

PUBBLICITÀ

Quando si parla dell'omeopatia ci si pongono queste domande: È mito o realtà? È fede o scienza? È placebo o medicina?

Perché tutti questi interrogativi? Comunemente si ritiene che non esiste dimostrazione scientifica né del meccanismo d'azione dei medicinali omeopatici né della loro efficacia. In realtà esistono prove, seppure parziali, della validità dell'omeopatia, le quali potrebbero essere il punto di partenza per un confronto e un colloquio tra Medicina Ufficiale (detta Convenzionale) e l'Omeopatia (detta Medicina non-Convenzionale). Ma ciò non avviene. Perché? Cerchiamo di trovarne le cause. La Medicina Ufficiale, presenta delle "resistenze" culturali rifiutando aprioristicamente la possibilità di un "modo" di curare che sia diverso da tutto ciò che è attualmente verificato e consolidato. Questa presa di posizione non è lungimirante perché dovere dello scienziato è cercare soluzioni nuove e diverse, altrimenti la conoscenza non procede, nel senso che si perfeziona al suo interno ma non evolve. Però la responsabilità maggiore è da addebitare agli omeopati, i quali non hanno tentato di "modernizzare" l'omeopatia, rimanendo legati ad un linguaggio e ad una terminologia dell'800 e assumendo un atteggiamento quasi "fideistico" rispetto ai principi teorici dell'omeopatia. Né è sufficiente riportare, a conferma della validità delle loro idee, che, secondo indagini Istat, alcuni milioni di italiani si curano con l'omeopatia. Infatti è sufficiente ricordare che almeno il doppio degli italiani crede all'oroscopo o

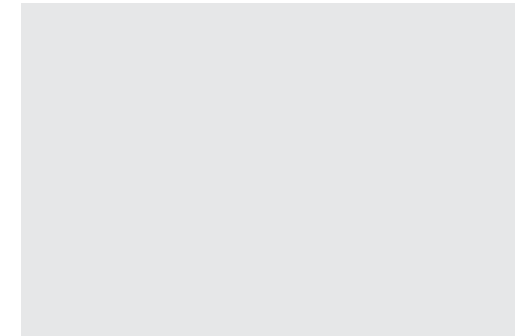
OMEOPATIA: UNA VISIONE CONGIUNTA NELLO SPAZIO E NEL TEMPO

Donato Virgilio

5

4
consulta maghi e cartomanti, ma ciò non porta a dire che queste persone trovano risposte "scientifiche" ai loro quesiti. Ma al contempo è sbagliata anche la posizione della Medicina Ufficiale che chiede agli omeopati di dimostrare la scientificità e la validità dell'omeopatia. È come chiedere ai cardiologici la dimostrazione clinica e farmacologia degli ace-inibitori. È compito delle Università, degli Ospedali e dei Centri di Ricerca realizzare prove di laboratorio e trials clinici. Ma perché ciò non si fa con l'omeopatia? Percorrere la strada della sperimentazione metterebbe fine alla sopradescritta diatriba tra placebo o medicina. E una volta per tutte. Compito degli omeopati è proporre seri protocolli di ricerca, farmacologia e clinica, secondo i dettami della Medicina Ufficiale. Non è certamente una proposta peregrina perché esistono già svariate ricerche scientifiche internazionali realizzate in omeopatia che in alcuni casi sono state valutate positivamente, anche se in altri casi sono state aspramente contestate. Se i risultati saranno positivi ne beneficeranno soprattutto i cittadini che hanno deciso, o decideranno, di curarsi con l'omeopatia. Ciò è indispensabile per "salvaguardare la salute pubblica". In-

fatti proprio questa è stata la motivazione che ha portato la Comunità Europea a legiferare sulla produzione, commercializzazione e registrazione dei medicinali omeopatici (Direttiva 73 del 1992 recepita dallo Stato Italiano il 1995 con numero di identificazione 185). Ed è sempre la preoccupazione di garantire il cittadino, propenso a curarsi con l'omeopatia, che ha portato l'Ordine dei Medici di Roma a istituire un Registro dell'Omeopatia per i colleghi-medici che hanno seguito un preciso corso di Formazione (Delibera 51 del 1998). La presa di posizione dell'Ordine di Roma doveva essere l'imput a prendere in seria considerazione l'omeopatia e per due Legislature la XII Commissione Affari Sociali della Camera ha tentato di arrivare ad una Legge-Quadro, ma invano. Di chi le responsabilità se tutto è rimasto fermo? La soluzione è di sedersi attorno ad un tavolo perché è "questo matrimonio" tra la Medicina Ufficiale e l'Omeopatia "s'ha da fare", nell'interesse dei pazienti. Se ciò non avverrà queste due Medicine continueranno a vivere da amanti, per l'incapacità, di ognuna delle parti, di affrontare i nodi del problema e per la paura di perdere certi privilegi.



L A PSORA

Come abbiamo visto, una volta avvenuto l'annidamento – stante la continuità di contatto fisico tra madre ed embrione - si rende possibile l'espletamento dell'azione delle catecolamine materne sull'embrione stesso, almeno per la possibilità di risposta alle stesse che questi è biologicamente in grado di dare. Se ipotizzassimo la capacità di modulare una reazione come un adattamento a stimolazioni diverse, potremmo provare a vedere nell'embrione un qualcosa di simile al disco fisso di un computer: inizialmente è vergine, ben identificato come volume, velocità e capacità-dati, ma avulso dall'ambiente resta, nel tempo, uguale a se stesso; in ogni caso, è buono per più sistemi

operativi compatibili con le caratteristiche che possiede.

Analogamente, l'individuo allo stato embrionale – altrettanto vergine – è portatore di una propria potenzialità reattiva destinata a rimanere tale fino al primo contatto con un "reattore" esogeno: questo reattore, che ritengo possa essere identificabile con la prima significativa esposizione ad una delle varie catecolamine materne in arrivo, opererebbe pertanto una specie di "partizione" primaria sull'hard disk della nostra reattività innata, direzionandola in maniera consequenziale alla catecolamina medesima.

Tale partizione primaria, però, è condizionata da alcune variabili:

catecolamina interessata
tempo di esposizione
impronta biotipologica

In ogni caso si materializza una **MEMORIA PRIMARIA** della **CAPACITÀ REATTIVA INTRINSECA** sulla cui scorta seguiranno poi la maggior parte dei processi reattivi adattativi susseguenti dell'uomo. È come se immaginassimo un punto fermo che a seguito di una prima stimolazione indirizza la propria cinetica verso una data direzione, verso la quale si instaura un meccanismo di cinetica inerziale che farà da sottofondo alle suc-

cessive stimolazioni: una volta che la direzione inerziale primaria è EST, le risposte a seguire saranno per la maggior parte sottomultipli di EST, difficilmente andranno ad ovest.

Ciò che mi preme comunque sottolineare è la constatazione che la risposta adattativa che si realizza a seguito del primo contatto con il proprio microambiente manifesta in ogni caso l'atteggiamento difensivo dell'individuo a tutela della propria identità.

La Psora Primaria, pertanto, può essere identificata come la reale codificazione operativa dell'istinto di sopravvivenza individuale.

Tutto ciò che viene a contatto con noi passa attraverso un sistema di riconoscimento e decodifica, e in funzione della valutazione – biologica o emotiva – ci si muoverà per accogliere o contrastare tale evento; se la valutazione sarà positiva, il tutto verrà integrato nei processi evolutivi come ulteriore risorsa; in caso opposto l'atteggiamento naturale sarà il tentativo di allontanare l'evento medesimo. Quello che l'individuo inter-

preta come potenziale pericolo diventa oggetto di uno sforzo eliminatorio protratto.

La Psora è caratterizzata da una sintomatologia essenzialmente centrifuga, esteriorizzatrice, denotata dallo sforzo eliminatorio dei vari emuntori (mucosità, dermatiti, rigetti...) nonché degli atteggiamenti comportamentali altrettanti de-notabili (dalla fuga all'aggressività, sia latenti che manifeste: ansia, insonnia, agitazione...). Ma ad ogni "battaglia" si associa la creazione di una **memoria dello scontro**, sia **fisica** (anticorpi, granulomi, cicatrici) che **mentale**.

La capacità reattiva globale conseguente, così determinata, sarà pertanto ogni volta leggermente diversa dalla status antecedente: si è in pratica creato un condizionamento che ha "eroso" parte della volontà intrinseca di direzione originaria e precedente che, grazie alla inerzia reattiva preesistente lo scontro con l'evento avverso si direziona su percorsi differenziati che, per quanto consequenziali, si aprono verso nuove prospettive di reattività futura.

Analoghe modificazioni si determinano ad ogni contatto con situazioni, sostanze od eventi che attivano le risposte adattative reattive dell'organismo: la Psora Primaria, tradotta in grafico, assume l'aspetto di una scala che si allontana sempre più dall'ideale del percorso originario.

Dando per scontata ed assodata la capacità dell'individuo di analizzare i propri contesti situazionali in continuazione, 24 ore su 24, sonno e sogni ivi compresi, avremo una continuità di contatti successivi che, pur non raggiungendo sempre la soglia di percettibilità, perpetuano da parte della persona un gioco infinito di adattamenti e ribellioni.

Il grafico finale della Psora, di conseguenza, non sarà una linea spezzata, ma una linea curva che rappresenta la progressione continua della conflittualità tra uomo ed ambiente. Avremo un ramo discendente di parabola, nel quale il Tempo scandisce, di condizionamento in condizionamento, quanto ci si allontani dall'ideale primordiale, l'istinto puro.

Diventa anche logico, a questo punto, non parlare neanche più di psora primaria o secondaria, ma forse sarebbe più corretto definire semplicemente come **PSORA ATTUALE** il momento psorico che il paziente manifesta al momento della consulenza omeopatica.

