, di nuovo per spiegarci una metodologia clinica che non sa neanche cosa sia la relazione e ancora per mostrarsi aperti alle medicine complementari. Chi pensa che il confronto con le questioni paradigmatiche non sia evitabile finisce con l'essere rispetto a costoro perennemente in dissenso e non tanto perché vi sono convincimenti diversi sull'EBM, sulla medicina narrativa, sulla relazione o complessità sulla loro duttilità trasformistica (ognuno alla fine fa quello che gli conviene) ma perché il contrasto è tra conservazione e cambiamento, tra superficialità e profondità, tra un pensiero e un non pensiero. I falsi *maitre à penser* della medicina tradiscono, in qualche caso in ragione anche della loro loro veneranda età, la difesa di un'ortodossia che per ovvie ragioni non riusciranno mai a ripensare. Tanto vale far finta di ripensare tanto il nocciolo duro non si tocca. Essi, forse inconsapevolmente e in buona fede, sono espressioni viventi delle contraddizioni attuali della nostra medicina scientifica. Sono i sassi sotto il pelo dell'acqua che ostacolano il defluire del cambiamento facendo schiuma.

Accanto a costoro vi sono gli *ortodossi dichiarati*, neopositivisti convinti, tutti iscritti idealmente al circolo di Vienna e di Berlino (primi 900) e che, tuttavia non senza travaglio, si sono spinti coraggiosamente fino a lambire Popper digerendo a fatica la rinuncia alle loro granitiche verità. Sono i custodi della clinica, della razionalità scientifica occidentale, tutti discepoli di padre Bayes, biotecnici convinti perché quel bio per loro è come un ritorno a secoli di naturalismo, sono chi considera la medicina biologia applicata ma anche possessori di tessera delle *medical hu-*

*manities* per esibire il loro umanesimo (il che a proposito di *medical humanities* fa riflettere), sono anche chi considera le tradizioni terapeutiche come l'omeopatia *medicines eretiche* e infine appaiono così intrisi di metodologia da essere, lucide rotaie distese inerti sotto i cieli della complessità più che treni che sferragliano. Ma anche loro, come i falsi *maitre à penser*, sono del tutto indisponibili a discutere di problemi paradigmatici della medicina.

Poi vi sono i medici, tanti medici, che non sanno neanche che cosa siano i paradigmi e che tutti i giorni hanno un'infinità di problemi da risolvere, beghe a non finire con i malati, i direttori generali, con la loro coscienza, e che si *difendono* come possono usando le linee guida in modo opportunistico, il consenso informato per avere delle formali autorizzazioni, cercando di essere diligenti *medici osservanti* nei confronti degli obiettivi aziendali per avere delle buone valutazioni. Costoro per lo più sono scontenti, quasi infelici, incerti e disorientati e quando rimuginano sui loro problemi, non pensano né ai paradigmi né ai falsi *maitre à penser* e meno che mai agli ortodossi ebbri di metodologia.

**Che sta succedendo?  
Che vuol dire medicina post-scientifica?  
Sul serio vi è una questione di paradigmi?  
Insomma che vuol dire epocale?**

I paradigmi sono come delle grandi costellazioni d'idee/teorie/regole/ criteri nei quali bagnare le dita proprio come con le acquasantiere per segnarsi la fronte e risolvere dei problemi, comportarsi in un certo modo, essere scientifici, umani, efficienti o assicurare questa o quella sicurezza, qualità, appropriatezza. Sono i paradigmi che definiscono ad esempio il genere detto *medicina scientifica*. Essi non sono altro che catene di deduzioni: se considero la malattia o il malato in un certo modo (ontologia) allora la loro conoscenza sarà anche in un certo modo (epistemologia) il che significa che l'operatività pure dovrà conformarsi (metodologia) e a catena tutto il resto: la professione, il servizio, la politica sanitaria. I paradigmi sono arcipelaghi di concezioni correlate e confederate sulla base di una *intrinseca coerenza* ma quel che più conta *condivisi* con la società, cioè *legittimati* socialmente. Oggi la novità che sa di epocale è che per un sacco di ragioni (analizzate a più riprese altrove) ha preso piede una *confutazione* del paradigma medico che ha sostanzialmente due forme: quella *sociale*, in grande, sintetizzata dalle espressioni postmoderne, post-industriale, post-ideologico, e quella *economica*, più in piccolo, rappresentata dalle aziende sanitarie, quindi dalla scarsità delle risorse. Questa confutazione di fatto crea alla medicina scientifica due grossi problemi: il primo è che sul suo paradigma ottocentesco e novecentesco non c'è più quel *consenso sociale* che c'era prima (contenzioso legale, comportamenti difensivisti opportunistici, sfiducia, insicurezza); il secondo è che viene meno la *coerenza interna* del paradigma e sorgono contraddizioni tra nuove concezioni di cura e medicina, tra pratiche cliniche e relazioni, tra scienza e società, tra domanda e servizi. La confutazione sociale avviene all'insegna di una nuova figura di malato, autentica figura post-moderna *dell'esigente* che contende al medico deleghe, autonomie di giudizio, libertà cliniche chiedendo con forza relazioni,

relazioni e ancora relazioni. Tutto ciò avviene all'insegna delle *ristrettezze economiche* e delle politiche di risparmio, che contestano al medico eccessiva autonomia, eccessiva libertà di scelta e di decisione. Per comprendere a pieno la complessità di questa davvero insolita e inedita sinergia tra generi diversi di confutazione bisogna evitare di ridurre la medicina a una teoria solo scientifica da cambiare magari con una specie di "rivoluzione", come credeva Kuhn, ma pensarla come tante teorie correlate che cominciano a essere in attrito tra di loro, che entrano singolarmente in crisi, che perdono di plausibilità nel rapporto con la realtà e che creano, come scriveva Feyerabend, non le premesse per una rivoluzione scientifica ma una sorta di graduale ripensamento dell'ortodossia o di slittamento progressivo verso quelle che Lakatos chiamava *ipotesi ausiliarie*.

Si può obiettare che comunque la medicina scientifica continua a progredire a svilupparsi, ed è la verità, ma va detto che lo sviluppo delle tecniche, la crescita delle possibilità diagnostiche, l'ampliarsi dei trattamenti, avvengono tutte rigorosamente in costanza di paradigma, cioè a *idea invariante di scienza*. Proprio perché siamo in questa situazione, possiamo dire metaforicamente che la medicina suo malgrado sia post-scientifica, non perché è di là dalla scienza come se tornasse alle pratiche empiriche riproponendo, come ha scritto qualcuno, un *medico artigiano*. Oggi l'idea di scienza, nelle confutazioni in atto, è ormai un'altra perché la razionalità sulla quale poggiano le fondamenta della medicina non è più considerata né così razionale e meno che mai unica, perché i modi di essere scientifici oggi non coincidono più con le necessità che si esprimono, perché la filosofia positiva che ha ispirato la medicina scientifica è stata confutata a sua volta da altre filosofie, da altri modi di concepire la malattia e il malato, perché il soggetto sembra ribellarsi al suo annullamento nell'oggetto al punto che si parla di spiccate caratteristiche individualistiche di questa società. L'esito di tale confutazione non è in nessun modo scontato, nel senso che può andare in un modo o in un altro, migliorare la situazione della medicina o peggiorarla, sfornare un medico di qualità superiore o un peggiore burocrate osservante degli obiettivi di risparmio dell'azienda. Dipende: vedremo.

Tutto questo sa di epocale e proprio per questo sembra che quasi d'improvviso (si fa per dire) si siano create nuove condizioni per capire altre tradizioni di cura, aiutando a superare gli scientismi e ad accettare di concepire una *medicina di medicine*, parlando il linguaggio dell'integrazione tra diverse visioni e filosofie mediche. Personalmente oggi sono molto colpito dai tratti dominanti della domanda sociale rivolta alla medicina che introducono il linguaggio delle relazioni, il cambiamento ontologico nei confronti del malato e della malattia, che impongono nuovi approcci alla complessità, che inducono a ripensare le storiche nozioni di cura, di terapia, e che nel loro insieme, in un modo o nell'altro, pongono le questioni sia del ripensamento della *base conoscitiva* della medicina scientifica che del ripensamento dei *modi di essere* medicina. Ma più precisamente mi colpiscono due cose: questa domanda che oggi caratterizza marcatamente la post-modernità ha molti tratti della pre-modernità, di una società molto diversa da quella industriale che si faceva curare in *certi modi* prima della na-

scita della medicina scientifica. Mi colpisce la necessità di un ripensamento paradigmatico che appare così caratteristico del nostro tempo ma che in realtà pare un ritorno alle visioni anticipatrici, olistiche, relazionali della clinica omeopatica, anche questa pre-moderna. Così bisogna stare attenti a non considerare la medicina scientifica una parentesi compresa tra il pre-moderno e il post-moderno, come se fosse un'interruzione, un accidente di percorso e magari convincersi che essa in fin dei conti ha la responsabilità storica di aver interrotto i rapporti tra i *modi umanitari* della pre-modernità e del pre-industrialismo con quelli della post-modernità e del post-industrialismo.

La nascita della medicina scientifica resta una grande acquisizione e un grande valore e che per quasi 200 anni è stata come su misura per quella società che l'ha voluta e

l'ha fatta nascere. Oggi essa è fuori misura e bisogna ricomisurarla, ripensarla, quasi riconcepirla. Tutto questo sa di *epocale* perché tutto questo sa di *paradigmatico*.

Quando penso ai problemi del paradigma medico, alla riconfigurazione della figura del medico nella nostra società, alla relazione con *l'esigente*, alle aziende e via di questo passo mi viene in mente il principio di Huygens: un sasso, gettato in uno stagno, crea delle onde circolari poiché è come se si gettassero contemporaneamente nell'acqua molti altri sassi disposti ad anello lungo il profilo della prima onda, creando nuove onde ed estendendo l'effetto del primo sasso.

Penso che la medicina integrata sia uno di quei sassi in grado di produrre, secondo il principio di Huygens, onde dopo onde.

## Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

**Gino Santini** - Volevo condividere con voi (ma soprattutto con i colleghi oculisti) una mia piccola esperienza pratica solo adesso che sono più sicuro di come sono andate le cose. Una mia paziente presenta una particolare ipersensibilità all'atropina, per cui le visite oculistiche che richiedono l'ap-

plicazione di questo farmaco provocano una midriasi che si protrae anche per qualche giorno, con tutte le problematiche che questo comporta (anche assenza dal lavoro). La prima volta che mi ha parlato di questo problema, le ho consigliato di assumere Belladonna 5CH, tre granuli ogni ora e di monitorare i cambiamenti. L'effetto di ritorno alla normalità, in un paio di episodi, si è verificato nell'arco della giornata. Per evitare questo problema, in genere lei chiede di utilizzare il dosaggio pediatrico di atropina, anche se non so se poi la finalizzazione che si ottiene è la stessa; fatto sta che l'ultimo collega che l'ha visitata non ha voluto sentire storie e ha utilizzato il dosaggio pieno, da adulto. Lei logicamente ha avuto lo stesso problema e ho provato a somministrare una dinamizzazione diversa, una 30CH, ottenendo un ritorno alla normalità nel giro di poche ore.

**Simonetta Bernardini** - E qua ognuno ci vede quel che ci vuole vedere. Io ci vedo che la 5 e la 30CH si comportano allo stesso modo. Molecolare e ultradiluito, stesso meccanismo d'azione? Ormetico? Ultradiluito, addirittura, all'apparenza più rapido? Non so se perché ultradiluito o se perché l'informazione ha trovato i sistemi (i geni...) già informati. Caro Paolo, caro Francesco, cari tutti: occorre spremere di più i neuroni.

**Gino Santini** - Serve un modello, da verificare. Il modello che più mi intriga parte dalla dinamizzazione e mi suggerisce che la 30CH è più dinamizzata e quindi ha un impatto maggiore sull'organismo. A prescindere da come trova il sistema.

**Simonetta Bernardini** - Le spiegazioni sulla dinamizzazione (le spiegazioni, non l'osservazione) sono di là da venire, caro Gino. Mentre quel che oggi già si sa è che i geni rispondono alle basse concentrazioni, come dire: "gene avvisato, mezzo imparato...". La verifica si dovrebbe fare su due casistiche: una pretrattata con 5CH e poi trattata con 30CH e una non pretrattata con 5CH e vedere se rispondono allo stesso modo. Se sì, vincerebbe la dinamizzazione. Se no, vincerebbe la teoria del "gene avvisato"...

**Marialucia Semizzi** - Visto che ne parliamo seriamente (che bello!), bisogna però capire le cose seriamente. Siccome si ragiona su dati, avrei bisogno di chiarire meglio i dati su cui ragionare (scusate, sono un diesel...). Perciò se permettete vorrei saperne di più dal dottor Santini (in lista si è autorizzati a darsi tutti del "tu" e chiamarsi per nome, rispettosamente?). 1) la signora in questione in quanto tempo si è sottoposta a queste visite con uso di atropina? (come mai fa tante visite?) 2) tra la Bell 5 e la Bell 30 quanto tempo era passato? 3) la paziente ha caratteristiche che la fanno risuonare con Bell indipendentemente dall'uso per contrastare atropina? 4) perché è stata cambiata la diluizione, cioè quali elementi facevano pensare che non avrebbe risposto alla 5? In base alle risposte possono derivarne conseguenze logiche molto differenti...

**Gino Santini** - Assolutamente, si per il "tu". :-). Passo a risponderti: la signora non fa molte visite, ma effettua dei controlli periodici per una situazione cronica di iperglicemia ben controllata con l'alimentazione (e con la terapia omeo, aggiungo io). In seguito a questo, il collega di base che la segue effettua con cadenze annuali l'esame del fondo dell'occhio. Gli approcci con Belladonna 5CH e 30CH non sono stati consecutivi: la paziente mi ha telefonato chiedendomi quale era il rimedio che le avevo consigliato tempo fa in un esame analogo, perché aveva notato questo recupero molto più rapido del solito. Avuto conferma della Belladonna, lei mi disse che all'epoca lo aveva assunto ogni due ore, posologia che in genere utilizzo con le basse dinamizzazioni (solitamente le 5CH). Da qui l'idea di utilizzare una 30CH. Ho seguito solo un criterio basato unicamente sulla midriasi. E sul fatto che la Belladonna ha un'azione molto rapida. E infatti alla 5CH la signora aveva risposto, ma dopo una somministrazione continuata per tutta la giornata la risposta era cominciata solo in tarda serata e si era conclusa la mattina dopo (al contrario di quanto accadeva senza trattamento). Volevo vedere se con una 30CH l'azione avrebbe avuto una dinamica più rapida, come in effetti è stato. Ed è bastata una unica somministrazione per avere una risposta in poche ore. Da qui l'idea di condividere questa esperienza in lista.

(continua a pag. 21)

# Farmacologia omeopatica moderna: *Momordica balsamina* e *Mirica cerifera*

Valter Masci

Medico esperto in omeopatia  
E-mail: valmasci@tin.it

A mio parere oggi è possibile, anzi è necessario, scrivere una farmacologia omeopatica moderna. E quale è il percorso per realizzare questo progetto? Studiare i principi attivi delle Tinture Madri da cui si ricavano i medicinali omeopatici. Studio dei principi attivi significa analisi della loro struttura chimica e della loro azione fisiologica e tossicologica. Se tale percorso di studio è relativamente facile quando si prendono in esame medicinali di origine minerale, diventa senz'altro più laborioso quando si prendono in esame quelli di origine vegetale. Qui di seguito, a titolo di esempio, analizzeremo due piccoli rimedi, *Momordica balsamina* e *Myrica cerifera*, che sono poco conosciuti e poco utilizzati ma presenti nel nomenclatore omeopatico francese.

Come premessa dirò che dalla conoscenza di questi due medicinali omeopatici condotta secondo il metodo sopradescritto (studio chimico, fisiologico e tossicologico dei principi attivi della TM di partenza) scaturiscono informazioni sulle quali è necessario riflettere.

La prima informazione: questi due medicinali omeopatici non funzionano secondo il principio dell'inversione dell'effetto ma secondo modalità che sono sovrapponibili a quelle allopatriche. *Momordica balsamina* e *Myrica cerifera* sono utilizzati in omeopatia con finalità allopatriche, con indicazioni terapeutiche sovrapponibili a quelle delle quantità ponderali. La seconda informazione che scaturisce dal mio lavoro di ricerca è che è possibile comprendere le key-word o key-note, che riguardano i due rimedi e riportate nelle Materie Mediche omeopatiche. Le key-word sono fondamentali per fare una omeopatia "personalizzata" e non una banale omeoterapia. Ricordiamo che nell'omeoterapia il medicamento omeopatico viene somministrato senza una accurata indagine dei sintomi "personali" che presenta il paziente e quindi viene prescritto in base alla patologia. L'utilizzo delle key-note è indispensabile per fare della vera omeopatia. Questo mio studio dei medicinali non vuole essere riduttivo ma intende esaltare la grandezza dell'omeopatia, evidenziando la grande capacità del metodo omeopatico nell'individuare il preciso campo di applicazione di ogni medicinale.

Iniziamo a prendere in esame *Momordica balsamina*. È una pianta nativa dell'est dell'India che è stata introdotta in Occidente come pianta ornamentale per i suoi frutti, dal bel colore rosso-arancio. Ne troviamo conferma negli affreschi di Villa Farnesina, dove nei festoni dipinti da

Giovanni Martini da Udine (1487-1564), era rappresentata anche la *Momordica* (4). Fa parte della Famiglia delle *Cucurbitaceae*. In inglese è chiamata *Balsam Apple* (*Boerike*), in francese *Pomme des merveilles* (*Demarque*). I suoi frutti non sono edibili e nel 1800 con la polpa se ne faceva un linimento per emorroidi e ustioni (*Boerike*). La sua utilizzazione più diffusa però è stata come purgante. Tale uso come catartico si è consolidato specialmente in America e in Inghilterra mentre in Italia è stata usata maggiormente la *Colonquitide* (10), sempre della Famiglia delle *Cucurbitaceae* e da cui si ricava il medicinale omeopatico *Colocynthis*.

In omeopatia si usa il medicinale *Momordica* per "colonpatie con coliche e incarceramento dei gas" (*Boerike e Demarque*), "specialmente in donne con mestruazioni eccessive e dolorose" (*Boerike*). Andiamo ora a vedere se è possibile capire queste indicazioni terapeutiche. Come ho già detto prima il mio percorso di studio consiste nell'esaminare i principi attivi presenti nella Tintura Madre. Prima di tutto ricordiamo che la TM si prepara a partire dai frutti interi (nomenclatore). Essi sono costituiti essenzialmente da una saponina, da una proteina detta *momordin* e da una glicoproteina definita *beta-momocharin*. Vediamo ora se la conoscenza delle attività farmacologiche di questi principi attivi ci dà la possibilità di interpretare scientificamente tutti i sintomi sopraesposti: infiammazione del colon (colonpatie); incarceramento di gas (cioè presenza di gas, il quale non viene espulso, e ciò significa che è difettosa la peristalsi); mestruazioni eccessive e dolorose.

In un lavoro, condotto in Nigeria (Dipartimento di microbiologia dello Stato di Edo, 1996), è stato dimostrato *in vitro* che *Momordica* è attiva su *Escherichia coli*, *Salmonella paratyphi* and *Shigella dysenteriae* (5). Sempre nella stessa Università è stato testimoniato, nel 2005, sempre *in vitro*, che *Momordica* è attiva contro ceppi resistenti di *Salmonella typhi* (3). L'attività della pianta contro batteri che colonizzano l'intestino giustifica la sua azione terapeutica sulla formazione dei gas nell'intestino. Tale sua attività antibatterica è dovuta alla presenza di una saponina (3). Più recentemente, in un lavoro scientifico realizzato in Giappone nel 2001 all'Università di Tokushima, Dipartimento di batteriologia, è stato riscontrato che *Momordica charantia*, testata *in vivo* nei ratti, è protettrice della parete del colon lesionata artificialmente (2). E ciò dimostra che la pianta è attiva contro le infiammazioni del colon.

La pianta dunque cura le infezioni batteriche che sono causa delle infiammazioni del colon con relativa produzione di gas e ha inoltre una azione diretta sulle infiam-

mazioni della parete del colon. Rimane da capire se è in grado di agire sulla peristalsi e di risolvere il problema dell'incarceramento dei gas intestinali. È stato dimostrato che nella pianta è presente una proteina, detta momordin, Ribosome-Inactivating Protein (RIP), molto simile al Pokeweed Antiviral Protein presente in *Phytolacca*, la quale, oltre ad avere un'azione antivirale (8, 11, 6), è in grado di accelerare il transito intestinale. In un lavoro del 1994, realizzato in Inghilterra è stato dimostrato che la proteina momordin agisce sulla peristalsi come la sostanza chiamata ricin (9). Più recentemente è stato visto, in un lavoro dell'Università di Kyoto, Giappone, nel 2000 (1) che momordin agisce stimolando la sintesi di prostaglandine: ne è dimostrazione che pretrattando con indometacina, che antagonizza la sintesi di prostaglandine, non si verifica l'aumento della peristalsi. Ma non è tutto: un lavoro del 1997 realizzato all'Università di Osaka, Giappone, dimostra che la proteina momordin, presente anche in piante di altre Famiglie, ha una sicura attività antinfiammatoria e antinocicettiva (7). Tutto ciò, oltre a spiegare ulteriormente l'azione antinfiammatoria della pianta, giustifica la sua attività antidolorifica. Ma non è tutto. È anche possibile comprendere la key-word del rimedio: "mestruazioni eccessive e dolorose" (*Boericke*): il frutto di *Momordica charantia* (la varietà indiana) ha chiaramente un'attività ormonale. Uno studio realizzato in una Università indiana nel 1998 ha evidenziato un'azione androgenica (13), dovuta all'opera di una glicoproteina definita beta-momorcharin, come dimostrato in un lavoro condotto a Hong Kong nel 1988 (14).

Ricapitolando. La pianta contiene una saponina ad azione antibatterica, una proteina, momordin, che ha azione antinfiammatoria, antidolorifica ed è in grado di stimolare la peristalsi, ed infine contiene glicoproteina definita beta-momorcharin che ha azione ormonale. È perfettamente comprensibile a questo punto l'indicazione del rimedio omeopatico: dolori colici con incarcerationamento dell'aria, specialmente in una donna con problemi mestruali. Da tutto ciò si vince che le indicazioni terapeutiche del medicinale omeopatico corrispondono all'azione dei principi attivi presenti nella Tintura Madre di partenza, quindi *Momordica* omeopatica non funziona secondo il principio dell'inversione dell'effetto ma con modalità allopatiche (secondo il principio "contraria contrariis curentur"). Se andiamo a vedere la posologia consigliata da Demarque, leggiamo che *Momordica* deve essere utilizzata alla 5 CH, in dosi ancora molecolari, e che a questa diluizione *Momordica* mantiene la sua azione allopatica.

Esaminiamo ora un altro medicinale omeopatico: *Myrica cerifera*. Il nome scientifico è *Miryca pensylvanica*, nativa del Nord-Est dell'America (New Jersey) ma diffusa anche in India. È un arbusto sempreverde che può crescere fino a 3 metri. (4). Bayberry significa "Albero della cera". Appartiene alla Famiglia delle *Myricaceae*, che è considerata una delle fonti industriali per i tannini (23). I frutti (bacche) sono edibili ed usati in cucina per aromatizzare i cibi. A causa del suo contenuto in tannini, che hanno azione astringente ed antibatterica, veniva usata come antidiarroico e nella

leucorrea, per uso topico. Dalla parte esterna dei frutti, dopo lavorazione a caldo, si produceva una cera che veniva utilizzata per produrre saponi o candele (da qui il nome *Myrica cerifera* o *Candleberry*). *Miryca* veniva anche utilizzata per tannare la pelle.

Il medicinale omeopatico, impiegato nella insufficienza epatica, si prepara a partire dalla TM della corteccia delle radici. L'indicazione del medicinale omeopatico è legata a due key-note: la presenza di ittero e di muco nelle feci. Vediamo se è possibile dare una spiegazione scientifica a tutto ciò. È necessario andare ad esaminare i principi attivi della TM di partenza, che sono costituiti essenzialmente dal myrigalone, un flavonoide, individuato all'Università di Tokio nel 1992, che ha una dichiarata azione antiossidante particolarmente comprovata da vari studi scientifici realizzati in Norvegia negli anni 1996-1997 (17, 20, 21, 22). Il myrigalone B ha funzione epatoprotettrice dimostrata da uno studio realizzato nel 1992 a Tokio: l'estratto metanolico delle bacche è in grado di proteggere il fegato da una epatopatia provocata artificialmente con tetracloruro di carbonio (CCl<sub>4</sub>) (15). Più recentemente è stato dimostrato all'Università di Oslo, Norvegia, 1995, che il myrigalone è in grado di impedire la perossidazione lipidica degli epatociti su fegato di ratto, inibendo l'enzima 15-lipoossigenasi (16). Questa è la spiegazione scientifica alla indicazione terapeutica omeopatica "insufficienza epatica". Ma è possibile spiegare anche le due key-note del medicinale omeopatico *Myrica*. La precisazione che l'insufficienza epatica deve presentare contemporaneamente ittero la si può spiegare perché è stato dimostrato che il myrigalone ha azione antioleostatica (1). Per quel che riguarda la key-word "presenza di muco nelle feci", l'abbondante presenza di tannini nella pianta, con il loro alto potere astringente e antinfiammatorio, assicura un netto miglioramento della colite (la cui infiammazione sappiamo manifestarsi con sovrapproduzione di muco).

Ricapitolando. È possibile comprendere tutti i sintomi per i quali è indicato il medicinale omeopatico *Miryca*, che sono costituiti da sintomi di insufficienza epatica (lingua sporca, sapore amaro, difficoltà digestiva, inappetenza, meteorismo), da sintomi dovuti a colestasi (dolori zona epatica, cambiamento colore feci e urine, iperbilirubinemia) e da sintomi dovuti a colite (disturbi dell'alvo, presenza di muco nelle feci e dolori colici).

Alla luce di tutte queste informazioni possiamo affermare che il medicinale omeopatico *Myrica* agisce con finalità sovrapponibili a quelle delle quantità ponderali e non secondo il classico principio omeopatico dell'inversione dell'effetto. A quale diluizione è consigliato il medicinale omeopatico *Miryca*? *Boericke* lo consiglia alla 3CH. Si deduce che a questa diluizione la pianta *Myrica* mantiene ancora la sua attività come alle dosi ponderali.

## Conclusioni

Studiando i due rimedi *Momordica* e *Miryca* possiamo affermare che non è vero che "tutti" i medicinali omeopatici funzionano secondo il principio dell'inversione dell'effetto. Un'altra considerazione molto importante che scaturisce da questo studio è la seguente: fino a quale diluizione i principi attivi di queste due piante

mantengono la loro azione farmacologia? Porsi questa domanda apre le porte ad un'altra domanda: da quale diluizione in poi i principi attivi perdono le loro proprietà originali e agiscono secondo il principio dell'inversione dell'effetto?

## Bibliografia

1. Acceleration of gastrointestinal transit by momordin Ic in mice: possible involvement of 5-hydroxytryptamine, 5-HT(2) receptors and prostaglandins. Li Y, Matsuda H, Yamahara J, Yoshikawa M. Kyoto Pharmaceutical University, 5 Nakauchi-cho, Misasagi, Yamashina, Japan. *Eur J Pharmacol.* 2000 Mar 24;392(1-2):71-7.
2. Inhibitory effects of bitter melon (*Momordica charantia* Linn.) on bacterial mutagenesis and aberrant crypt focus formation in the rat colon. Chiampanichayakul S, Kataoka K, Arimochi H, Thumvijit S, Kuwahara T, Nakayama H, Vinitketkumnuen U, Ohnishi Y. Department of Bacteriology, University of Tokushima School of Medicine, Tokushima, Japan. *J Med Invest.* 2001 Feb;48(1-2):88-96.
3. Screening of some medicinal plants used in southwest Nigerian traditional medicine for anti-*Salmonella typhi* activity. Akinyemi KO, Mendie UE, Smith ST, Oyefolu AO, Coker AO. Department of Microbiology, Lagos State University, Lagos, Nigeria. *J Herb Pharmacother.* 2005;5(1):45-60.
4. The cucurbit images (1515-1518) of the Villa Farnesina, Rome. Janick J, Paris HS. Department of Horticulture and Landscape Architecture, Purdue University, 625 Agriculture Mall Drive, West Lafayette, IN 47907-2010, USA. *Ann Bot (Lond).* 2006 Feb;97(2):165-76. Epub 2005 Nov 28.
5. Antimicrobial activity of some medicinal plants extracts on *Escherichia coli*, *Salmonella paratyphi* and *Shigella dysenteriae*. Omoregbe RE, Ikuebe OM, Ihimire IG. Department of Microbiology, Edo State University, Ekpoma, Nigeria. *Afr J Med Med Sci.* 1996 Dec;25(4):373-5.
6. Polynucleotide:Adenosine glycosidase is the sole activity of ribosome-inactivating proteins on DNA. Barbieri L, Valbonesi P, Righi F, Zuccheri G, Monti F, Gorini P, Samori B, Stirpe F. Department of Experimental Pathology, University of Bologna, Via San Giacomo 14, I-40126 Bologna, Italy. *J Biochem (Tokyo).* 2000 Nov;128(5):883-9.
7. Studies on *kochia fructus*. III. Antinociceptive and antiinflammatory effects of 70% ethanol extract and its component, momordin Ic from dried fruits of *Kochia scoparia* L. Matsuda H, Dai Y, Ido Y, Ko S, Yoshikawa M, Kubo M. Faculty of Pharmaceutical Sciences, Kinki University, Osaka, Japan. *Biol Pharm Bull.* 1997 Oct;20(10):1086-91.
8. Induction of apoptosis by ribosome-inactivating proteins and related immunotoxins. Bolognesi A, Tazzari PL, Olivieri F, Polito L, Falini B, Stirpe F. Dipartimento di Patologia Sperimentale, Università Bologna, Italy. *Int J Cancer.* 1996 Nov 4;68(3):349-55.
9. Crystal structure of momordin, a type I ribosome inactivating protein from the seeds of *Momordica charantia*. Husain J, Tickle IJ, Wood SP. Department of Crystallography, Birkbeck College, London, UK. *FEBS Lett.* 1994 Apr 4;342(2):154-8.
10. Marfori P. *Trattato di Farmacologia e Terapia*. Ediz Luigi Pirlo. Napoli. 1922
11. Bruneton Jean, *Pharmacognosie*, Edition Tec&Doc, 3° edizione, 2002.
12. The termination of early pregnancy in the mouse by beta-momorcharin. Chan WY Tam PP Yeung HW *Contraception.* 1984, Jan; 29(1):91-100.
13. Antispermatic and androgenic activities of *Momordica charantia* (Karela) in albino rats. Naseem MZ Patil SR Patil SR Ravindra Patil RS Department of Zoology, Gulbarga University, India. *J Ethnopharmacol.* 1998, May; 61(1):9-16.
14. Effects of momorcharins on ovarian response to gonadotropin-induced superovulation in mice. Ng TB Tam PP Hon WK Choi HL Yeung HW Department of Biochemistry, Chinese Medicinal Materials Research Centre, Chinese University of Hong Kong. *Int J Fertil.* 1988 Mar-Apr; 33(2):123-8.
15. Protective effects of the bark of *Myrica rubra* Sieb. et Zucc. on experimental liver injuries Ohta S, Faculty of Pharm. Sciences, Hoshi University, Tokyo, Japan. *Yakugaku Zasshi.* 1992 Apr;112(4):244-52.
16. Antioxidant activity of fruit exudate and C-methylated dihydrochalcones from *Myrica gale*. Mathiesen L, Department of Pharmacology, University of Oslo, Norway. *Planta Med.* 1995 Dec;61(6):515-8.
17. C-methylated dihydrochalcones from *Myrica gale* L: effects as antioxidants and as scavengers of 1,1-diphenyl-2-picrylhydrazyl. Malterud KE, Department of Pharmacognosy, University of Oslo, Norway. *Pharmacol Toxicol.* 1996 Feb;78(2):111-6
18. Millsbaugh C.F. *American medicinal plants*. 1892, ristampato 1974, Dover Publications
19. Hydrogen bond formation as basis for radical scavenging activity: a structure-activity study of C-methylated dihydrochalcones from *Myrica gale* and structurally related acetophenones. Mathiesen L, Malterud KE, Sund RB. Department of Pharmacology, School of Pharmacy, University of Oslo, Norway. *Free Radic Biol Med.* 1997;22(1-2):307-11.
20. Inhibition of lipid peroxidation in low-density lipoprotein by the flavonoid myrigalone B and ascorbic acid. Mathiesen L, Wang S, Halvorsen B, Malterud KE, Sund RB. School of Pharmacy, Department of Pharmacology, University of Oslo, Norway. *Biochem Pharmacol.* 1996 Jun 28;51(12):1719-25.
21. Inhibition of low density lipoprotein oxidation by myrigalone B, a naturally occurring flavonoid. Mathiesen L, Malterud KE, Nenseter MS, Sund RB. Department of Pharmacology, University of Oslo, Norway. *Pharmacol Toxicol.* 1996 Mar;78(3):143-6.
22. Bruneton Jean, *Pharmacognosie*, Edition Tec&Doc, 3° edizione, 2002.