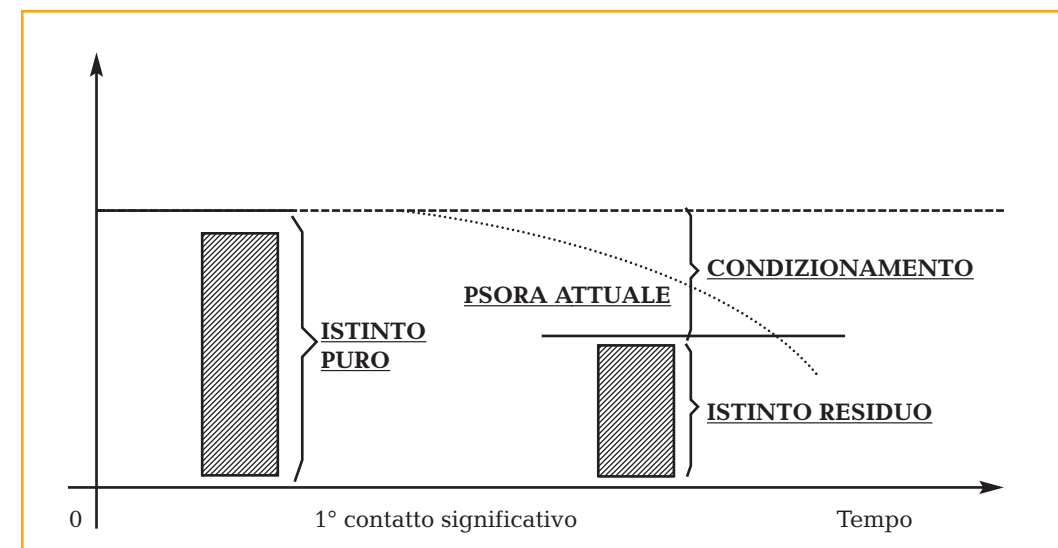
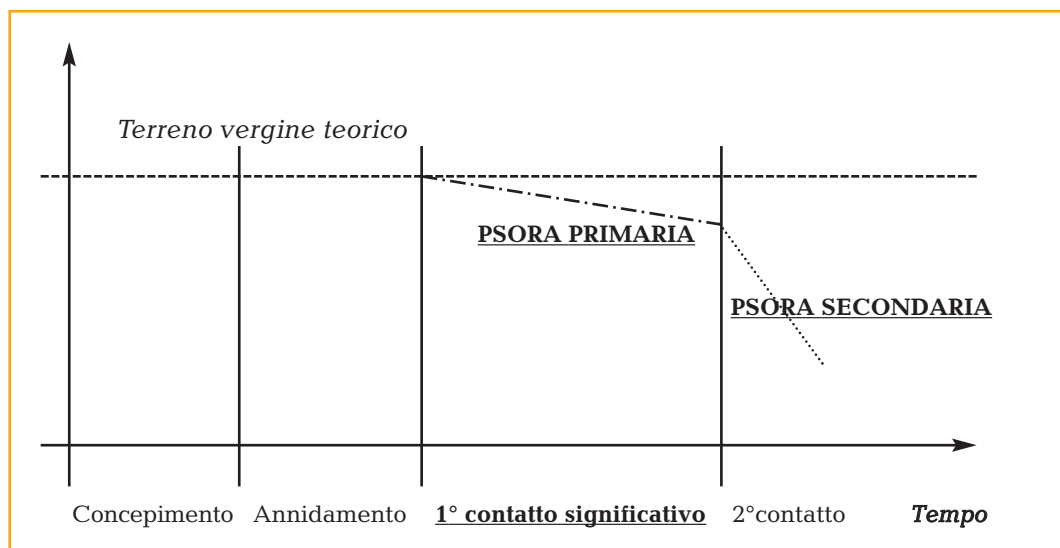
Si rende evidente, a questo punto, come la nomenclatura fenomenologica storica, per l'Omeopatia, cominci ad assumere una importanza particolare.

La vita non procede a salti, ma in progressione; non sempre siamo noi a determinare quando e se incontrare eventi stressanti di particolare portata (...è difficile ipotizzare una compartecipazione attiva di un feto di 4 mesi nel determinismo della prematura vedovanza della madre!!!).

Possiamo perciò parlare di:

PSORA

- modalità reattiva primordiale e primitiva di
- affermazione del sé



ATTEGGIAMENTO PSORICO

- l'insieme dei comportamenti fisici e psichici che affermano e difendono il sé

SINTOMI PSORICI

- le manifestazioni sindromiche nelle quali lo sforzo suddetto supera la soglia di percettibilità rendendo manifesto il conflitto "self / non self" con annessi segnali di tipo eliminatorio.

Dal punto di vista più strettamente sintomatologico, possiamo ulteriormente suddividere tale situazione in due momenti di vita, per il livello di segnale sintomatico che l'individuo avverte :

PSORA COMPENSATA

- asintomatica, con reazioni di difesa ed eliminazione da parte dell'organismo che non raggiungono la soglia percettiva; è lo stato di salute ottimale

PSORA SCOMPENSATA

- sintomatica, con presenza di segnali di reazione centrifuga avvertiti con maggiore o minore fastidio da parte dell'individuo; rappresenta lo **stato di malattia psorica**

Tutto ciò che viene sottratto in termini di libertà d'espressione all'ideale psorico, configurabile come prezzo pagato alla legge dell'adattabilità, vedremo rientrare nella cosiddetta diatesi sicotica.

LA SICOSI

- Hanehman sosteneva che la Sicosi rappresentasse l'espressione dell'individuo di fronte ad una situazione nella quale l'organismo, ormai sovraccaricato di tossine esogene, si posizionava nella fase di reticoloendoteliosi cronica, caratterizzata dalla sopravvenuta **incapacità ad eliminare le noxae patogene** e quindi dalla tendenza ad accumula-

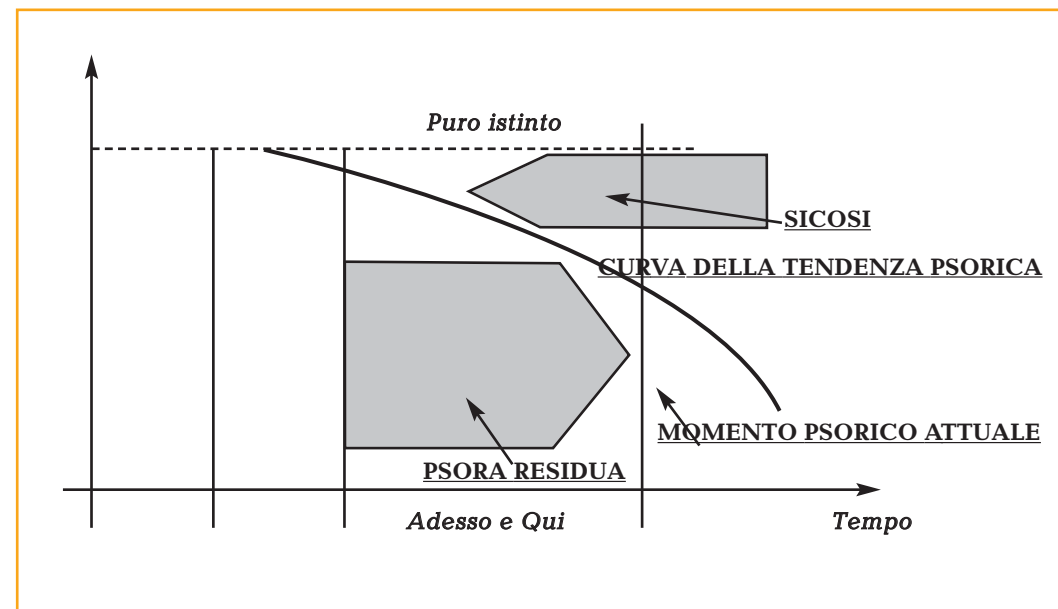
re, la sicosi è vista come l'espressione di una reattività sottolineata dalla progressiva direzione verso il sovraccarico, l'accumulo, l'immagazzinamento.

In questa tendenza alla convivenza con ciò che viene trattenuto si compie la cosiddetta **"fase plastica"** della teoria dell'adattabilità, nella quale la persona, non più in grado di allontanare dal sé le cause e/o le conseguenze degli eventi negativi e nocivi si adatta alla convivenza forzata con le stesse, spesso da separati in casa, con modalità a volte consce (**ansia o depressione**) altre volte inconsce (**nevrosi**).

Facciamo un breve passo indietro, osservando il grafico della psora così come è stato proposto: ci rendiamo immediatamente conto di come già dal secondo contatto con eventi esterni noi conviviamo con la memoria dell'evento stesso, ed è questa memoria che, di contatto in contatto, giocando a livello biologico, poi immunogenetico ed infine emotivo tra conscio e subconscio imprime direzioni obbligate, "condizionate", ai nostri atteggiamenti psorici residui.

Se ridisegnassimo il nostro grafico della Psora Attuale troveremmo, in un modello bidimensionale, una **superficie a sud** della linea della psora in continua riduzione di ampiezza, a favore della **superficie a nord** della stessa che rappresenta la parte di istinto ideale di volta in volta sacrificata sull'altare del condizionamento. Ma se tale area, significativa dei condizionamenti subiti, indica la nostra **continua crescente convivenza con ciò che ci è ostile**, altro non rappresenta se non la Sicosi, cioè l'accumulo, il trattenere, il non sapere o potere allontanare da sé. Tutto ciò con cui noi conviviamo, subendolo, a livello di memoria esperienziale può essere definito con il **termine di SICOSI**.

PSORA e SICOSI, di conseguenza, dovrebbero essere viste non più e tanto co-



me due diatesi reattive a se stanti, isolate per quanto conseguenti l'una all'altra, quanto piuttosto due aspetti contemporaneamente presenti e attivi nell'uomo da sempre, permanentemente in conflitto tra loro rappresentando la Sicosi la ragione e la Psora l'istinto.

D'altronde, come non vedere in una reazione di accomodamento tra noi e l'altro una sorta di mediazione ragionata, calcolata sugli effetti derivanti dall'impatto con l'evento esterno e finalizzata al mantenere il più elevato possibile lo standard di fisiologia del nostro essere? All'interno di questa mediazione, la percentuale di libertà espressiva, di tensione istintiva che viene sacrificata va mano mano ad ingrossare il territorio del condizionamento, scelto o coatto che sia, alimentando la maturazione dei processi di scotizzazione dell'individuo.

Su tale falsariga, scomodando personaggi tipo Freud, potremmo arrivare ad assimilare la Psora con l'**ES**, tendenza primordiale espansiva di affermazione del sé; di conseguenza, la Sicosi potreb-

be rappresentare l'**IO**, coscienza etica che funge da freno a mano sulle tendenze istintuali. È l'onnipresente **subconscio**, luogo della mente ove i condizionamenti albergano e dirigono gli atteggiamenti umani.

Per restare in ambito psicodinamico (che per inciso è indissolubilmente legato al fisico, come ci insegna la PNEI), possiamo fare un'ulteriore osservazione basata sulla legge di similitudine (parliamo pur sempre di Omeopatia!): come tendenza comportamentale l'individuo possiede una propria identità già a livello embriofetale, denominata **TEMPERAMENTO**, discendente dalla biotipologia del soggetto e forse dalle influenze genetiche genitoriali.

Tale temperamento rappresenta la naturale modalità evolutiva relazionale della persona, ed equivale al già menzionato disco fisso vergine del computer-uomo; i successivi incontri con le realtà ambientali obbligano tale qualità temperamentale a direzionarsi su percorsi reattivi meno complicati o pericolosi per la sopravviven-

za, fino a manifestarsi alla nascita con delle attitudini alquanto variegata. Dopo la nascita, il continuo, progressivo, massiccio condizionamento ambientale determina la trasformazione del temperamento in **CARATTERE**, che la psicologia ci insegna essere completo intorno ai tre-quattro anni di età. Tutte le trasformazioni successive porteranno infine alla definizione della **PERSONALITÀ** espressiva dell'individuo.

La personalità, pertanto, soprattutto se vista come insieme psicofisico, può essere definita come la risposta condizionale tra la tendenza all'affermazione del sé (Psora) e la necessità di difendere questo sé accettando compromessi (Sicosi). Addirittura parlerei di Temperamento Primario, intonso, vergine, e Temperamento Secondario a seguire l'insorgenza della Psora stessa.

In tal modo, a sua volta, la Sicosi verrebbe definita come una modalità comportamentale psicofisica conseguente ai condizionamenti della vita sia pre- che post-natale.


Una tabella riepilogativa ci aiuta a fare ordine...

Così come per la Psora, anche per la seconda diatesi possiamo parlare in termini di **SICOSI**

- modalità comportamentale psicofisica difettiva conseguente ai condizionamenti della vita

ATTEGGIAMENTO SICOTICO

- l'insieme dei comportamenti somatici

Concepimento	Terreno vergine primitivo		
1° contatto	Psora primaria		Temperamento primario
Successivi contatti	<u>Psora attuale</u>	Avvio <u>Sicosi</u>	↓
Parto	 <p>affermazione del Sé</p>		Temperamento secondario
Relazioni microambientali Familiari			Carattere
Relazioni macroambientali Sociali			↓
			Personalità

e psichici che denotano la progressiva perdita di capacità di tutela del sé originario, con accumulo di tensioni centripete ed adattamenti plastici alle evenienze contingenti

SINTOMI SICOTICI

- le manifestazioni sindromiche caratterizzate da segni di ritenzione, con progressiva perdita della potenzialità emuntoriale e viraggio verso una progressiva cronicizzazione dei processi patologici

Analogamente, parleremo di:

SICOSI COMPENSATA

- asintomatica, della serie "non vedo, non parlo, non sento": è il rifiuto a prendersi carico della situazione scatenante

SICOSI SCOMPENSATA

- sintomatica, con segnali di intossicazione cronica a carico di varie strutture organiche

CONSTATAZIONE

Come si può facilmente desumere da quanto esposto, sia la Psora che la Sicosi rappresentano due modalità operative relative agli strumenti che l'organismo attiva per difendere e proteggere la propria esistenza: in effetti, entrambe sono deputate alla difesa della persona, pur se con modalità ben differenziate e concettualmente lontane.

Tale denominatore comune dovrebbe però indurci ad ulteriori ed immediate constatazioni. La prima cui si può pensare è che tra le due il modello che risulta vincente per l'efficacia di gestione della difesa è quello centrifugo appartenente alla Psora: le cause di sofferenza vengono costantemente allontanate, non si accettano facilmente i compromessi, le ca-

pacità drenanti sono valide; ne deriva una ottimale tutela della propria individualità psicofisica nel tempo nonostante i fattori avversi. Ma dobbiamo constatare anche che si tratta di un meccanismo che necessita di elevati dispendi a livello energetico globalmente inteso.

A questo punto, se appena pensiamo alla capacità di produrre energia, ci rendiamo conto che sono soprattutto gli organismi in fase di accrescimento che possiedono tale prerogativa; per la semplice applicazione della legge transitiva ne deriva che ci si dovrebbe attendere una **prevalenza della fase psorica nell'età evolutiva** dell'essere umano. Ed in effetti, l'ambito pediatrico è quello nel quale è più presente la rappresentazione di atteggiamenti sintomatologici di natura psorica.

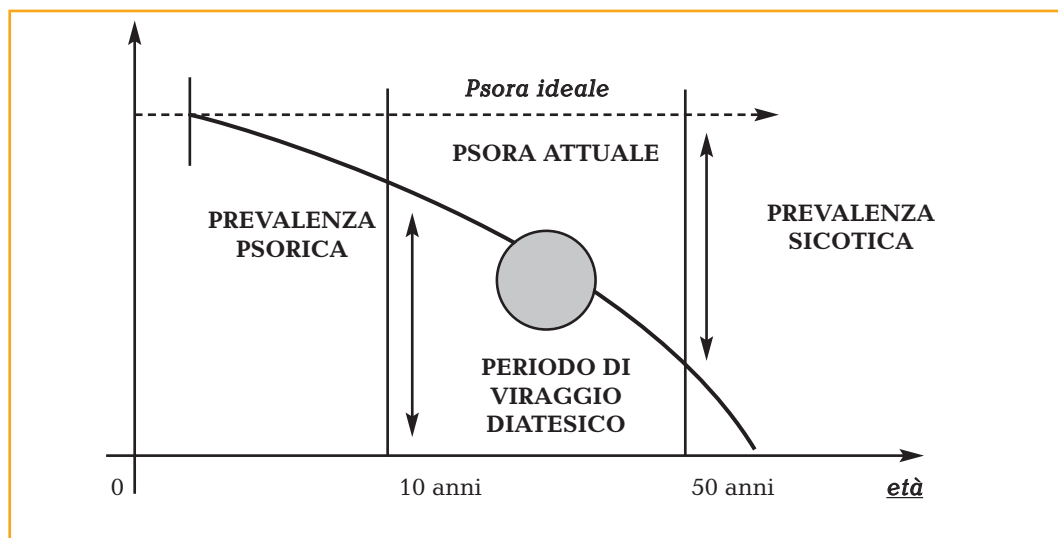
Mano a mano che l'età avanza ci troviamo di fronte ad una naturale coesistenza di due eventi paralleli: il decrescere di disponibilità energetica, specie dopo l'arresto della crescita, e la progressiva amplificazione della sommatoria di eventi condizionanti (= sicotizzanti).

Si creano pertanto sempre più i presupposti per un aumento degli atteggiamenti sicotici con le relative manifestazioni patologiche. D'altronde, se a 10 anni su otto problemi sette vengono affrontati in chiave psorica, a quaranta anni la psora sarà evidente in solo due manifestazioni, la sicosi nelle altre sei.

Ma non dimentichiamo un particolare di fondamentale importanza: **LE DUE DIATESI SONO COESISTENTI**, pertanto a qualsiasi età possono comparire sintomi dell'una o dell'altra. La prevedibilità di tale evenienza può essere dedotta dalla maggiore o minore pendenza della curva della Psora Attuale, che ci permette di intuire la **PREVALENZA DIATESICA** al momento della visita.

Possiamo così meglio comprendere anche i fenomeni di **ALTERNANZA** e **VIRAGGIO DIATESICO**, ulteriormente deducibili dalla **biotipologia** (che ci informa sulle potenzialità energetiche e reattive dell'individuo) e dalla **storia clinica** particolareggiata.

alle esperienze della vita prenatale ed alle modalità in cui si sono svolti concepimento, gravidanza e parto. Questo per un motivo molto semplice: cercare di ipotizzare quale gruppo di catecolamine materne abbia rappresentato la prevalenza di esposizione nei primi me-



Tutto ciò considerato, possiamo anche permetterci un atto di presunzione a favore dell'Omeopatia come strumento di diagnosi complessiva: individuate la biotipologia del paziente, il suo momento diatesico, la sua storia clinica (*ovvero: **attualizzato il Rimedio del paziente...***), siamo in grado di poter prevedere quale sarà il suo iter nel mondo, ed abbiamo tutte le informazioni sia storiche che predittive per pianificare una corretta strategia di intervento globale di terapia, riequilibrio e prevenzione.

Possiamo affermare che l'Omeopatia si propone come modello di DIAGNOSI, TERAPIA E PREVENZIONE SISTEMICA INDIVIDUALIZZATA.

Assume particolare importanza l'approfondimento diagnostico, allargato

si di vita, in modo di avere una probabilità di decifrare quale potrebbe essere stata la direzione impressa dalla Psora Primaria alla reattività generale della persona.

Questa proiezione si può facilmente intuire in funzione delle correlazioni fisiologiche sia somatiche che emozionali che connotano i meccanismi di azione delle varie catecolamine; vale la pena – forse – fare un breve riepilogo di tali caratteristiche.

Le Catecolamine

Azione fisiologica

Correlazione emotiva

	Produzione	Azione	Correlazione
Ac. Glutammico	Sistema Nervoso Centrale	Azione eccitatoria	SI
GABA	Sistema Nervoso Centrale	Azione inibitoria	NO
Adrenalina	Surrene	Aumenta glicemia, metabolizzazione ac. Grassi, PA sistolica, consumo O ₂	Reazione di allarme Istinto di sopravvivenza Attenzione
Nor-adrenalina	Surrene S. N. Atonomo Parasimpatico	Aumento gittata cardiaca e PA diastolica SI antagonizza con il Magnesio nella elaborazione mentale	Riflessione
Acetilcolina	Sinapsi assoniche colinergiche	Attivazione delle placche motrici neuromuscolari	Azione
Serotonina	S.n. centrale mucosa intestinale	Aumento peristalsi Broncospasmo Ctrl. Tono vascolare	Aggressione Introitazione Assunzione
Dopamina	S. n centrale S. n. a. simpatico Surrene	Sorgente di adrenalina e nord-adr Aumenta glicemia e PA - passa la barriera ematoencefalica	Attenzione
Istamina	Mastzellen	Aumento peristalsi	Reazione di rigetto

La Lue

Psora e Sicosi sono le due diatesi che hanno – come denominatore comune - la difesa della vita; sotto questo punto di vista, sono pertanto compatibili con il nostro istinto primario, ovvero l'Istinto di Sopravvivenza, e, suoi paladini, producono sintomi corrispettivi come messaggio cosciente dello sforzo che compiono per assolvere il proprio compito.

Sotto questo versante ci sarebbe molto da scrivere e discutere circa il significato della malattia e l'elezione di particolari organi ed apparati come attori dello sforzo riequilibratore dell'organismo in una data situazione. Ci sarà modo e tempo per farlo.

Ma, nell'occuparci di Omeopatia, non possiamo non prendere atto della constatazione di come, nella terza diatesi di Hanemahn, per l'appunto la Lue, l'atteggiamento sia dei sintomi che della prognosi non sembra essere a favore bensì contro la Vita; mi domando: come, dove, perché ciò può realizzarsi?

Nella scala dell'adattamento, le manifestazioni litiche si realizzano nel momento in cui le capacità reattive dell'individuo non sono più all'altezza di contrastare efficacemente gli influssi negativi della realtà, fin quando la persona, non più in grado di fronteggiare e riequilibrare, crolla. Compaiono così le insufficienze irreversibili d'organo, la sclerosi, la cirrosi, l'enfisema, le neoplasie, la demenza. Ma dove inserire la Lue nel diagramma dell'Istinto condizionato, rispetto al fluire della vita?

Un'ipotesi, a tal riguardo, può essere postulata rifacendoci ad un modello psicanalitico, sempre vicino alla scuola freudiana.

Osserviamo la similitudine:

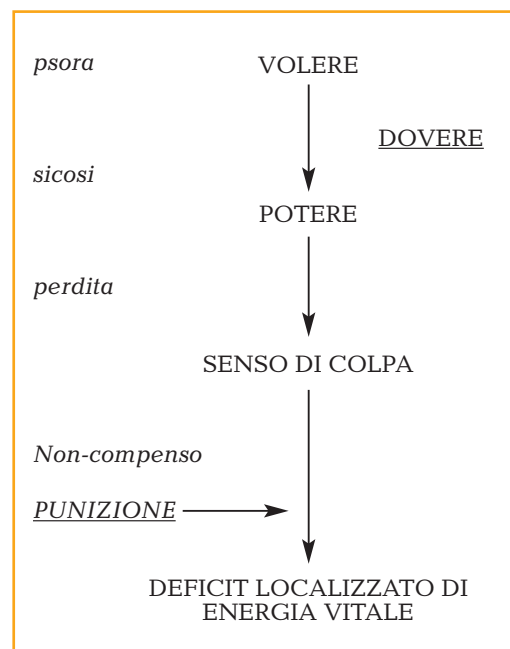
Psora > Es > Istinto > Esternazione

Sicosi > Io > Dovere > Coercizione

Ciò che è il valore istintivo viene com-

presso, durante l'esistenza, dal senso del dovere indotto a livello operativo sia dalla memoria fisica (immunologia, biochimica, analogica) che da quella emotiva (etica di vita); in ogni caso si materializza una limitazione delle volontà e potenzialità attuative con differenti livelli di sofferenza esistenziale da privazione di esigenze primarie istintuali inattuato.

In mancanza di idonee compensazioni, si amplifica il conflitto tra Volere e Dovere, (da cui deriva il Non-Potere) con comparsa dei sensi di colpa, dei quali siamo un po' tutti inconsapevoli portatori.