# La questione etica in omeopatia

Pierluigi Gargiulo

Medico esperto in omeopatia,

Professore a contratto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma

E-mail: info@pierluigigargiulo.com

Quando ci si riferisce all'etica (ἠθος, letteralmente carattere, condotta, comportamento) vogliamo sottolineare della filosofia i fondamenti oggettivi, ma anche razionali, che consentono di distinguere i comportamenti. Comportamenti corretti, giusti, leciti, forse in maniera retorica persino enfatizzati come buoni, vanno "eticamente" distanziati da quelli ritenuti cattivi o moralmente inappropriati. Spesso s'indulge nella confusione fra i termini morale ed etica: per convenzione, vengono usati come sinonimi. Ma se il primo (*la morale*) rimanda a un insieme di ben definiti valori, a norme sane e a corretti costumi, siano essi quelli di un singolo individuo o di una determinata comunità, il secondo (*l'etica*) va circoscritto all'intento filosofico, quindi razionale, di una disciplina. La stessa etica, nell'ambito delle scienze, va inoltre differenziata dalla filosofia della scienza in quanto tale; quest'ultima con completezza si sofferma e analizza la conoscenza scientifica e i metodi con i quali si intende raggiungere questo sapere (*aspetto epistemologico*). Se ne deduce, dunque, che se la scienza mira alla comprensione di leggi e fenomeni naturali, sarà l'etica a chiarire l'intento di questo impegno.

**N**ei confronti e nei contraddittori fra omeopati e critici dell'omeopatia, ma anche e soprattutto fra le varie scuole di pensiero che animano, e spesso agitano senza costrutto il dibattito interno, permangono, su questi punti, un fondo d'ipocrisia, a volte insormontabile.

In realtà questa ipocrisia non viene consapevolmente recepita. È molto meno doloroso per gli omeopati, infatti, rifugiarsi negli assiomi austeri di una disciplina più che bicentenaria. Per la scienza ufficiale, in linea di massima, è molto più comodo e agevole esercitare uno sbarramento aprioristico in termini di validità. Non so se riusciremo a definire compiutamente la stadiazione e l'evoluzione di questi assetti, ma la necessità di fare chiarezza su molte ambiguità rimosse non è più rinviabile. Il presupposto fondamentale su cui costruire un impianto progettuale corretto è quello di identificare ed esprimere il fine etico dell'omeopatia; secondaria, e, assolutamente prescindente da ciò, è la sua validazione in termini di "accertabilità". Esiste un criterio per giudicare questo obiettivo e la norma in cui rientra? Sono entrambi, questi presupposti, indirizzati verso un progetto corretto, oltreché utile? In sintesi, esiste, in medicina omeopatica, un principio organizzativo ispirato, alle spalle di queste leggi e dei fenomeni naturali che le governano?

Seguendo il principio secondo cui il fine di ogni azione (*scientifica*) si pone in prima istanza rispetto al dovere e all'intenzione con cui la si persegue, ogni atto scientifico deve (*dovrebbe...*) produrre un interesse anche minimo del bene sul male (*aspetto teleologico*). Al contrario, se optiamo per un criterio nel quale la modalità dell'azione è in fondo l'azione stessa, potremmo verificare che il dovere e l'intenzione sono poste ben prima del fine stesso dell'azione (*aspetto deontologico*). Ecco quindi squadrata con chiarezza una prima questione di fondo.

All'omeopatia compete un discorso etico o solo un interesse della filosofia della scienza? E nel caso in cui si rientrasse nell'ambito della scienza, prevarrebbe, in essa, l'aspetto teologico o quello deontologico?

Per essere ancora più chiari, l'omeopatia rappresenta una concezione fideistica o una metodologia scientifica? E ancora, il risultato terapeutico prescinde o no dalla spiegazione del suo modo di agire? Non sono delle risposte facili. Proprio per niente.

Convieni in questa sede accantonare la facile tentazione di indugiare sulle infinite e irrisolte diatribe sulla presunta scientificità dell'omeopatia, e su che cosa si debba intendere per scienza, soprattutto da Popper in poi. Su un punto, però, conviene essere molto chiari: la scienza segna la sua demarcazione dalle altre discipline, nella possibilità di essere sempre accertata, verificata, provata. Il riconoscimento di una scienza logica si fonda, infatti, essenzialmente sulla ragione: è l'unico denominatore comune che valida la scienza in quanto tale.

Ora, come abbiamo sottolineato in precedenza, non è, in questa sede, preminente né immediata l'esigenza di verificare la validazione scientifica della medicina omeopatica. Non lo è, almeno, se non ne viene prima completamente chiarita l'ambiguità etica. Questa necessità nasce da una rimozione antica quanto grave. Ed è in fondo la motivazione più insinuante e terebrante che anima le contestazioni "scientifiche" che le vengono mosse. Qual è dunque il fossato reale, e non quello ipocritamente agitato, che si è aperto tra l'omeopatia e le scienze definite dure?

È un vuoto pesante, scivoloso. Ed è stato coperto, è tuttora coperto, da false contrapposizioni, piene di artefatti e fuorvianti sillogismi: il numero di Avogadro, la tossicità dei farmaci chimici, le diluizioni infinitesimali, la visione "numerica" dei malati, la non ripetitività delle sperimentazioni, la preminenza della visione olistica, le vaccinazioni, la sottrazione da terapie certe, etc.

Il problema è proprio un altro. Risiede in una distinzione severa. Una differenza importante e pesante: la cultura di due premesse concettuali opposte se non, addirittura,

conflittuali. E proprio dal punto di vista etico. Quali sono? La prima: la sensazione netta e chiara, nel versante ufficiale, che per fare ed esercitare la scienza, l'ateismo sia una precondizione privilegiata. La seconda: al contrario, o almeno quello che viene, ad una lettura superficiale, percepito all'esterno, è che, una delle radici più robuste, dell'omeopatia, la spiritualità, se non forse il teismo, sia una componente ineludibile della sua essenza.

### Aut Fides aut ratio

Nei suoi *Dialoghi sulla religione naturale*, David Hume (1711-1776), smantellando la dimostrazione di Dio, ha certificato l'ateismo della ragione. Ammonisce, il filosofo inglese, sull'uso fuorviante dell'etica: di essere mossa e condizionata da eventi esterni che cercherebbero di validare in maniera aprioristica cosa sia giusto e cosa sia sbagliato. Egli si sofferma sul rischio che alla religione e più in generale al teismo e allo spiritualismo si accrediti l'influenza maggiore, anche in ambito scientifico: la validità di un'impresa, la sua efficacia, la sua risolutezza, corrono il rischio di essere misurate sul metro di un finalismo extraterreno. *“La bontà di un'azione, sostiene Hume, è (e deve essere) del tutto indipendente dalla promessa di un premio o dal timore di una pena”*. Immanuel Kant (1724-1804) stabilisce che se Dio resta di là dalla possibilità della comprensione scientifica, rimane comunque fondante e decisivo l'aspetto morale che Egli esercita sulla stessa ragione. Questo recupero è stato, a parer mio, decisivo, per definire che la morale e l'etica, nella scienza vanno correttamente indirizzate.

### Il rasoio di Ockam

L'etica in omeopatia continua a permanere contraddittoria e irrisolta. Che messaggio e che finalismo viene portato ai pazienti in omeopatia? La lettura in filigrana del libro di Dario Antiseri *“Medici eretici anzi dogmatici”* riguardo alla non scientificità delle medicine alternative, è la testimonianza evidente di queste rimozioni. Soprattutto perché non solleva nessuna risposta sulla prospettiva etica dell'omeopatia. In *“Epistemologia, clinica medica e la questione delle medicine eretiche”* dello stesso Antiseri, di Giovanni Federspil e Cesare Scandellari, si rinnovano gli antichi quesiti, ma non si affrontano i dubbi reali.

La questione della scientificità (*la critica fondamentale all'omeopatia*) ha trovato argini fragili, ma proprio per quell'ipocrisia di cui si accennava all'inizio, il confronto viene sempre riproposto su quella antica querelle!

Questo conflitto (*come la verità*) è solo omeopatico, purtroppo. In fondo, con molta pazienza (*e con qualche risorsa in più*) l'accertabilità scientifica non tarderà ad arrivare; quella clinica è già a portata di mano. Attenzione parlo di accertabilità, perché considero l'efficacia omeopatica pienamente compiuta.

Purtroppo, il dibattito sulla medicina omeopatica scivola sempre sulla stessa diarchia: “scienza o non scienza”? La difesa omeopatica, quando messa al muro, si espone al punto da ipotizzare (*in alcuni settori*) addirittura altre possibilità di scienza. Ipotesi a dir poco risibile: questa è la scienza di questo mondo e per dirla con Platone, *“non*

*conosco un altro mondo all'infuori di questo”*. Certo, il cuore del problema è che se da un lato ci si dispone ad attendere, senza limiti di tempo, la soluzione tecnica della validazione scientifica dell'omeopatia, si legittima la convinzione che si può anche differire sull'intento etico della sua azione. Così com'è, con un'etica irrisolta, l'omeopatia non riuscirà a stilare un programma organico per la sua ricerca, né clinico, né tantomeno biofisico. Se rimane arroccata su questa rigida difesa, il rasoio di Ockam non le darà scampo.

Guglielmo di Ockam (1289-1349) con la visione ad effetto di un rasoio che tosa l'intelletto umano, spinge anche la scienza a liberarsi di tutte quelle astrazioni che erano state ideate dalla scolastica medioevale: *“Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem”*. “Non moltiplicare gli elementi più del necessario”. Non sono necessarie dimostrazioni superflue per validare una teoria. E quindi, secondo questa condizione, vanno superati, perché superflui e astratti, concetti come “essenza” e “legge naturale”. Certo, è più facile rifugiarsi nella massima socratica *“sappiamo di non sapere...”* ma, in accordo con Paolo Flores d'Arcais, questo potrebbe essere semplicemente uno scomodo alibi. In fondo, sostiene il filosofo friulano, *“...abbiamo avuto grandi risposte, dal punto di vista scientifico, alle grandi domande metafisiche del passato”*. La premessa di laicità della scienza mal si accorda con aspetti metafisici o presunti tali di una branca medica. È doloroso ma essenziale dover sostenere questa laicità. Senza, è più facile, per critici e detrattori, aggredire la non ripetitività di un fenomeno. Questo spinge l'ortodossia scientifica a commettere errori palesi. Per esempio, dilatando a dismisura, e in maniera strumentale, la dichiarazione di universalità e immutabilità, di una delle teorie dell'omeopatia. Una (*pur se storicamente tradizionale*): quella kentista.

### Da Svedenborg a Kent

James Taylor Kent, omeopata statunitense (1849-1916), ha realizzato la gran parte del suo impianto costitutivo sulla medicina omeopatica, dalle speculazioni di Emanuele Swedenborg (1688-1722). Costui concepì una dottrina spiritualistico-teosofica difficilmente trasmissibile dal punto di vista scientifico. Svedese, figlio dell'allora vescovo di Stoccolma, Swedenborg dedicò gran parte della sua esistenza alle scienze classiche (matematica, chimica, anatomia, fisica e filosofia). Pregevole, a quanto sembra, una sua opera sulla struttura e sulla funzione dei metalli. Curiosità originale: alla maniera di Leonardo, progettò prototipi meccanici. Tra questi, il progenitore, pensate un pò, dei moderni overcraft. All'età di cinquantasei anni, Swedenborg, inaugura una fase completamente diversa della sua vita; distaccandosi dai paradigmi scientifici, introduce contenuti spirituali nel suo vissuto personale e nel suo lavoro. Costruisce la sua esperienza dai sogni e, da successive visioni di un mondo metafisico di matrice cristiana, si convinse di poter comunicare con gli angeli e con gli spiriti. Tra questi, non pochi personaggi della Bibbia: Abramo, Mosè e, persino Gesù. Da quel momento iniziò ad occuparsi di teologia. Sancì, con fermezza, che queste entità guidarono la sua interpretazione delle Sacre Scritture e sostenne con veemenza di

essere uno dei pochi uomini in grado di comunicare con l'aldilà. Al punto che le sue teorie furono ferocemente contestate, con relativa scomunica (*ma delle opere e non della persona*) dalla chiesa luterana dell'epoca. Nonostante ciò, Svedenborg influenzò non poco molte illustri menti delle epoche successive: da Coleridge a Kent, da Henry James a Kant, da Coventry a Pattmore, fino allo stesso C.G. Jung. Alla base delle speculazioni svedenborgiane vi è la famosa " *Dottrina delle corrispondenze* ": la concezione della fede, secondo Svedenborg, risiede nel vivere, in questa funzione, ogni nostra azione e ogni nostra scelta; di più, tutti i nostri amori, i desideri e i pensieri, che lo vogliamo o no, saranno in grado di determinare tutte le nostre scelte. Ma solo, o per il Cielo, o per l'Inferno. Perché ogni azione o cosa di questo mondo materiale conduce unicamente a queste due soluzioni. La scelta del Bene e della Verità, che nel mondo spirituale sono qualità reali dello Spirito di Dio (*una sostanza divina identificabile nello Spirito Santo*), tengono in vita ogni persona e realtà in modo costante. Solo queste acquisizioni consentono all'individuo di percorrere la strada di un bene, che Dio ha costruito da sempre per l'uomo. In sintesi, avere la giusta idea di Dio è, per Svedenborg, assolutamente fondamentale. Nella seconda parte dell'Illuminismo la "riscoperta" positiva del primitivo, nel senso della purezza e della semplicità, richiama, con Rousseau, il ritorno a queste forme di essenzialità e di spiritualismo. Ne sarà influenzato anche Gottfried Hahnemann (il padre del padre dell'omeopatia!). Gottfried, infatti, sposa l'idea che l'elemento razionale venga a convivere, obbligatoriamente, con il sentimento: non c'è più una fede nel progresso e, meno che mai, nella scienza. Farà fatica il giovane Samuele Federico Cristiano a liberarsi da questo imprinting paterno. Al contrario, Kent, fa invece proprie, con non poca sapienza e con grande finezza, le teorie di Svedenborg, tessendo la trama della semeiologia omeopatica nel palinsesto spirituale del filosofo svedese. La visione kentista della medicina omeopatica prevede passaggi obbligati e procedure rigide e puntigliose. Compare la visione di un universo animato da un principio vitale immateriale - la Sostanza semplice. Secondo Kent, infatti: a) essa è dotata di intelligenza formativa e dà forma all'economia dell'intero regno vegetale ed animale; b) senza di essa la materia sarebbe morta; c) con l'aiuto della sostanza semplice il divino Creatore può indirizzare tutto e tutti verso il conseguimento del loro fine più alto.

Scriverà Kent: " *La sostanza semplice mantiene il corpo umano in movimento, animato, e ne assicura la perfezione delle funzioni e controlla l'operato della mente e della volontà.*", aggiungendo anche che " *Quando è in contatto col corpo umano essa è costruttiva, ma quando essa si ritira le forze presenti nel corpo divengono distruttive*". Per il medico statunitense, la causa più probabile della malattia è " *L'influsso della sostanza immateriale, invisibile, che, radicatasi all'interno dell'uomo, fluisce dal centro alla periferia, creando ulteriore disordine*". Ancora, secondo Kent, " *Il centro di controllo è in una triade che impartisce le direttive, cervello, cervelletto e midollo spinale... Poi abbiamo la volontà e l'intelletto... La forza vitale, ministra dell'anima, il limbus e - infine - Il corpo materiale.*"

### Da Kant a... Kent!

Se il fine di Kent era di traghettare la dottrina, elettivamente, su sponde spiritualistiche, non lo sappiamo, ma netta è la sensazione che la sua omeopatia entri in rotta di collisione con la visione laica della scienza di cui si accennava all'inizio. Bisogna pur sottolineare che queste teorie si nutrono delle speculazioni filosofiche dell'idealismo germanico. Fichte (1762-1814) e poi Schelling (1775-1854) il quale deciderà che la Natura è prodotta da un'intelligenza inconscia, e infine Hegel (1770-1831) con la sua visione dell'Assoluto. Quest'ultimo si oppose con forza al criticismo kantiano. A proposito di Svedenborg, il filosofo di Konigsberg, infatti, scriveva " *...se di diversi uomini, ciascuno ha il suo mondo proprio è da supporre che sognino... Ad uno sguardo che non escluda l'accordo con altri intelletti umani tutto apparirà certo e manifesto a tutti... E i filosofi finalmente abiteranno un mondo comune a quello che già da tempo occupano i matematici...*". Lo stesso Kant, dunque, studioso e conoscitore di Svedenborg, ben precisa i valori e i limiti di queste libertà, sia umane sia scientifiche. E, alla fine, nella sua opera giovanile " *I sogni di un visionario spiegati con i sogni della metafisica* " dedicato proprio a Svedenborg e ne i " *Prolegomeni a ogni futura metafisica che voglia presentarsi come scienza*", cala la mannaia, senza possibilità di appello: " *Abbandonarsi a qualsiasi curiosità e non porre altro limite alla passione del conoscere che l'impossibile, è un velo che non disdice all'erudizione*".

### Da Kent a Jung

Carl Gustav Jung (1875-1961), assorbe anch'egli, con pienezza, i dettami di Svedenborg riguardo alla sussistenza del Cielo spirituale tramite l'esistenza della sua corrispondenza cattiva, l'Inferno. È questa la premessa comune: che l'eterna presenza di Dio e del Bene egli che rappresenta, includa fatalmente l'esistenza del suo opposto, il diavolo, quindi il male. Non a caso, Jakob Böhme, (1575-1624), tre secoli prima, aveva affermato che " *tutto ciò che esiste nell'universo, consiste in un sì o in un no*". Anche nel pensiero di Carl Gustav Jung si fa strada una concezione della coesistenza degli "opposti": Ma egli lo riporta nell'esclusivo piano della psiche. Anzi, a differenza di Kent, ogni intento spirituale scompare, per dar fiato all'etica laica della guarigione. " *Ognuno di noi è seguito da un'ombra. Meno questa è incorporata nella vita conscia dell'individuo tanto più è nera e densa*", affermerà Jung, descrivendo il lato oscuro della vita cosciente dell'uomo. Già Dostoevsky accennava a questi sotterranei dell'anima, un mondo che sta sotto e dietro la maschera della persona e dell'agire sociale. Jung non nasconde che vi si cela il luogo demonico e infernale del mito e della rappresentazione religiosa. La notte della nostra coscienza, dove abitano le ombre, i mostri, i morti, ma da dove è possibile pure ripartire e rigenerarsi. Tra Kent, e Svedenborg da un lato e Jung, dall'altro, appare il distacco. Per Jung quest'ombra non può significare solo il male. Quest'ombra va finalmente affrontata, riconosciuta nei suoi tratti dolorosi, penosi e conturbanti.

Questa parte di noi, definita notturna, va accolta come nostra. Il suo rifiuto e la sua rimozione rimandano al meraviglioso romanzo *“Lo strano caso del Dr Jekyll e Mr. Hyde”*, di Robert Louis Stevenson (1850-1894). Lo scrittore scozzese descrive le pericolose peripezie del protagonista, un rispettabile uomo di scienza, che vive la propria dimensione d'ombra come fosse un'altra persona sfuggita al controllo e alla morale. *“Talvolta si deve essere indegni, per riuscire a vivere pienamente”*, taglia corto Jung. Se il male è l'altra faccia del bene, come l'ombra è l'altra faccia della luce, che senso ha giudicare le azioni degli uomini in termini di responsabilità? La sensazione che Jung, rispetto a Kent, abbia allungato la corsa della fionda della psicologia rispetto all'omeopatia, appare evidente. La visione kentista della medicina omeopatica, di fatto, sembra convogliare gran parte delle contestazioni, radicalizzando il conflitto, sia esternamente, sia, purtroppo, all'interno.

E allora, con questa etica, la terapia omeopatica, avendo il grande limite di essere ancorata a proposizioni scientifiche ampiamente discutibili, corre il rischio di essere propugnata fideisticamente da alcuni suoi mentori? Si aggiunga anche la sensazione che esiste un limite grave: quello di non essere suscettibile di evoluzione, dal momento che nella sua formulazione essa è intrinsecamente autolimitante. Purtuttavia, se esiste questa deriva fondamentalista, le va riconosciuta almeno coerenza, nel proporre un metodo sperimentale diverso, originale, che non vuol proprio dipendere da premesse scientifiche laiche. È vero, ma l'ammonizione di Bertrand Russell (1872-1970) *“Il mondo non ha bisogno di dogmi, ma di libera ricerca”*, illumina che ogni qualvolta una teoria ti sembra essere l'unica possibile, va preso come un segno che non hai capito né la teoria né il problema che s'intendeva risolvere.

La confusione, infine, potrebbe essere il peggior nemico. Una presunta interpretazione metafisica e una scarsa conoscenza dell'omeopatia misero, qualche anno fa, la Conferenza episcopale in difesa, sollecitando a diffidare di pratiche terapeutiche non allineate e paraspirituali.

## Conclusioni

Il rischio più sottile è di ergersi a depositari del giusto, del buono, del corretto, dell'assoluto. E che l'intento curativo sia connesso a premesse fideistiche o, peggio, moralistiche. E che, l'ipocrisia di cui accennavamo all'inizio, esondi e invada anche il rapporto medico-paziente, spingendo il primo a radicalizzare l'assioma e il secondo a negarsi; per esempio omettendo al suo omeopata altre scelte terapeutiche, in un gioco delle parti tacito e correo. Paul Feyerabend (1924-1994) ha avuto il coraggio e la lungimiranza di sostenere che *“la conoscenza ha bisogno di una pluralità d'idee”*. L'etica in omeopatia deve affrancarsi da contenuti fideistici per rafforzare la convinzione che, anche una filosofia limitata come l'empirismo scientifico ha la necessità di rispettare i metodi alternativi. Sempre Feyerabend assume che *“le teorie più radicate non sono mai così forti da determinare la scomparsa dei metodi alternativi”*, proprio perché... *“I metodi alternativi sono gli unici a scoprire gli errori delle discipline ufficiali”* Si scelga, dunque, quale etica configurare per

l'omeopatia. Se l'intento *“etico”* del suo agire terapeutico sarà laico, ponendo sempre al centro il paziente-uomo, ma solo l'uomo e non altro, l'omeopatia *“risulterà ancora più necessaria proprio per ragioni etiche e allora ... avremmo una ragione in più (per legittimarla), anziché un conflitto con la scienza.”* (P. Feyerabend)

## Lecture selezionate

- Antiseri D., Reale G., Quale ragione? Raffaello Cortina, 2001.  
 Antiseri D., Federspil G., Scandellari C., Epistemologia, clinica medica e la «questione» delle medicine «eretiche», Rubattino ed., 2003.  
 Brome, V. Vita di Jung, Bollati Boringhieri, 1994.  
 Carotenuto, A., Jung e la cultura del 20° secolo, Bompiani, 2000  
 Crasta F.M., La filosofia della natura di E. Swedenborg, Milano, Angeli, 1999.  
 Cassirer, E. Vita e dottrina di Kant. Firenze, La Nuova Italia, 1984.  
 De Bartolomeo M., Filosofia, Dall'Illuminismo all'Idealismo-. Napoli, Atlas, 2001.  
 De Torrebruna R., Turinese L., Hahnemann-Vita del padre dell'omeopatia- 2007, Edizioni E/O.  
 Feyerabend P., I limiti della ragione, Il saggiaatore 1983.  
 Feyerabend P., Contro il metodo: abbozzo di una teoria anarchica della conoscenza, Feltrinelli, 1975.  
 Feyerabend P., La scienza in una società libera, Feltrinelli 1981.  
 Flores d'Arcais P., Onfray M., Vattimo G., Atei o credenti? Filosofia, politica, etica, scienza, FAZI editore, 2007.  
 Gargiulo P., Grazie Lancet - Natura e Benessere. 2005, num. 18, pag 66-71- FN Editrice.  
 Gargiulo P., Le ombre e le luci di Eutanasia - Natura e Benessere. 2007, num. 24, pag.18-25- FN Editrice.  
 Hume D., Dialoghi sulla religione naturale  
 Giovetti P., Biografia di E. Swedenborg, ed. Mediterranee, 2004.  
 Jung C.G., Aspetti generali della psicoanalisi, 1913.  
 Jung C.G., Psicologia e Alchimia, 1935.  
 Jung C.G., Paracelso come medico, 1941.  
 Jung C.G., Paracelso come fenomeno spirituale, 1942.  
 Jung C.G., Il problema dell'Ombra, 1946.  
 Jung C.G., Analisi dei sogni.  
 Mådera, R. Carl Gustav Jung. Biografia e teoria, Bruno Mondadori, 1998.  
 Kant I., Prolegomeni ad ogni futura metafisica che voglia presentarsi come scienza.  
 Kant I., I sogni di un visionario spiegati con i sogni della metafisica.  
 Kant I., Principi metafisici della scienza della natura.  
 Kant I., Critica della ragion pura.  
 Kant I., Fondazione della metafisica dei costumi.  
 Kent J.T., Il grande interrogatorio omeopatico.  
 Kent J.T., Lezioni di filosofia omeopatica.  
 Kent J.T., Materia medica omeopatica.  
 Lubrano A., La vita di Samuele Hahnemann. - Natura e Benessere. 2007, num. 24, pag 26-32- FN Editrice.  
 Pareyson L., Estetica dell'Idealismo tedesco - I volume.  
 Ratto P., Kant, la regola e la passione. Il ruolo dell'immaginazione nella Critica del Giudizio, 2002.  
 Russel B., Storia della Filosofia Occidentale.  
 Schmidt P., The life of James Tyler Kent, Brit. Hom. Jour. 1964, 3, 152-160.  
 Scola A., Flores d'Arcais P., Dio? Ateismo della ragione e ragioni della fede, Marsilio 2008.  
 Swedenborg E., La zona grigia di Minerva, Tea Longanesi, 1996.  
 Swedenborg E., Cielo e Inferno ed. Mediterranee 2004.  
 Swedenborg E., Conversazione con gli Angeli, ed. Mediterranee, 2004.  
 Swedenborg E., La bibliografia spirituale.

## L'approccio omeopatico alle allergopatie in età pediatrica

Roberto Pulcri

Medico esperto in omeopatia

Professore a contratto, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma "Tor Vergata" e Siena

E-mail: r.pulcri@siomi.it

L'allergia è uno dei più frequenti motivi di consultazione in omeopatia e in particolare il pediatra, sia esso allopata o omeopata, si trova sempre più spesso ad affrontare la patologia allergica la cui incidenza è in continuo e costante aumento in questi ultimi decenni. Numerosi lavori di ricerca clinica e biologica testimoniano l'efficacia dei medicinali omeopatici nel trattamento delle malattie allergiche.

I meccanismi d'azione dei rimedi omeopatici non sono ancora ben conosciuti ma sono oggetto di ricerca di numerosi gruppi di studiosi. Si pensa che il rimedio stimoli e regoli i sistemi di difesa naturale dell'organismo e questo può spiegare gli eccellenti risultati generalmente ottenuti nel bambino, l'assetto immunitario del quale è peculiare nei primi anni e deve seguire una sorta di "apprendistato" durante il quale si possono verificare alcuni "incidenti di percorso" identificabili con le sensibilizzazioni verso diversi allergeni da parte di un soggetto comunque predisposto geneticamente. Il soggetto atopico viene comunemente inteso come un ipersensibile, un iperreattivo che risponde in maniera anomala agli stimoli ambientali (allergia = alterata reattività) e le manifestazioni cliniche di allergia non compaiono che al di là di una soglia di attività immunitaria, sotto l'influenza di fattori genetici, immunologici (deficit di linfociti T suppressor, deficit transitorio di Ig A) e ambientali (esposizione all'allergene, infezioni virali delle prime vie respiratorie, parassitosi intestinale, esposizione a fumo di tabacco, inquinamento ambientale). In particolare è ormai accertata l'esistenza di fattori genetici. In oltre il 50% degli allergopatici è presente un'anamnesi familiare positiva per sindromi allergiche e, quanto più è compromesso il gentilizio, tanto maggiore è il rischio per la prole di andare incontro ad allergopatie. Studi popolazionistici e studi condotti su particolari nuclei familiari hanno messo in evidenza che la sintesi di Ig E totali è regolata da un gene non HLA-associato, trasmissibile secondo le leggi mendeliane, con una dominante *R* (bassi livelli di IgE totali) e uno recessivo *r* (alti livelli di Ig E totali), mentre esiste un gruppo di geni HLA-associati, deputati al controllo della sintesi di IgE allergene - specifiche il cui effetto è più evidente nei soggetti con bassi livelli di IgE totali.

In quanto esposto risulta evidente la relazione concettuale tra omeopatia e allergologia in particolare per quanto riguarda la nozione di "terreno". In omeopatia con il termine di "terreno" o "diatesi" si indica la com-

ponente reazionale di un organismo sensibilizzato nei confronti di un agente aggressore, capacità reazionale che si esprime con un insieme di segni in un individuo con caratteristiche morfologiche, fisiologiche e comportamentali proprie. Quando dei fattori ambientali intervengono nello scatenamento di una sindrome patologica, essi sono considerati più come dei fattori rivelatori di tendenze patologiche del terreno che come dei veri fattori eziologici. È proprio in questa ottica che l'omeopatia apporta una soluzione originale al trattamento dell'allergia, e non solo in età pediatrica.

L'azione dell'omeopatia si situa a tre livelli: 1) i medicinali sintomatici che permettono il trattamento dell'episodio acuto; 2) l'impiego degli isoterapici per il trattamento eziologico; 3) la terapia di fondo che agisce sul terreno del bambino allergico ed è volta a modificare le sue modalità reazionali nei confronti dell'allergene.

È soprattutto quest'ultimo punto che è importante nel trattamento del paziente allergico, a maggior ragione se è un bambino, ed è in questa modificazione del terreno che risiede l'originalità dell'approccio omeopatico.