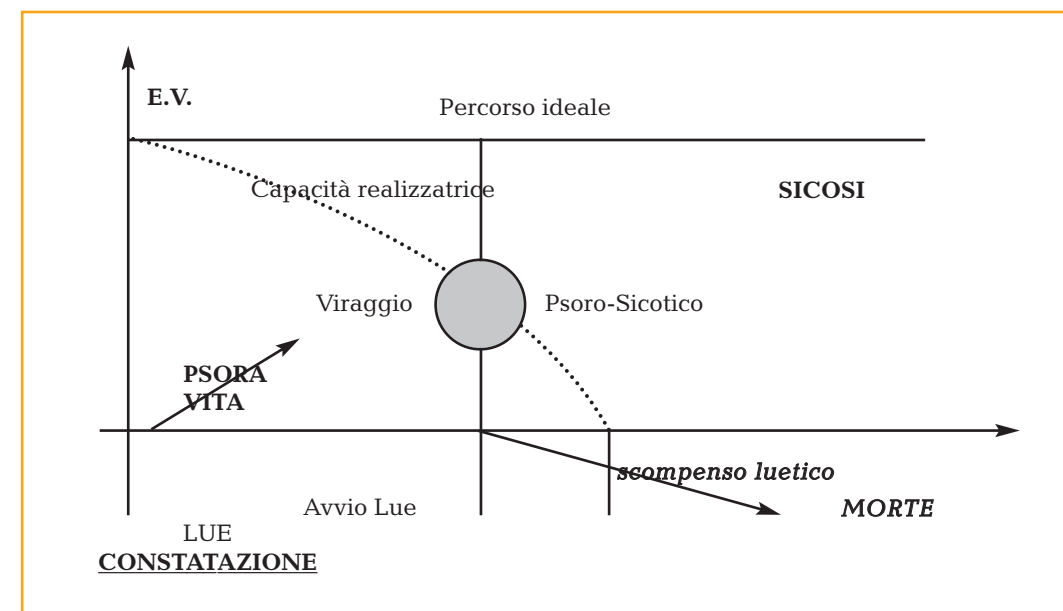


Personalmente ritengo plausibile ipotizzare che tali sensi di colpa, relativi alla perdita di realizzazione individuale figlia dei binomi Voglio-Non voglio, Devo-Non devo, Posso-Non posso, in funzione della gravità e complessità che assumono, a livello di un inconscio più o meno profondo possono determinare delle perturbazioni nell'Energia Vitale sia sistemica

che locale, con elezione di singoli organi, funzioni od apparati (psicodinamicamente individuati come Somatizzatori) quali latori di sofferenza emotiva profonda.

In tal caso, patologie di natura Psorica o Sicotica si posizionerebbero come manifestazioni positive di uno sforzo compensatorio che, per quanto limitato e non esauritivo a livello di realizzazione dell'Es, in-

zioni luesiniche, per il proprio addentellato concettuale, richiamerebbero sempre delle situazioni nelle quali l'individuo è immerso in una lotta tra "Vita" e "Negazione della vita", con un chiaro tentativo di soppressione del proprio istinto di sopravvivenza come autopunizione estrema alla propria incapacità/impossibilità reattiva.



dica pur sempre il tentativo della determinazione di operare in quella direzione. Il Non-Compenso figlio della rinuncia a lottare, al contrario, non riduce la colpevolizzazione verso la mancata affermazione del Sé, anzi, la amplifica.

Ancora, una lettura lineare di questo postulato comporta l'accettazione della constatazione del fatto, incontrovertibile, che la rinuncia ad affermare (Psora) e difendere (Sicosi) il sé posiziona l'individuo nell'accettazione del percorso verso l'annullamento (Lue) del sé, conseguenza di interessi ed eventi non dirimibili.

In questa maniera, le varie manifesta-

Rifacendoci alla domanda iniziale, il "dove" e "come" hanno trovato una collocazione ipotetica (l'organo bersaglio e la punizione per i sensi di colpa irrisolvibili); manca ancora il "quando" potrebbe realizzarsi la comparsa della diatesi Luesinica.

Abbiamo visto come Psora e Sicosi siano coevi, rappresentando l'espressione della possibilità individuale di mantenere una identità nel mondo, sia affermandola che difendendola. Si materializzano quindi, come concettualità, con il materializzarsi stesso dell'individuo, dopo l'annidamento uterino, disegnando una

politica di tutela del sé nonostante gli interscambi ambientali. Fin quando il bilancio [Psora – Sicosi] sarà positivo, i meccanismi compensatori saranno sufficienti a tutelare il soggetto dai propri sensi di colpa; nel momento in cui avverrà il Viraggio Diatesico (ovvero quando avremo [Psora – Sicosi] < 0) si porrà il problema della summenzionata Autopunizione, riconducibile alla constatazione che non si è più in grado di tutelare il sé. Si avviano i primi momenti di sofferenza luesinica, anch'essi inizialmente passibili di recupero se debitamente affrontati per il loro reale significato.

Va però considerato che lo scopenso luesinico può manifestarsi in momenti temporaneamente molto diversificati da individuo ad individuo: non è azzardato ipotizzare che la curva di caduta luetica sia tanto più ripida quanto più profonda possa essere la sofferenza dalla mancata realizzazione ed annullamento del sé medesimo.

Si deduce perciò come diventi indispensabile, nell'affrontare un paziente appartenente a tale diatesi, impostare un'anamnesi omeopatica particolarmente incentrata sugli aspetti emozionali del soggetto, facendo ampio ricorso all'analisi dei sogni, delle delusions, del mind in generale, dei registri – cioè – ove sono riportati i conflitti profondi dell'essere umano.

Di nuovo, si può parlare in termini di

LUE

- modalità comportamentale psicofisica caratterizzata da manifestazioni di particolare gravità a prognosi negativa, perlomeno quoad valitudinem

ATTEGGIAMENTO LUETICO

- l'insieme di manifestazioni fisiche ed emozionali che denotano la progressiva perdita della funzionalità di organi

ed apparati, fino al realizzarsi di una prognosi infausta anche sotto il profilo quoad vitam

SINTOMI LUETICI

- manifestazioni sintomatologiche caratterizzate solitamente da irreversibilità lesionale, con impotenza funzionale, possibile perdita di capacità cognitive e relazionali.

Diversamente dalle diatesi precedenti, dovremo ora parlare in termini di

LUE COMPENSABILE

- quando, preso atto del momento storico in cui ci si dibatte, è presente e spontaneo il tentativo di correggere l'errore primario attraverso una profonda riflessione sul significato delle proprie scelte di vita. È il tempo dei grandi cambiamenti esistenziali, purtroppo non sempre sopportabile da chiunque perché significa rinnegare – o meglio riscattare – un'esistenza di sottomissioni e condizionamenti di ogni genere, che hanno condotto l'individuo sull'orlo della morte del proprio istinto.

LUE SCOMPENSATA

- la sottoscrizione della rinuncia ad affermare un alcunché del sé primordiale, con ulteriore sottomissione alla punizione che i nostri sensi di colpa, implacabilmente, ci propinano.

CONCLUSIONI

Abbiamo provato a analizzare la teoria Hanemahniana delle diatesi attraverso una lettura per quanto possibile integrata con le conoscenze attuali della medicina e della psicologia; tale ipotesi non vuole essere una determinazione finale né una presa di posizione definitiva sulla materia, ma solo una spinta verso una revisione critica di uno degli aspetti più

controversi dell'Omeopatia.

I concetti Hanemahn sono rispettati nella loro essenzialità; il significato di Psora, Sicosi e Lue viene mantenuto, così come la loro successione temporale. Cambiano le noxae causali, ma, all'alba del terzo millennio, non possiamo più parlare di scabbia, gonorrea e sifilide. Sono cambiati i tempi, e se Hanemahn fu a suo modo un precursore della Psiconeuroimmunologia, intuendone l'esistenza, noi oggi la "misuriamo", trovando sempre più risposte scientifiche, fisiopatologiche, ai sintomi esposti dalle varie materie mediche.

Il mondo scientifico si modifica e si amplia ogni giorno, e l'Omeopatia ha il dovere di sfruttare ciò che la Medicina Ufficiale ci mette a disposizione come kow-how. In fin dei conti, se Hanemahn stesso è arrivato alla sesta edizione della sua opera magna, non fu per gusto edonistico, ma per successivi arricchimenti e revisioni critiche di posizioni precedenti delle quali avvertiva il superamento.

Noi oggi abbiamo il peso dell'eredità di una tecnica terapeutica non validabile alla luce delle esigenze accademiche attuali: ciò non ci esime dall'impegno sulla strada della ricerca continua, dalla possibilità di un confronto su terreni che non siano solo il calcolo di una formula o la misurazione di un'entità qualsiasi nascosta nel granulo e che non possiamo spiegare per nostra ignoranza, ma anche le possibili implicazioni pratiche dell'uso di questo granulo.

La presente teoria sull'identificazione delle Catecolamine materne quali responsabili dell'avvio delle prime due diatesi, la loro iscrizione quali momenti causali in aspetti propri della psicanalisi, la comparsa della terza diatesi in un momento particolare della vita della persona, non rappresentano elucubrazioni notturne di un povero Omeopata, ma penso possano indicare un discreto terreno per

un confronto ideologico su basi acclerate.

Noi parliamo da sempre di inscindibilità mente – corpo; se altri Colleghi interverranno nell'analizzare più a fondo questa teoria, otterremo quale risultato immediato che l'Omeopatia, nata prima di Freud, Jung e della biochimica molecolare, era già in grado di dare una risposta al problema di fondo della Medicina: il ponte – spiegato e riproducibile - tra emotività e fisicità.

Lo studio dei rapporti tra Catecolamine, Emozioni e Sintomi, nella loro identificabilità come sostanze neurobiofisiologicamente attive già a livello prenatale, chiama in causa direttamente la Madre quale prima attrice, sia diretta che intermediaria, nei confronti dei rapporti tra feto e micro- e macro-ambiente nel quale la gravidanza si è verificata.

Ciò permette di rifarci ad alcune posizioni basilari della psiconalisi, con la centralità della figura materna nella costituzione del modello reattivo primordiale (quello che noi definiremmo come nucleo psorico primitivo). Le recenti teorie osservazionali sulla psicodinamica della somatizzazione ci offrono la chiave di lettura della direzione somatica che ritroviamo nella patologia generale, e che guarda caso era già descritta nella patogenesi dei vari rimedi come elemento di contemporanea presenza tra segni emotivi e sintomi fisici, peraltro senza spiegazioni evidenziabili.

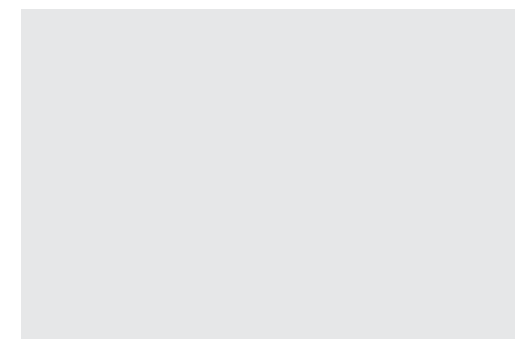
Ciò permette inoltre di trovare nuove validazioni alla legge di Hering, traducendo il percorso patologico-anamnestic del paziente in percorso di somatizzazioni successive a conflitti psichici parimenti successivi; riusciremo meglio ad abbinare eventi storici della persona con patologie specifiche.

Forse oggi abbiamo qualche risposta in più, di sicuro molte domande nuove. Altre risposte?, cerchiamo, Colleghi, cerchiamo...

PERCHÉ NON SI TOCCANO CON LE DITA?

Rocco Carbone

19



Sommario

La somministrazione dei medicinali omeopatici, in particolare dei granuli e globuli omeopatici, costituisce da sempre un argomento di curiosità tra i fruitori dell'omeopatia ed è fonte di dissidio tra gli sostenitori dell'omeopatia e la classe medica in generale.

È un'opinione comune, e tuttora riportata ancora in auge, considerare il fatto di non toccare i granuli o globuli con le dita una precauzione per evitare di asportare la patina di tintura madre spruzzata sul granulo in fase di preparazione, e quindi con una conseguente perdita di efficacia del rimedio.

Recenti studi concernenti la diffusione dei sistemi, l'analisi di stratigrafia, non-

ché, la nuova tecnologia di preparazione dei rimedi omeopatici, dimostrano che la tintura madre è ripartita omogeneamente e diffusa in profondità nel granulo.

Alla luce di queste considerazioni, le predette giustificazioni, di non toccare i granuli con le dita, vengono a cadere; quindi, questa modalità di assunzione dei granuli ed altri rimedi omeopatici, costituirebbe un solo motivo igienico.

Tecnologia e forme farmaceutiche in omeopatia

Fonti Ufficiali

Fino a qualche anno fa i rimedi omeopatici venivano preparati in riferimento alla Farmacopea Francese X Edizione del 1991 o alla Farmacopea Tedesca.

Nel 1992 il Parlamento Europeo emana la Direttiva 92/73/CEE del 22 settembre 1992, che amplia il campo d'applicazione delle precedenti direttive 65/65/CEE e 75/319/CEE concernenti il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative, determinando le disposizioni in materia di medicinali omeopatici.

Nel 1995 col Decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 185, pubblicato nella Gazz. Uff., 22 maggio 1995, n. 117, viene recepita in Italia la norma attuativa della direttiva 92/73/CEE in materia di me-

dicinali omeopatici.

Con questo decreto l'Italia riconosce la validità dei rimedi omeopatici e dell'Omeopatia definendo il rimedio omeopatico in medicinale omeopatico, come recita l'articolo 1 del decreto:

Art. 1.

1. *Ai fini del presente decreto, per " medicinale omeopatico " si intende ogni medicinale ottenuto da prodotti, sostanze o composti, denominati " materiali di partenza omeopatici ", secondo un processo di fabbricazione omeopatico descritto dalla Farmacopea europea o, in assenza di tale descrizione, dalle farmacopee utilizzate ufficialmente dagli Stati membri.*

2. *Un medicinale omeopatico può contenere anche più principi.*

Nel 1997 viene introdotta nella Farmacopea Europea la monografia relativa ai medicinali omeopatici (Farmacopea Europea 1997, monografia 1038),

Nel 2002, viene introdotta nella Farmacopea Ufficiale XI Edizione 2002, la monografia delle Preparazioni Omeopatiche (pag. 1088 - 1092), con i seguenti paragrafi:

- Preparazioni omeopatiche
- Droghe vegetali per preparazioni omeopatiche
- Tinture madri per preparazioni omeopatiche

Infine nel 2005, nel Primo Supplemento 2005 della Farmacopea Ufficiale XI Edizione 2002, viene riportato la monografia integrativa delle Preparazioni Omeopatiche (pag. 1507 - 1509).

Forme farmaceutiche omeopatiche

La principale via di somministrazione

dei medicinali omeopatici è la via orale sublinguale, le forme farmaceutiche utilizzate in omeopatia sono, in genere, le stesse comunemente previste dalla tecnica farmaceutica. In particolare, in omeopatia esistono forme farmaceutiche storiche peculiari, il cui uso può definirsi specifico dei medicinali omeopatici, rappresentate dai granuli e dai globuli.

Le preparazioni farmaceutiche omeopatiche prevedono varie forme.

Granuli

Sono piccole sfere di saccarosio e lattosio, con una massa di 50 mg, 10 volte più grandi dei globuli. Sono presentati in tubi contenenti 80 granuli del peso di circa 4 grammi. Con questa forma si possono utilizzare tutte le diluizioni, si somministrano più volte al giorno, da 3 a 5 volte, e sono impiegati, in particolare, per il trattamento di patologie acute.

Globuli

Sono piccolissime sfere di saccarosio

e lattosio, con una massa di circa 5 mg. Si presentano in tubi contenenti 200 globuli, del peso di circa 1 grammo. Sono denominati tubo dose e si assumono in un'unica somministrazione. Questa forma omeo-farmaceutica è utilizzata per le diluizioni medie o alte (15, 30, 200 CH); si somministrano una volta al dì per i trattamenti in fase acuta, e a periodi (7, 10, 20 giorni, o mensili) per i trattamenti di tipo cronico, e come rimedi di fondo. Esprime la forma farmaceutica omeopatica in cui si manifesta il maggior *effetto di superficie*, quindi la maggior probabilità di biorisonanza di superficie e di risposta a diluizione /effetto (dose/effetto).

Gocce

Le gocce sono preparate in veicolo idro-alcolico a circa 30° V/V, si presentano in flaconi di vetro opaco farmaceutico da 15 o 30 ml. Con questa forma si preparano rimedi a basse diluizioni decimali: 1 DH, 3 DH, 6 DH. Si assumono

direttamente in forma pura o diluite in acqua, sorvegliando lentamente da 2 a 4 volte al dì, nella quantità di 15 a 20 gocce per volta. È una forma principalmente impiegata nel drenaggio connettivale.

Compresse

Le compresse omeopatiche hanno massa di 100 mg, si presentano in confezione di circa 50 compresse. La somministrazione segue le stesse regole dei granuli.

Fiale orali

Le fiale omeopatiche sono preparate in soluzione fisiologica o idro-alcolica al 15% V/V. In fiale da 1 o 2 ml, si somministrano da 1 a 3 volte al dì. Sono principalmente utilizzate in organoterapia e oligoterapia.

Supposte

Le supposte in forma omeopatica sono preparate incorporando in eccipienti gliceridi solidi, i ceppi omeopatici di partenza con titolo alcolico del 30% V/V, in quantità di 0,25 g per ogni supposta di 2 g massa. Si somministrano da 1 a 3 volte al dì, e sono principalmente utilizzate in organoterapia.

Pomate

Le pomate omeopatiche sono preparate incorporando in eccipienti (vaselina o vaselina + lanolina) i ceppi omeopatici di partenza in percentuale di circa il 5% m/m.

Triturazioni

Le tritrazioni sono forme farmaceutiche impiegate principalmente nei rimedi omeopatici con diluizioni LM, utilizzando il lattosio come eccipiente. Si somministra un cucchiaino dosatore di tritrazione sciolta in acqua da 1 a 3 volte al dì.

Altre forme impiegate in omeopatia

sono: creme, sciroppo, gel, spray, polvere, ovuli, candele vaginali, colliri, ampolle.

Stratigrafia e ripartizione dei ceppi nei granuli e globuli

Le diluizioni omeopatiche dinamizzate ottenute con le differenti metodiche (DH, CH, K, LM) non sono generalmente somministrate tal quali al paziente, ma sono usate per impregnare supporti inerti. Il prodotto omeopatico finito è costituito, quindi, dal supporto inerte impregnato con la diluizione omeopatica precedentemente preparata.

L'ultima fase del processo produttivo è rappresentata dal confezionamento delle differenti forme farmaceutiche.

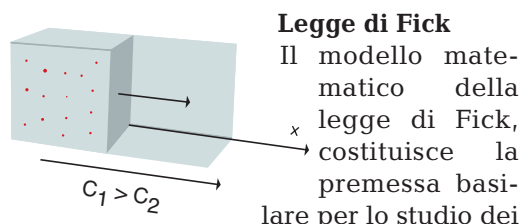
Una delle fasi di produzioni che maggiormente interessa questo lavoro è rappresentata dall'impregnazione dei granuli e globuli.

Impregnazione dei medicinali omeopatici

La fase di impregnazione è di fondamentale importanza per l'effetto terapeutico. Una buona impregnazione consente di ottenere una ripartizione omogenea della tintura madre sui supporti inerti e di conseguenza una efficace risposta omeopatica.

L'impregnazione è un'operazione che consente di fissare una diluizione omeopatica di una sostanza su un determinato supporto, ed è regolata dalla **capacità** di impregnazione, dalla **profondità** di impregnazione e dalla **omogeneità** dell'impregnazione.

Il processo di impregnazione è regolato dalla legge della diffusione del flusso molecolare, definita legge di Fick.



Legge di Fick

Il modello matematico della legge di Fick, costituisce la premessa basilare per lo studio dei

fenomeni legati alla diffusione delle tinte madri sui supporti inerti omeopatici, ed ai fenomeni legati all'assorbimento dei medicinali omeopatici.

La Legge di Fick studia il fenomeno di diffusione delle molecole tra due recipienti intercomunicanti tra loro. In un primo recipiente viene disposta la sostanza da diffondere col supporto inerte e nell'altro solo il supporto. Immaginiamo i due recipienti in contatto tra loro, come se avessero una parete in comune simbolica, non effettiva, con il trascorrere del tempo, nel secondo recipiente (inizialmente contenente solo il supporto inerte), si avranno un numero sempre maggiore di molecole. Questo processo di trasferimento da un recipiente all'altro, continuerà fino a quando un certo numero di molecole tenderanno a rientrare nel recipiente di partenza. Quindi, il flusso terminerà quando le molecole saranno uniformemente ripartite e la concentrazione nell'intero recipiente sarà uniforme. A questo punto, il numero di molecole che viene scambiato tra i due recipienti sarà uguale e si raggiungerà una condizione di equilibrio stazionario, il processo descritto prende il nome di diffusione.

L'enunciato della Legge di Fick si esprime:

"Il flusso molecolare in ogni punto è proporzionale alla variazione di concentrazione per unità di percorso, nella direzione in cui tale variazione è massima, ed ha verso opposto a quello in cui diminuiscono le concentrazioni".

Il suddetto enunciato è rappresentato dalla seguente equazione.

Indicando con "D" il coefficiente di diffusione, (coefficiente che dipende dalla natura dei partecipanti al processo e dalla temperatura espresso in $[cm]^2 [sec]^{-1}$).

Indicando con "A" l'area della sezione interessata al processo diffusivo, espressa in $[cm]^2$.

Avremo che il flusso molecolare J sarà positivo se $(C_1 > C_2)$, ossia le concentrazioni diminuiscono nel verso in cui aumenta "x" (direzione di orientamento del flusso di particelle).

Nei processi di diffusione il flusso molecolare, si orienta nella direzione x, nel verso in cui la concentrazione diminuisce. Ed è proporzionale al coefficiente di diffusione ed all'area della sezione interessata al processo stesso.

Impregnazione dei granuli

I granuli vengono impregnati con una diluizione omeopatica nella proporzione dell'1% v/m (metodo francese) o dell'1% m/m (metodo tedesco).

L'impregnazione avviene mescolando con la quantità di diluizione omeopatica adeguata i granuli in continuo movimento di rotazione.

I granuli vanno successivamente, per ottenere un'impregnazione omogenea, fatti seccare ad una temperatura inferiore ai 40° C.

Il supporto impiegato per la preparazione dei medicinali omeopatici solidi è il lattosio, la percentuale di impregnazione è fissata nella misura dell'1% (1 ml di diluizione omeopatica ogni 100 g di supporto) per granuli, globuli e polveri, e del 2% per le compresse (2 ml di diluizione omeopatica ogni 100 g di supporto).

La caratteristica principale dei granuli è costituita dalla **porosità**.

Dal coefficiente di porosità dipendono le caratteristiche di impregnazione e la capacità di cessione dell'informazione omeopatica.