Praticamente tutti i neonati presentano alla nascita un marcato tropismo centrifugo, cioè una spiccata tendenza ad eliminare qualsiasi tossina, endogena o esogena, spingendola verso la pelle e le mucose. È esperienza comune notare la presenza di crosta latteata o di eritema da pannolino, spesso recidivanti e resistenti ai comuni trattamenti topici. Sono proprio queste terapie, volte a reprimere il normale tropismo centrifugo, che secondo la visione omeopatica possono provocare la cosiddetta "metastasi morbida" cioè il cambiamento di forma e sede della malattia. È così che si spiega, ad esempio, la frequente associazione o meglio alternanza tra dermatiti ed episodi asmatici nel bambino; è così che si manifesta la psora, il miasma che più precocemente e più frequentemente si evidenzia nel bambino. Possiamo definire la psora come una diatesi caratterizzata dall'auto ed eterointossicazione cronica che sopravviene in soggetti predisposti appartenenti abitualmente ai biotipi carbonico o sulfurico. Questa diatesi è caratterizzata dall'alterazione delle capacità reazionali dell'organismo, come difesa dalle noxe patogene provenienti dall'esterno, fino all'esasperazione, con superamento dei limiti fisiologici di risposta. È già molto semplice inquadrare nella definizione appena data la maggior parte dei bambini allergici, con i loro episodi accessuali di asma o dermatite o enterite che si sovrappongono e spiccano su una situazione che è comunque di cronicità, come episodi di superamento dei limiti fisiologici di risposta dell'organismo all'esposizione all'allergene.

La via cutanea non è comunque la sola a condurre le escrezioni verso l'esterno. Quando con l'età la pelle diviene meno sensibile oppure quando le eruzioni cutanee vengono contrastate, entrano in gioco altre vie di eliminazione centrifuga e vengono quindi coinvolti i punti di giunzione tra cute e mucose (orifizi rossi dei soggetti sulfur) e le mucose respiratorie, digestive, oculari, urinarie. È per questo che vengono interessati vari apparati anche con l'apporto delle altre diatesi che, contemporaneamente o in momenti diversi, possono evidenziarsi in uno stesso soggetto. È infatti importante sottolineare che qualsiasi paziente allergico può avere anche segni di sicosi, tubercolinismo o anche di luesinismo. In particolare la psora spesso si interseca con il tubercolinismo e secondo alcuni Autori (H. Bernard) psora e tubercolinismo sono due aspetti di un unico miasma. Per quanto riguarda la sicosi, intesa come turba della circolazione interna, è utile ricordare che perché essa si verifichi è necessario che ci sia, anche temporaneamente, una turba della funzione centrifuga. Una marcata eliminazione di scorie provocherà quindi un "ingorgo" nella circolazione interna fino a bloccarla e a provocare la sicosi: è quello che si può verificare anche nel bambino dopo numerosi trattamenti allopatrici volti a "risolvere" le crisi allergiche. In tema di trattamento del terreno, si deve ricordare l'importanza che alcuni Autori, soprattutto di scuola anglosassone, danno alle influenze psicosomatiche in varie allergopatie, in particolare nell'asma infantile ed anche in alcune forme di orticaria psicogena, in cui vengono valorizzate le situazioni conflittuali in ambito familiare o scolastico. È indubbio che la stessa dermatite atopica è soggetta a peggioramenti nel caso in cui il bambino è sottoposto a stress emotivo prolungato, come per esempio per la nascita di un fratello. Ci sono studi che ipotizzano un ruolo regolatore del sistema neuroendocrino sul sistema immunitario, tramite dei neuromodulatori peptidici.

In omeopatia l'approccio psicosomatico è assolutamente naturale poiché, essendo per definizione una medicina olistica, tiene conto dell'insieme dei sintomi presentati dal malato, e non unicamente di quelli legati alla malattia per la quale si chiede consulto. Anche gli effetti persistenti di una emozione e tutte le situazioni conflittuali prolungate che il soggetto non è in grado di affrontare vengono considerate alla stregua di "tossine" che l'organismo deve comunque metabolizzare ed eliminare. È così che un bambino capriccioso, capace di esplosioni di rabbia (*Chamomilla*, *Nux vomica*) avrà manifestazioni allergiche più facilmente di tipo psorico e che si discosteranno in modo più o meno evidente da quelle del bimbo con miasma prevalentemente tubercolinico (paziente irritabile, spesso insonne, la debolezza irritabile di *Silicea*) e da quelle del piccolo che già manifesta segni di sicosi non solo nella sua allergia ma anche nel suo pallore come nella sua tristezza e nelle sue crisi d'ansia.

I segni di luesinismo, spesso misto a tubercolinismo, li troveremo in un bambino "difficile", nervoso, con un sonno molto disturbato spesso dall'aggravamento di tutti i sintomi, un bambino che ha tardato nelle acquisizioni psicomotorie e che, in modo caratteristico, non può evitare di toccare e di spostare tutto quello che c'è sulla scrivania del pediatra.

Quanto appena esposto riguarda solo la terapia del terreno che, pur essendo essenziale nell'ottica omeopatica, deve essere comunque affiancata dalla terapia volta a risolvere i singoli episodi acuti, che con il tempo diventeranno sempre più distanziati fino, molto spesso, a scomparire del tutto. Si farà quindi uso dei molti rimedi scelti dalle Materie Mediche secondo le tecniche di reperimento e di gerarchizzazione dei sintomi che saranno comunque diversi non solo da un bambino all'altro, ma anche nello stesso paziente da una crisi all'altra. Il pediatra omeopata davanti al bambino affetto da patologia acuta usa gli stessi strumenti del collega allopatista: ascolta, osserva e visita, fa un'anamnesi, chiede eventualmente degli esami strumentali, radiografie, test allergici o quant'altro possa essergli utile. La sola differenza consiste in un grado supplementare di vigilanza nell'esercizio di queste attività, in una attenzione particolare a delle manifestazioni considerate inutili in allopatia ma che sono essenziali per la prescrizione omeopatica. La sua competenza ed esperienza gli permetteranno di determinare il limite esatto della sua decisione terapeutica e il suo senso di responsabilità professionale gli permetterà di scegliere tra le differenti possibilità tecniche che ha imparato a conoscere. In casi di estrema urgenza non esiterà a ricorrere a metodi terapeutici anche eroici come le tecniche di rianimazione cardiopolmonare o le tecniche di perfusione nelle disidratazioni acute, e non esiterà a rivolgersi al collega chirurgo per le patologie che prevedono questa terapia. Ma nella maggior parte dei casi gli sarà sufficiente applicare le sue conoscenze di omeopatia per risolvere il problema: presterà quindi un ascolto alla famiglia particolarmente attento ai dettagli, alla ricerca di un sintomo particolare; farà un esame clinico completo, non limitandosi mai al solo organo colpito; chiederà ragguagli sulle circostanze di comparsa dell'episodio in questione, sulle modalità sintomatiche relative all'orario, alla posizione, al movimento, al calore, ecc.; si interesserà ai fenomeni indotti o sintomi concomitanti in organi vicini o su altre funzioni. Tutto ciò può effettivamente rendere un po' più complicato il lavoro del pediatra e più lunghe e a volte impossibili le semplici consultazioni telefoniche. A fronte di ciò c'è il vantaggio per il paziente sottoposto ad una terapia efficace, con una buona compliance e priva di effetti collaterali; un notevole miglioramento del rapporto medico - paziente e molta soddisfazione per il medico che con studio, pazienza e diligenza applica questa disciplina.

#### Lectures selezionate

- Bernard H., *Traité de Médecine Homeopatique*, Ed. Vanden Broele, Bruges, 1981.
- Bougarit R., *Thérapeutique Homeopatique de l'enfant*, Ed. Maloine, 1989.
- Chefdeville F., Poncet J. E., *Pratique Homeopatique en Allergologie*, CEDH, 1995.
- Conan Meriadec M., *Les terrains allergiques*, *L'Homeopathie européenne* 1993, 1. 12.
- Demarque D., Jouanny J., Poitevin B., *Farmacologia e materia medica omeopatica*, Ed. Tecniche Nuove 2005.
- Demarque D., *L'omeopatia medicina dell'esperienza*, ed. Boiron Italia, 2003.

# Evidence Based Homeopathic Medicine

U. de Vonderweid

Prof. Associato di Neonatologia, Università di Trieste  
Direttore S.C. di Pediatria-Neonatologia, Ospedale di Moncalieri, ASL TO5 Piemonte  
E-mail: umbertovon@libero.it

## Il quadro metodologico

È solo negli ultimi decenni che la medicina si è posta in maniera formale il problema della valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici e questa disciplina non è ancora entrata nel curriculum formativo degli operatori sanitari: è quindi giustificata la scarsa preparazione di molti di noi nell'affrontare questo argomento. Peraltro, studi di efficacia clinica compaiono sempre più spesso nella letteratura medica, ed è necessario che le competenze di base per interpretarli siano rese disponibili a tutti gli operatori.

In essenza, l'obiettivo di uno *studio di efficacia clinica* è dimostrare (ovviamente in termini probabilistici) l'esistenza di una relazione causale (di causa-effetto) fra un intervento  $X$  ed un esito (outcome)  $O$  in una popolazione di studio  $P$ . Per raggiungere questo scopo, possono essere disegnati studi metodologicamente molto diversi, di realizzazione molto semplice o molto complessa, a costo zero o molto costosi, molto o poco "potenti", ecc. Ricordo che la "potenza" di un disegno epidemiologico è la sua capacità di dimostrare l'esistenza di una relazione di causa-effetto in maniera convincente.

Il tipo più semplice di disegno di uno studio di efficacia clinica è lo *studio osservazionale su pazienti senza controlli* che consiste nel praticare un certo trattamento in una serie di pazienti e verificare in questi le variazioni dello stato di salute ipoteticamente legate al trattamento. È il modo più antico, ma più aleatorio, di evidenziare una relazione causale. È il *post hoc ergo propter hoc* della filosofia antica, è un modo di pensare innato nell'essere umano, alla base di infinite credenze popolari e pseudo-scientifiche. In medicina ha certamente rappresentato un progresso rispetto all' "ipse-dixit" (...questo evento è la conseguenza di quella causa perché lo afferma la tale autorità...) che ha dominato per secoli, ed ha contribuito alla nascita della medicina empirica, ma oggi non può essere più considerato un metodo scientificamente valido. È un metodo che risente molto dell'ipotesi a priori del ricercatore (io credo che il farmaco  $X$  funzioni nella malattia  $Y$ ), e quindi sovrastima largamente l'effetto positivo dell'intervento, fino a volte ad identificare relazioni causali inesistenti.

Ad un livello superiore si situano gli *studi osservazionali con controlli*, che possono essere di *tipo prospettico* o di *tipo retrospettivo*.

Nello studio osservazionale con controlli di tipo prospettico abbiamo un gruppo di individui che vengono sottoposti ad un intervento e vengono poi seguiti per un certo tempo per poter rilevare lo stato di salute a distanza

(l'esito o *outcome*) e contemporaneamente un gruppo di individui (i controlli) che vengono sottoposti ad un altro o a nessun intervento, e vengono poi seguiti per lo stesso tempo per rilevare l'esito. La diversa frequenza di outcome nei due gruppi è la misura dell'efficacia del nuovo intervento.

Nello studio osservazionale con controlli di tipo retrospettivo (detto anche studio caso-controllo) l'osservazione va a ritroso nel tempo, nel senso che si parte da due gruppi di individui, uno che presenta una certa patologia e l'altro che non la presenta, e si va a vedere quanti, in un tempo precedente, erano stati esposti ad un certo fattore di rischio o avevano ricevuto un certo intervento. In entrambi i tipi di studio, prospettico o retrospettivo, l'esistenza del gruppo dei controlli permette di valutare l'efficacia dell'intervento o il peso di un certo fattore di rischio relativamente ad un altro (o a nessun) intervento o fattore di rischio.

In realtà, per un confronto valido, il gruppo dei pazienti trattati e quello dei controlli dovrebbero essere uguali per tutte le variabili potenzialmente influenzanti gli esiti di salute che si andranno a misurare, ma questo negli studi osservazionali avviene raramente. Il più delle volte i due gruppi non sono ben confrontabili, o perché il ricercatore non è in grado di controllare tutte le variabili in gioco o (più spesso) perché è la metodologia stessa di selezione a introdurre delle differenze. Se i due gruppi non sono simili, gli esiti che si misureranno saranno in parte dovuti all'intervento ma in parte alle diverse condizioni di partenza: il confronto fra i due gruppi è quindi "distorto" (biased) e la valutazione dell'efficacia dell'intervento è poco attendibile.

L'unica via affidabile per dimostrare l'esistenza di una relazione causale fra un intervento terapeutico ed un esito è passare dal paradigma osservazionale a quello sperimentale, dove la selezione dei pazienti da trattare con il farmaco "vero" (casi) o da trattare con il placebo (controlli) è affidata al caso. Si tratta dei così detti "*studi clinici controllati e randomizzati*" (*Randomized Controlled Trial - RCT*).

La *randomizzazione*, brutto neologismo da un termine inglese traducibile come "selezione casuale" è l'unico modo per essere (statisticamente) certi che tutte le variabili, note ed ignote, controllabili e non controllabili, che possono influenzare l'"esito" dell'intervento oggetto di studio siano distribuite in maniera omogenea tra il gruppo dei casi e quello dei controlli, e che quindi le differenze di esito che misureremo saranno legate esclusivamente all'efficacia dell'intervento stesso. Spesso ci si chiede se sia eticamente accettabile affidare al caso la pos-



# *La scelta dell'omeopatia*



sibilità per un individuo di ricevere un nuovo trattamento, ma questo modo di ragionare risente dello stesso problema che avevo segnalato per gli studi osservazionali, e cioè l'opinione a priori del clinico sull'efficacia del trattamento innovativo. Se consideriamo invece che lo studio sperimentale si fa proprio perché si ignora se il nuovo trattamento sia più efficace o sia più pericoloso del trattamento tradizionale, risulta chiaro che affidare al caso la possibilità per il paziente (correttamente informato) di ricevere un trattamento innovativo o quello tradizionale è l'unica modalità eticamente valida.

È importante sottolineare l'aspetto della sicurezza di un nuovo intervento. Dimostrare che un nuovo farmaco è più sicuro di uno già noto è più difficile che dimostrare che è più efficace, e può essere fatto solo con RCT su ampie casistiche, ma l'imperativo etico e deontologico nel campo della safety è ancora più forte che per l'efficacy. Purtroppo la cronaca quotidiana ci richiama spesso agli effetti dannosi di nuovi farmaci immessi in commercio ed utilizzati su vasta scala senza una corretta valutazione di sicurezza.

La randomizzazione evita che la soggettività del ricercatore influenzi la composizione dei due gruppi dei casi e dei controlli, ma non risolve il problema della soggettività in fase di valutazione dell'esito. Per questo si ricorre alla così detta *valutazione in (singolo o doppio) cieco*, che prevede che il ricercatore che misura l'esito non sappia se l'individuo che sta valutando è un caso o un controllo e che l'individuo trattato non sappia se ha ricevuto il trattamento o il placebo. In questo modo il giudizio del ricercatore e quello del paziente non sono influenzati dalle loro aspettative sul trattamento che si sta valutando. Pur essendo lo strumento più "potente" per valutare l'efficacia (e la sicurezza !) di un trattamento, anche lo RCT presenta alcuni problemi metodologici, che vanno affrontati e risolti prima di avviare uno studio che altrimenti potrebbe non risultare valido (e realizzare uno studio mal fatto è sempre eticamente oltre che economicamente inaccettabile).

Il primo problema è che gli effetti dell'intervento devono essere misurabili obiettivamente ed esprimibili con numeri per l'analisi statistica: ricordiamo che le conclusioni dello studio, e cioè la valutazione dell'efficacia e della sicurezza dell'intervento, sono espresse in termini probabilistici. Non è sempre facile tradurre in numeri le valutazioni soggettive degli individui sul proprio stato di salute e benessere.

Il secondo problema è che il campione di popolazione selezionato per lo studio, e dal quale verranno tratti i casi ed i controlli, deve essere rappresentativo della totalità della popolazione alla quale il trattamento è potenzialmente indirizzato, altrimenti le conclusioni dello studio non possono essere generalizzate.

Oltre ad essere rappresentativo, il campione deve anche essere sufficientemente numeroso, e la bassa numerosità è il problema più frequente degli RCT. Se i pazienti studiati sono troppo pochi, si rischia di non identificare (dichiarare statisticamente non significativa) una differenza che invece è reale o di sovrastimare un effetto che in realtà è più modesto, ma soprattutto (e questo è ben più grave) si corre il pericolo di non identificare potenziali

effetti negativi del trattamento. Un altro problema frequente degli RCT è la scarsa durata del periodo di osservazione (follow up) dopo il trattamento, che non permette di identificare esiti rilevanti ma che compaiono a distanza. Per ovviare, almeno in parte, ai problemi sopra esposti, è possibile fare una *metanalisi di RCT* (1). In sostanza - e semplificando molto - in una metanalisi i pazienti dei diversi RCT vengono considerati come se appartenessero ad un unico grande RCT, e tutti i soggetti che hanno ricevuto il trattamento sperimentale vengono aggregati nel gruppo "casi" e tutti i soggetti che hanno ricevuto il placebo vengono aggregati nel gruppo "controlli". Il primo passo di una metanalisi è il calcolo dell'entità della risposta al trattamento (ed al placebo) nei singoli RCT, detto *effect size* o *treatment effect*. Successivamente, tutti gli effect size sono raccolti in un unico pool.

Ovviamente, è necessario assumere che vi sia un effect size comune fra gli studi, cioè che questi siano sufficientemente simili fra loro per tipologia di pazienti, patologia trattata ed effetto del trattamento. In carenza di questi requisiti è dubbio che si possa procedere ad una metanalisi classica (2). Sarebbe come raccogliere in una metanalisi studi di chemioterapia del cancro prostatico, antibiotico terapia della polmonite da Legionella, terapia steroidea dell'artrite reumatoide, dietoterapia del Crohn, etc. per rispondere alla domanda "la medicina allopatrica è più efficace del placebo?" Eppure è questo che è stato fatto in alcune metanalisi di RCT di omeopatia.

Un altro problema delle metanalisi di RCT è l'importanza dell'opinione a priori del ricercatore. Mentre in un RCT la randomizzazione e la valutazione in cieco annullano la soggettività di giudizio del ricercatore, nelle metanalisi la scelta degli studi da includere e di quelli da eliminare, la metodologia di valutazione della qualità degli studi e di analisi dei risultati sono del tutto dipendenti dalle scelte individuali. Cacciato dalla porta, il pregiudizio del ricercatore rientra dalla finestra.

### Le metanalisi di RCT di omeopatia

Tenendo ben presente i problemi fin qui sollevati, analizziamo ora 3 metanalisi di RCT che hanno cercato di rispondere alla domanda: "l'omeopatia funziona più del placebo?" Lo studio pubblicato da K. Linde e coll. su Lancet nel 1997 è una metanalisi classica che analizza 89 RCT (su 133 individuati) di diversi trattamenti omeopatici contro placebo (3). Il risultato della metanalisi è un odds ratio globale, statisticamente significativo, di 2.45 (I.C. 95%: 2.05-2.93) a favore del farmaco omeopatico. Restringendo l'analisi ai soli 26 RCT di qualità metodologica superiore l'odds ratio cala a 1.66 ma rimane statisticamente significativo (I.C. 95%: 1.33-2.08).

Il commento degli autori è che non si può affermare che gli effetti clinici dell'omeopatia siano da imputare solamente all'effetto placebo: nel farmaco omeopatico c'è qualcosa di più.

Una delle cose più interessanti di questa pubblicazione - per il lettore meno ferrato in statistica - è la tabella 2, dove gli autori riportano, per ognuno degli 89 RCT, i dati re-

lativi agli autori, alle casistiche, ai punteggi di qualità, alle patologie trattate, ai farmaci usati ed ai valori di *odds ratio* e di intervallo di confidenza. Ad una semplice ispezione visiva della tabella risulta evidente la superiorità dell'omeopatia rispetto al placebo: in 74 RCT l'*odds ratio* è a favore del farmaco ( $OR > 1$ ) e solo in 10 RCT l'*odds ratio* è a favore del placebo ( $OR < 1$ ). In 5 RCT c'è parità ( $OR = 1$ ).

Nel 2000 viene pubblicata un'altra metanalisi, che rappresenta il risultato del lavoro di un gruppo di studio attivato dal Parlamento europeo (2). Consci dei limiti metodologici delle metanalisi classiche, gli autori seguono un approccio statistico diverso, che non prevede il pooling di tutti gli effect size (cioè evitano di mettere assieme mele e pere!) ma si limita a combinare i livelli di significatività dei singoli studi (che rimangono così separati nell'analisi) in un unico valore di P. L'ipotesi null è quindi che l'effetto studiato (cioè la superiorità del "vero" rispetto al placebo) non sia presente in nessuno dei RCT analizzati. Se l'ipotesi null è respinta, significa che è altamente probabile che in almeno uno degli studi il "vero" sia più efficace del placebo.

È un approccio "prudente" ma metodologicamente meno criticabile. Anche i criteri di selezione degli studi sono prudenti: vengono inclusi nella metanalisi solo 16 su 118 RCT analizzati, ma il risultato finale è a favore dell'omeopatia con elevata probabilità statistica.

Analizziamo da ultima la metanalisi più recente, pubblicata dal gruppo del prof. M. Egger su Lancet nel 2005 (4). Vengono identificati 165 RCT di omeopatia e 110 di questi vengono utilizzati per l'analisi. Vengono anche selezionati, per confronto, 110 RCT di trattamenti allopatici in situazioni patologiche analoghe. Nella figura 2 della pubblicazione vengono riportati i valori di *odds ratio* rispettivamente dei 110 RCT di omeopatia e dei 110 RCT di allopatia distribuiti secondo le dimensioni campionarie (valori di errore standard).

Guardando questa figura -diversa graficamente ma concettualmente simile a quella del lavoro di Linde- risulta evidente che nella grande maggioranza degli studi, sia di omeopatia che di allopatia, gli *odds ratio* sono nettamente a favore del farmaco rispetto al placebo. Gli autori infatti commentano: "Most odds ratios indicated a beneficial effect of the intervention". Successivamente vengono selezionati 8 (sic!) dei 110 RCT di omeopatia giudicati "di qualità metodologica superiore" e 6 dei 110 studi di allopatia della stessa qualità.

Gli autori non specificano né i criteri di selezione né quali siano gli studi selezionati. L'*odds ratio* del farmaco contro placebo degli 8 studi di omeopatia è 0,88 (I.C. 95%: 0,65-1,19). Poiché l'intervallo di confidenza include il valore 1 la differenza fra "vero" e placebo non è statisticamente significativa. L'*odds ratio* dei 6 studi di allopatia è 0,58 (I.C. 95%: 0,38-0,85), statisticamente significativa a favore del farmaco. Sulla base di questa analisi ristretta, e senza più menzionare la precedente valutazione positiva dell'omeopatia basata sulla totalità degli studi selezionati, gli autori concludono che non vi sono prove convincenti che l'omeopatia sia più efficace del placebo.

## Conclusioni

Diceva Sackett, il padre dell'Evidence Based Medicine, che l'EBM è "l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso della migliore evidenza scientifica corrente per prendere decisioni cliniche nella cura del singolo paziente" e, ancora, che EBM "significa integrare l'esperienza clinica del singolo medico con la migliore evidenza scientifica disponibile derivata dalla ricerca sistematica" e "i buoni medici usano sia la loro esperienza clinica che le migliori evidenze scientifiche esterne, e che né l'una né le altre, da sole, fanno buona medicina" (5).

In conclusione, se vogliamo sapere se un trattamento è efficace e sicuro dobbiamo cercare in letteratura studi clinici sperimentali randomizzati, controllati ed in cieco, possibilmente multicentrici e quindi con casistiche numerose, dove l'ipotesi terapeutica, le procedure e le misure di esito siano ben specificate, misurate obiettivamente ed analizzate con procedure statistiche semplici e comprensibili (migliore è il disegno dello studio e più semplice è l'analisi statistica).

Meglio ancora se troviamo delle metanalisi in cui epidemiologi esperti analizzano (con onestà intellettuale!) i risultati di più RCT sullo stesso argomento: quando diversi ricercatori, in diversi contesti ma con metodologie confrontabili hanno osservato gli stessi effetti, è probabile che anche noi li ritroveremo nei nostri pazienti.

Analizzando senza preconcetti i dati scientifici pubblicati in letteratura, e soprattutto i lavori di metanalisi di RCT, è molto difficile sostenere che non vi siano "evidenze" a favore dell'efficacia clinica dell'omeopatia.

## Bibliografia

1. Meta-analysis: quantitative methods for research synthesis. Wolf F.M. 1986. Beverly Hills, CA: Sage
2. Evidence of clinical efficacy of homeopathy. A meta-analysis of clinical trials. Cucherat M., Haugh M.C., Gooch M., Boissel J.P., for the HMRAG Group Eur. J. Pharmacol. 2000; 56: 27-33.
3. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Linde K., Clausius N., Ramirez G., Melchart D., Eitel F., Hedges L.V., Jonas W.B. The Lancet 1997; 350:834-43.
4. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. Shang A., Huwiler-Muntener K., Nartey I., Juni P., Dorig S., Sterne J.A.C., Pewsner D., Egger M. The Lancet 2005; 366: 726-32.
5. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. Sackett D.L., Rosenberg W.C., Gray M. J.A., Haines R.B. Richardson W.S. British Medical Journal 1996; 312: 71-2.



## Omeopatia: il passato, il presente e il futuro

Intervista raccolta da **Simonetta Bernardini**

Antonio Negro

### ■ Dott. Negro, ci parli di lei: innanzitutto, quando decise di diventare un medico omeopata.

Avevo otto anni. A quel tempo mio padre aveva un dolore al ginocchio che non riusciva a far scomparire. Una famiglia a noi amica, gli Zaccaria di Bordolano, in vacanza ad Alassio, da sempre seguaci dell'omeopatia, ci inviarono dal dott. Biscella, un medico laureato in America, all'Homeopathic Institute di Philadelphia. Questo medico, per esercitare in Italia, aveva dovuto ripresentarsi agli esami di stato. Il successo nei confronti di mio padre portò l'omeopatia nella nostra famiglia. Fu il dott. Biscella il mio primo maestro.

### ■ Chi ricorda dei grandi omeopati del secolo scorso?

Tanti, a cominciare da Schmidt, Vannier, Lamasson, al quale affidai mio figlio per studiare omeopatia, poi Galavardin, Zissu, allora giovane, Demarque, Ortega, Pasquero. I giovani Masi e Gandegabe, Chand, Dorcsi, Voll e la sua elettro-omeopatia che ricordava quella di Mattei. E altri ancora che adesso non ricordo... Tra gli italiani Tosi, Gagliardi, Galeazzi-Lisi, Leonardi, Lagorara, Modiano e Dandolo Mattoli. A quest'ultimo feci visitare uno dei miei figli, così come Galatzer che avevo consigliato a mia moglie come medico. Non sempre è possibile curare con obiettività i propri familiari. Poi, tra i miei primi diretti collaboratori, la scuola romana, i fratelli Santini, Baratta, Pavignano, Fontana, Galeazzi, Croci, Leoni e Mosso, senza dimenticare Lodispoto.

### ■ Quali differenze e quali similitudini ci sono tra questi grandi dell'omeopatia italiana?

I grandi, sia italiani sia stranieri, sono stati coloro che hanno seguito l'omeopatia vera, quella che considera il malato e non la malattia. Coloro che hanno applicato il vero pensiero di Hahnemann.

### ■ Come era accolta, allora, l'omeopatia dalla scienza convenzionale?

Il contatto più significativo con la medicina accademica fu con il mio maestro Nicola Pende, che mi permise di organizzare un ambulatorio omeopatico nell'Università di Roma. Poi con Gedda, professore di Genetica Medica. Nel suo "Istituto Mendel", ebbi la possibilità di tenere numerosi congressi. Inoltre Adalberto Pazzini, direttore dell'Istituto di Storia della Medicina, con il quale intrattenni rapporti di studio. All'Università Cattolica insegno come farmacologo Fischetti, un mio studente all'Università, come pure fu un mio studente Lucio Zichella, pro-

fessore ordinario di Ginecologia alla Sapienza. Entrambi s'interessarono all'omeopatia. Molti cattedratici, vedendo i risultati, accettarono i miei rimedi, senza chiedersi molti perchè. Ricordo i miei colloqui con Rossi-Fanelli ordinario di Chimica biologica.

### ■ Qual è la differenza tra i pazienti di ieri e quelli di oggi?

I pazienti di oggi sono più consapevoli. Sanno cosa è l'omeopatia. Ci sono più medici che la praticano anche se non sempre correttamente. Il paziente, attualmente, è più esigente non solo per una maggiore informazione ma anche perchè è cambiata la medicina. I pazienti che si rivolgono all'omeopatia sono più numerosi. All'inizio solo poche famiglie, forse anche per tradizione, si curavano in questo modo. Furono i risultati a far aumentare il numero. Il paziente di ieri, abituato al medico condotto e al medico di famiglia, voleva proseguire questo percorso con una terapia diversa. L'approccio medico-paziente, quindi, non era dissimile. Si disponeva di un minor numero di farmaci e diverse erano le malattie. C'era ancora la semiotica, la mano per diagnosticare, insieme ad analisi cliniche e radiologiche. Mancavano le apparecchiature moderne che, se da un lato facilitarono la diagnosi, dall'altro allontanarono il medico dal paziente.

### ■ Sono diverse le domande riguardanti la salute che le venivano rivolte un tempo rispetto a quelle di adesso?

Oggi, a volte, il paziente, corre da un medico omeopatico all'altro perchè crede nel metodo. Prima si sentiva dire: "Ho già provato l'omeopatia". Oggi se non è stato bravo o non si è soddisfatti si cambia l'omeopata. Cioè si crede all'omeopatia. Quindi il medico ha più responsabilità. Il paziente vuole essere ascoltato e vuole poter parlare. Essere visto nel suo insieme di mente e corpo. Si chiede all'omeopatia molto, a volte l'impossibile. Credo, però, che il medico omeopata debba essere aggiornato in medicina accademica. Per questo è più difficile fare l'omeopata. Devi saper essere due volte medico. Saper prescrivere, dove è necessario, analisi, ecografie, TAC. Come saper consigliare il chirurgo.

### ■ Come preparava i suoi rimedi?

Non preparavo i rimedi. Venivano da Francia, Inghilterra, Germania e Belgio.

### ■ Come giudica l'omeopatia attuale, le diverse correnti di pensiero, le lotte cui assistiamo in Italia tra *non convenzionali, complementari ed integrati*?

Non esistono tante omeopatie. Ce n'è solo una, quella che considera l'individuo e quindi la prescrizione di un solo rimedio. Il resto è l'utilizzo di sostanze a diluizioni omeopatiche, ma non è omeopatia. Si deve leggere lo spirito dell'Organon! Che significa saperlo interpretare: è un libro certamente antico, ma di grande saggezza anche se, attualmente, lo si legge sempre meno.

#### ■ Che ne pensa della integrazione in medicina?

È difficile fare una distinzione esatta tra medicina complementare ed integrata. Hahnemann non accettava un dialogo con la medicina allopatrica. Considerava, addirittura "mezzi omeopatici", i medici che prescrivevano più di un rimedio. Complementare mi sembra più bello di integrare, in quanto penso che non si debbano dimenticare le scoperte ed i successi della medicina. Forse anche Hahnemann, oggi, parlerebbe così! Il medico deve sapere agire sempre con scienza e coscienza e prescrivere cristianamente al paziente quello che avrebbe fatto per sé.

#### ■ Che ne pensa dell'attività svolta in tal senso dalla SIOMI?

Quando il paziente assume farmaci salvavita e da tanto tempo, pur avendo come obiettivo l'omeopatia, si deve fare attenzione ad eliminarli. Va studiato il caso singolo. Nostro compito è non nuocere. Certo, spesso è difficile. Ma il nostro compito è rendere sano il malato, che vuol dire non intossicarlo, rispettando la sua risposta individuale. Dall'altro se usa già sostanze allopatriche dobbiamo esaminare quale danno si potrebbe creare con una loro soppressione. Si deve, prima di tutto, essere buoni medici. Affidarsi alla nostra coscienza, con l'aiuto di Dio, oltre che alla scienza. Purtroppo non uso il computer. So che voi comunicate con Internet. Se la SIOMI lavora nel rispetto del pensiero di Hahnemann sicuramente compie un'opera meritoria di diffusione e di studio.

#### ■ Che ne pensa del primo ospedale di medicina integrata di Pitigliano?

Non conosco questo ospedale. È stato sempre un mio sogno creare una vera clinica omeopatica. Ho creato, invece, diverse scuole, SAMO e SIMOH a Roma, LUIMO a Napoli. Nella sede della SAMO, a Piazza Navona, i miei figli stanno organizzando il Museo dell'omeopatia e l'Archivio storico. Lì vorrei che fosse riunito tutto quello che ho raccolto e che ha fatto parte della storia dell'omeopatia italiana. L'omeopatia ha una sua storia. Ormai si è diffusa e lo dimostra il numero di farmacie che vendono prodotti omeopatici. Quando ho iniziato erano per tutta Italia solo tre. Oggi sono tantissime; anzi credo sia più facile contare quelle che non hanno prodotti omeopatici. Ricordo quando la Farmacia Falcucci, di Roma, stava chiudendo l'esercizio e voleva buttare via un grande busto di Hahnemann. Me lo feci dare. Ora è nella sede della SIMOH. Anche il busto è destinato alla sede del Museo. Spero che Dio mi faccia vedere l'inaugurazione. Vorrei che fosse un centro di pensiero e di storia, un punto di riferimento e di unione per tutta l'omeopatia italiana. È il mio sogno. Un'omeopatia italiana unita nella forza del pensiero di Hahnemann del quale si deve ancora scoprire tutta la modernità.

### Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

**Tiziana Di Giampietro** - E se l'azione più pronta della diluizione più dinamizzata, (e in quanto tale più elettricamente attivata), dipendesse dalla facilità dei "quanti di luce" di attraversare le membrane cellulari e stimolare l'attivazione della via biologica interessata? Resterebbe da capire (una volta accertata la causa della diversa velocità di indurre una risposta) come facciano le molecole di Belladonna ad innescare reazioni "consone" alla sua natura.

**Gino Santini** - Osservazione interessante anche quella di Tiziana. Tra l'altro sarebbe un'esperienza osservazionale facilmente realizzabile e quindi facilmente verificabile. Pensa a quanti esami oculistici necessitano dell'uso di atropina! E il modello proposto verrebbe modificato di conseguenza con i risultati ottenuti, con nuove e più stimolanti prospettive. Del resto così procede la ricerca clinica...

**Marialucia Semizzi** - Grazie e scusate la mia lentezza. Dunque è stata usata una 30CH ma poteva essere ripetuta una 5, però si è notato che la 30 è stata più rapida... Come quando si vuole propagare una nota con una campana: se si usa una campana piccola il suono è debole e si disperde subito, se si usa un campanone grande la nota è molto più forte, copre i suoni presenti nell'aria in quel momento e rimane la risonanza della nota nell'aria molto a lungo dopo che la campana ha suonato... È quello che si è sempre insegnato, mi pare, quello che fa diradare le dosi all'aumentare della diluizione... uguale frequenza, diversa armonica, diverso e maggiore impatto correttivo sull'organismo, maggiore probabilità che "l'alto volume" dell'informazione data susciti reazioni più allargate (patogenesi)... cosa che se si dà una volta sola non si vede... Poi c'è il problema annoso delle varie scuole per cui la 30CH per alcuni è bassa, per altri media, per altri già alta... ma è un'altra storia, qui si paragonavano due diluizioni diverse, non ci si chiedeva se sono basse o alte... Grazie della condivisione! Grazie a tutti dei vostri spunti, imparo tante cose...

**Gino Santini** - Bella questa metafora della campana! Io mi sono sempre attenuto ad un modello che prevedeva la diluizione che vuole eliminare gli effetti secondari della sostanza e la dinamizzazione che intende esaltare gli effetti primari. In sintesi, una legge di farmacodinamica che anche le sostanze omeopatiche devono rispettare: è vero che non conosciamo ancora parecchi elementi di funzionamento, ma qualche modello dobbiamo pur ipotizzarlo. Se mettiamo da parte per un momento la durata d'azione del rimedio (altra variabile di notevole importanza), una 5CH tende ad esaurirsi rapidamente e costringe ad una somministrazione ripetuta; la frequenza può invece scendere con l'incremento della dinamizzazione stessa, per evitare aggravamenti nel caso in cui il medicinale non trovi uno squilibrio da contrastare. Quanto alla divisione fra alte, medie e basse dinamizzazioni, in fondo, basta capirsi...

(continua a pag. 42)

# Attività delle diluizioni di istamina sulla degranolazione dei basofili

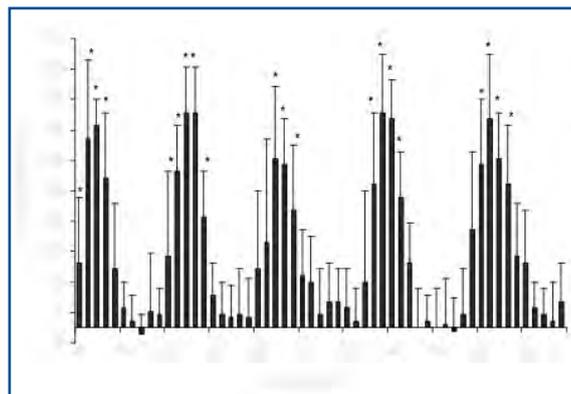
Naoual Boujedaini

Dottore in Biologia e Farmacologia  
Responsabile dei Progetti di Ricerca e degli Studi Clinici  
Laboratoires Boiron, Francia

*I basofili sono cellule sanguigne polinucleate che contribuiscono alla reazione di ipersensibilità immediata, una normale reazione di difesa dell'organismo che diventa patologica quando i meccanismi di regolazione di quest'ultimo non sono più in grado di fronteggiare la situazione. Questa reazione è mediata dalle immunoglobuline E, che presentano un'elevata affinità per i recettori presenti sulla membrana plasmatica di numerose cellule, tra cui gli eosinofili, le cellule di Langerhans, i mastociti e i basofili. L'azione delle diluizioni infinitesimali di istamina sulla degranolazione dei basofili è studiata da più di vent'anni da diverse équipe, tra cui quella del Dott. J. Sainte-Laudy, quella del prof. Mannaioni e quella del prof. Ennis. In questa sede si riportano i dati principali risultanti dagli studi pubblicati.*

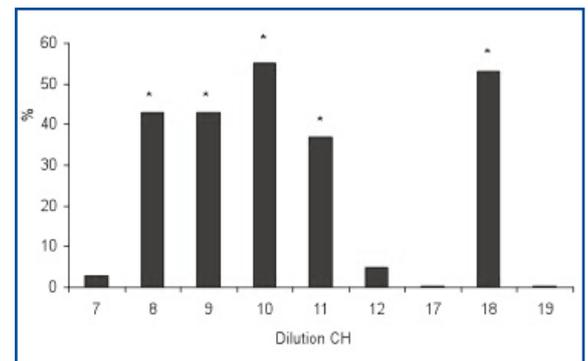
## Effetto delle diluizioni di istamina sul test di degranolazione dei basofili

Alcuni basofili umani, isolati a partire da prelievi di sangue, vengono sensibilizzati passivamente ad un determinato allergene (in questo caso l'acaro *Dermatophagoides pteronyssinus*) mediante incubazione in presenza di plasma ricco di IgE specifiche, prelevato da soggetti allergici agli acari. Le cellule vengono poi messe in incubazione in presenza delle diluizioni di istamina da studiare. La degranolazione viene indotta aggiungendo una concentrazione ottimale di allergene nel mezzo reattivo. Alla fine, i basofili vengono colorati con Alcian blu; solo le cellule che non hanno reagito all'allergene si colorano, poiché i granuli delle cellule attivate hanno perso la loro affinità per il colorante. La percentuale di basofili attivati è calcolata rispetto ad un controllo senza allergene; la percentuale di inibizione indotta dall'istamina è calcolata rispetto ad un controllo senza istamina.



**Figura 1**  
Inibizione della degranolazione dei basofili (media ± SEM) per diluizioni di istamina tra la 5 e la 60 CH.

Sembra che alcune diluizioni (tra la 5 e la 60CH) riducano significativamente la degranolazione dei basofili, mentre altre sono inefficaci (fig. 1)<sup>1</sup>. Si tratta di un effetto specifico poiché non lo si ritrova con le diluizioni di istidina, chimicamente simile all'istamina, ma sprovvista delle proprietà farmacologiche di quest'ultima<sup>2</sup>. La regolarità con cui si riproduce su grandi serie ne ha consentito la modellizzazione matematica.



**Figura 2** - Inibizione (media) della degranolazione dei basofili indotta da anti-IgE e misurata mediante colorazione. Azione delle diluizioni di istamina tra la 7 e la 19CH.

## Conferma dell'attività delle diluizioni di istamina con uno studio multicentrico

Si è realizzato uno studio europeo multicentrico per confermare la riproducibilità dell'effetto osservato. I test sono eseguiti in cieco in 4 laboratori diversi. L'attivazione dei basofili è stata indotta da stimoli aspecifici quali anticorpi anti-IgE. Le diluizioni di istamina (15, 16, 17, 18 e 19 CH) sono state confrontate alle corrispondenti diluizioni di acqua distillata. Dall'analisi dei dati raccolti dai 4 laboratori (3906 misurazioni) risulta che le diluizioni di istamina diminuiscono significativamente la degranolazione dei basofili rispetto al controllo H<sub>2</sub>O (p<0,0001) (Fig. 2)<sup>3</sup>.

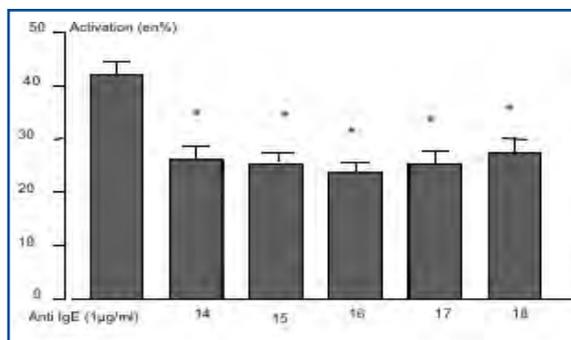
## Conferma dell'effetto delle diluizioni di istamina con diverse tecniche

L'attività biologica delle alte diluizioni di istamina è stata studiata con tecnica manuale, per esempio eseguendo la conta microscopica dei basofili colorati utilizzata nel test di degranolazione dei basofili. Tuttavia, sebbene queste esperienze fondamentali siano controllate in cieco ed av-

valorino l'attività biologica delle alte diluizioni, le tecniche manuali possono presentare difficoltà statistiche, e hanno fama di poter presentare bias legati all'osservatore. Per confermare e convalidare questi risultati, sarebbe pertanto necessario utilizzare una tecnica di rilevamento automatico dei basofili attivati.

**Test di attivazione dei basofili mediante citometria di flusso**

La citometria di flusso consente di identificare e di quantificare l'espressione dei marker della membrana, mediante anticorpi monoclonali specifici abbinati ad un fluorocromo. Questo metodo è basato sulla selezione delle cellule da analizzare e sulla quantificazione della relativa attivazione. I principali marker utilizzati per la selezione sono l'IgE, il CD203c e il CD13. I principali marker di attivazione sono il CD63 e il CD203c. Negli anni '90, lo studio dell'immunomodulazione delle diluizioni di istamina comprese tra la 2 CH e la 18CH si è avvalso di due anticorpi monoclonali (anti-IgE/anti-CD63), uno specifico per le immunoglobuline IgE, l'altro specifico per il CD63. Questa tecnica ha dimostrato la sua elevata specificità e la sua grande sensibilità nella diagnosi clinica dell'allergia<sup>4-5-6</sup>. La percentuale di inibizione della degranulazione viene calcolata sulla base del numero di cellule che esprimono il CD63 nei lotti controllati e trattati. I risultati hanno dimostrato l'azione inibitrice delle diluizioni di istamina comprese tra la 2 e la 4 CH e la 15 e la 18 CH sull'espressione del CD63 (Fig. 3).



**Figura 3** - Percentuale di attivazione dei basofili dopo incubazione con anti-IgE, rispettivamente in assenza o in presenza di diverse diluizioni di istamina (i numeri fanno riferimento alle concentrazioni molari teoriche).

**Test di dosaggio dell'istamina**

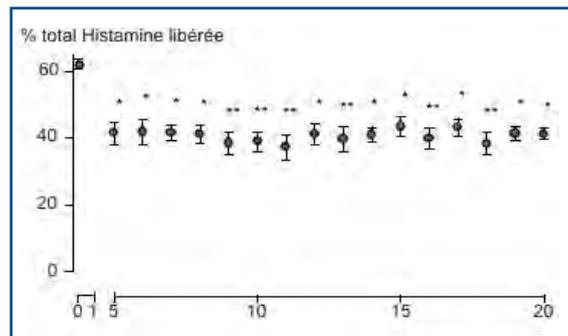
Effettuando il dosaggio dell'istamina liberata dopo degranulazione dei basofili in ambiente extra-cellulare, si è potuto confermare, con una terza tecnica, che alcune diluizioni di istamina diminuiscono l'attivazione dei basofili (Fig. 4)<sup>7</sup>.

**Modulazioni dell'azione dell'istamina**

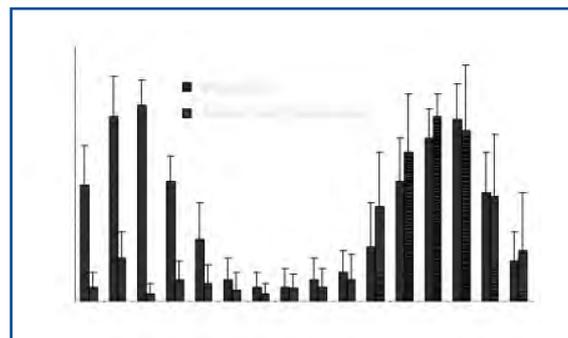
Diversi esperimenti hanno studiato la modulazione farmacologica delle diluizioni di istamina. **Azione dell'istaminasi** - La tecnica della colorazione dei basofili ha consentito di dimostrare che l'istaminasi, a concentrazione farmacologica, inibisce l'azione dell'istamina a forte concentrazione (dalla 5 alla 8 CH), ma non quella delle alte diluizioni di istamina (Fig. 5)<sup>1</sup>.

**Azione degli antagonisti dei recettori H<sub>2</sub> dell'istamina**

- A concentrazione farmacologica, l'istamina esercita un retrocontrollo negativo sulla propria escrezione, attraverso i recettori H<sub>2</sub>. Gli studi realizzati mediante colorazione dei basofili e citometria hanno dimostrato che l'azione delle alte diluizioni è inibita da un antagonista H<sub>2</sub>, la cimetidina, il che conferma l'azione di immunomodulazione delle alte diluizioni di istamina (Fig. 6)<sup>8</sup>.



**Figura 4** Effetto sul rilascio di istamina nella fase precedente l'incubazione con diluizioni di istamina.



**Figura 5** Inibizione della degranulazione dei basofili (media ± SEM) misurata mediante colorazione, in presenza e in assenza di istaminasi, per diluizioni di istamina comprese tra la 5 e la 20CH.

**Applicazione dei nuovi protocolli di citometria di flusso all'analisi dell'attività di immunomodulazione delle alte diluizioni di istamina<sup>9</sup>**

Con la comparsa di nuovi anticorpi monoclonali in grado di identificare altri marker della membrana più specifici, si sono sviluppati tre nuovi protocolli per studiare l'effetto delle alte diluizioni di istamina.

1. Un protocollo che utilizza tre anticorpi monoclonali (anti-CD13, anti-CD63 e anti-CD203c). Questo protocollo consente di misurare contemporaneamente l'effetto dell'istamina 16CH e 2CH sulla regolazione dell'espressione di CD63 e CD203c.
2. Un protocollo che utilizza quattro anticorpi monoclonali (anti-CD13, anti-CD14, anti-CD63 e anti-CD203c). Il CD14 è una proteina della membrana espressa solo dai monociti.
3. Un protocollo che utilizza due anticorpi monoclonali (anti-IgE e anti-CD203c). Quest'ultimo consente di misurare l'intensità media di fluorescenza (MFI) di CD203c e IgE.

Risulta chiaro che l'utilizzo del protocollo che associa quattro anticorpi consente di selezionare in modo più specifico i basofili in questo studio.

I risultati sono espressi sotto forma di percentuale (regolazione dell'espressione del CD63), oppure di intensità media di fluorescenza dei marker (CD203c e IgE).

## Risultati

Per standardizzare questi protocolli, per attivare i basofili si è scelto il fMLP, un peptide batterico che induce sistematicamente un'attivazione dei basofili, diversamente dall'anti-IgE che induce un'attivazione dei basofili solo nell'85% delle sospensioni cellulari. Si è inoltre dimostrato che le diluizioni di istamina inducono lo stesso effetto sull'attivazione dei basofili in presenza di anti-IgE o di fMLP.

L'utilizzo del protocollo anti-IgE/anti-CD63 conferma l'effetto inibitore già precedentemente dimostrato della diluizione 16 CH. La percentuale di inibizione è dell'ordine del 19%. Il protocollo eseguito con tre anticorpi monoclonali (anti-CD13, anti-CD63 e anti-CD203c) rivela un effetto inibitore modesto e non significativo dell'istamina 16CH sull'espressione di CD63 nei basofili attivati.

La scarsa entità dell'inibizione è probabilmente dovuta alla presenza dei monociti selezionati dall'anti-CD13, che crea delle interferenze nella citometria. Per eliminare la contaminazione con i monociti, è possibile purificare i basofili con l'aggiunta di anti-CD14. Questo protocollo, che si avvale di 4 anticorpi monoclonali (anti-

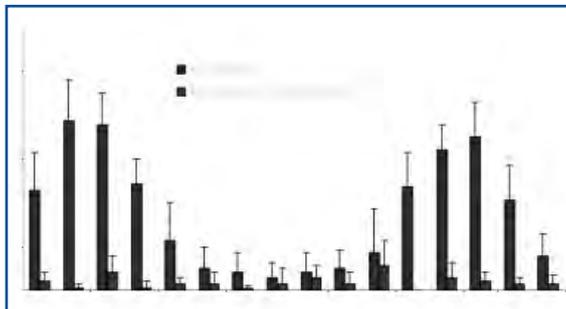
La sensibilità dell'analisi dell'attivazione dei basofili mediante citometria di flusso dipende dalla precocità del marker di attivazione misurato.

L'effetto inibitore delle diluizioni di istamina 2CH e 16CH si osserva anche: nei confronti di una reazione IgE-dipendente (protocollo di attivazione dei basofili mediante un anti-IgE; protocolli con triplice e quadruplicata marcatura; protocollo IgE/CD203c); nei confronti di una reazione non IgE-dipendente (protocollo di attivazione dei basofili mediante fMLP). Questi protocolli, che si avvalgono di diversi marker di attivazione dei basofili, forniscono nuove argomentazioni a favore dell'esistenza e della specificità dell'attività biologica delle alte diluizioni. L'azione biologica delle alte diluizioni di istamina sull'attivazione dei basofili è studiata anche da altre équipe, quali per esempio il laboratorio del prof. Paolo Bellavite.

## Bibliografia

1. Sainte-Laudy J, Sambucy JL, Belon P. Biological activity of ultra low doses: I / Effects of ultra low doses of histamine on human basophil degranulation triggered by *D. pteronissinus* extract. In *Ultra Low Doses* Taylor & Francis Ltd. 1991; p 127-138.
2. Sainte-Laudy J., Modulation of allergen and anti-IgE induced human basophil activation by serial histamine dilutions, *Inflammation Research*, 2000 ; 49 : S5-S6.
3. Sainte-Laudy J., Belon P., Inhibition of human basophils activation by high dilutions of histamine, *Agents Actions*, 1993; 38: C245-7
4. Gane P., Pecquet C., Crespau H. et al., Flowcytometric monitoring of allergen induced basophil activation, *Cytometry*, 1995; 19: 361-5.
5. Moneret-Vautrin DA, Sainte-Laudy J, Kanny G et al. Human basophil activation measured by CD63 expression and LTC4 release in IgE mediated food allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999 ; 82 : 33-40.
6. Sainte-Laudy J., Sabbah A., Drouet M. et al. Diagnosis of venom allergy by flow cytometry. Correlation with clinical history, skin tests, specific IgE, histamine and leukotriene C4 release. *Clin Exp Allergy* 2000 ; 30 : 1166-1171.
7. Belon P., Cumps J., Ennis M., Mannaioni P.F., Roberfroid M., Sainte-Laudy J., Wiegant F.A.C., Histamine dilutions modulate basophil activation, *Inflammation Research*, 2004 ; 53 : 001-08.
8. Sainte-Laudy J, Belon P. Application of flow cytometry to the analysis of the immunosuppressive effects of histamine dilutions on human basophil activation: effects of cimetidine. *Inflammation Research*, 1997; 46: S27-S28.
9. Sainte-Laudy J., Belon P., Use of different flow cytometric for the analysis of human basophil activation. Application of the study of the biological activity of high dilutions of histamine. *Inflamm Res*, 2006; 55 Supplement1; S23-S24.

**Figura 6**  
Percentuale di attivazione dei basofili dopo incubazione con anti-IgE, rispettivamente in assenza o in presenza di diverse diluizioni di istamina.

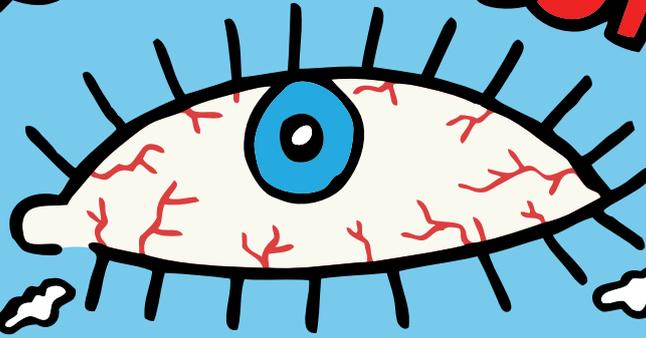


CD13, anti-CD14, anti-CD63 e anti-CD203c), riflette un effetto inibitore significativo dell'istamina 16CH sull'espressione di CD203c, dell'ordine del 37%. Il protocollo anti-IgE/anti-CD203c evidenzia un effetto inibitore dell'istamina 16CH più significativo di quello misurato nei protocolli precedenti, con un'inibizione dell'ordine del 63%. L'entità dell'inibizione indotta dall'istamina 16CH dipende dalla scelta del marker in questione. L'IgE e il CD203c sono marker precoci dell'attivazione dei basofili. Ciò nonostante, l'istamina 2CH induce un'inibizione significativa, di entità simile in tutti i protocolli sperimentati. Quest'inibizione si aggira intorno al 70%.

## Conclusioni

L'analisi, mediante citometria di flusso dell'immunomodulazione dell'attivazione dei basofili indotta dalle diluizioni di istamina conferma l'esistenza di un'attività biologica delle alte diluizioni di istamina.

# OCCHI ROSSI?



# E SE PROVASSI L'OMEOPATIA?



Creazione artistica di Mauro Bergonzoli

Euphrasia officinalis 3 DH e Chamomilla vulgaris 3 DH, componenti del collirio Euphralia, sono tradizionalmente utilizzate in omeopatia nei diversi disturbi dell'occhio<sup>1, 2</sup>: arrossamento, bruciore, lacrimazione, irritazione, fotofobia, prurito, sensazione di corpo estraneo, secchezza, palpebre agglutinate, dolore. La loro azione è anche dimostrata da uno studio clinico.<sup>3</sup>

Il collirio Euphralia\*, costituito esclusivamente dalle diluizioni omeopatiche e da eccipienti isotonici (sodio cloruro 0,9% e acqua purificata), garantisce il rispetto delle caratteristiche fisiologiche del liquido lacrimale e non causa irritazione o bruciore alla somministrazione.<sup>4</sup>

Confezionato in contenitori monodose di polietilene morbido senza additivi,<sup>5</sup> è prodotto con tecnologia Bottelpack®, che garantisce la sterilità senza l'uso di conservanti.<sup>6</sup>

Per tutte queste caratteristiche, il collirio Euphralia può essere utilizzato in modo continuativo e prolungato da tutti, anche bambini,<sup>7</sup> donne in gravidanza<sup>8</sup> e portatori di lenti a contatto.<sup>9</sup>

Il morbido e pratico contenitore monodose rende facile e sicura l'istillazione oculare: 1 o 2 gocce 2-3 volte al dì. Al bisogno anche più volte al giorno.

Servizio Informazioni Boiron: numero verde 800-032203; info@boiron.it; www.boiron.com - www.boiron.it



\* Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate. Non a carico del SSN.

1) Demarque D., Jouanny J., Poitevin B., Saint-Jean V.: Farmacologia e materia medica omeopatica. Medicina Naturale. Tecniche nuove. 2) Kent J.T.: Repertorio della Materia Medica Omeopatica. Tomo II. IPSA editore. "Occhi e Visione": 945-1034. 3) 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. - Università degli Studi di Roma "La Sapienza" Cattedra di Clinica Oculistica. Bollettino di Oculistica Anno 76 - N. 4 - 1997 4) Stella R.: Manuale di farmacologia, tecnica, legislazione farmaceutica ed organizzazione dei servizi farmaceutici - ed. Cortina: 289; 399-400. 5) Monografia 3.1.4. Farmacopea Europea V ed. 6) 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 (3): 203-214. 7) Boulet J.: Homéopathie - L'enfant. Marabout: 14-17. 8) Rocher C.: Homéopathie - La femme enceinte. Marabout: 14-17. 9) Guida all'uso dei farmaci: 13.7 Lenti a contatto. Agenzia Italiana del Farmaco; 4 - anno 2007.

LABORATOIRES  
**BOIRON®**

# Spotlight

## Omeopatia 3.3

a cura di Gino Santini

Segretario Nazionale SIOMI  
Direttore Scientifico ISMO, Istituto di Studi di Medicina Omeopatica  
E-mail: g.santini@siomi.it

*Una finestra sul vasto mondo delle pubblicazioni scientifiche, che cerca di evidenziare gli articoli che mettono in risalto aspetti in qualche modo legati ad una visione della medicina meno rigida di quella alla quale ci ha abituato la ricerca clinica accademicamente intesa. La finalità è quella di offrire una visione sintetica e interdisciplinare, tesa a ricomporre i singoli frammenti di scienza, clinica e quant'altro in un quadro più complesso e, forse proprio per questo, più affascinante.*

### Medicinali omeopatici efficaci come la chemio su cellule neoplastiche

Moshe Frenkel, Bal Mukund Mishra, Subrata Sen, Peiying Yang, Alison Pawlus, Luis Vence, Aimee Leblanc, Lorenzo Cohen, Pratip Banerji, Prasanta Banerji. Cytotoxic effects of ultra-diluted remedies on breast cancer cells. *Int J Oncol* 2010; 36:395-403.

Un articolo pubblicato sull'International Journal of Oncology approfondisce una ricerca secondo la quale rimedi omeopatici testati in laboratorio su due linee cellulari di adenocarcinoma e su una linea di cellule sane derivate da epitelio mammario umano (HMLE), hanno evidenziato "elevati effetti citotossici" nei confronti delle cellule cancerose, cosa che non accade nel caso dell'epitelio sano. I ricercatori hanno rilevato che l'azione dei rimedi omeopatici sembra simile a quella del Paclitaxel, un chemioterapico usato per trattare il tumore al seno e che non sono stati riscontrati effetti tossico-degenerativi sulle cellule normali. L'esperimento è stato ripetuto almeno due volte per ciascun rimedio testato: Carcininum, Conium maculatum, Phytolacca decandra e Thuja occidentalis, tutti alla 30CH. Gli effetti maggiori, riferiscono gli autori, sono stati registrati con Carcininum e Phytolacca.

### Il Natrum sulphuricum protegge dalla cancerogenesi epatica

Nandini Bhattacharjee, Surajit Pathak and Anisur Rahman Khuda-Bukhsh. Amelioration of Carcinogen-Induced Toxicity in Mice by Administration of a Potentized Homeopathic Drug, Natrum Sulphuricum 200. *eCAM*, 2009, doi: 10.1093/ecam/nem067.

Il Natrum sulphuricum è, secondo la medicina omeopatica, un grande rimedio per i disturbi intestinali ed epatobiliari, ad azione sia colagoga che coleretica, dotato anche di effetto epato-protettivo. Solitamente ad alte diluizioni (dalla 30CH in su), è impiegato per pro-

blematiche psichiche, indicato in soggetti depressi e facili al pianto, romantici e molto sensibili alla musica. Questa ricerca sul modello murino, dimostra invece che le alte potenze (200CH) possono proteggere il fegato nella carcinogenesi sperimentale. A tal fine un ampio gruppo di topi è stato alimentato con P-Dimethylaminoazobenzene (iniziatore della epatocarcinogenesi) e fenobarbital (promotore) e suddivisi, in modo random, in cinque sottogruppi, con diverse carature di alimentazione proteica, con o senza alcool e sottoposti a diversi dosaggi di iniziatore e promotore, alcuni con supplementazione alimentare di Natrum sulphuricum 200CH, altri senza questo trattamento. Gli animali, tutti dello stesso ceppo, sono stati sacrificati poi in periodi successivi e cioè al giorno 7, 3, 60 e 90, in modo da consentire, in modo seriale e cronologico, una serie di ricerche citologiche relative alle aberrazioni cromosomiche e nucleari, all'indice mitotico e dei livelli di enzimi antiradicalici inibitori della lipoperossidazione. Sono stati inoltre valutati, nel sangue degli stessi animali e nei diversi periodi, i livelli di transaminasi, gamma-glutamin-transepilidasi e fosfatasi alcalina. Mentre non si sono rilevate differenze in base alla introduzione di alcool e al regime dietetico proteico, i topi trattati con Natrum sulphuricum hanno mostrato minore carcinogenesi, maggiore normalità dell'indice mitotico, minore caduta della glutatione-reduttasi e valori statisticamente più bassi degli enzimi epatonecrotici, oltre a rilevare una spiccata protezione sulle modificazioni genomiche.

### China 200CH per combattere la malattia del nodo del Gelso

SC Datta. Effects of Cina on root-knot disease of mulberry. *Homeopathy* 2006; 95: 98-102.