Un importante parametro dell'impregnazione è la qualità definita dalla: **capacità** di impregnazione, **profondità** di impregnazione e **omogeneità** di impregnazione.

Capacità di impregnazione

La capacità di impregnazione esprime la quantità massima di "principio attivo" in grado di essere fissato sul supporto in determinate condizioni.

Profondità di impregnazione

La profondità di impregnazione esprime il livello di penetrazione raggiunto dal "principio attivo" all'interno del supporto.

Omogeneità di impregnazione

L'omogeneità di impregnazione esprime la misura dell'omogenea ripartizione di una quantità identica di "principio attivo" su ogni supporto.

Studi recenti hanno messo in evidenza che la quantità assorbita e la omogeneità di ripartizione sui materiali inerti dipendono dalla qualità dei supporti e dalla tecnica di impregnazione utilizzata.

La tecnica di impregnazione che porta al migliore conseguimento dei para-

metri indicati è denominata "tecnica della triplice impregnazione".

È una metodica che consiste nel fissare la diluizione omeopatica sul supporto inerte attraverso tre fasi successive. In ogni fase s'impregna la massa di granuli con tre successive nebulizzazioni di tintura madre dinamizzata, lasciando asciugare i granuli dopo ogni passaggio.

Il sistema della tecnica della triplice impregnazione, messo a punto dai Laboratoires Boiron, consente di ottenere, a livello di produzione industriale, risultati difficilmente raggiungibili con altre tecniche.

Bibliografia

- 1) AA.VV. *Etude de L'impregnation des granules homéopathiques*. Dolisos. Ann. Homéopath., 20, 21 1978.
- 2) Andrioli G., Bellavite P., Bertani, S., Conforti A., Lussignoli S. *L'omeopatia nella prospettiva della ricerca scientifica*. Dipartimenti di Scienze Morfologico-Biomediche e di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma, n. 517-527, Roma, 1999.
- 3) Assagioli R. *Psicosintesi*. Armonia della vita. Edizioni Mediterranee, Roma, 1990.
- 4) Assagioli R. *Psicosintesi*. Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1993.
- 5) Bellavite P. *Biodinamica. Basi Fisiopatologiche e Tracce di Metodo per una Medicina Integrata*. Tecniche Nuove, Milano, 1998.
- 6) Bellavite P. e Signorini A. *Fondamenti teorici e sperimentali della medicina omeopatica*. Nuova Ipsa Editore, Palermo, 1998.
- 7) Bellavite P. *Ricerca in omeopatia: Dati, problemi e prospettive*. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, n. 179-187. Roma, 1990.

8) Bellavite P., Andrighetto G., Zatti M. *Omeostasi, Complessità e Caos*. Un'introduzione. Franco Angeli, Milano, 1995.

9) Bergeret C., Tetau M. *L'organoterapie diluée et dynamisée*. Ed. Maloine, Paris, 1971.

10) Bianchi I. *Argomenti di Omotossicologia*. Guna Editore, Milano, 1990.

11) Boiron M., Payre-Ficot A. *Omeopatia - il manuale del farmacista*. Tecniche Nuove Edizioni, Milano, 2002.

12) Brigo B. *Natura Medicatrix*. Tecniche Nuove Edizioni, Milano 1996.

13) Carbone R *Compendio delle terapie naturali minori*. Edizione ED srl, Roma, 2004.

14) Carbone R Fiori di Bach. *Capire l'essenza delle emozioni per vivere meglio*. Edizione ED srl, Roma, 2004.

15) Carbone R. *Alimentazione e drenaggio*. Cahiers de Biotherapie., Numero 1, anno XIII, p. 11-29. Roma, gennaio/marzo 2005.

16) Carbone R. *Aspetti tossicologici delle piante officinali I° parte*. Cahiers de Biotherapie., Numero 1, anno XII, p. 7-31. Roma, gennaio/marzo, 2004.

17) Carbone R. *Aspetti tossicologici delle piante officinali II° parte*. Cahiers de Biotherapie., Numero 1, anno XIII, p. 31-41. Roma, gennaio/marzo, 2005.

18) Clark L. *Cromoterapia*. Red edizioni, Como, 1982.

19) Darras J.C. *Conoscere l'agopuntura*. Garzanti, Milano 1978.

20) Del Giudice N. e E., *Omeopatia e bioenergetica*. Ed. Cortina international, Verona 1984.

21) Dermarque D., Jouanny J., Poitevin B., Saint-Jean V. *Farmacologia e materia medica omeopatica*. Tecniche Nuove Edizioni, Milano, 1999.

22) Dujany R., *Omeopatia*, Ed. Red Como, 1978.

23) Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana, X Edizione. *Droghe vegetali e preparazioni*. Ist. Pol. e Zecca dello Stato, Roma, 1998.

24) Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana, XI Edizione. *Preparazioni omeopatiche, droghe vegetali e preparazioni*. Ist. Pol. e Zecca dello Stato, Roma, 2002.

25) Fasoli M., Storti A. *Riflessologia, il massaggio zonale del piede*. Brancato Editore, Messina, 2002.

26) Gerber R. *Medicina Vibrazionale*. Edizioni Lampis, Zogno (BG) 1998.

27) Kent J.T. *Lezioni di omeopatia*. CE.M.O.N. Editrice, Napoli, 1981.

28) Lanza U. e Lanza R. *Anatomia in Energetica Tradizionale cinese*. Editoriale Espansione, Torino, 2000.

29) Lanza U. e Lanza R. *Fisiologia in Energetica Tradizionale cinese*. Editoriale Espansione, Torino, 2000.

30) Lanza U. e Lanza R. *Patologia in Energetica Tradizionale cinese*. Editoriale Espansione, Torino, 2000.

31) Masci V. *L'omeopatia per tutti*. Tecniche Nuove Edizioni, Milano, 1998.

32) Padula R.R. *Le forme farmaceutiche omeopatiche*. Tesi SMB Italia, Scuola di Potenza, 2004.

33) Ragazzi E. *Lezioni di tecnica farmaceutica*. Ed. Cortina, Padova, 1979.

34) Reckeweg H.H. *Omotossicologia, prospettiva per una sintesi della medicina*. GUNA Editore, Milano, 1988.

35) Solvimene U, Brugnoli A, Minelli E. *Meteoropatie*. Red Edizioni, Novara, 2002.

36) Vannier L. *La tipologia omeopatica e le sue applicazioni*. Red Edizioni, Como, 1983.

37) Viacava C. *Onde Elettromagnetiche, l'invisibile e la nostra salute*. Edizioni Xenia, Milano, 1999.

Tétau M. *Gemmoterapia nuovi studi clinici*. IPSA Editore, Palermo, 1989.

38) Zamperini R. *Anatomia sottile*. Macro Edizioni, Roma, 2004.

39) Zamperini R. *Energia sottile e la terapia energo-vibrazionale*. Macro Edizioni, Roma, 2003.

40) Zamperini R. *Fisiologia sottile*. Macro Edizioni, Roma, 2005.

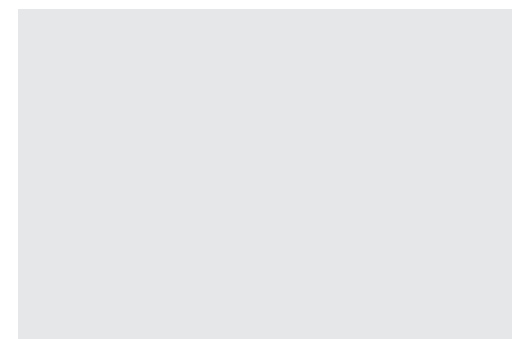
41) Zamperini R. *Fisiologia sottile*. Macro Edizioni, Roma, 2005.

PUBBLICITÀ

FITOTERAPIA MODERNA

Appolloni Savina, Masci Valter

27



RAXINUS EXCELSIOR L.

NOME COMUNE

Frassino.

FAMIGLIA

Oleaceae.

SINONIMI POPOLARI

Frassino maggiore.

PARTI UTILIZZATE

Foglie, raccolte in estate.

PRINCIPI ATTIVI

Le foglie di Frassino acido contengono elevate quantità di mannitolo e di tannini idrolizzabili e condensati.

Sono inoltre presenti acidi fenolici

(derivati benzoici e cinnamici), cumarine (fraxoside, glucoside del fraxetolo, ed esculoside, glucoside dell'escina), un flavonoide (rutoside, glucoside della rutina), acido ascorbico e, recentemente, alcuni iridoidi.

Infine, è stata segnalata la presenza di ursolico e di un benzochinone.

ATTIVITÀ TERAPEUTICHE

Dimostrate scientificamente. Diuretica, antinfiammatoria. Non dimostrate scientificamente. Antiofidica, antigottosa ed antiurolitisiaca, lassativa¹.

PREPARATI ESSENZIALI E LORO USO

- **Decotto o infuso di foglie al 3%.**

Si prepara con 30 g di foglie in 1 l d'acqua; se ne prendono 3 tazze al giorno.

- **Decotto di corteccia 4%.**

Si prepara con 40 g di corteccia in 1 l d'acqua; se ne prendono 2-3 tazze al giorno.

Estratto fluido (1 g = 40 gocce). Si assumono 40 gocce, 2 volte al giorno.

- **Tintura madre.**

Si assumono 50 gocce, 3-4 volte al giorno.

STORIA E CURIOSITÀ

Dioscoride affermava che le foglie di Frassino sono efficaci antidoti contro i

morsi delle vipere. Pierandrea Mattioli, commentatore della sua opera vissuto nel XVI secolo, si spinse oltre con le osservazioni, affermando addirittura che i serpenti temono il Frassino e che non si avvicinano mai a quest'albero; queste proprietà, tuttavia, non sono state ancora verificate dalla moderna ricerca scientifica.

Secondo la mitologia norvegese il Frassino è l'albero del mondo, che si estende dal regno degli dei verso i più remoti angoli dell'universo, ed il primo uomo venne intagliato da un pezzo di Frassino.

Varie specie di Frassino trasudano una linfa zuccherina, chiamata "manna" o "lacrime di manna", che viene lasciata consolidare all'aria ed usata come lassativo per bambini. Le specie più utilizzate a questo scopo sono il *Fraxinus ornus* ed il *Fraxinus rotundifolia*, correlate al *Fraxinus excelsior*, che crescono nell'Italia meridionale ed in Sicilia. La manna sgorga dalla corteccia in seguito alla puntura di un'insetto, il Cicada orni, ma viene attualmente estratta in quantitativi più abbondanti mediante incisioni praticate sul tronco.

HABITAT E COLTIVAZIONE

Comune in Europa, il Frassino cresce nei boschi freschi e nei luoghi umidi dal piano ai monti.

MORFOLOGIA

Il Frassino è un albero deciduo, che può superare i 20 metri d'altezza. Il tronco è liscio, di colore grigio-pallido; le foglie sono composte, con un numero dispari di foglioline (generalmente 9 o 11), sessili o brevemente picciolate, di colore verde brillante, orlate ai bordi di denti acuti regolari; i fiori sono di colore biancastro e riuniti in fascetti; il frutto è una samara dotata di ala membranosa.

ASPETTO DELLA DROGA

La droga si presenta spesso sotto forma di foglioline mondate e separate dal rachide. Le foglioline, sessili o brevemente picciolate, sono orlate di denti fini e acuti, più numerosi delle nervature laterali. L'esame microscopico della polvere mostra dei rari peli secretori ottocellulari a scudo. L'identificazione comprende una TLC delle cumarine dopo estrazione di queste mediante alcool a 60° (v/v).