La malattia detta "del nodo del Gelso", è causata dal *Meloidogyne incognita*, un nematode estremamente invasivo e refrattario a molti tipi di tratta-

mento. Tale patologia ha ripercussioni molto gravi, a volte drammaticamente disastrosi, nell'economia dell'industria serifera e, pertanto, è fra le condizioni più temute per la sericoltura. La China 200CH e la Tintura Madre (TM) dello stesso principio vegetale, preparati entrambi a partire da meristemi fioriti di *Artemisia nilagirica*, spruzzati sul fogliame di gelso (*Morus alba* L.) infestati dal nematode, con irrigazione sia sei giorni prima che sei dopo l'infestazione sperimentale, riducono l'indice di infestazione, rispetto a due identici lotti di controllo. Inoltre il trattamento con China in TM e omeopatizzata determina una maggiore crescita della biomassa fresca ed un maggiore sviluppo radicolare sia nel senso della lunghezza che del calibro complessivo. In una seconda fase dell'esperimentazione, i lotti infestati e trattati, sono stati ulteriormente suddivisi: uno è stato sottoposto a trattamento con China TM, l'altro con China 200 CH. In questa seconda fase si è visto che la crescita delle parti vegetative e il numero di infestazioni, risente più favorevolmente del preparato omeopatico che della TM. Poiché lo stesso nematode è responsabile di seri danni ortofrutticoli (soprattutto verso pomodori e carote), l'impiego di China può essere un metodo utile ed economico nel miglioramento di tali importanti coltivazioni.

### Omeopatia e tumori: ottime notizie dal National Cancer Institute

Prasanta Banerji, Donald R. Campbell, Pratip Banerji. Cancer patients treated with the Banerji protocols utilising homeopathic medicine: A Best Case Series Program of the National Cancer Institute USA. *Onc Rep* 2008;20:69-74.

In questi ultimi anni sono stati condotti diversi studi sul ruolo della medicina complementare nella terapia del cancro, ma pochi sono stati i risultati pubblicati in merito alla regressione completa dei tumori maligni. Il protocollo terapeutico omeopatico proposto da due medici indiani, Prasanta e Pratip Banerji per la cura di K polmonare ed esofageo è stato successivamente valutato e convalidato dal National Cancer Institute USA. Lo studio dimostra come la terapia omeopatica proposta a 14 pazienti porti a completa regressione i tumori, regressione suffragata dagli esami ematochimici e radiologici. La terapia omeopatica del protocollo Banerji in caso di carcinoma polmonare a evoluzione maligna (TNM III e IV), nel caso di adenocarcinoma a piccole cellule prevede *Kalium carbonicum* 200CH e *Ferrum phosphoricum*, mentre nei casi di carcinoma esofageo maligno a cellule squamose il protocollo prevede l'assunzione di *Condurango* 30CH.

### Terapia omeopatica nella rigenerazione ossea

Janete Dias Almeida, Emilia Angela Loschiavo Arisawa, Ivan Balducci, Rosilene Fernandes da Rocha<sup>1</sup> and Yasmin Rodarte Carvalho - Homeopathic treatment for bone regeneration: experimental study - *Homeopathy*, 2009, 98 (2), 92-96.

L'uso di medicine omeopatiche come induttori della formazione di nuovo osso è praticamente assente nelle pubblicazioni scientifiche. Secondo alcuni studi, il piombo ha dimostrato una marcata affinità per il calcio; inoltre il piombo e alcuni altri elementi tossici sono fissati e rilasciati dall'osso in una maniera simile a quello di calcio. Tuttavia, causa l'alta tossicità del piombo, la sua applicazione è indicata solamente a dosi omeopatiche. A conferma di questo, Sweeney et al. hanno riportato il bisogno di metodi alternativi per la riparazione di alterazioni nell'osso causati da traumi o derivanti da malformazioni congenite, neoplasie o infezioni.

L'obiettivo di questa ricerca era studiare l'effetto di un trattamento omeopatico con *Plumbum metallicum* sulla riparazione di lesioni nell'osso mandibolare nei topi. Sessanta maschi di topi albini Wistar (*Rattus norvegicus*) di tre mesi e del peso di 300 g sono stati randomizzati in tre gruppi di 20 animali ognuno: gruppo controllo, gruppo trattato con calcitonina e gruppo trattato con il rimedio omeopatico. Nell'osso della mandibola di ogni topo è stato eseguito un foro circoscritto della misura di 4 mm di diametro, successivamente ricoperto con una rete di polytetrafluorethylene (PTFE). Nel gruppo trattato con calcitonina, l'animale ha ricevuto iniezioni di 50 IU di calcitonina sintetica di salmone, corrispondente alla dose terapeutica umana. Diluito in fisiologica salina, 2 IU/kg, sono state somministrate intramuscolo a giorni alterni. Nel gruppo trattato con omeopatia, il medicamento è stato preparato secondo la farmacopea omeopatica. Ogni animale ha ricevuto tre gocce di rimedio al giorno, aggiunto ad acqua. Gli animali sono stati sacrificati dopo 7, 14, 21 e 28 giorni. Le mandibole sono state rimosse e sottoposte ad analisi istologiche e istomorfometriche, in cieco, da un gruppo di istologi. La variabile istologica considerata per quantificazione (Pi) era la formazione di un nuovo tessuto osseo. L'analisi statistica dei dati istomorfometrici non ha mostrato un risultato significativamente diverso nei tre gruppi presi in osservazione; tuttavia, sotto l'aspetto puramente istologico, il tessuto osseo di recente formazione ha presentato trabecole più mature (in alcuni casi anche una sistemazione lamellare), mentre un riempimento più completo del foro chirurgico in tutta la sua estensione è stato visto solamente nel gruppo trattato con *Plumbum metallicum*.

### Gelsemium omeopatico contro l'ansia: nei topi funziona

Paolo Bellavite, Paolo Magnani, Marta Marzotto and Anita Conforti - Assays of homeopathic remedies in rodent behavioural and psychopathological models - *Homeopathy*, 2009, 98 (4), 208-227.

L'Università di Verona, in collaborazione con i farmacologi e grazie ad un paritetico accordo di ricerca con Laboratoires Boiron, ha messo a punto un piccolo ma efficiente laboratorio per lo studio del comportamento animale, in particolare per studiare gli effetti di rimedi omeopatici su molti modelli di ansia e stress, sviluppati

e descritti in roditori. In questo studio pubblicato su *Homeopathy* sono stati utilizzati vari test - validati dalla letteratura neurobiologica e neurofarmacologica - per la misura dell'ansietà, di cui i due principali sono il LDT (Light-Dark Test, l'animale può scegliere se stare in un campo aperto bianco o in una cameretta scura e chiusa) e l'OFT (Open-Field Test, l'animale è liberato in un recinto dove può scegliere se deambulare lungo le pareti o esplorare la parte centrale). Tutte le prove, a partire dalla preparazione del medicinale, sono state svolte in condizioni di randomizzazione e cecità degli operatori. Sono stati testati diversi medicinali omeopatici: Aconitum, Nux vomica, Belladonna, Argentum nitricum, Tabacum e Gelsemium (tutti alla 5CH); alla fine è stato identificato il Gelsemium come il medicinale più promettente e meritevole di ulteriori prove. A causa della variabilità dei soggetti (anche i topi hanno una loro "individualità" di carattere) per raggiungere una significatività statistica è stato necessario effettuare almeno otto esperimenti, da cui è emerso che effettivamente il Gelsemium ha un effetto "anxiolytic-like", particolarmente evidente nell'OFT. In una successiva serie di studi dose-risposta, sono state testate simultaneamente cinque dinamizzazioni (4, 5, 7, 9 e 30CH). Gelsemium migliora alcuni indici comportamentali di ansietà nel topo: la sua efficacia è pari o superiore a buspirone e benzodiazepine, almeno nell'OFT; gli effetti del medicinale concernono soprattutto avversione a spazio aperto, tendenza a camminare lungo i muri, paura della luce e miglioramento dei sintomi col movimento; nel LDT sono emersi risultati di altissima significatività statistica ( $p < 0.001$ ) e le diluizioni/dinamizzazioni 9CH e 30CH paiono più attive rispetto alle 4CH e 5CH; la 7CH ha attività intermedia e diversa secondo il tipo di test (più attiva nell'OFT); comunque il problema delle differenze di attività tra le "potenze" non è drammatico, perché tutte le dinamizzazioni hanno mostrato un certo effetto, eccettuata forse la 4CH; Gelsemium non ha effetti avversi sulla locomozione, né provoca sedazione (come invece sembra fare il buspirone).

### **Dinamizzazioni omeopatiche influenzano la crescita di piante acquatiche**

Claudia Scherr, Meinhard Simon, Jörg Spranger and Stephan Baumgartn - Effects of potentised substances on growth rate of the water plant *Lemna gibba* L. - *Compl Ther Med*, 2009, 17 (2), 63-70.

In uno studio effettuato in Svizzera dal gruppo coordinato da Claudia Scherr, si è cercato di valutare l'influenza di sostanze diluite e dinamizzate a varie potenze decimali (comprese tra la 14X e la 30X) sull'indice di accrescimento di *Lemna gibba* L. (lenticchia d'acqua spugnosa), pianta acquatica galleggiante, perenne, lunga circa 3-4 millimetri. Nelle fasi preliminari della sperimentazione è stato effettuato uno screening su 12 sostanze omeopatiche, ma successivamente la sperimentazione si è concentrata solo su quattro rimedi: Argentum nitricum, acido gibberellico (fitormone), cinetina (fitormone), Lemna minor (lenticchia d'acqua comune).

La pianta è stata coltivata in ciascuna delle sostanze omeopatiche individuate ad entrambe le potenze ed in acqua dinamizzata e non, utilizzata come controllo. Lo sviluppo della fronda è stato misurato regolarmente con un sistema di analisi computerizzato sulla base di immagini e gli indici di accrescimento sono stati calcolati a vari intervalli di tempo (giorni 0-7, 0-3 e 3-7). Il metodo utilizzato ha un basso coefficiente di variazione (1,5%) ed ha permesso di escludere i risultati falsi positivi; le determinazioni analitiche riportate dagli autori evidenziano tassi di crescita differenti a seconda della sostanza e della potenza utilizzate. L'esperimento conferma l'adattabilità delle piante della famiglia Lemna spp ad essere utilizzate come modello omeopatico per studiare gli effetti delle sostanze e la necessità di approfondire il meccanismo per cui potenze consecutive differiscono marcatamente nella loro attività biologica.

### **Scelte omeopatiche per la psoriasi: una metanalisi**

Nana Smith, Alex Weymann, Francisco A. Tausk and Joel M. Gelfand - Complementary and alternative medicine for psoriasis: A qualitative review of the clinical trial literature - *J Am Acad Dermatol*, 2009, 61 (4), doi: 10.1016/j.jaad.2009.04.029.

Negli anni molte pratiche complementari si sono proposte per la gestione di forme anche estese con o senza artropatia, condizione simile all'artrite reumatoide, che colpisce il 10% dei pazienti con psoriasi indipendentemente dalla sua estensione. Una recentissima review condotta dal Department of Dermatology della Rochester University di New York, in collaborazione con il Center for Clinical Epidemiology and Biostatistics della Università di Pennsylvania, ha esaminato la letteratura scientifica recente, inerente studi randomizzati con buon indice Jadad (superiore a 2), pubblicati negli ultimi cinque anni in lingua inglese. La metanalisi, molto rigorosa ed onesta, dimostra che in primo luogo numerosa e vasta è la produzione scientifica (oltre 30 articoli di buona qualità relativi a l'uso di piante medicinali soprattutto, ma anche rimedi omeopatici ed omotossicologici, agopuntura e altre tecniche della Medicina Cinese) e, in secondo luogo, molto incoraggianti la più parte dei risultati. Per quanto attiene all'omeopatia gli studi più ampi e recenti (Witt et al, *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2009), dimostrano un successo nella riduzione della grandezza delle placche e nel miglioramento della qualità della vita che riguarda più del 70% dei pazienti trattati da medici esperti, capaci di una prescrizione che tenga conto delle caratteristiche cliniche delle forme e psichiche individuali (rimedi più spesso impiegati, nella più parte degli studi sono stati Arsenicum album, Arsenicum iodatum, Calcarea carbonica, Graphites, Kalium arsenicosum, Natrum muriaticum, Petroleum, Phosphorus e Sepia).

## Il modello francese di omeopatia: un'integrazione riuscita, una crescita padroneggiata

Traduzione di Luisella Zanino



Max Tétou

*Conversazione con il dott. Max Tétou, Presidente della Società Medica Bioterapica (SMB), della Federazione Francese delle Società di Omeopatia (FFSH) e di Homeopatia Universalis.*

■ **Dr Tétou, lei è l'anima di numerose società consacrate allo sviluppo e all'insegnamento del metodo omeopatico. Si sa che l'omeopatia conosce in Francia uno sviluppo considerevole: la gente ne parla molto, i giornali le dedicano parecchi articoli; tutte le farmacie sono ben fornite di medicinali omeopatici e molti medici ne sono prescrittori. Qual'è esattamente la situazione e quali possono essere le ragioni di tanto entusiasmo?**

L'omeopatia in Francia è effettivamente molto diffusa. Giovinezza e modernità ne sono il marchio. Il 50% dei francesi (statistica del nostro Servizio Sanitario) si avvale del nostro metodo per curarsi. Fra loro, molti giovani impiegati, numerose mamme e i loro bambini. La pediatria omeopatica interessa molto le madri, ma anche gli anziani si curano coi nostri medicinali. Un quarto dei medici francesi prescrive dei medicinali omeopatici. Un veterinario su tre si interessa all'omeopatia, sia per i piccoli animali che per gli animali d'allevamento. Aggiungo che i veterinari si rivolgono all'omeopatia soprattutto per casi molto gravi, là dove il veterinario «classico» non ha ottenuto risultati. Il medicinale omeopatico diventa protagonista in questi casi gravi. Circostanza ancor più interessante considerando che può essere escluso l'effetto placebo.

Nel nostro paese l'insegnamento dell'omeopatia si svolge all'Università: Bobigny, Bordeaux, Limoges, Tours, Marseille. Ma è soprattutto attraverso la fitta rete di scuole private raggruppate nella FFSH, emanazione dell'SMB (Società Medica Bioterapica) che si diffonde un pensiero omeopatico adattato alla medicina moderna.

Disponiamo di scuole a Lyon, a Paris, a Caen, a Toulouse, a Montpellier, a Tours. Una vera costellazione che copre tutto il territorio francese e gestita da giovani insegnanti, tutti medici avvezzi alla pratica omeopatica quotidiana. Allo stesso tempo abbiamo sviluppato una formazione per i medici che hanno occasione di prescrivere o consigliare saltuariamente i medicinali omeopatici. Così come sono stati organizzati con grande successo corsi per farmacisti laboratoristi. A Parigi per esempio, i corsi sono stati seguiti da più di 150 farmacisti. Abbiamo creato, sotto la direzione del dott. Popowski, pediatra, una formazione in medicina perinatale rivolta alle ostetriche e ai ginecologi. Anche i fisioterapisti sono integrati in una formazione basata sul nostro approccio costituzionalista.

Tutto ciò costituisce un insieme molto vasto, interamente rivolto alla diffusione di un pensiero omeopatico moderno, scientifico e spogliato da qualsiasi messaggio esoterico, *conditio sine qua non* per l'integrazione all'interno della medicina attuale, considerevolmente evoluta. Il metodo omeopatico è un ramo della medicina fondata sull'applicazione del principio di Similitudine. Senza nulla rinnegare del proprio passato, l'omeopatia deve adattarsi ai tempi se vogliamo che continui ad esistere e a sedurre giovani medici, oggi profondamente diversi dai medici contemporanei al fondatore dell'omeopatia Hahnemann (1755-1843).

■ **Lei ha scritto la biografia di Hahnemann, opera che ha avuto grande successo, tradotta anche in italiano. Qual'è stato il ruolo della Francia nella storia dell'omeopatia?**

L'omeopatia francese ha alle spalle un'antica e ricca tradizione. Ricordiamo che fu introdotta nel nostro paese da un medico italiano, il dottor Sebastiano Guidi (1769-1863) trasferitosi a Lione. Hahnemann arriva a Parigi nel 1830 con la sua giovane sposa Mélanie d'Hervilly. Esercita nella capitale fino al 1843, data della sua morte. È sepolto al Père-Lachaise, celebre cimitero parigino. La vittoria dell'omeopatia sulle grandi epidemie di colera della fine del XIX secolo radicarono profondamente nel nostro paese la pratica omeopatica, che da allora non ha fatto che svilupparsi.

■ **Può sintetizzare, con parole semplici, le direzioni verso quali l'omeopatia francese si è sviluppata e in cosa consiste la sua originalità?**

Per cominciare, un'omeopatia come quella voluta da Hahnemann è l'applicazione rigorosa di un principio farmacologico preciso, la Legge della similitudine: «Tutte le sostanze che somministrate all'uomo sano provocano dei sintomi patologici precisi diventano, dopo diluizione, rimedi capaci di guarire sintomi simili nel malato».

Questo effetto difasico di certe sostanze è ben conosciuto dalla tossicologia. Si tratta dell'ormesi. Citiamo a questo proposito un importante lavoro dei professori Calabrese (USA) e Dei (Italia). Sostanze tossiche a forti dosi come l'arsenico, il fosforo, la belladonna, fino al radon, possono rivelarsi mortali, quando invece a basse dosi si rivelano stimolanti e benefiche. Molti ricercatori stanno attualmente lavorando, in diversi laboratori specializzati, su queste proprietà ormesiche. Per Hahnemann la Similitudine era di natura universale. Doveva guarire tutti! Purtroppo non fu per niente così. Il Similare, il Simillimum, pur guarendo molti, non guarì affatto tutti. Hah-

nemann restò a sua volta stupito. Le malattie trattate recidivano o si sviluppavano in nuove malattie, in una sorta di metastasi morbose o, ancora, risultavano non molto migliorate. Hahnemann onestamente lo riconobbe. Cercando la causa degli insuccessi comprese che dietro tutte le malattie acute, si nascondeva un terreno patologico specifico, ciò che definì «malattia cronica», che andava curato.

Nel 1828 fu pubblicato il suo «Trattato sulle Malattie Croniche». Vi sono descritte tre grandi *diatesi* che condizionano l'evoluzione patologica dei pazienti, l'analisi semeiologica che avrebbe permesso di identificare rimedi specifici per il terreno corrispondente.

- La *Sicosi* era caratterizzata da fenomeni di proliferazione cellulare e di ritenzione idrica, conducendo a una moltiplicazione di tumori (verruche, adenomi, fibromi). Thuja si rivelò il suo medicinale.
- La *Luesi* era caratterizzata dalle lesioni di cui le malattie ulcerose sono l'esempio. La sclerosi cicatriziale ne è la conseguenza. Mercurius è il suo specifico.
- La *Psora* infine, enorme ambito patologico, raggruppava al suo interno tutto ciò che riguarda l'allergia, della quale l'espressione più evidente è la malattia cutanea. Sulfur e Psorinum, con tutti i loro satelliti, venivano chiamati in causa.

Una prima evoluzione dell'omeopatia si trovava così già abbozzata dal Maestro fondatore. Il contributo delle scuole francofone nell'evolversi degli avvenimenti si rivelerà in seguito particolarmente importante. Il dottor Antoine Nebel (1870-1954) di Losanna e Léon Vannier (1880-1963) di Parigi identificarono due nuove diatesi: il *tubercolinismo* e il *cancerinismo*. La prima si basava su una sensibilizzazione dell'apparato respiratorio e spiegava le patologie respiratorie più ricorrenti. La seconda traduceva l'evoluzione della Sicosi verso il cancro.

Le diatesi storiche di Hahnemann venivano intanto rivisitate e le loro applicazioni adattate alle patologie moderne. Fu così, ad esempio, che fu chiarito il ruolo della Luesi in tutte le patologie vascolari, ipertensione arteriosa, incidenti cerebrovascolari, infarto e arteriti.

In un altro approccio, partendo dal concetto di «tipo sensibile» (soggetti reattivi durante le sperimentazioni patogenetiche a sali costituzionali apparentemente inerti), gli stessi Autori definirono un nuovo parametro di terreno: le *costituzioni*, fondate sul rapporto fra la morfologia del soggetto e le sue reattività personali. Nebel e Vannier descrissero tre tipi: carbonici, fosforici, fluorici.

- i carbonici tarchiati, resistenti, pesanti, competevano a Calcarea carbonica e a tutta la serie dei sali di carbonio;
- i fosforici, longilinei, fragili, corrispondevano a Calcarea phosphorica e fluorica;
- i fluorici, instabili e iperlassi, competevano a Calcarea fluorica e Fluoric acidum.

Henri Bernard, Denis Demarque e io stesso, aggiungemmo altri tre tipi: i sulfurici, imperniati su Sulphur; i muriatici, imperniati su Natrum muriaticum; i tipi Silicea, imperniati su Silicea, con tutti i medicinali costituzionali che le si avvicinano.

Furono inoltre messe in luce le interazioni fra diatesi e costituzioni, le prime modellando le costituzioni, le seconde facilitando l'impianto delle diatesi.

L'omeopatia diventava così una medicina di *terreno* evolutivo, sempre fondata sulla similitudine ma allargata alla tipologia e all'anamnesi diatesica, vale a dire direttamente collegata a tutte le patologie che caratterizzano l'evoluzione della medicina attuale. In un momento in cui i genetisti scoprono il ruolo del codice genetico, si comprende tutta l'importanza di questo concetto omeopatico che apporta da un lato un'identificazione grazie alla semeiotica e dall'altro lato, attraverso la Similitudine, un metodo terapeutico per i terreni patologici identificati.

L'omeopatia ha fatto passi da gigante per il suo inserimento nella medicina moderna. Di fronte alla comparsa di nuove patologie, alla complessità delle analisi nosografiche, alla rapida efficacia richiesta nella pratica medica moderna, tutte caratteristiche alle quali un «unicismo» storico centrato sulla *similitudine unica* si rivela inadatta, emerge la nozione di una *similitudine ripartita* a differenti livelli tissutali. Questo avvenne già nel lavoro del gruppo «Omeopatia Moderna», fra il 1930 e il 1940, sotto la direzione dei dottori Fortier-Bernoville e Joseph Tétau. Vengono così definiti i medicinali d'azione specifica (sintomatici) centrati sui sintomi da migliorare rapidamente e i medicinali di fondo (diatesici e costituzionali) destinati a trattare il terreno identificato. È nato il *pluralismo*. Due o tre rimedi in 4, 5 o 7CH cureranno i sintomi acuti. I rimedi di fondo a diluizione più alta tratteranno il terreno. In questo modo nel trattamento di un'artrosi dolorosa e invalidante noi prescriveremo per esempio, per curare rapidamente il nostro paziente: 4 granuli il mattino, un giorno Rhus tox 4CH, l'altro giorno Bryonia 5 CH; la sera 1 giorno Colchicum 4 CH; l'altro giorno Ledum 5 CH.

L'alternanza in effetti è una tecnica eccellente, già apprezzata ai tempi di Hahnemann che, malgrado le diverse correnti di pensiero, raccomandava già di alternare Rhus tox e Bryonia nel trattamento del reumatismo degenerativo. Contestualmente, i rimedi di terreno verranno associati con posologia più distanziata nel tempo, in diluizioni più alte, sotto forma di monodosi, distribuite ad esempio tutte le domeniche, a seconda dei casi: Calcarea carbonica 9 CH, Sulphur 9 CH, Natrum sulphuricum 9 CH. Da notare che l'omeopatia francese resta ragionevolmente al di sotto del numero di Avogadro-Ampère, essendo le diluizioni in 4, 5, 9CH le più prescritte, talvolta le 12CH.

#### ■ Pare che lei dia notevole importanza al concetto di drenaggio, anche se così particolare. In che modo lo concepisce?

Il drenaggio è una tecnica destinata a stimolare le eliminazioni dell'organismo e a disintossicarlo. Il medico moderno, se volete allopatico, procura un accumulo iatrogeno di droghe. Non c'è paziente che non venga imbottito di tranquillanti, sonniferi, antidepressivi, ormoni di ogni genere, statine, sartani e tutto il resto. Tutto ciò intossica profondamente l'organismo, diminuisce le capacità reattive, dissimula quando non modifica le modalità, necessarie per la nostra diagnosi di rimedio. Il 10% delle spese ospedaliere in Francia è causato dalle intossicazioni iatrogene. Il trattamento ormonale sostitutivo in menopausa, come fu da noi largamente preconizzato, dopo 5 anni ha generato un aumento del 50% di rischio di cancro alla mammella, 200% di aumento di rischio cerebrale e, cili-

gina sulla torta, il 10% di demenze senili in più, la qual cosa è esattamente il contrario di quel che si pretendeva di prevenire. Abbiamo inoltre 3000 casi di sclerosi multipla successivi alla vaccinazione contro l'epatite B, cosa che evidentemente crea un problema, anche di natura giudiziaria. Tutto ciò è di dominio pubblico e orienta sempre più i pazienti verso la medicina omeopatica. Dobbiamo prima di tutto ridurre progressivamente questo apporto iatrogeno massiccio, senza tuttavia sospendere alcune terapie certamente pericolose, ma indispensabili. È questo uno dei ruoli del *drenaggio* che, in casi simili, assicura un'importante disintossicazione.

Già la scuola di Vannier ne aveva ammessa la necessità, altrettanto la scuola di Omeopatia Francese con Rouy e Fortier-Bernoville. Ma è intorno al 1950, con l'SMB, O.A. Julian e me stesso, che la tecnica del Drenaggio fu veramente valorizzata e conobbe un nuovo sviluppo. L'accumulo iatrogeno non faceva che crescere, a quel punto drenare divenne indispensabile.

Questa tecnica di stimolazione degli emuntori e di ripresa delle capacità reattive dell'organismo permette di disassuefare il nostro paziente dalle pesanti posologie tossiche alle quali è stato sottoposto e di ottenere in un breve lasso di tempo miglioramenti clinici soddisfacenti. Sarà il ruolo dei bioterapici d'ispirazione hahnemanniana, quale ad esempio la *gemmoterapia* che utilizza i germogli vegetali ricchi in sostanze antiossidanti. Esistono poi altre bioterapie, quali l'Organoterapia, la Litoterapia, la Micromicoterapia. Le bioterapie vengono regolarmente studiate nei Cahiers de Biothérapie, la più importante rivista omeopatica francese, se non mondiale. Rivista pubblicata ogni due mesi, diffonde il nostro pensiero medico nel mondo. Ne sono l'animatore, con la collaborazione di una notevole équipe di medici pratici e ricercatori pieni di idee.

#### ■ A questo punto, come vede l'avvenire dell'Omeopatia in Francia e nel mondo?

Sono molto ottimista! Il futuro è aperto a noi e all'omeopatia. Stiamo entrando infatti nell'«era medica» dove nei nostri paesi evoluti la battaglia contro la malattia si rivela necessità primordiale. Allungare la speranza di vita - già notevole, 88 anni per l'uomo, 92 per la donna - e fare in modo che questi anni conquistati come «una vita in più» siano pienamente vitali, diventa la preoccupazione maggiore dei nostri contemporanei. L'omeopatia in questa ottica offrirà le migliori prestazioni per molteplici ragioni delle quali progressivamente sia la gente che i nostri colleghi diverranno consapevoli.

Innanzitutto vengono alla luce i limiti dell'Evidence-Based Medicine. Statistiche trasversali generano risultati gravi la cui notizia si diffonde rapidamente. Come abbiamo già segnalato: aumento dei tumori ginecologici, sintomi neurologici osservati dopo la prescrizione per lungo tempo dei diversi neurolettici - il Parkinson è in grande espansione - degenerazione cognitiva degli anziani per abuso di tranquillanti, di antipertensivi. Pare che la molecola dell'alluminio sia incriminata come fattore in causa nell'Alzheimer, e lo studio della patogenesi di Alumina ce lo conferma. Ecco a voi alcuni esempi che mostrano i limiti dell'EBM e i pericoli del trattamento iatrogeno prolungato a lungo termine.

In secondo luogo, grazie al nostro concetto di terreno, il paziente viene preso in carico non solo per la cura ma anche per la prevenzione. In quell'ambito l'allopatria è del tutto disarmata mentre l'omeopatia offre soluzioni. Ad esempio, il Tubercolinismo ci permette di trattare tutte quelle rinfaringiti sempre più diffuse fra i bambini e causa di uno smodato consumo di antibiotici, nonostante l'allarme del nostro Ministero della Salute (Haute Autorité de Santé, HAS).

I giovani dirigenti industriali, che ci consultano in grande numero, sono consapevoli che la loro carriera soggiace ad uno stato di salute perfetto, indispensabile per essere competitivi in questo mondo crudele. Con i nostri rimedi di fondo permettiamo loro di «raddrizzare» il destino patologico preoccupante che noi presupponiamo. E in veste di allenatori, possiamo addirittura aiutarli a sopportare lo stress da lavoro. Sicosi e cancerinismo esistono.

Terza ragione, i medicinali omeopatici si associano perfettamente ai trattamenti ponderali classici indispensabili, permettendone una migliore efficacia e una migliore tollerabilità per il paziente. Penso in particolare a tutte le chemioterapie, inevitabili nel cancro e nell'AIDS, alle quali l'omeopatia permette una migliore aderenza, sia sul piano organico che psicologico. Molti servizi di oncologia si rivolgono a noi per avere la nostra collaborazione in tal senso. Inoltre i medici si interessano sempre più alla pratica dell'omeopatia ed abbiamo ringiovanito e rinnovato il nostro metodo d'insegnamento. Abbiamo creato un'abilitazione in omeopatia, una sorta di *habitus* di carattere internazionale, permettendo di trattare in primo luogo coi medicinali omeopatici tutte le patologie acute. Offriamo così l'opportunità di una prescrizione rapida e al tempo stesso perfettamente efficace.

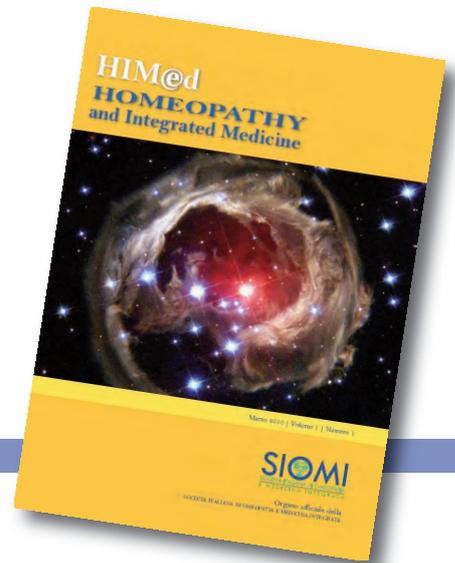
Fiancheggiamo questo approccio iniziale di medicina del quotidiano con un Master in omeopatia, che permette di conoscere, approfondire e maneggiare l'omeopatia di terreno, diatesica e costituzionale. Siamo inoltre riusciti ad integrare, in parte, il nostro insegnamento con la pedagogia classica.

Ultimo punto, ma non meno importante, la ricerca in omeopatia. Questa non può che conoscere belli e fecondi sviluppi. Pur già esistendo, la ben riuscita fusione dei due laboratori omeopatici più importanti nel mondo, Boiron e Dolisos, sotto l'efficace guida di Christian e Thierry Boiron, permette di disporre di ampie risorse finanziarie e tecniche che, ne sono certo, saranno splendidamente utilizzate, seguendo l'esempio lasciato da due eminenti personalità francesi, purtroppo scomparse, Jean Boiron e Lise Wurmser. Così abbiamo creato con Christian Boiron l'Istituto di ricerca sull'ormesi con lo scopo di basare la *similitudine*, fondamento del nostro metodo, su scoperte scientifiche irrefutabili e incontrovertibili.

Tutto ciò rappresenta la giovinezza e la vitalità di questa omeopatia, così come noi l'amiamo e abbiamo ricevuta dai nostri predecessori.

Essa non può che espandersi e continuare il suo sviluppo nel mondo, a condizione che sia praticata adeguandosi ai modelli socio-economici e scientifici attuali, che contraddistinguono il nostro bellissimo mestiere di medici.

Ed ecco spiegato perché sono sicuro dell'avvenire e fiero di esserne un modesto operaio.



## Homeopathy and Integrated Medicine

è l'organo ufficiale della Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata.

*E' inviata gratuitamente ai soci SIOMI*

*in regola con la quota associativa dell'anno in corso.*

*Oltre a ricevere HIMed, l'iscrizione alla SIOMI permette di:*

- Usufruire della tutela della tua **professionalità** operata presso le Istituzioni dalla SIOMI.
- Leggere **SIOMIinforma**, la newsletter online della SIOMI, spedita per posta elettronica.
- Partecipare a **OmeopatiaOnline**, la mailing-list dei soci SIOMI.
- Entrare nell'area riservata del sito SIOMI dedicata all'**aggiornamento**.
- Avere accesso agli articoli in full-text di "**Homeopathy**".
- Avere accesso agli articoli in full-text di "**JACM**".
- Usufruire degli **sconti** per partecipare agli eventi culturali organizzati dalla SIOMI.
- Ricevere l'assistenza di una **segreteria** dedicata ai soci.

## Per iscriversi alla SIOMI bastano 50 euro...

Pagamento tramite Carta di Credito telefonando alla FIMO srl al numero **055.6800389**

oppure tramite versamento su C/C bancario n. 170173 (CAB: 02806 - ABI:06200)

IBAN: IT 67 N 06200 02806 000000170173

La copia della ricevuta va inviata via fax al numero: **055.658.1270**

E-mail: **segreteria@siomi.it** - Tel.: **055.658.2270** (dal lunedì al venerdì, dalle ore 14:30 alle ore 16:30)

# Thuja, il medico del futuro!

**Italo Grassi**

Medico esperto in omeopatia  
E-mail: i.grassi@siomi.it

I primi raggi di sole penetravano nell'ambulatorio attraverso le persiane abbassate e la luce filtrava adagio, formando onde di pulviscolo che s'infrangevano contro il basamento di un'aquila imbalsamata. Erano le sette del mattino di un giorno di primavera dell'anno 2015: il computer, con un sordo ronzio, si accese automaticamente.

La dottoressa Pennacchi aprì gli occhi colpita dal solito pungente dolore, rapido come una scossa elettrica, alla tempia sinistra. Adagio si sistemò davanti al computer. Era costretta a muoversi con una certa lentezza a causa delle giunture arrugginite dall'umidità che ristagnava nel seminterrato.

Pigiò un tasto e sul video comparve la scritta Kroniòs, il programma di telemedicina collegato con tutte le università e gli ospedali del pianeta. Grazie a questo prodigioso sistema informatico, ogni medico del ventunesimo secolo era in grado di visitare, senza uscire dall'ambulatorio, pazienti che si trovavano in ogni parte della regione.

Il display bianco segnalò le richieste di ricette per malati cronici. La dottoressa Pennacchi ne compilò e spedì per via telematica un centinaio, poi passò al display verde, agli esami di laboratorio, esaminandone, in modo accurato e minuzioso, almeno un migliaio. Il lavoro più delicato, display rosso, segnalò l'arrivo di consulti, domiciliari e ospedalieri. Alle dieci della sera il suo addome iniziò a gorgogliare. Lei osservò il tranquillo paesaggio dell'acquario, il lento volteggio dei pesciolini rossi nell'acqua, le bollicine d'aria che salivano, una dopo l'altra, verso l'alto.

Decise di digitare i suoi disturbi al computer per ricevere da Kroniòs una soluzione. Dopo alcuni istanti si accese il display giallo: "ERRORE IRREPARABILE: CONVENZIONE REVOCATA!" Si spensero le luci. Dall'esterno risuonò un cupo rumore di passi e, subito dopo, il prolungato cigolio di cardini accompagnò l'apertura della porta d'ingresso. Nell'ambulatorio entrarono alcuni nani. Diressero i fasci delle loro torce elettriche contro il volto terrorizzato della dottoressa Pennacchi.

Uno di loro, quello che li comandava, alzò il piccone e colpì la dottoressa ad un fianco. Immediatamente anche gli altri lo imitarono. La povera dottoressa, incapace di opporre resistenza, subì il terribile assalto. Le incrinature, provocate dai colpi degli aggressori, si allargarono e il suo corpo s'infranse con un terribile rumore di scroscio. Dall'addome schizzarono fuori pesci e acqua. La

dottoressa Pennacchi, mentre lunghi e sfrigolanti fili elettrici uscivano dal suo corpo, crollò sul pavimento. Con uno sforzo immane, lei domandò: "Perché?" Gli uomini dell'AUSL, da lei scambiati per nani, la circondarono.

Il loro capo indicò il video del computer dove la dottoressa aveva scritto i suoi disturbi. "Ho grosse verruche, cute seborroica, acne rosacea, capillari ai lati del naso e macchie scure sul viso. La mia pelle emana un odore di porro cotto. Il ventre è grosso e dilatato rispetto agli arti che, invece, sono meno sviluppati. L'umidità comporta forti rigidità dei miei movimenti articolari. Sono depressa, ansiosa, con pensieri di tipo ossessivo: immagino che ci sia gente al mio fianco, che il mio corpo sia di vetro, che corpi estranei si muovano nel mio ventre. Ho tendenza ad isolarmi e, sul lavoro, manifestò una pignoleria eccessiva anche per piccole cose. A livello respiratorio soffro di infiammazioni croniche con secrezioni giallo-verdastre. Inoltre ho forti nevralgie, cefalee che avverto come un chiodo piantato nella tempia sinistra. Tutte queste manifestazioni sono derivate da una vaccinazione fatta dieci anni fa."

Kroniòs, per trovare una cura idonea a quei sintomi, si era collegato ad un programma di omeopatia ed aveva risposto: "Il rimedio per il paziente è: Thuja."

L'uomo disse: "Per legge, le visite omeopatiche devono essere effettuate al di fuori dell'orario stabilito dalla convenzione. Inoltre manca l'assenso scritto del paziente che acconsente ad essere curato con l'omeopatia."

Notando un guizzo di stupore negli occhi ormai morenti della dottoressa, l'uomo spiegò: "Dieci anni fa, mentre attraversava la strada, subito dopo essersi sottoposta alla vaccinazione antinfluenzale, lei finì sotto le ruote di un autotreno. Solo la sua testa si salvò. L'AUSL pensò di tenerla in vita con un intervento sperimentale: fissare la testa ad un corpo artificiale; un microchip piantato sulla tempia sinistra avrebbe coordinato ogni movimento. Lei mutò in un essere ibrido, alto quattro metri, la testa umana sopra un corpo di cristallo e un acquario al posto dell'addome, poi cingoli ai piedi e pinze di acciaio alle mani.

Fu creato un lavoratore perfetto, in grado di lavorare ventiquattro ore al giorno, senza pretese di giorni di ferie, di aumenti di stipendio, di desiderio di pensione; un essere non più umano al quale togliere vita e convenzione al primo grave errore ma senza incorrere in problemi di legge.

Lei divenne il medico del futuro!

## Il contributo dell'omeopatia

Roberto Pulcri

Medico esperto in omeopatia

Professore a contratto, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma "Tor Vergata" e Siena

E-mail: r.pulcri@siomi.it

L'apparato digerente include nella sua espressione anatomo-funzionale una complessa correlazione di organi e visceri che identifica la compartecipazione di un network psiconeuroimmunoendocrino, il cui contributo determina il mantenimento dell'equilibrio dinamico sia dell'omeostasi intracellulare che sistemica, fornendo una costante concentrazione di nutrienti nell'ambiente interno. Da questo punto di vista si può sviluppare un ragionamento clinico diagnostico che suggerisce al medico un utile confronto tra due metodiche che si differenziano per l'approccio terapeutico che, nella medicina classica sfrutta il potere farmacologico di farmaci di sintesi ad azione prevalentemente sintomatica, mentre nella medicina omeopatica la rimozione dei sintomi è funzionale alla risposta dell'ospite nel riattivare quei meccanismi biologici riparativi, specifici di ciascun malato, utilizzando medicinali i cui principi attivi agiscono per analogia o similitudine ed in dosi infinitesimali diluite e dinamizzate. L'integrazione terapeutica, che viene enfatizzata dal metodo omeopatico, si concretizza clinicamente attraverso un processo di sintesi del binomio malato-malattia, ed analizza l'insieme dei fenomeni morbosi correlandoli a predisposizioni individuali sia di tipo genotipico (che sottintendono l'innato) sia di tipo fenotipico (che sottintendono l'acquisito), con l'obiettivo di una guarigione efficace e sicura.

La gastrite è una infiammazione del rivestimento mucoso dello stomaco che nei casi più gravi, può esitare in complicazioni quali l'ulcera gastrica, la perforazione, il reflusso gastroesofageo, ed il carcinoma dello stomaco.

Sia le forme acute che in quelle croniche possono essere idiopatiche o causate da stress, alcol, farmaci, assunzione di cibi o sostanze irritanti, traumi ed infezioni.

La sintomatologia delle gastriti acute comprende dolore e/o bruciore epigastrico di varia entità, crampi, nausea, talvolta vomito e diarrea; nei casi più gravi ematemesi o melena.

Le gastriti croniche sono più frequenti dal quinto decennio in poi e sono spesso asintomatiche o, talvolta, causano disturbi dispeptici, bruciore e distensione della parete gastrica. Le gastriti croniche di tipo atrofico, cioè con riduzione dello spessore di mucosa e sottomucosa, possono portare ad erosione ed ulcera, mentre quelle di tipo ipertrofico provocano ispessimento fibrotico della mucosa come tentativo di autoriparazione delle lesioni.

L'obiettivo di una terapia omeopatica differenzia ed integra quello della biomedicina in favore di una visione olistica. La peculiarità del metodo omeopatico prescinde

dall'inquadramento dell'evento morboso, definito come acuto o cronico, riportando la storia clinica di ciascun malato nel contesto della propria specifica reattività diatesica nei confronti di qualunque insulto, sia esogeno sia endogeno, al fine di un mantenimento dell'equilibrio omeostatico. Le diatesi sono assimilabili a diversi livelli di risposta difensiva e indicano la componente reazionale di un particolare terreno (geneticamente predisposto) definito sensibile perché correlato ad una struttura biologica unica ed irripetibile.

Il processo flogistico della mucosa gastrica, nel suo polimorfismo clinico ed anatomopatologico, si esprime attraverso particolari modalità individuali dove gli episodi acuti rappresentano solo epifenomeni di un quadro cronico per l'attivazione di stimoli più intensi dei diversi sistemi difensivi che l'organismo mette in atto, mentre soggiace un filo conduttore nella storia del malato che viene a marcare e identificare il suo stato di sofferenza gastrica in correlazione e contemporaneità con tutto il complesso somato-psichico.

L'omeopatia può determinare l'eziopatogenesi ancora prima della diagnostica strumentale, può precedere il laboratorio utilizzando come traccia diatesica le peculiarità delle disritmie sensoriali del malato, valorizzandone la specificità. Individuare e classificare omeopaticamente la malattia gastrica, non significa solo estrapolare clinicamente l'organo bersaglio, ma significa anche ricondurre le particolari caratteristiche del singolo malato in un contesto più ampio, in cui entrano in gioco innumerevoli fattori sia scatenanti ma soprattutto predisponenti. Questo è l'obiettivo che caratterizza e distingue il metodo omeopatico, integrando e completando l'approccio della biomedicina.

La gastroenterologia ci ha insegnato come la patologia digestiva tocca i grandi problemi della comunicazione dell'individuo con il suo ambiente, e questo si può manifestare già nel giovane adolescente nel suo conflitto relativo all'affermazione della propria personalità, sinonimo dell' "io prendo" o "non prendo". È spesso il mezzo di pressione del bambino nei confronti della sua famiglia. L'assorbimento alimentare, primo atto che segue la nascita, stabilisce la fase orale di contatto con la figura materna. L'insoddisfazione di questo bisogno può provocare una attitudine conflittuale di rivendicazione e di aggressività. L'alimentazione diventa un campo di battaglia, che rivela il desiderio ed il rifiuto, il vissuto e le aspettative, l'immagine dell'individuo in rapporto al suo ambiente familiare e sociale, ma soprattutto in rapporto a se stesso. Non si tratta dunque di relegare la patologia gastrica ad un fenomeno squisitamente locale, anche se

lesionale, ma si tratta di percepire soprattutto il disagio sensoriale che precede sia quello funzionale sia quello anatomico. Sono modelli reazionali che generalizzano e sintetizzano configurazioni funzionali più o meno specifiche rispetto alle diverse parti dell'organismo, e che secondo l'ottica omeopatica individuano un particolare terreno morboso.

La strategia terapeutica omeopatica si concretizza, sulla base di questi modelli reattivi, nella determinazione del medicamento simillimum, che esprime l'analogia tra l'azione patogenetica del suo principio attivo e l'espressione individuale della dinamica patogena del malato e della sua malattia. L'analisi omeopatica del gastrico, include una minuziosa indagine anamnestica ed un altrettanto approfondito esame obiettivo, in cui i rilievi semeiologici clinici e strumentali possono determinare la scelta dei medicinali che esprimono l'insieme sintomatico dell'alterazione digestiva. Il quadro clinico è caratterizzato principalmente dall'evento dispeptico che si inquadra nella variabilità del dolore, del bruciore e dell'acidità epigastrica (pirosi) e nella comparsa, più o meno intensa, di crampi, nausea, vomito e pesantezza gastrica, espressione di una vera e propria difficoltà digestiva. Questa sintomatologia, troppo spesso valutata generica e vaga dall'approccio clinico classico, diventa omeopaticamente preziosa e determinante se viene individualizzata, qualificata, circostanziata e modalizzata. L'altro aspetto dell'indagine è lo studio del contesto generale in cui il malato ha sviluppato la sua gastrite, relativamente al suo stato affettivo e psicoemotivo, alle sue abitudini alimentari, al suo tipo di attività lavorativa, ed in particolare al suo stile di vita. La semeiotica omeopatica dunque va a compendiare e a integrare quella classica, inoltre stabilisce direttamente la prescrizione del medicamento corrispondente alle modalità e alle espressioni patogenetiche soggettive del malato. Sulla base di queste valutazioni cliniche il medico omeopata può stabilire la strategia terapeutica con l'individuazione del simillimum diatesico. Per brevità possiamo estrapolare e descrivere solo alcuni tra i più importanti medicinali omeopatici, sia policrestici sia ad azione gastrica elettiva.

- **Nux Vomica**, nella sua modalità psorica, è un iperstenico che utilizza lo stomaco come mucosa d'eliminazione. Esprime un impianto genetico individuale che risponde soprattutto nel momento in cui un regime di vita inadatto ai reali bisogni psico-fisici dell'organismo realizza un'auto-etero intossicazione, ed il cui comportamento mostra una notevole ipersensibilità nervosa, che si esprime con impazienza, irritabilità ed intolleranza al minimo ostacolo. Il rapporto con il cibo è dettato dalla sua personalità che si identifica in un soggetto, uomo o donna che sia, nevrotizzato dalla ricerca del successo sociale, irriducibilmente incline ad auto intossicarsi, che ama gli abusi di alcol, caffè, tabacco e che fa uso eccessivo di farmaci. Le turbe digestive sono evidenziate da nausea, sensazione di intensa pesantezza, bruciori e crampi epigastrici una o due ore dopo i pasti e, soprattutto, da una invincibile sonnolenza post prandiale che migliora dopo un breve riposo.

- **Lycopodium**, dall'aspetto prematuramente vecchieggiante, si presenta relegato nel suo conflitto tra una iperremotività marcata con avidità di affetti e un comportamento orgoglioso e autoritario che possono farlo scivolare inesorabilmente in uno stato depressivo. Soffre per una dispepsia non solo gastrica ma anche epatica e come tale riflette la diatesi tubercolinica. Il quadro dispeptico è ipostenico, con una insufficiente motricità del tubo digerente che determina una intensa aerofagia per fermentazione gastrica post prandiale anche in rapporto a minime quantità di alimenti ingeriti, e da nausea e sonnolenza che non migliora con il riposo. Il bruciore ed i crampi si presentano soprattutto di notte, a digiuno, con attacchi di fame che lo risvegliano.

- **Pulsatilla**, diatesicamente esprime una insufficienza epatica, gastrica e pancreatica ad impronta tubercolinica. Non digerisce le sue delusioni affettive né i suoi fallimenti che le rimontano nello stomaco. Assimila con difficoltà gli alimenti grassi, di cui ha disgusto, ha dolore e pesantezza epigastrica, ma soprattutto nausea ed eruttazioni rancide che hanno il gusto degli alimenti, si sazia rapidamente e ha la bocca secca e amara con alitosi.

- **Argentum nitricum** è considerato medicamento di confine tra psora e luesinismo per la tendenza evolutiva del quadro gastrico in ulcera peptica. Il nitrato d'argento si caratterizza per una tossicità sia a livello del sistema nervoso cerebro spinale, soprattutto periferico, con turbe della coordinazione motoria e mentale, sia per irritazione e infiammazione delle mucose del tubo gastroenterico con tendenza ulcerativa. Il tratto psichico che ne deriva è di un personaggio angosciato ed insicuro, inquieto e tormentato che si esprime in modo precipitoso e frettoloso, incapace di attendere con calma, ha sempre l'impressione che "il tempo passi troppo lentamente" tanto ha fretta di finire ciò che ha appena iniziato, per questo è ansioso del risultato di tutto ciò che intraprende. Elemento dominante è la confusione essenziale nell'inconscio tra "essere" e "avere". Tenta di compensare tutti i freni che lo trattengono con un atteggiamento precipitoso, perché perseguitato da sensi di colpa derivanti dall'insicurezza e da un vissuto cronologico precipitoso che incombe, come l'ora delle scadenze che gravano minacciose. Questa colpevolezza lo corrode anche e soprattutto al livello gastrico, innescando una ipersecrezione cloridrica della mucosa che, evolvendo, può favorire un'ulcera peptica. L'infiammazione gastrica è causa di dolore epigastrico bruciante, irradiato a sinistra alle false coste e all'omoplata, aggravato dalle bevande calde. È anche presente un gonfiore gastrico post prandiale che determina palpitazioni ed è parzialmente migliorato da eruttazioni e pirosi incontenibili.

Altri medicinali possono essere considerati estremamente utili per la loro polarità digestiva ed essere impiegati nelle gastriti secondo il quadro clinico prevalente. Quando il bruciore causato dall'ipercloridria rappresenta il sintomo dominante possiamo individuare **Robinia**, che presenta rigurgiti acidi e vomito acquoso con bruciori epigastrici soprattutto notturni irradiati al dorso e in cui l'acidità è così intensa da irritare bocca e denti.

**Iris versicolor** in cui tutte le secrezioni sono acide ma i bruciori non si irradiano dorsalmente e si associano ad eruttazioni, nausea, vomito mucoso e acido subito dopo i pasti. **Sulfuricum acidum**, invece, ha dei bruciori gastroesofagei sia durante sia dopo la digestione, con eruttazioni acide e piroso, che cerca di mitigare con bevande calde. Lo stomaco è malgrado tutto ipocinetico con sensazione di ptosi gastrica. Nelle gastralgie acute ipersecretive, in cui il dolore è particolarmente intenso, **Kalium bichromicum** ha dolori brucianti immediatamente dopo i pasti e vomito vischioso e amaro mentre **Kreosotum** ha dolori brucianti più tardivi e vomito vischioso ma dolciastro. Se, invece, nel quadro clinico prevale il gonfiore epigastrico, differenziamo: **Nux moschata**, che presenta una aerogastria sproporzionata alla quantità di cibo ingerita, fino a provocare dispnea e lipotimia; **Asa foetida**, che manifesta intensa distensione gastrica post prandiale, causata da spasmi e da una peristalsi retrograda, non migliorata da eruttazioni; **Antimonium crudum** che, dopo abusi di alimenti acidi o grassi, ha un marcato gonfiore gastrico, pesantezza con nausea alla vista del cibo, vomito persistente che non migliora il quadro clinico, ed un indulto linguale tipicamente spesso e lattiginoso.

### Conclusioni

La complessità della clinica dell'apparato digerente, testimonia e favorisce l'opportunità di una scelta terapeutica omeopatica in rapporto a quadri morbosi non solo funzionali comunque invalidanti, ma mostra la sua efficacia anche in quelle situazioni in cui, spesso, si è già instaurata subdolamente una patologia lesionale progressiva e irreversibile. Gli organi digestivi sono frequentemente organi bersaglio sensibili di perturbazioni "distanti", come espressione finale di una disfunzione profonda, ed è proprio questo l'ambito in cui l'omeopatia è in grado di integrarsi con la biomedicina e contribuire al processo di guarigione.

### Bibliografia

- Barbancey J., La Psicopatologia nella prassi omeopatica, Ed. it. a cura di R.Pulcri, N.Visalli, vol 2, Casa editrice Ambrosiana, Milano 2001.
- Bastide M., Determinisme et Homeopathie, Congres FNSMHF, Besancon 10-12 Juin 2004.
- Bernard H., Traité de Médecine Homeopathique, 2<sup>e</sup>ed. Ed. Voudeu Broele, Bruges, 1983.
- Cartier F., Traité complet de thérapeutique homeopathique, Ed.Maloine, Paris, 1990.
- CEDEH, Pratique homeopathique en gastro-entérologie, Ed. CEDEH, Lyon, 1977.
- Conan Meriadec M, L'Homeopathie, Conception medicale a la dimension de l'homme, Ed. Boyron, Lyon, 1990.
- Coulamy A., Homeopathie en pathologie Digestive, Ed Maloine, Paris. 1992.
- Demarque D., L'Homeopathie médecine de l'expérience, Ed.Maisenneuve, Moulin-le Metz, 1982.
- Demarque D., Jouanny J., Poiteven B., Saint-Jean V., Farmacologia e materia medica omeopatica, Tecnica Nuove editrice, Milano, 1999.
- Deltombe M., Le troubles digestifs fonctionnels, H.F., 1984, 6, p. 379.
- Duflho R., Geografia Omeopatica, ed.it.a cura di R.Pulcri, N.Visalli, Casa editrice Ambrosiana, Milano 2000.
- Encyclopedie Medico-Chirurgicale, Homeopathie, 2 tomes, Ed.Techiques, Paris 1994.
- Guermontprez M., Pinkas M., Torck M., Matière medicale homeopathique, Ed. Doin, Paris 1985.
- Guermontprez M., Essai d'objectivation du terrain homeopathique en gastroenterologie, A.H.F., 2, p.2329, 1981.
- Hahnemann S., Traité des maladies chroniques, Ed. Maisonneuve, Moulin-le Metz, 1985.
- Jahr G.H.G., Du traitement homeopathique des organes de la digestion, Ed Baillière, Paris 1959.
- Tetau M., Homeopathie et pathologie digestive, Ed Similia, Paris, 1984.
- Voisin H., Matière medicale homeopathique clinique, Ed. Voisin, Annecy, 1950.
- Zissu R., Matière medicale constitutionnelle, Ed. Peyronnet, Paris, 1960.

## Il contributo della MTC

**Emilio Minelli**

Vice Direttore, Centro Collaborante OMS per la Medicina Tradizionale, Università degli Studi di Milano  
E-mail: e.minelli@siomi.it

**P**uò risultare strano parlare di gastroenterologia in Medicina Tradizionale Cinese (MTC) su una rivista di medicina integrata, partendo da un sintomo così specifico come le gastralgie. Tuttavia, può essere un buon modo per cercare di capire, anche da un punto di vista metodologico, come l'integrazione si strutturi a partire dall'accettazione teorica, prima ancora che pratica, delle diversità dei modelli epistemologici, dal riconoscimento della loro utilità nella descrizione della individua-

lità del malato e dalla valutazione della loro efficacia, sia nella applicazione congiunta che disgiunta, nella cura della malattia, individuandone indicazioni, limiti, gradi e step di applicabilità. Da molti autori sono state ripetutamente sottolineate le profonde diversità che esistono nella medicina occidentale e nella Medicina Tradizionale Cinese per quanto riguarda le modalità con cui si descrivono le malattie e il modo con cui le si classifica e le si distingue.

Raramente, invece, sono state sottolineate le similitudini esistenti tra i due pensieri. Un vecchio aforisma, a ben vedere condivisibile dallo stesso pensiero confuciano, dice che: «Denominare equivale a conoscere». In effetti, sia il pensiero medico occidentale che quello cinese da sempre hanno riconosciuto la necessità di una corretta denominazione della malattia e, per fare ciò, si sono impegnati in un lungo e complesso lavoro di studio e classificazione, che, attraverso passaggi ed evoluzioni successive, è giunto sino a noi.

Questo lavoro testimonia l'esigenza, sentita da entrambi i sistemi, di ordinare e catalogare l'esperienza sintomatologica, vissuta al letto del malato, in quadri nosografici portatori di una potenzialità interpretativa ed esplicativa di quella esperienza più vasta e generale, in grado di costituirsi come strumenti diagnostici e prognostici, che, al di là dell'esperienza del singolo caso, potessero essere applicati all'universo delle persone malate. In effetti, la denominazione delle malattie e la conseguente creazione di una disciplina tesa a definire i criteri con cui una malattia può essere riconosciuta e classificata, sebbene dimenticata e trascurata, è un'attività talmente intrinseca al fare medico di tutte le latitudini che, talora, ci si dimentica del poderoso lavoro culturale che diuturnamente il medico svolge nell'espletamento del suo lavoro diagnostico, così come dell'enorme lavoro culturale che nei secoli, singoli medici, così come intere scuole, hanno elaborato per costruire il *background* culturale che consente al medico moderno di operare.

### La nosografia in MTC

Il complesso procedimento conoscitivo che, partendo dalla raccolta dei sintomi, consente al medico di riconoscere un ben determinato processo fisiopatologico caratterizzato da specificità di sede e di causa e da una definita sequenza patogenetica è, forse, a tutt'oggi, l'aspetto più caratteristico dell'attività medica nel suo complesso.

Questo procedimento identificativo e classificativo della malattia è alla base della nosografia contemporanea, tuttavia, in maniera più o meno estesa, esso fa parte di un procedimento di approccio alla malattia che, seppur affinosi nel tempo, è presente nel pensiero medico sin dalle origini. A tutt'oggi non abbiamo elementi per ritenere che questo procedimento, almeno nella sua strutturazione logica, sia stato estraneo al pensiero medico cinese tradizionale già a partire dal *Classico dell'interno dell'Imperatore Giallo*.

Ancora oggi, nella nosografia cinese, il sintomo occupa un ruolo primario, rispetto anche alla sua spiegazione teorica o allo studio della sua derivazione eziopatogenetica. Per questo, la nosografia della Medicina Tradizionale Cinese, più che una nosografia esplicativa o sistematica, conserva tuttora la struttura e le caratteristiche di una nosografia descrittiva. Questa asimmetria che troviamo tra la nosografia occidentale moderna, di più marcato carattere eziopatogenetico, e la nosografia cinese rende conto del perché nella descrizione delle malattie sarebbe errato pretendere di rintracciare una corrispondenza punto a punto tra la nosografia occidentale e la nosografia cinese.

Molti dei quadri descritti, infatti, si strutturano attorno a un sintomo primario, che ne costituisce il termine identificativo, mentre, solo talvolta e più raramente, si strutturano complessi sintomatologici, caratterizzati da un chiaro riferimento eziopatogenetico, che presentano analogie più consistenti con i modelli di malattia, per come li troviamo descritti nella clinica moderna.

A nostro parere, però, va sottolineato come ciò che la nosografia cinese non ha in capacità esplicativa del sintomo è presente, quasi a mo' di compenso, in ampiezza e completezza descrittiva, non solo del sintomo primario di una determinata sindrome, ma anche di tutte le caratteristiche fisiopatologiche di contesto, relative al paziente in cui un determinato disturbo si manifesta.

### Una nosografia integrata

A questo punto, a nostro parere, può essere legittima una domanda. Se i due sistemi nosografici hanno sviluppato soprattutto una tendenza a descrivere e a cogliere le varietà con cui un determinato quadro morboso si presenta, per quanto riguarda il sistema nosografico cinese, e una attitudine a spiegare i sintomi e le sindromi, riconducendoli a unitarietà attorno a una singola causa di malattia, spesso localizzata e individuata attraverso gli artifici della moderna tecnologia, per quanto riguarda il sistema nosografico occidentale, non è possibile ipotizzare che la sistematica applicazione congiunta dei due modelli consenta una comprensione più completa del malato e del morbo?

Questo modo di procedere presenta numerosi motivi di interesse, di cui il più importante è costituito dalle maggiori possibilità di individualizzazione della terapia che ne derivano. Come abbiamo già accennato, la base della nosografia cinese è una nosografia di tipo descrittivo, di cui, più volte, si sono sottolineati i limiti, rispetto ai modelli più moderni.

Tuttavia, resta vero il fatto che la nosografia descrittiva, incentrata sui sintomi e sui segni che il paziente presenta e dichiara, oltre ad avere conservato un'indubbia potenzialità conoscitiva, è anche il momento di studio e descrizione della malattia, che consente di ridurre al minimo la distanza tra il sapere del medico sulla malattia e il sapere del paziente sulla medesima.

Se nel momento diagnostico/nosografico, e non si vede come potrebbe non essere così, si ha l'inizio del momento conoscitivo della malattia per il medico, è indubbio che in esso stia anche il primo e principale momento in cui si struttura quella relazione medico-paziente, che può nascere nel segno del conflitto o nel segno dell'alleanza, e si capisce perché su quel punto vada concentrata una maggior attenzione, rispetto a quanto sinora è stato fatto, e perché un'integrazione della nosografia occidentale e della nosografia cinese sarebbe utile per fornire il massimo livello di conoscenza possibile, relativamente al morbo, e la migliore opportunità di condivisione della malattia del paziente, senza che questo debba necessariamente ostacolare le procedure per una conoscenza scientifica.

### Le gastralgie

Lo spettro di disturbi, che la MTC comprende all'interno delle gastralgie, è piuttosto numeroso e va da semplici gastralgie funzionali a gastroduodeniti, correlate a stasi di energia e di sangue, a ulcere gastriche o duodenali, in relazione a stasi di sangue, alla presenza di tumori, definiti come "masse". Orientativamente, in prima ipotesi, vale la pena di sottolineare come la stasi di energia (*qi*) sia prevalentemente correlata a distensione dell'epigastrio. Se si ha un reflusso del *qi* che risale in controcorrente, compaiono, invece, rigurgito, nausea e vomito. Se vi è una stasi di sangue, è preponderante, in particolare, il sintomo dolore fisso, intenso, profondo, spesso notturno. Le lesioni organiche, quali ipertrofia o atrofia della mucosa, ulcere e masse compaiono, invece, come complicanze delle precedenti condizioni, qualora non siano state tempestivamente trattate, e possono essere accompagnate da tutti i sintomi già citati, in maniera varia. Classicamente, tra le cause che determinano i quadri sopracitati possiamo trovare: aggressioni di energie cosmopatogene, errori alimentari, squilibri psico-emozionali o alterazioni degli equilibri endogeni di energia/sangue o di aspetti *yin/yang* dell'organismo. Sia i quadri clinici che la sintomatologia possono essere classificati in vari modi, ma, senza dubbio, una delle modalità più semplici è quella che individua quadri da pienezza "*shi*" e quadri da vuoto "*xu*".