ATTIVITÀ TERAPEUTICHE DIMOSTRATE SCIENTIFICAMENTE

Attività diuretica

Uno studio molto recente mostra chiaramente che il *Fraxinus excelsior* modifica l'eliminazione del sodio e dei cloruri nel ratto.

- Casadebaig J, Jacob M, Cassanas G, Gaudy D, Baylac G, Puech A.
- **Physicochemical and pharmacological properties of spray-dried powders from *Fraxinus excelsior* leaf extracts.**
- J Ethnopharmacol 1989 Sep;26 (2):211-216

Attività antinfiammatoria

Numerosi esperimenti in vitro ed in vivo documentano le attività antinfiammatoria ed antireumatica degli estratti di *Fraxinus excelsior*. Questi effetti sono spesso comparabili a quelli di farmaci antiinfiammatori non steroidei come il diclofenac e l'indometacina, mentre la tossicità è minore o addirittura assente rispetto a questi ultimi.

Le attività antinfiammatoria ed antireumatica sono in gran parte riconducibili ad un'azione antiossidante, in particolare di scavenger di radicali liberi. I flavonoidi contenuti nella pianta, in particolare la rutina, sembrano solo in parte responsabili delle proprietà farmacologiche sopra descritte.

- Okpanyi SN, Schirpke-von Paczensky R, Dickson D.
- **Anti-inflammatory, analgesic and antipyretic effect of various plant extracts and their combinations in an animal model.**
- Arzneimittelforschung 1989 Jun; 39 (6): 698-703
- el-Ghazaly M, Khayyal MT, Okpanyi SN, Arens-Corell M.
- **Study of the anti-inflammatory activity of *Populus tremula*, *Solidago virgaurea* and *Fraxinus excelsior*.**
- Arzneimittelforschung 1992 Mar; 42 (3): 333-336
- von Kruedener S, Schneider W, Elstner EF.

- A combination of *Populus tremula*, *Solidago virgaurea* and *Fraxinus excelsior* as an anti-inflammatory and antirheumatic drug. A short review.
- Arzneimittelforschung 1995 Feb; 45 (2): 169-171
- Strehl E, Schneider W, Elstner EF.
- **Inhibition of dihydrofolate reductase activity by alcoholic extracts from *Fraxinus excelsior*, *Populus tremula* and *Solidago virgaurea*.**
- Arzneimittelforschung 1995 Feb; 45 (2): 172-173

- Meyer B, Schneider W, Elstner EF.
- **Antioxidative properties of alcoholic extracts from *Fraxinus excelsior*, *Populus tremula* and *Solidago virgaurea*.**
- Arzneimittelforschung 1995 Feb; 45 (2): 174-176

- von Kruedener S, Schneider W, Elstner EF.
- **Effects of extracts from *Populus tremula* L., *Solidago virgaurea* L. and *Fraxinus excelsior* L. on various myeloperoxidase systems.**
- Arzneimittelforschung 1996 Aug; 46 (8): 809-814

- Rohnert U, Schneider W, Elstner EF.
- **Superoxide-dependent and -independent nitrite formation from hydroxylamine: inhibition by plant extracts.**
- Z Naturforsch [C] 1998 Mar; 53 (3-4): 241-249

- Rohnert U, Koske D, Schneider W, Elstner EF.
- **Inhibition by *Salix*- extracts and Phytodolor of copper-catalyzed oxidative destruction.**
- Z Naturforsch [C] 1998 Mar; 53 (3-4): 233-240

- Klein-Galczinsky C.
- **Pharmacological and clinical effectiveness of a fixed phyto-genic combination trembling poplar (*Populus tremula*), true goldenrod (*Solidago virgaurea*) and ash (*Fraxinus excelsior*) in mild to moderate rheumatic complaints.**
- Wien Med Wochenschr 1999; 149(8-10): 248-253
- Schempp H, Weiser D, Elstner EF.
- **Biochemical model reactions indicative of inflammatory processes. Activities of extracts from *Fraxinus excelsior* and *Populus tremula*.**
- Arzneimittelforschung 2000 Apr; 50(4): 362-372

EFFETTI INDESIDERATI

Le foglie non presentano nessuna tossicità acuta (2 g/Kg) e subacuta (300 e 900 mg/Kg/die) nel ratto, per os.

Frène, dossier toxicologique, Travaux des Laboratoires ARKOPHARMA.

Numerosi studi documentano che il polline di *Fraxinus excelsior* svolge un ruolo rilevante nelle pollinosi primaverili. Tra questi ricordiamo:

- Bousquet J, Guerin B, Hewitt B, Lim S, Michel FB.
- **Allergy in the Mediterranean area. III: Cross reactivity among Oleaceae pollens.**
- Clin Allergy 1985 Sep; 15 (5): 439-448
- Hemmer W, Focke M, Wantke F, Gotz M, Jarisch R, Jager S, Gotz M.
- **Ash (*Fraxinus excelsior*) - pollen allergy in central Europe: specific role of pollen panallergens and the major allergen of ash pollen, Fra e 1.**
- Allergy 2000 Oct;55 (10) :923-930

Sono stati segnalati fenomeni di cross-reattività tra il polline di *Fraxinus*

excelsior e quello di altre specie appartenenti alla famiglia delle Oleaceae.

- Kernerman SM, McCullough J, Green J, Ownby DR.
- **Evidence of cross-reactivity between olive, ash, privet, and Russian olive tree pollen allergens.**
- Ann Allergy 1992 Dec;69 (6): 493-496
- Obispo TM, Melero JA, Carpizo JA, Carreira J, Lombardero M.
- **The main allergen of *Olea europaea* (Ole e I) is also present in other species of the Oleaceae family.**
- Clin Exp Allergy 1993 Apr; 23 (4): 311-316

- Pajaron MJ, Vila L, Prieto I, Resano A, Sanz ML, Oehling AK.
- **Cross-reactivity of *Olea europaea* with other Oleaceae species in allergic rhinitis and bronchial asthma.**
- Allergy 1997 Aug;52(8):829-835

Note

¹. Sebbene non siano riportati lavori scientifici sull'azione lassativa del *Fraxinus excelsior*, quest'ultima può essere facilmente spiegata con l'alto contenuto della droga in mannitolo, noto lassativo osmotico.

SAMBUCUS NIGRA L.

NOME COMUNE

Sambuco.

FAMIGLIA

Caprifoliaceae.

PARTI UTILIZZATE

Fiori, raccolti nei mesi di maggio-giugno, prima della completa fioritura.

Frutti raccolti a maturazione completa, in settembre.

Corteccia verde o libro (ciò che resta dopo aver grattato superficialmente la corteccia) del tronco e dei rami di 1-2 anni.

PRINCIPI ATTIVI

Fiori. I fiori di Sambuco contengono un olio essenziale ricco di acidi grassi (palmitico, linoleico, linolenico) ed alcoolii monoterpenici (Ho-trienolo o composto "moscato", linalolo, nerolo, geraniolo, ecc.). I flavonoidi (1-2%) sono eterosidi di favonoli (rutoside, isoquercitroside, iperoside, astragaloside) e sono accompagnati da acidi fenolici fenilpropanici (acido clorogenico, acido caffeico). Sono stati caratterizzati alcoolii, acidi triterpenici e sambunigroside.

Frutti. Oltre ad una scarsa quantità di olio essenziale (0,01%) ricco di esteri di acidi grassi, le bacche contengono zuccheri, acido citrico e malico e polifenoli: flavonoidi (rutoside, iperoside) e antocianosidi (crisantemina, sambucianina e sambucina) e i derivati glicosilati in 5 dei primi due. Quattro eterosidi cianogenetici sono presenti nei semi: prunasoside, sambunigroside e i loro omologhi m-idrossilati, olocaloside e zieroside. Infine, stata segnalata la presenza di lectine e di un certo numero di proteine inattivanti i ribosomi (RIPs)¹.

Corteccia. Sono presenti lectine e proteine inattivanti i ribosomi (RIPs).

ATTIVITÀ TERAPEUTICHE

Dimostrate scientificamente. Antidiabetica, antinfiammatoria ed immunomodulatrice, antivirale, diuretica.

Non dimostrate scientificamente. Diaforetica e febbrifuga (fiori, foglie), lassativa (corteccia, frutti).

PREPARATI ESSENZIALI E LORO USO

Infuso di fiori 2-3%. Si prepara con 20-30 g di fiori in 1 l d'acqua; se ne prendono 3-5 tazze calde al giorno.

Infuso di foglie 1-1,5%. Si prepara con 10-15 g di foglie in 1 l d'acqua; se ne prendono 3-5 tazze al giorno.

Decotto di corteccia 7-10%. Si prepara con 70-100 g di corteccia in 1 l d'acqua; se ne prendono 3 tazze al giorno.

Sciroppo di Sambuco. Si prepara con una parte di succo di frutti di Sambuco e due di miele; si cuoce fino ad ottenere la consistenza di uno sciroppo; se ne prendono 3-6 cucchiaini al giorno.

Estratto fluido (1 g = L gocce). Si assumono 40-50 gocce, 1-2 volte al giorno.

Estratto secco. Si assume una capsula da 0,200 g, 2 volte al giorno.

Tintura madre. Si assumono 50 gocce, 2-3 volte al giorno.

STORIA E CURIOSITÀ

Il Sambuco è una pianta ben cono-

sciuta fin dall'antichità e non solo per le sue proprietà medicamentose: dai Romani veniva utilizzato per conservare le melagrane, secondo una ricetta tramandata da Columella, mentre dai Greci era impiegato per costruire, a detta di Plinio, strumenti musicali simili al flauto, utilizzando i rami svuotati del midollo.

Le virtù terapeutiche attribuite nel passato a questa pianta erano le più svariate e fantasiose: secondo antiche credenze, il Sambuco avrebbe dovuto sanare tutte le malattie dei nervi, i dolori del capo, i flussi sanguigni compresi quelli del naso e le lesioni da scottature.

Nell'Inghilterra rurale si credeva che l'albero fosse abitato dalla Madre del Sambuco e, per evitare la sua collera, i boscaioli dovevano recitare una poesia ogni qualvolta si apprestassero a tagliarne qualche ramo.

Le bacche di Sambuco, oltre a produrre un rustico "vino" risultante da una debole fermentazione alcoolica degli zuccheri contenuti, servono per aromatizzare gli sciroppi.

È importante saper distinguere la pianta in questione dalla Sambuchella o Ebbio (*Sambucus ebulus* L.), una specie dotata di proprietà simili a quelle del Sambuco, ma dai frutti tossici, quindi, a differenza di quelli del Sambuco, non commestibili. Alcuni particolari che possono aiutare a distinguere una specie dall'altra sono i seguenti: il Sambuco è un arbusto con tronco e rami legnosi, mentre l'Ebbio è una pianta erbacea; il Sambuco ha 5 o 7 foglioline per foglia, mentre l'Ebbio ne presenta 11 o anche di più; i frutti del Sambuco pendono verso il basso quando sono maturi, mentre quelli dell'Ebbio si mantengono eretti verso l'alto; l'odore del Sambuco è meno forte e sgradevole di quello dell'Ebbio.

HABITAT E COLTIVAZIONE

Il Sambuco è comune lungo i sentieri, sulle sponde dei fiumi e nei boschi di tutta Europa. Cresce diffusamente nelle zone temperate e fredde del continente americano.

MORFOLOGIA

Il Sambuco è un arbusto o un alberello ramoso, alto 2-4 metri; la corteccia è grigiastra e verrucosa; le foglie sono caduche, grandi, opposte, composte da 5 o 7 foglioline lanceolate ed irregolarmente seghettate; i fiori sono biancastri, assai odorosi, raccolti in cime corimbose reclinate; il frutto è una piccola bacca nera o violacea.