### Eziopatogenesi

**Cause cosmopatogene** - Tra i fattori cosmopatogeni sono soprattutto il freddo, per la sua azione di blocco, il calore, per la sua azione di prosciugamento dei liquidi e l'umidità, per la sua azione ostruttiva, che, ostacolando la circolazione di energia/sangue, possono alterare la funzionalità gastrica, producendo dolore, gonfiore e dispepsia.

**Cause alimentari** - Per quanto riguarda gli alimenti, questi possono diventare causa di squilibrio soprattutto quando vengono assunti in quantità sproporzionata o quando, per la loro natura eccessivamente fredda o troppo calda, determinano quadri di freddo o calore, in maniera analoga a quanto accade per le energie cosmopatogene. In questo senso, l'eccessiva assunzione di cibi speziati produrrà quadri di calore a livello gastrico. L'assunzione di eccessive quantità di frutta e verdura di natura fredda determinerà quadri di eccesso di freddo. L'eccessiva assunzione di cibi grassi, quadri da eccesso di umidità.

**Fattori psicoemozionali** - Sono soprattutto i sentimenti di frustrazione e di collera repressa, che, agendo sul Fegato, possono determinare inizialmente quadri di stasi del *qi* di Fegato, il cui effetto può farsi sentire a livello dello Stomaco con un quadro dispeptico e con quadri di nausea, vomito, rigurgito e reflusso. Tuttavia, anche quadri emozionali, connotati da un'eccessiva tendenza alla rimuginazione e all'ossessività, possono bloccare le dinamiche funzionali dello Stomaco e della Milza-Pancreas con quadri di stasi, dispepsia, dolore, che, talvolta, possono accompagnarsi anche ad alterazioni dell'alvo.

A questi fattori possono aggiungersi o sostituirsi malattie debilitanti croniche, stati di affaticamento eccessivo, fattori costituzionali, come ad esempio il deficit ereditario dell'energia centrale (*zhong qi*), che possono causare stagnazione di energia/sangue a livello dello Stomaco.

### Sintomatologia

#### Gastralgie da eccesso energetico

##### Forme da freddo

Il quadro è caratterizzato da un quadro clinico specifico, cui si sommano dei segni generali di freddo a livello di tutto l'organismo. Il quadro specifico è costituito da: dolore epigastrico, che migliora col caldo e col massaggio; senso di freddo, in sede epigastrica, che spinge il paziente a coprire la parte; crampi; se stasi di *qi*, dilatazione epigastrica; se risalita di *qi* in controcorrente, nausea, reflusso, rigurgito o vomito di alimenti o di liquido chiaro; se stasi di *qi* di Fegato, ipocondralgie, acidità, senso di oppressione al petto; se stasi di sangue, gastralgia violenta, con dolori profondi e fissi; lingua bluastra, con induito bianco, in caso di stasi di *qi*; polso a corda o teso o rugoso o lento, a seconda dei vari quadri.

##### Forme da calore

In questo caso abbiamo un quadro generale, che si caratterizza per la presenza di calore a livello di tutto l'organismo, e un quadro specifico che si caratterizza per: dolore epigastrico, che peggiora col caldo e col massaggio; pirosi gastrica; miglioramento con bevande fredde; stomatiti; se *qi* in controcorrente, vomito di sapore amaro, giallastro o francamente biliare; ematemesi e melena; lingua rossa con induito giallo; polso a corda o rapido o ampio, a seconda della situazione specifica.

L'accumulo di umidità aumenta il senso di oppressione e pesantezza. L'assunzione di liquidi o cibo può essere difficile e la digestione è sempre faticosa. L'induito linguale è spesso e coloso, il polso scivoloso.

Una variante di questa forma è quella determinata da accumulo di cibo, con dispepsia, acidità, dolore aggravato dalla pressione, induito giallo e polso scivoloso, con comparsa di *qi*, che risale in controcorrente, determinando eruttazione, rigurgito, nausea e vomito alimentare.

#### Gastralgie da deficit energetico

##### Forme da deficit di qi

Il quadro è caratterizzato da segni generali quali astenia, pallore, dispnea da sforzo, ipersudorazione e da un quadro specifico composto da: distensione epigastrica postprandiale; feci molli o stipsi ostinata; gastralgia che migliora col caldo, il massaggio e mangiando; se risalita di *qi* in controcorrente, vomito postprandiale, nausea e iporessia; se crollo del *qi*, gastroptosi e prolassi; lingua pallida; polso debole. Questo quadro spesso si complica con segni di deficit di sangue.

##### Forme da deficit di yang

Il quadro è caratterizzato da un quadro generale con paura del freddo, estremità fredde e sensazione di freddo

interno. A questi si aggiungono sudorazione fredda, poliuria oppure oliguria con edemi. Il quadro specifico, invece, è composto da: dolori epigastrici sordi e profondi, che peggiorano col freddo, migliorati da applicazione di calore locale e dall'assunzione di bevande calde; diarrea o stipsi ostinata; lingua pallida, edematosa, bordi improntati dai denti, con induito bianco e umido; polso debole o lento. Questo quadro spesso si complica con segni di stasi di sangue.

#### Forme da deficit di yin

È caratterizzato da un quadro generale, in cui sono presenti calore ai Cinque cuori (mani e piedi e centro del petto), zigomi rossi, sete, febbre vespertina, sudorazione notturna, ansia e oliguria con urine scure. Il quadro specifico è composto da: gastralgia con pirosi e peggioramento col caldo; fame accompagnata da senso di nausea e vomito; bocca secca e stomatiti; stipsi oppure diarrea, con senso di bruciore anale; lingua rossa, con scarso induito e fissurazioni; polso fine e rapido.

#### Terapia

Come abbiamo visto, i quadri nosografici descritti dalla nosografia cinese includono sintomi tutt'altro che rassicuranti quali l'emorragia e l'ematemesi. È fuori discussione, dunque, che se in fase diagnostica potranno rendersi necessari approfondimenti effettuati con tutta la tecnologia diagnostico-strumentale, di cui il medico dispone, per meglio definire il quadro lesionale organico eventualmente presente, dal punto di vista terapeutico si dovrà tenere conto delle risposte più efficaci che il medico ha a disposizione. Ciò potrà talora condurre alla prescrizione di farmaci di comprovata efficacia da soli o, talaltra, in associazione con la terapia agopunturistica. È fuor di dubbio che, in alcuni casi, in cui l'aspetto funzionale è assolutamente preminente, la terapia troverà nell'agopuntura, utilizzata come strumento terapeutico principale, un'affidabile risorsa.

**Gastralgie da eccesso energetico** - I punti maggiormente utilizzati in letteratura sono costituiti da: 12 VC; 21 St; 20 V; 36 St; 6 M. L'azione di questi punti è piuttosto complessa e serve per regolarizzare i movimenti di discesa dello Stomaco, con un'azione di tipo procinetico. Spesso, questi punti, nel caso ci si trovi di fronte a forme da freddo, vengono riscaldati per mezzo di sigari di Moxa per una ventina di minuti. A questi vengono spesso aggiunti: 6 MC, un punto ad alta azione specifica sulla nausea e sul vomito; 25 St, nei casi in cui la distensione addominale abbia un aspetto rilevante; 4 M, che, stimolato elettricamente per 20 minuti, è in grado di ridurre l'acidità gastrica.

Infine, possono essere utilizzati i punti 3 F, se ci si trova in una situazione di stasi di *qi* o di iperattività dello *yang* di Fegato; i punti 14 F, se ci si trova di fronte a dolori degli ipocondri, sempre da stasi del *qi* di Fegato e, infine i punti 40 St, se vi sono accumuli importanti di umidità.

#### Gastralgie da deficit

I punti più frequentemente utilizzati sono costituiti da: 12 VC; 6 VC; 8 VC; 20 V; 43 V; 36 St; 6 M. Anche in

questo caso, la funzione di questi punti è quella di favorire la motilità gastrica, regolarizzando la peristalsi e le funzioni digestive. Se il quadro è caratterizzato da deficit di *qi* e di *yang*, bisognerà utilizzare la moxibustione per il riscaldamento dei punti, mentre, in caso di deficit dello *yin*, è indicato l'uso della sola agopuntura. A questi punti potranno, poi, essere aggiunti: 6 MC, un punto ad alta azione specifica sulla nausea e sul vomito; 3 F, se ci si trova in una situazione di stasi di *qi* o di iperattività dello *yang* di Fegato; 17 V, 10 M e 4 VC, in caso di deficit di sangue; 23 V e 7 Rn, in caso di deficit dello *yang* di Rene; 20 VG, in caso di gastroptosi.

#### Bibliografia

- AA. VV., a cura di Grmek M.D., *Storia del pensiero medico occidentale*, Laterza, Bari 1993
- Chamfrault A., *Traité de médecine chinoise*, Coquemard, Angoulême 1969.
- De Certaines Théories Historiques de la Médecine Chinoise, *Selected Historical Theories of Chinese Medicine (Zhong Yi Li Dai Lun Xuan)*, Shandong Scientific Publishing House, Jinan 1983.
- Despeux C., Obringer F., *La maladie dans la chine médiévale, la toux*, L'Harmattan, Paris 1997
- Di Concetto G., Sotte L., Pippa L., Muccioli M., *Trattato di Agopuntura e di Medicina Cinese*, Utet, Torino 1992.
- Fong Yeou-Lan, *Précis d'histoire de la Philosophie Chinoise*, Le Mail, Paris 1985
- Gwei L., Needham D. e J., *Aghi Celesti. Storia e fondamenti razionali dell'agopuntura e della moxibustione*, Einaudi, Torino 1984.
- Li Xuemei, Zhao Jingyi, *Acupuncture Patterns & Practice*, Eastland Press, Seattle 1993.
- Lin Shi Shan (traduction), *Formules magistrales en acupuntura Traditionelle sous la direction du Prof. Wang Dai*, Institut Yin – Yang, 1994.
- Maciocia G., *Les principes fondamentaux de la médecine chinoise*, Sattas, Bruxelles 1992.
- Minelli E., *Agopuntura Clinica, Tradizionale e Moderna*, Red, Milano 2002.
- Minelli E., *La dietetica nella Medicina Tradizionale Cinese*, Jaca Book, Milano 1998.
- Minelli E., *Le Cinque Vie dell'Agopuntura*, Gemma Editco, Verona 2000.
- Needham J., Lu Gwei Djien, *Celestial Lancets. History and rationale of Acupuncture and moxa*, Cambridge University Press, Cambridge 1980 (tr. it. Aghi celesti, Einaudi, Torino 1984).
- Needham J., *Science and Civilization in China*, Cambridge 1956-80. (tr. it. Scienza e Civiltà in Cina, Einaudi, Torino 1981).
- Nguyen Van Nghi, Picou E., *Pathogénie et pathologie énergétiques en médecine chinoise*, Imp. École technique Don Bosco, Marseille 1971.
- Porket M., *The Theoretical foundation of chinese medicine*, Cambridge 1974.
- Ross J., *Zang Fu The Organ Systems of Traditional Chinese Medicine*, Churchill Livingstone, Bristol 1985.
- Roustan C., *Traité d'acupuncture*, Masson, Paris 1979.
- Schatz J., Larre Cl., Rochat De La Vallée E., *Aperçus de médecine chinoise traditionnelle*, Maisonneuve, Sainte-Ruffine 1979.
- Soulié De Morant G., *L'acupuncture chinoise*, Maloine, Paris 1972.
- Unschuld P., *Medicine in China. A History of Ideas*, University of California Press, Berkeley 1985.
- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific Manila, *Standard Acupuncture Nomenclature*, Manila 1991.

## Il contributo della fitoterapia

Erus Sangiorgi

E-mail: [esangio@tiscalinet.it](mailto:esangio@tiscalinet.it)

Con il termine generico di “gastrite” si tende a raggruppare una notevole varietà di sintomi che riguardano la funzionalità gastrica. Questi sintomi possono manifestarsi con tensione epigastrica, sensazione di pienezza dopo un pasto normale, eruttazioni, nausea, pirosi ma anche dolore epigastrico che compare dopo alcune ore dal pasto o durante la notte e scompare con l’assunzione del cibo (sintomi riconducibili a ulcera gastro-duodenale), oppure sensazione di bruciore e acidità gastrica e/o esofagea (reflusso gastro-esofageo).

La porzione antrale dello stomaco produce gastrina, ormone digestivo, il cui rilascio è regolato dalla stimolazione vagale, dalla distensione dello stomaco determinata dalla massa del cibo e dalle proteine parzialmente digerite. La gastrina, entrata in circolo, stimola le cellule parietali gastriche a produrre acido cloridrico e, in minor misura, stimola le cellule principali a secernere pepsina e fattore intrinseco. La produzione di HCl si arresta, per feedback, quando il pH gastrico raggiunge il valore 2.

Il pH, per una buona digestione gastrica, deve essere compreso tra i 2 e 3, mentre la funzionalità è alterata da valori di pH inferiori o superiori.

Il bolo alimentare acido che arriva al duodeno stimola, in seguito, la produzione di pepsina pancreatico. L’acidità gastrica è un elemento importante non solo per la digestione ma anche per mantenere la riserva alcalina dell’organismo. Infatti lo ione  $H^+$ , necessario per formare l’acido cloridrico, deriva, soprattutto, dalla scissione dell’ $H_2CO_3$  che, scindendosi, cede uno ione idrogeno  $H^+$  liberando una base debole ( $HCO_3^-$ ) che va a costituire la riserva basica dell’organismo.

I fattori legati alla digestione gastrica non possono comunque essere ricondotti soltanto ad uno stato di ipo o iper-cloridria gastrica, ma anche ad uno squilibrio neurovegetativo, al trofismo della mucosa, alla funzionalità di altri organi o apparati e, più in generale, al terreno del singolo soggetto. Lo stesso *Helicobacter pylori* (che si sviluppa più facilmente in situazioni di ipocloridria, ed è fra le cause principali dell’ulcera gastro-duodenale), si produce quando si altera sia il terreno gastrico sia, più in generale, quello dell’individuo.

Tra i fattori che intervengono ad alterare il trofismo della mucosa e la funzionalità gastrica vanno ricordati: la costituzione dell’individuo e, in particolare, un eventuale debolezza costituzionale specifica dell’organo; le abitudini alimentari (un’alimentazione povera di fibre, l’abuso di bevande gassate, caffè, cibi fritti, alcolici, cioccolato, etc.); eventuali allergie o intolleranze alimentari; lo stile di vita (fumo, frequenti abbuffate, vita sedentaria, etc.); la risposta “individuale” ai conflitti e alle emozioni; lo

stress e l’eccessiva produzione di radicali liberi; l’uso di farmaci (soprattutto tra gli antinfiammatori i FANS); l’*Helicobacter pylori*; la funzionalità epatobiliare; la disbiosi intestinale e lo stato di acidosi tissutale. Questi elementi vanno analizzati per poter impostare un trattamento di terreno che non si soffermi solo a sopprimere il sintomo.

### Piante con tropismo gastrico indicate nelle gastriti iposecerneti

Una ridotta secrezione gastrica, presente in oltre il 50% degli anziani, è spesso associata ad un disturbo definito dai pazienti col termine di “indigestione”, sintomo descritto come senso di eccessiva sazietà, tensione e pesantezza postprandiale, gonfiore sopraombelicale, a volte dolore epigastrico (1). Le piante indicate nella dispepsia con un’azione carminativa, antispastica e procinetica, si suddividono in due categorie: piante con principi amari che vanno assunte prima dei pasti con azione riflessa sulla mucosa gastrica e sulla secrezione epatobiliare; piante con principi aromatici che vanno assunti dopo i pasti con azione diretta sulla mucosa.

#### Piante con principi Amari

##### Genziana lutea (3)

Pianta erbacea perenne, appartiene alla famiglia delle genzianacee. Si usa la radice raccolta in autunno. Contiene principi amari: glucosidi, ac.fenolici, fitosteroli, triterpeni e pigmenti xantonici. Il fitocomplesso ha un’azione stimolante la secrezione dei succhi gastrici(2), la pianta viene indicata secondo un uso tradizionale nella dispepsia atonica, nell’inappetenza, nel meteorismo gastrico, ma anche nelle convalescenze e nella leucopenia secondaria. È controindicata nell’ipersecrezione gastrica e nell’ulcera gastroduodenale. Non ci sono, ad oggi, studi sufficientemente esaustivi secondo EBM.

Dosi: 30-40 gtt. di tintura madre in acqua calda prima dei pasti principali oppure 1-2 cp da 300 mg di estratto secco, sempre prima dei pasti principali. Non ci sono dati su eventuali effetti collaterali, controindicazioni o interazioni. *Energeticamente* di natura calda e sapore amaro, secondo i principi della MTC, ha un’azione di tonificazione del triplice riscaldatore e di drenaggio epatico.

##### Rabarbaro (3)

Pianta erbacea perenne, appartiene alla famiglia delle polygonaceae. Si usa la radice raccolta in primavera o in autunno. Contiene glicosidi e tannini, e l’azione del fitocomplesso e le conseguenti indicazioni dipendono

dalle dosi e dalle modalità di somministrazione. Alle dosi di 300-600 mg di E.S., oppure 5-7 gr di polvere in infusione, somministrati in una sola volta, si hanno effetti lassativi sia per stimolo della peristalsi intestinale sia per richiamo di acqua all'intestino. Dosi notevolmente inferiori: 10-20 gtt di T.M., oppure 50-100 mg di E.S., oppure 1 gr di radice polverizzata in infuso, assunti prima dei pasti principali, hanno in vece un'azione carminativa e coleretica. A queste dosi questa pianta è indicata nelle dispepsie e nell'insufficienza biliare. È controindicata in gravidanza e alle dosi sopraindicate non presenta interazioni o effetti collaterali. *Energeticamente* di natura fredda ad alte dosi, tiepido-fresco a bassi dosaggi, di sapore amaro. Secondo i principi della MTC tratta la stagnazione del Qi di Fegato e di Stomaco.

### Achillea (3)

Pianta erbacea perenne, appartiene alla famiglia delle asteracee. Si usano le sommità fiorite raccolte all'inizio dell'estate. Contiene olii essenziali, glucosidi, flavonoidi, triterpeni e tannini. Studi farmacologici hanno evidenziato l'azione antinfiammatoria (4), antiossidante, antiemorragica e antispastica. Studi clinici in doppio cieco hanno evidenziato sia l'attività coleretica (5), sia l'attività antinfiammatoria e antispastica sullo stomaco (6). Indicata, secondo EBM, nelle epatopatie e nelle gastropatie iposecnerenti. Secondo l'uso tradizionale, oltre all'indicazione per dispepsia, inappetenza, atonia digestiva, epatopatie, è consigliata anche nelle dismenorree, metrorragie, emorragie, emorroidi e spasmi gastrointestinali.

Dosi: 30-50 gtt di T.M. in acqua calda prima dei pasti, oppure 3-5 gr di pianta essiccata in 200 ml di acqua bollente per infusione prima dei pasti. Da non usare in gravidanza, non ci sono dati disponibili su controindicazioni o effetti collaterali. *Energeticamente* di natura fresca e sapore amaro e leggermente piccante, secondo la MTC ha un'azione di tonificazione del Qi di stomaco e milza, muove il sangue e tonifica il Qi di rene.

### Carciofo (3)

Pianta appartenente alla famiglia delle composite, si usano le foglie culinari che contengono acidi fenolici, flavonoidi, fitosteroli. Diversi studi clinici (7-8), hanno dimostrato l'efficacia di estratti di carciofo nelle dispepsie, nell'insufficienza biliare, nei dolori addominali, nausea, vomito e flatulenza. Secondo l'uso tradizionale, consigliata anche nell'ipercolesterolemia, si utilizza nella stipsi con feci dure e secche, nell'iperuricemia e nei reumatismi.

Dosi: 30-50 gtt, oppure 1-2cp. da 300 mg 2-3 volte al giorno prima dei pasti. È sconsigliato l'uso durante l'allattamento, non presenta effetti collaterali o controindicazioni particolari. *Energeticamente* di natura fredda e di sapore amaro, secondo la MTC purifica il fuoco di Fegato e VB, elimina la secchezza e calore nel Grosso Intestino. Altre piante contenenti principi amari con tropismo gastrico sono: **Arcangelica, Centaurea, Artemisia Vulgaris.**

Sempre tra le piante indicate nelle gastriti iposecnerenti, ma con azione diretta sulla mucosa gastrica, da assumere dopo i pasti, sono considerate quelle ad alto contenuto in olii essenziali, in particolare gli estratti di semi di **Anice, Finocchio, Cumino**, e foglie di **Menta**. Questi estratti svolgono azione carminativa, eupeptica e antifermentativa. Nell'uso tradizionale un decotto di polvere di **Zenzero**(3), 1 cucchiaino raso di polvere x 1 tazza di acqua, bevuto caldo prima dei pasti, ha un'azione carminativa e favorente la digestione gastrica. Gli estratti di zenzero sono indicati secondo studi di EBM, nelle dispepsie, nel vomito gravidico e nelle nausee in corso di chemioterapia.

### Piante con tropismo gastrico indicate nelle gastriti iposecnerenti

Nelle situazioni di ipercloridria con disturbi di acidità gastrica, pirosi, dolori, rigurgiti acidi, le piante indicate sono: **Piantaggine, Altea, Malva**, con azione protettiva sulla mucosa gastrica per azione delle mucillaggini, la **Calendula** con azione antinfiammatoria, il **Fico**, la **Melissa**, indicata nelle forme con predominanza psicosomatica, e la **Liquirizia**. **Ficus Carica**, macerato glicerico delle gemme, alla prima decimale (1DH), è particolarmente indicato nelle neurodistonie e nelle turbe neurovegetative gastriche. Il meccanismo d'azione, di probabile origine diencefalica (8), ne determina un rimedio utile nei disturbi psicosomatici e funzionali del tratto gastroenterico, nelle gastroduodeniti, nell'ulcera gastro-duodenale e nell'esofagite da reflusso. Dosi: 30-50 gtt 2-3 volte al dì prima dei pasti per almeno due mesi. Nelle ulcere è utile l'associazione con **Alnus Glutinosa MG**

**Succo di Cavolo:** è ben documentato (9), l'uso tradizionale del succo di cavolo fresco, 1 litro al dì in dosi frazionate, che risulta essere un buon coadiuvante nella cura delle gastriti iposecnerenti e nell'ulcera gastro-duodenale. L'azione antinfiammatoria e cicatrizzante è dovuto all'alto contenuto in glutamina, e in radicali solforati.

### Liquirizia (3)

Pianta perenne originaria dell'area mediterranea, appartiene alla famiglia delle Papilionaceae. Si usano le radici raccolte in autunno. È considerata, erroneamente, una pianta senza particolari qualità ed è conosciuta più come edulcorante che come pianta con evidenti proprietà terapeutiche. Contiene saponine triterpeniche (ritenuti i principali responsabili dell'attività terapeutica) e flavonoidi. Numerosi studi clinici controllati hanno determinato l'efficacia clinica di estratti di Liquirizia nel trattamento dell'ulcera gastrica (10-11). Secondo l'uso tradizionale, questa pianta è consigliata nelle gastriti e nell'ulcera gastrica, nelle allergie, nelle bronchiti, nelle oligo-amenorree, nelle epatopatie. Recenti studi, non ancora sufficientemente esaurienti, hanno evidenziato un'azione terapeutica della radice nelle epatiti virali (12). È oggetto di ricerche l'uso di estratti di Liquirizia in menopausa e nelle alterazioni del ciclo mestruale. La Glicerizzata può determinare alcuni effetti collaterali per cui esistono in commercio estratti di Liquirizia deglicerizzata (DGL), tuttavia secondo alcune ricerche la *planta tota* sarebbe più efficace dei singoli componenti

e con minor effetti collaterali. Dosi: 3-5 gr. di radice in 200 ml di acqua per infusione, oppure 30-50 gtt di T.M., oppure 1-2 cp di DGL da 300 mg. 2-3 volte al dì prima dei pasti. Controindicata nell'ipertensione, nell'insufficienza renale, nell'ipopotassiemia e nello scompenso cardiaco. Se ne sconsiglia l'uso in gravidanza e, poiché gli estratti di Liquirizia favoriscono l'eliminazione di Potassio, non vanno associati ai diuretici tiazidici o glucosidi cardioattivi. Nei consumatori abituali di Liquirizia si è notata una diminuzione della libido e disfunzioni sessuali nei maschi. *Energeticamente* di natura neutra e sapore dolce, secondo la MTC tonifica il Qi e la Milza, e armonizza il Centro; calma il fuoco di Stomaco, umidifica il Polmone, tonifica lo yin di Rene e rinforza il Cuore.

### Conclusioni

Le piante sopradescritte andranno scelte sia per il loro tropismo d'organo sia valutando le loro azioni secondarie (antispastica, di riequilibrio neurovegetativo, di stimolazione epato-biliare) che saranno utili per correggere il terreno del soggetto affetto da disturbi gastrici.

### Bibliografia

1. J.E. Pizzorno- M.T. Murray " Trattato di medicina naturale " ed. Red Novara 2001 Vol.1 pag.511-514
2. Glatzel, H.and K. Hackenberg. 1967. Roentgenological studies of the effect of bitters on digestive organs. *Planta Med* 15(3):223-232
3. E.Sangiorgi-E.Minelli-G.Crescini-S.Garzanti – Fitoterapia, Principi di fitoterapia Clinica, Tradizionale, Energetica, Moderna- ed. CEA –Milano 2007
4. Goldberg AS et al. Isolation of the anti-inflammatory principles from *Achillea millefolium*, *Journal of Pharmaceutical Sciences* 1969, 58:9838-941.
5. Sama SK, Krishnamurthy L, Ramachandran K, Lal K. Efficacy of an indigenous compound preparation (Liv-52) in acute viral hepatitis: A double-blind study. *Indian J Med Res* 64:738-742, 1976.
6. Mahler P. The action of bitters on the secretion of gastric juice. *Zeitschrift Gesamte Experimentelle Medizin*, 1926, 51:267-277.
7. Fintelmann V. Antidyspeptische und lipidsenkende Wirkungen von Artischockenblätterextrakt. Ergebnisse klinischer Untersuchungen zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Hepar-SL forte an 553 Patienten. *Zeitschrift für Allg. Medizin*, 1996,72 (Supp12):3-19
8. F. Piterà- Compendio di gemmoterapia clinica- De Fabbri editore 1994
9. J.E. Pizzorno- M.T. Murray " Trattato di medicina naturale " ed. Red Novara 2001 vol.2 pag.1565-1569
10. Morgan AG, Pacsoo C, McAdam WAF. Comparison between ranitidine and ranitidine plus Caved-S in the treatment of gastric ulceration. *Gut* 1985; 26:1377-1379.
11. Schenk J, Schmack B, Rosch W, Domschke W. Controlled trial of carbenoxolone sodium vs. cimetidine in duodenal ulcer. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1980;65:103-107.
12. van Rossum TG, Vulto AG, Hop WC, et al. Intravenous glycyrrhizin for the treatment of chronic hepatitis C: A double-blind, randomized, placebo-controlled phase I/II trial. *J Gastroenterol Hepatol* 1999; 14:1093-1099.

**Gino Santini** - Questa divisione avrebbe senso se gli individui fossero tutti uguali e così le patologie. Ma puoi trovare la costituzione che considera "alta" anche una 15-30CH e un'altra che ti costringe a somministrare a breve distanza più dosi da 200CH prima di vedere qualche effetto. E non abbiamo considerato la variabile "patologia"... Le categorizzazioni sono utili se non ci complicano la vita, cosa nella quale sono bravissime le scuole di omeopatia! :-)

**Paolo Bellavite** - Purtroppo questi sulle diluizioni omeopatiche sono per ora discorsi basati su impressioni personali e non su prove certe. Forse in futuro, se si raccogliessero sistematicamente i risultati clinici con un protocollo condiviso, si potrebbe aggiungere solidità alle impressioni personali. Sui topi di laboratorio, in rigorosissimo doppio cieco, ho verificato che il Gelsemium ha effetti tipo ansiolitici (cfr. la rubrica "Spotlight", a pag. 27, ndr). Somministrato 1 volta a 1 giorno per 8-9 giorni. L'ordine dell'efficacia rispetto al placebo è (più o meno perché cambia un po' con i modelli): 9CH > 30CH > 5CH > 7CH > 4CH. NON c'è una vera e propria crescita con la diluizione, come si vede, ma un andamento un po' alternante. La meno efficace è sempre stata comunque la 4CH. Comunque, TUTTE le diverse diluizioni/dinamizzazioni hanno effetto nella stessa direzione ansiolytic-like. Non tutti i topi rispondono, ma nella media un effetto del medicinale si vede chiaramente. Nel singolo caso, non so. Posso solo parlare della media di 48 soggetti per ogni gruppo (6 esperimenti con 8 animali per gruppo). *Aconitum* sugli stessi modelli invece non fa nulla o peggiora la ansietà alla 7CH. Non voglio ovviamente sostenere che ciò sia trasferibile all'uomo, ma solo serve a dimostrare che nell'ambito delle diluizioni omeopatiche funzionano un po' meglio le alte che le basse (io chiamo alte quelle oltre Avogadro, tra cui anche la 9 per ragioni che non sto qui a spiegarvi). E comunque l'importante è dare il medicinale "giusto", anche se si sbaglia la dose (a parte la 4CH) non è poi così grave, un effetto si ottiene comunque. Almeno sul topo (teniamo conto comunque che tutti i normali farmaci sono prima provati sul topo e di solito gli effetti coincidono...). Beh, volevo dire la mia da ricercatore, spero sia un contributo utile e confortante comunque.

## OmeopatiaOnline

### Il Forum virtuale dei soci SIOMI

Riservata ai soci SIOMI in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno in corso

# Un caso di litiasi biliare sintomatica

Luisella Zanino

Medico specialista in pediatria, esperto in omeopatia  
E-mail: lzanino@siomi.it

**L**e calcolosi della colecisti sono per lo più asintomatiche. Nelle litiasi biliari asintomatiche viene indicata l'astensione terapeutica e una dieta adeguata. La terapia farmacologica dissolutiva dei calcoli, per lo più intrapresa con i derivati dell'acido desossicolico, deve essere prolungata per lungo tempo ed essa è spesso inefficace non sempre è risolutiva. In generale il rischio di presentare una colica biliare nei portatori di calcoli è comunque molto basso (2-3%). Al contrario, quando si fosse manifestata una prima colica biliare, le recidive sono alte (60% nei due anni successivi). Per questa ragione dopo anche una sola colica, soprattutto in caso di calcoli multipli di piccole dimensioni, l'indicazione è la colecistectomia preventiva, sia per evitare le coliche sia per prevenire il rischio di formazioni tumorali, che è basso ma presente.

Nella fasi avanzate della gravidanza può verificarsi un incremento della produzione di bile, la colecisti può svuotarsi più lentamente, dilatarsi ed essere più predisposta alla formazione di calcoli. La causa, oltre alla predisposizione individuale, è legata al diverso assetto ormonale durante la gravidanza. Raramente questa condizione diventa sintomatica. I calcoli formati diventano permanenti. Qualora si presentasse una colecistite acuta in gravidanza, l'indicazione è chirurgica.

## Obiettivo del case report

Il caso presentato riguarda una colica biliare da calcolosi verificatasi 15 giorni dopo il parto in una giovane donna. La donna, trattata precocemente subito dopo la colica con rimedi omeopatici, è rapidamente migliorata dal punto di vista sintomatologico. Le ecografie successive hanno evidenziato, dopo soli otto mesi, la scomparsa dei calcoli. Al follow up (due anni) la paziente sta bene e la colecisti non contiene calcoli.

## Presentazione del caso

C. F. è una bella signora, di professione ingegnere meccanico, nata nel 1974. Si è trasferita a Torino per lavorare in FIAT nel 2005, fino ad allora aveva vissuto a Perugia, sua città natale, dove si è laureata. A Torino, lo stesso giorno del colloquio per l'assunzione, incontra il collega, anche lui al primo colloquio, che diventerà suo marito dopo pochi mesi. Alla fine di agosto del 2006, quando la conosce, ha partorito da poco più di due mesi: devo visitare per la seconda volta come pediatra di famiglia il suo bambino, che è mio assistito.

Alla prima visita era stato portato dal padre: la mamma era malata. In quella occasione avevo prescritto al bambino un medicinale omeopatico per le coliche gassose. Alla visita del secondo mese di vita il bambino sta benissimo, C. F. invece è pallida, magra e sofferente. Ha una litiasi biliare e ha manifestato una violenta colica poco più di un mese prima. Ora ha sintomi importanti di maldigestione. Si cura con l'omeopatia da quando era bambina, ma il suo omeopata è a Perugia e non può seguirla. Ha capito dalla mia precedente prescrizione di un rimedio omeopatico al suo bambino che, oltre che pediatra di famiglia, conosco e pratico la medicina omeopatica. Ora mi chiede una consulenza urgente per sé. La visito nel pomeriggio, è il 22 agosto 2006.

## Anamnesi convenzionale

Genitori viventi in buona salute. Un fratello in buona salute. Nata a termine per parto eutocico. Comuni esantemi infantili. Mai ricoveri né interventi. Crisi acetemiche per tutta l'infanzia e colon irritabile, particolarmente fra i 9 e i 12 anni. È stata curata già dall'infanzia, come tutta la sua famiglia d'origine, per lo più con medicinali omeopatici.

Menarca a 14 anni. Non dismenorrea. Soffre con frequenza ravvicinata di herpes labiale e afte, scatenati dallo stress. Miopia e astigmatismo lievi. Porta gli occhiali.

Una sola gravidanza, fisiologica, con iperemesi nel primo trimestre e buona salute nei mesi successivi. Ha lavorato senza problemi fino alla fine della gravidanza. Il 19 giugno 2006 parto cesareo per presentazione podalica (neonato di 4 kg). Nessuna complicanza. Attualmente sta allattando. Negli ultimi giorni di giugno 2006 comincia a soffrire di epigastralgie a barra, sempre più violente e seguite da vomito. Il medico di famiglia prescrive antispastici, che calmano solo parzialmente il dolore ma che, essendo in allattamento e per avversione ai farmaci, la paziente usa con forse troppa parsimonia (quasi mai). Il 6 luglio 2006 il dolore assume le caratteristiche di una vera violenta colica, tanto da costringerla ad andare in pronto soccorso. Gli esami ematologici rivelano un AST a 231 e un ALT a 312 (fig. 1), la bilirubina è normale. L'ecografia, urgente e senza idonea preparazione, non permette di visualizzare la colecisti ma evidenzia un fegato ingrandito, steatosi epatica e falda liquida periepatrica da versamento peritoneale (fig. 2). L'ecografia viene ripetuta il 19 luglio 06: il fegato appare normale, la colecisti, allungata, "contiene numerose formazioni litiasiche fonoassorbenti di piccole dimensioni" (fig. 3).

**Anamnesi omeopatica**

Avvezza alle visite omeopatiche, C. F. parla tranquillamente e con ordine, attenta alla modalizzazione dei sintomi. Lo sguardo è brillante, acuto, diretto. La invito ad esporre liberamente i suoi problemi di salute. Esordisce con un: *“Lo sapevo che sarebbe accaduto, tengo tutto dentro e mi rodo il fegato!”*.

mente rifiuta le terapie farmacologiche (le è stato proposto l'acido ursodesossilico). È dimagrita. Ha terrore di avere altre coliche, dice di esser stata malissimo. Non sa come far fronte alla situazione e sua madre, arrivata da Perugia per darle aiuto, da due mesi invade il suo spazio e la irrita, soprattutto se cerca di consolarla. Inoltre il buon cibo le manca: si definisce buongustaia e mangiona, nonostante sia sempre stata magra. Non ama i dolci, adora il salato e tutti i cibi molto saporiti. Fino a due mesi fa ha sempre digerito benissimo, l'alvo è regolare dalla prepubertà. Le coliche addominali e l'alvo alternante che aveva da bambina erano scomparse, secondo lei, con le terapie omeopatiche e *“dopo aver digerito sua madre”*. Freddolosa, il cibo *“la scalda”*, se digiuna il freddo aumenta e con esso la stanchezza. Si definisce un'astenica da sempre. Beve molto, principalmente acqua, anche se ai pasti non disdegna il vino. Ora purtroppo deve rinunciare a tutto. Lo fa anche perché, allattando, ha molto senso di responsabilità, forse troppo. La sua educazione è stata rigida, in adolescenza si è ribellata a una *“mamma tedesca”*, poi è rientrata nei binari sviluppando *“un eccessivo controllo dell'ego”*. È razionale, precisa, logica: un vero ingegnere! La via di fuga per lei è la solitudine. Da sola sta bene, si ricarica. Non ha disturbi del sonno, anzi, ama molto anche dormire. Non ama invece parlare del sé più profondo, ha molti amici superficiali e la gente le piace ma ha solo una vera amica, dai tempi dell'adolescenza, con la quale a volte si confida. Permalosa e suscettibile alla minima offesa, non ama essere giudicata e prova rancore, suo malgrado,

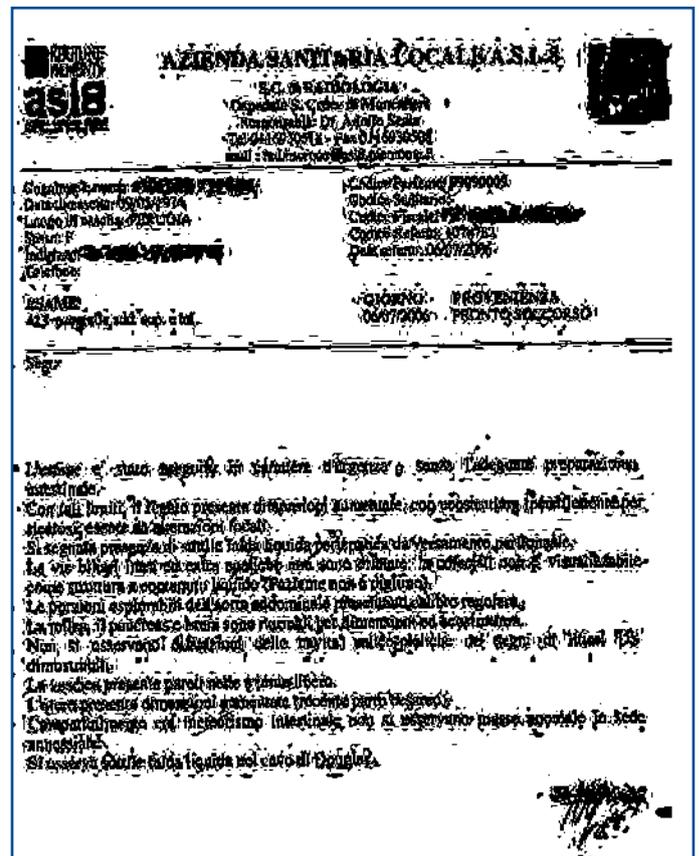
**Figura 1**  
Esami ematologici PS.

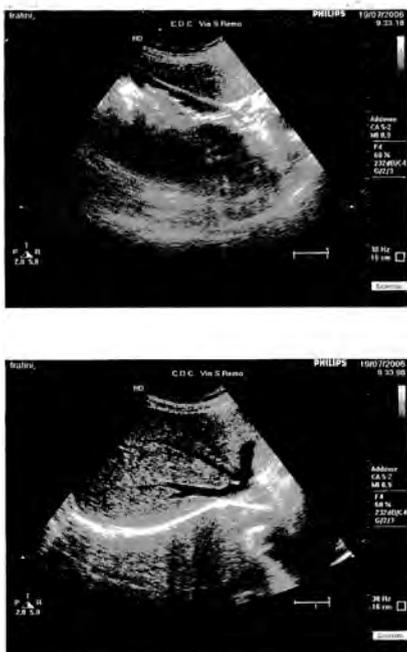
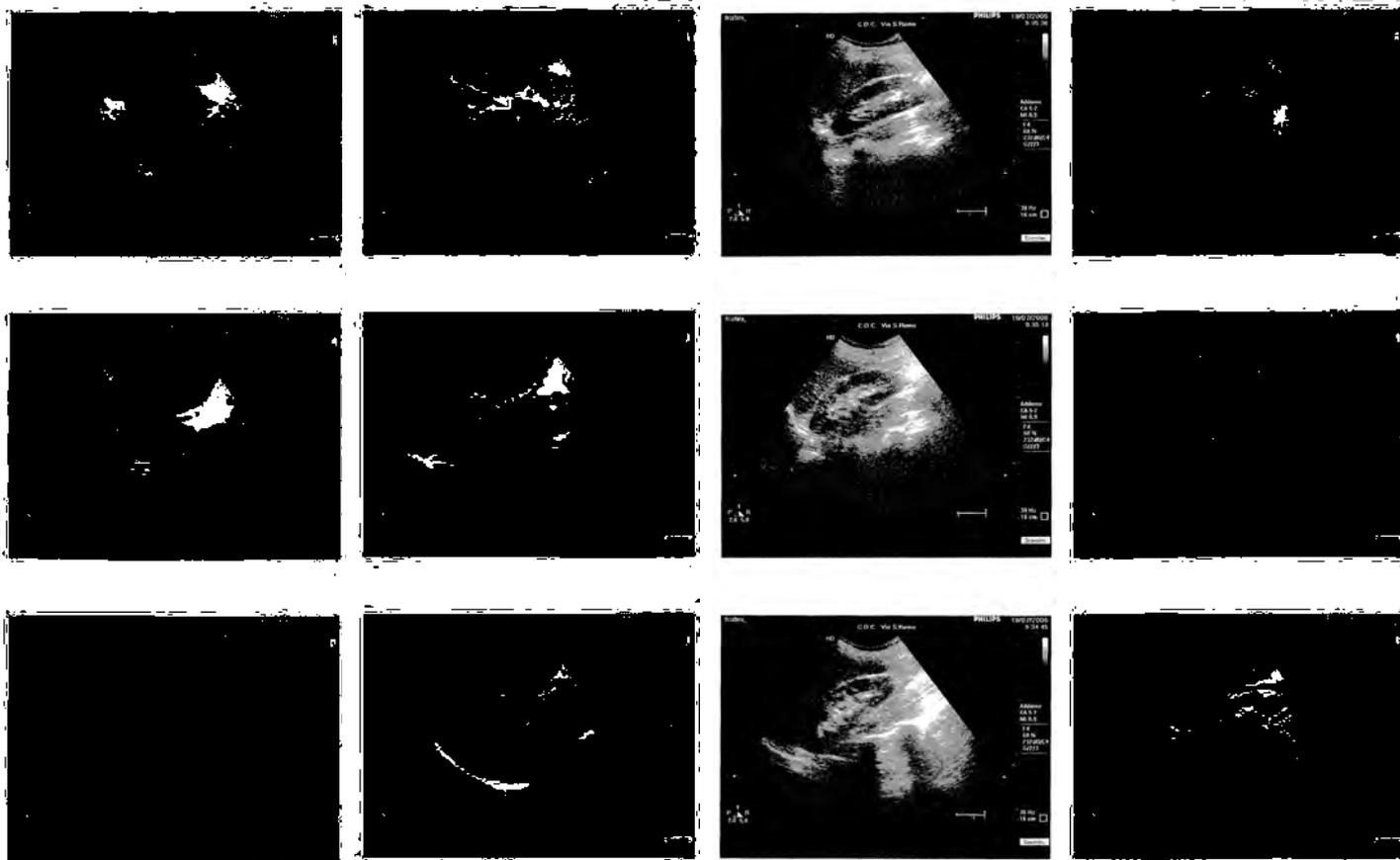
Esame	Esito
<i>Esami di Chimica clinica</i>	
GLUCOSIO.....	112 >
UREA.....	22
CREATININA.....	0.8
AST.....	231 >
ALT.....	312 >
AMILASI.....	43
LIPASI.....	29
LDH.....	514 >
BILIRUBINA TOTALE.....	0.9
SODIO.....	141
POTASSIO.....	3.3 <
PROTEINA C.REATTIVA.....	0.6 >
CK.....	46
CK-MB.....	12

Il sintomo attuale dominante è la maldigestione e conseguente depressione reattiva, con irritabilità e desiderio di isolamento, di dormire. La paziente *“non digerisce più nulla”* e ha paura di mangiare. Anche piccole quantità di cibo provocano dolore epigastrico a barra, gravativo, sordo, irradiato a destra, associato a cefalea e nausea senza vomito. C. F. è preoccupata, teme di non riuscire ad allattare adeguatamente il suo bambino, e parallela-

**Figura 2**  
(in basso a sinistra)  
Visita PS  
del 6 luglio 2006.

**Figura 3**  
(in basso a destra)  
Referto ecografico  
del 6 luglio 2006.





**C.D.C. S.p.A.**  
 Azienda Sanitaria e ospedaliera S.p.A.  
 Centro Diagnostico Regionale - Via S. Maria  
 10121 TORINO - P.I. 01574400014 (011) 510022

**Pratica N. : 18462460-06 del 19/07/2006.**

**Sig. / ra : [Redacted]**  
**Nita. Reg. : 0137483**

**Alla cortese attenzione del Dott. [Redacted]**

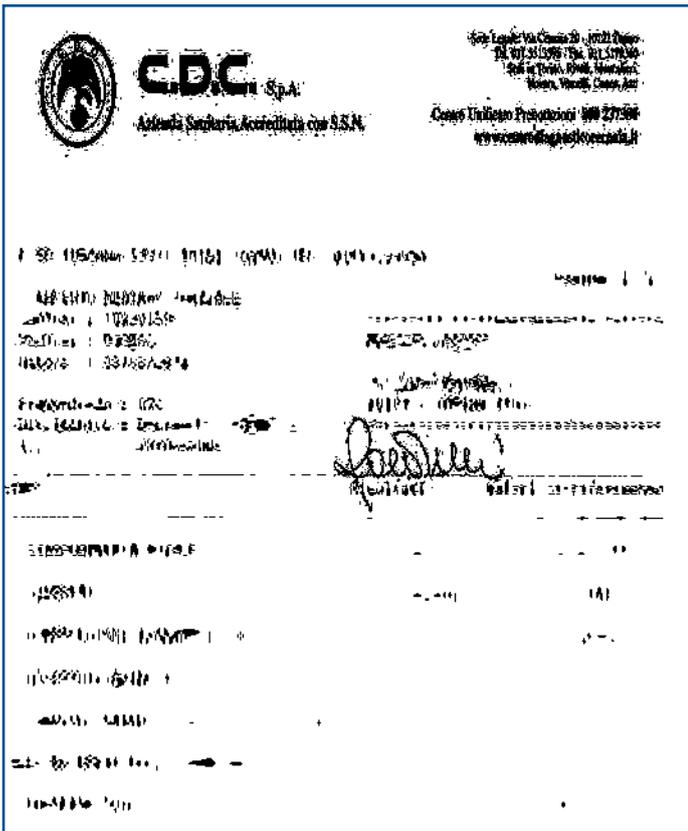
**ECOGRAFIA ADDOME COMPLESSO**

Panico di dimensioni colaterali e contorni netti ed ecosistemi omogenei. La colecisti ha forma allungata e contiene numerosi frammenti iperecogeni. Sono presenti difetti al polo superiore. La colecisti non è dilatata. L'ampolla di Vater non è dilatata. Rendi un'ecografia normale. Nel fegato il rapporto tra il parenchima epatico midollare e stratum capsula-gliatico. La cistola non è ingrossata. L'ecografia addominale nel fegato evidenzia un difetto interepatico di 13 mm. La vesicola biliare è normale, ha pareti apparentemente non dilatate ed elastiche. L'arteria renale ha diametro di 10 mm. La vena renale è normale. Una simile fase anecogena litogica si evidenzia nella vena del Douglas. Inizialmente la visualizzazione degli annessi al cervice non è apprezzabile.

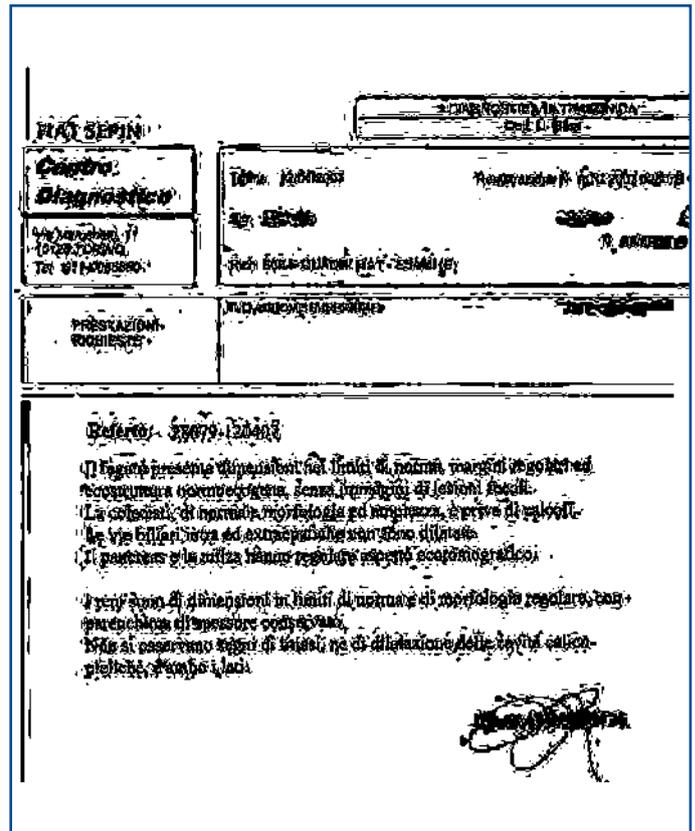
**[Redacted Signature]**

Figura 4 (in alto e a lato) Immagini ecografiche del 19 luglio 2006.

Figura 5 (a destra) Referto ecografico del 19 luglio 2006.



**Figura 6**  
(in alto a sinistra)  
Valori ematologici  
di agosto 2006.



**Figura 7**  
(in alto a destra)  
Ecografia  
del 12 aprile 2007.

molto a lungo. Legge e studia molto. Il lavoro le piace, ma *“non è la sua priorità”*, preferisce fare la madre di famiglia. Forse la perseveranza è conseguenza dell’educazione, più che una vera indole. *“Senza educazione rigida non ce l’avrei probabilmente fatta a raggiungere un obiettivo”*. Conseguire un obiettivo lo doveva ai genitori, per questo l’ha fatto. Ha in progetto per il futuro di trasferirsi a Bari, la città del marito, avere tanti figli e magari lavorare part time. Il nord la deprime: ama il mare e la luce del sud.

**Esame obiettivo**

La paziente è bruna, grandi e penetranti occhi neri, labbra carnose facili al sorriso, flessuosa, slanciata, ben proporzionata. Le mani sono fredde, le dita lunghe e sottili. La pelle è trasparente, molto chiara, leggermente arida e con qualche impurità. La gestualità e l’andatura armoniose, lente ed eleganti. L’abbigliamento curato ed altrettanto elegante. Condizioni generali buone. Cute pallida, mucose rosee. Non ittero. Altezza 168 cm, peso 52 kg, PA 120/80, AC: toni validi, ritmici, assenza di soffi. FC 74 battiti/minuto. AR: nella norma. Organi ipocondriaci: nei limiti della norma. Fegato all’arco, segno di Murphy positivo, addome palpabile, epigastrio dolente alla palpazione profonda. Tono e riflettività nella norma.

**Terapia**

Prescrivo esami ematologici di controllo, che risulteranno normali (fig. 4). Programmo una terapia con un rimedio di fondo, sulla base della similitudine psichica, eziologica, modalità generali e tipo sensibile, con Natrum muriaticum 200CH, 3 granuli la sera da lunedì a venerdì, fino a miglioramento. Come rimedio complementare, per la sintomatologia locale, Lycopodium 9CH, 3 granuli mattino e pomeriggio, sempre da lunedì a venerdì, fino a miglioramento.

Dopo tre settimane la paziente non presenta più sintomi di mal digestione, il tono dell’umore è migliorato e riesce a mangiare senza avere successivo senso di peso epigastrico, cefalea, bocca amara e nausea. Ha liberato la dieta, compatibilmente con l’allattamento. Digerisce tutto. È più serena. Allatta. Sopporta male la madre, che per fortuna fra un po’ tornerà a Perugia. Prescrivo Natrum muriaticum 200CH, 3 granuli una volta alla settimana (sabato) e Lycopodium 9CH, 3 granuli una volta al dì da lunedì a venerdì, per due mesi.

Alle successive visite di controllo del bambino, la paziente mi tiene aggiornata sui suoi sintomi. Sta bene. Nessun sintomo di mal digestione. Mantengo la terapia invariata fino a dicembre 2006, quando, in assenza di sintomi, decidiamo di sospendere la terapia.

**Follow up**

Dopo tre mesi dalla sospensione della terapia omeopatica (aprile 2007) la paziente, in completa assenza di sintomi,

esegue una ecografia di controllo (fig. 5), che evidenzia una “colecisti di normale morfologia ed ampiezza e priva di calcoli”.

Nessuna terapia.

Il controllo ecografico del 5 ottobre 2007 conferma l'assenza di calcoli (fig. 6).

Nessuna terapia.

La paziente, che vedo regolarmente per le visite pediatriche al figlio, attualmente (giugno 2008) è in ottima salute, ha programmato una nuova gravidanza e sta per trasferirsi a Bari.

**Discussione e conclusioni**

Il medico esperto in omeopatia è medico due volte: suo compito è indirizzare il paziente verso il tipo di cura che consenta il miglior risultato, nel concetto di medicina integrata, senza partigianerie a priori.

Nel caso illustrato (colica biliare in donna giovane, calcoli multipli di piccole dimensioni) l'indicazione sarebbe solo chirurgica, per l'alto rischio di comparsa di nuova colica entro i due anni dalla prima.

La paziente per contro non solo rifiutava l'uso di farmaci tradizionali, sia per la sua condizione di nutrice sia per la sua abitudine sistematica dall'infanzia alle cure omeopatiche, ma intendeva fermamente percorrere la strada della cura omeopatica, prima di sottoporsi alla colecistectomia.

La rapida scomparsa dei sintomi e il successivo riscontro della scomparsa dei calcoli dopo la terapia omeopatica sono stati sorprendenti. Resta evidente che, se il problema non si fosse risolto, sarebbe stato compito del medico omeopata indirizzare la paziente al chirurgo.

Nessuna terapia.

<p>FIAT SEPIN</p> <p><b>Centro Diagnostico</b></p> <p>Via Marochetti, 11 10126 TORINO Tel. 011-0066860</p>		<p>DIAGNOSTICA ULTRASONICA Dott. U. Riba</p> <p>Torino, 05/10/2007</p> <p>Sig. Y908/Y908</p> <p>Rich. 800.F.QUADRI FIAT - ESAMI (P)</p>		<p>Registrazione N. ACC 2007 066994</p> <p>ESAMI</p> <p>N. 09/05/1974</p>	
<p>PRESTAZIONI RICHIESTE</p>		<p>ECO ADDOME SUPERIORE</p>			
<p><b>Referto: 66994-051007</b></p> <p>Il pancreas è normale per dimensioni ed ecostruttura.                  Il fegato ha margini, dimensioni ed ecostruttura nella norma.                  La colecisti ha pareti regolari e non contiene calcoli.                  Le vie biliari intraepatiche e la via biliare principale hanno calibro regolare.                  La milza è normale per dimensioni e morfologia.                  I reni sono normali per sede, dimensioni e morfologia.                  Non si apprezzano dilatazioni calico-pieliche né formazioni litiasiche.                  L'aorta addominale ha calibro regolare.</p> <p style="text-align: right;">Dr. U. Riba</p>					

Figura 8 Referto ecografico del 5 ottobre 2007.

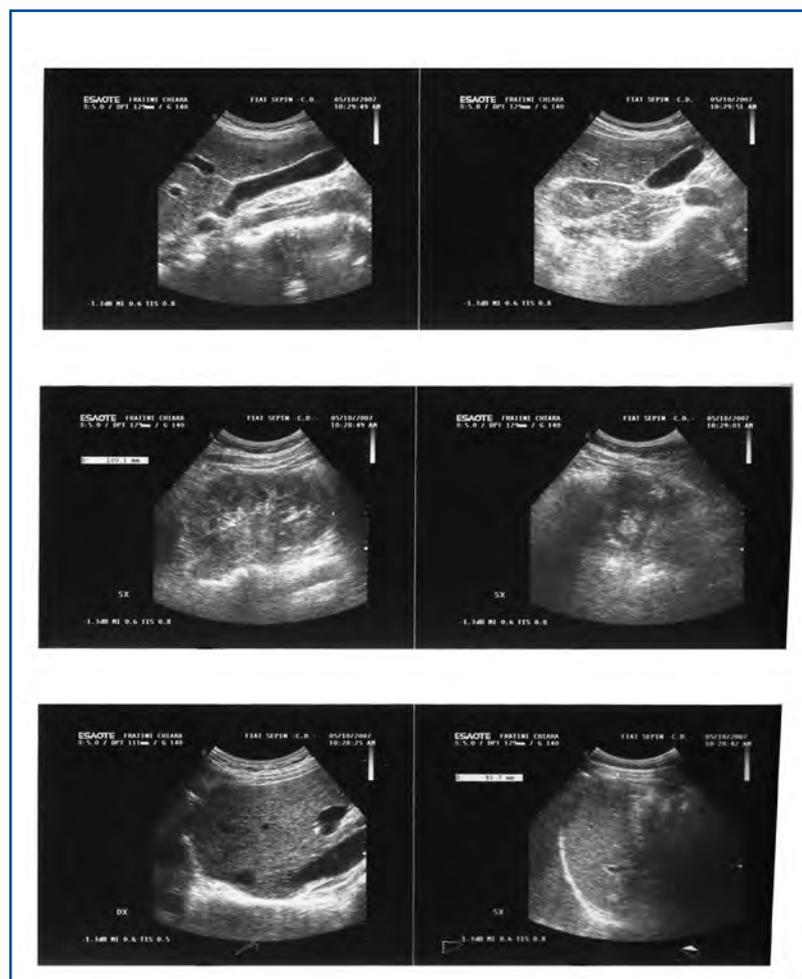


Figura 9 Ecografia del 5 ottobre 2007.

## Istruzioni per gli autori

*I manoscritti devono essere redatti seguendo scrupolosamente le norme di seguito specificate. Non verranno presi in considerazione articoli non uniformati a tali standard.*

### Dove inviare i manoscritti

L'invio del manoscritto presuppone che il lavoro non sia stato già pubblicato e, se accettato, non verrà pubblicato altrove né integralmente né in parte. Tutto il materiale iconografico deve essere originale, qualora l'iconografia sia tratta da altre pubblicazioni deve essere corredata dal permesso scritto dell'Editore. Il lavoro può essere recapitato alla SIOMI per e-mail ([segreteria@siomi.it](mailto:segreteria@siomi.it)) o inviando copia del manoscritto e delle figure su CD, alla rivista HIMed c/o ISMO, Via Adolfo Venturi, 24 - 00162 Roma.

### Copyright

I manoscritti e il materiale iconografico rimangono proprietà della SIOMI. Ai lavori deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: I sottoscritti Autori (segue il nome per esteso di tutti gli Autori) trasferiscono il copyright del manoscritto intitolato (segue il titolo dell'articolo) alla SIOMI, Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata. Essi dichiarano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza né al presente sottomesso ad altri giornali per la pubblicazione.

### Formato dei manoscritti

1. Le pagine devono essere numerate consecutivamente e così anche tabelle (numeri romani) e figure (numeri arabi) con relative didascalie.
2. Sulla prima pagina vanno indicati: titolo dell'articolo, nomi per esteso degli Autori, istituzioni di appartenenza di ogni singolo Autore, titolo breve (max 40 battute); nome, indirizzo (posta ordinaria e di posta elettronica), telefono dell'Autore di riferimento.
3. Deve precedere l'articolo un riassunto di circa 200 parole, con 3-4 parole indice. I contributi originali a carattere scientifico devono essere impostati secondo il seguente schema: a) titolo; b) riassunto; c) introduzione; d) materiali e metodi; e) discussione; f) eventuali ringraziamenti; g) bibliografia.

### Bibliografia

Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Le voci bibliografiche devono essere numerate consecutivamente nell'ordine di citazione riportato nel testo. I titoli delle riviste vanno abbreviate secondo l'Index Medicus.

Esempio di articolo di giornale: Lebel MH, Freij BJ, Syrogianopoulos GA, McCracken GS. Dexamethasone therapy for bacterial meningitis. N Engl J Med 1988; 15: 964-71.

Esempio di libro: Blumberg BS. The nature of Australia antigen: infectious and genetic characteristics. In: Popper H, Schaffner F, editors. Progress in liver disease. Vol. IV. New York and London: Grune and Stratton; 1972. p. 367-79.

### Tabelle e figure

Tabelle e figure vanno richiamate nel testo e numerate consecutivamente. Le figure devono essere presentate sotto forma di file JPG (anche in PowerPoint o PDF) oppure di stampe professionali in bianco e nero, nitide, di dimensioni non superiori a 18x24 cm, riportando a parte le relative didascalie, definendo tutti i simboli e le abbreviazioni usate. Ogni illustrazione deve portare sul retro, su un'etichetta adesiva, il numero progressivo, il nome del primo Autore e l'indicazione dell'orientamento. Eventuali illustrazioni a colori saranno pubblicate a spese degli Autori.

### Bozze di Stampa

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica, eventuali modifiche del testo verranno addebitate agli Autori. Le bozze verranno inviate per e-mail, gli Autori dovranno rinviarle entro 5 giorni dalla data di ricevimento. Le bozze non ricevute entro tale termine saranno considerate approvate dall'Autore per la pubblicazione.

### Estratti

Estratti a pagamento potranno essere richiesti alla SIOMI al momento della correzione delle bozze.

## ELENCO DI CONTROLLO

*Si prega di controllare questo elenco prima di inviare l'articolo*

- Titolo corrente.
- Nomi per esteso degli Autori.
- Autore di riferimento (con relativi recapiti).
- Qualifica e istituzioni di appartenenza di ogni singolo Autore.
- Lettera di trasferimento del *copyright*.
- Riassunto di circa 200 parole.
- Parole indice (keyword).
- Una copia del testo inviata via e-mail.
- Le figure con relative didascalie numerate.
- Indicazioni bibliografiche nel testo e bibliografia (secondo istruzioni).



**Sanedia** racchiude un patrimonio fatto di esperienze millenarie e conoscenze scientifiche con radici nella **CULTURA CLASSICA ORIENTALE** e verifiche secondo la **Medicina delle evidenze**. Tutto questo viene riversato nel campo fitoterapico con una visione olistica e assieme scientifica.



***Sanedia,  
prodotti fitoterapici di grande qualità.***

Segreteria scientifica e organizzativa:  
Via Kyoto 51, 50126 Firenze  
tel e fax 055 6812148

Sede amministrativa:  
Via Donatori di Sangue, s.n.c. 12026 Piasco (CN)  
tel. 0175 797067 fax 0175 232058

**Sanedia s.r.l.**  
[www.sanedia.com](http://www.sanedia.com)  
[info@sanedia.com](mailto:info@sanedia.com)