ASPETTO DELLA DROGA

Fiori. Il fiore di Sambuco è regolare, pentamero. I petali, di colore bianco-crema, arrotondati alla sommità, sono saldati insieme alla base. Gli stami, saldati alla corolla, hanno antere gialle. Al microscopio i granelli di polline, ellissoidi e a 3 pori, mostrano un'esina finemente punteggiata. La TLC (rivelazione mediante difenilborato d'aminoetanolo) mostra principalmente macchie corrispondenti a quelle del rutoside e dell'isoquercitroside.

Frutti. Il frutto è una bacca arrotondata, verde, poi nera a maturazione, che contiene 3 semi ad albume carnoso.

Corteccia. La corteccia, di colore grigio-nerastro, appare decisamente screpolata.

ATTIVITÀ TERAPEUTICHE DIMOSTRATE SCIENTIFICAMENTE

Attività antidiabetica

La tradizione attribuisce al Sambuco proprietà antidiabetiche. Queste proprietà sono state confermate da uno studio pubblicato nel 2000 da Gray AM e

coll. Dall'indagine è emerso che il *Sambucus nigra* è dotato di attività insulinorilasciante ed insulinosimile. Questi effetti sarebbero attribuibili all'azione combinata di diversi principi attivi non meglio identificati.

- Gray AM, Abdel-Wahab YH, Flatt PR.

- **The traditional plant treatment, *Sambucus nigra* (elder), exhibits insulin-like and insulin-releasing actions in vitro.**

- J Nutr 2000 Jan;130 (1): 15-20

Attività antinfiammatoria ed immunomodulatrice

In uno studio pubblicato nel 1997 da Yesilada E e coll. estratti di foglie e fiori di *Sambucus nigra* hanno inibito la biosintesi delle citochine infiammatorie IL-1, IL-1, e TNF-.

- Yesilada E, Ustun O, Sezik E, Takaiishi Y, Ono Y, Honda G.

- **Inhibitory effects of Turkish folk remedies on inflammatory cytokines: interleukin-1alpha, interleukin-1beta and tumor necrosis factor alpha.**

- J Ethnopharmacol 1997 Sep;58 (1): 59-73

Più recentemente, Vivian B, Tal H, Inna K hanno dimostrato che il Sambucol e le sue formulazioni aumentano significativamente la produzione di citochine infiammatorie (IL-1, TNF-, IL-6, IL-8) in vitro su monociti di donatori umani sani. Gli autori concludono, pertanto, che il Sambucol può rivelarsi un valido aiuto nell'attivazione del sistema immunitario e nella modulazione dei processi infiammatori di individui sani o affetti da varie patologie; inoltre, il Sambucol può avere un effetto protettivo o immunostimolatorio quando somministrato a pazienti affetti da tumore o AIDS, in associazione a trattamenti chemioterapici o di altro tipo.

- Vivian B, Tal H, Inna K.

- **The effect of Sambucol, a black elderberry-based, natural product, on the production of human cytokines: I. Inflammatory cytokines.**

- Eur Cytokine Netw 2001 Apr; 12 (2): 290

Attività antivirale

Il Sambucol, un estratto standardizzato di bacche di *Sambucus nigra*, rappresenta un rimedio naturale con proprietà antivirali, tradizionalmente usato contro diversi ceppi di virus dell'influenza. Queste proprietà sono state recentemente confermate da uno studio condotto nel 1995 da Zakay-Rones Z e coll., nel quale il Sambucol si è rivelato efficace in vitro contro 10 ceppi di virus dell'influenza A e B ed ha ridotto in vivo la durata dei sintomi dell'influenza da un ceppo di virus B di almeno 3-4 giorni.

Gli autori del suddetto studio concludono che, considerando l'efficacia dell'estratto in vitro su tutti i ceppi di virus dell'influenza testati, i risultati clinici, il suo basso costo e l'assenza di effetti collaterali, il Sambucol può offrire un rimedio sicuro ed efficace per il trattamento dell'influenza A e B.

- **Zakay-Rones Z**, Varsano N, Zlotnik M, Manor O, Regev L, Schlesinger M, Mumcuoglu M.

- **Inhibition of several strains of influenza virus in vitro and reduction of symptoms by an elderberry extract (*Sambucus nigra* L.) during an outbreak of influenza B Panama.**

- J Altern Complement Med 1995;1(4):361-369

Attività diuretica

Per Guillerey, l'estratto acquoso (10 mg/Kg p.o.) è fortemente diuretico nel ratto (+241% in rapporto ai controlli).

- P. Guillerey

- **Contribution a l'etude des plantes medicinales a reputation diuretique.**

- These de Doctorat en Pharmacie, (Diplome d'Etat), Nancy, 1982.

Per Chieze, l'estratto acquoso di Sambuco, iniettato nel ratto (75 mg/Kg i.v.) in sovraccarico idrico, aumenta nettamente l'eliminazione dell'acqua. L'estratto metanolico, nel ratto alle stes-

se dosi e nelle medesime condizioni, inibisce la diuresi.

- **D. Chieze**

- **Le sureau, *Sambucus nigra* L. Caprifoliaceae, ses proprietes diuretiques.**

- These de Doctorat en Pharmacie, (Diplome d'Etat), Nancy, 1983.

Per Beaux e coll., l'estratto acquoso di Sambuco provoca un aumento del flusso urinario e dell'escrezione urinaria di sodio nel ratto.

- **Beaux D**, Fleurentin J, Mortier F.

- **Effect of extracts of *Orthosiphon stamineus* Benth, *Hieracium pilosella* L., *Sambucus nigra* L. and *Arctostaphylos uva-ursi* (L.) Spreng. in rats.**

- Phytother Res 1999 May; 13 (3): 222-225

- **Aqueous extracts of *Sambucus nigra* led to an increase in urine flow. Urinary sodium excretion in rats was increased with *S. nigra*.**

EFFETTI INDESIDERATI

Secondo il Rombi, la tossicità del Sambuco è inesistente (Rombi M. "100 piante medicinali. Composizione, meccanismo d'azione ed interesse terapeutico". Edizioni Romart, 1993).

Su "Piante che curano. Enciclopedia delle piante medicinali". Ed. De Agostini, 1999 si legge, tuttavia: "Non si devono consumare grandi quantità di bacche di Sambuco, perchè possono provocare nausea e intolleranza digestiva".

CONIUM MACULATUM L.

(*Cicuta officinalis* Ctrantz., *Cicuta major* Lam.)

NOME COMUNE

Cicuta.

FAMIGLIA

Umbelliferae.

SINONIMI POPOLARI

Cicuta maggiore.

PARTI UTILIZZATE

Frutti.

PRINCIPI ATTIVI

Dal *Conium maculatum* sono stati isolati 8 alcaloidi piperidinici; due di questi, la *coniina* e la *gamma-coniceina*, sono generalmente i più abbondanti e rendono conto della maggior parte degli effetti tossici acuti e cronici della pianta. La coniina predomina nella pianta matura e nei semi, mentre la gamma-coniceina è più abbondante durante le fasi precoci della crescita. Questi principi attivi sono presenti in tutta la pianta, ma risultano concentrati soprattutto nei frutti.

Sono inoltre presenti un olio essenziale e glicosidi flavonoidi e cumarinici.

ATTIVITÀ TERAPEUTICHE

Dimostrate scientificamente. Non riportate.

Non dimostrate scientificamente. Anestetica locale ed antinevralgica.

PREPARATI ESSENZIALI E LORO USO

Pomata 10%. Si prepara con 1 g di frutti macinati ogni 9 g di solvente grasso; si applica in piccole quantità sulle parti affette da nevralgia o dolore forte.

N.B. Le quantità utilizzate devono essere ridotte, in quanto la coniina viene solitamente assorbita per via orale, ma anche - con grande facilità - attraverso la pelle.

STORIA E CURIOSITÀ

Galeno sosteneva che la Cicuta, se bevuta, era in grado di provocare nell'uomo quella specie di pazzia definita dai Greci "conio"; di qui ha origine il nome botanico della Cicuta, *Conium maculatum*.

La Cicuta era utilizzata dai Greci per dare la morte ai condannati e Platone narrò che la stessa era conosciuta anche con il nome di "Cicuta di Socrate", perché pare fosse stata scelta dal filosofo per darsi la morte.

Un tempo i preparati a base di Cicuta erano impiegati per via orale in alcune forme spastiche dell'apparato respiratorio, nel trattamento sintomatico del tetano, della corea, dell'epilessia, del parkinsonismo ed in alcune manifestazioni dolorose facciali. Per ovvie ragioni, l'uso interno della Cicuta è stato abbandonato; rimane, dunque, attuale solo l'utilizzo esterno della pianta, nel trattamento di alcune forme nevralgiche leggere, per l'azione rubefacente ed anestetica locale.

MORFOLOGIA

La Cicuta è una pianta erbacea biennale, glabra, fetida, che può raggiungere dai 30 ai 150 cm d'altezza. La radice è fusiforme e fibrosa; il fusto è cavo, eretto, fistoloso, spesso segnato da macchie porporine; le foglie sono alterne, triangolari, grandi e pennatosette, ad incisioni oblunghe o lanceolate; i fiori sono bianchi, raccolti in ombrelle composte a 8-20 raggi.

ASPETTO DELLA DROGA

I frutti sono acheni ovoidi, lunghi circa 3 mm.

HABITAT E COLTIVAZIONE

La Cicuta cresce spontaneamente in tutta Europa e in America; è comune trovarla nelle zone fresche e umide, sulle rive dei fiumi e ai bordi delle strade.

EFFETTI INDESIDERATI

La Cicuta è ampiamente conosciuta in tutto il mondo per i suoi effetti tossici in molti animali domestici e nell'uomo.

Questi effetti sarebbero in gran parte riconducibili ai due principi attivi più abbondanti della pianta, la coniina e la gamma-coniceina.

La tossicità acuta si manifesta soprattutto con effetti neurologici di tipo curarico, come debolezza muscolare, incoordinazione, tremore, iniziale stimolazione del sistema nervoso centrale, depressione e morte per paralisi respiratoria. Accanto agli effetti neurologici sono stati descritti rhabdomyolisi e necrosi tubulare acuta, con conseguente insufficienza renale.

La tossicità cronica consiste in effetti teratogeni sul feto, che insorgono quando l'animale gravido è esposto alla pianta durante particolari fasi del periodo gestazionale. Le malformazioni consistono soprattutto in palatoschisi ed in contratture congenite multiple (multiple congenital contractures o MCC), frequentemente descritte come artrogriposi.

- Panter KE, Keeler RF, Buck WB.
- **Congenital skeletal malformations induced by maternal ingestion of Conium maculatum (poison hemlock) in newborn pigs.**
- Am J Vet Res 1985 Oct; 46 (10): 2064-2066
- Panter KE, Keeler RF, Baker DC.
- **Toxicoses in livestock from the hemlocks (Conium and Cicuta spp.).**
J Anim Sci 1988 Sep;66(9):2407-2413
- Rizzi D, Basile C, Di Maggio A, Sebastio A, Introna F Jr, Rizzi R, Scatizzi A, De Marco S, Smialek JE.
- **Clinical spectrum of accidental hemlock poisoning: neurotoxic manifestations, rhabdomyolysis and acute tubular necrosis.**
- Nephrol Dial Transplant 1991; 6 (12): 939-943
- Lopez TA, Cid MS, Bianchini ML.
- **Biochemistry of hemlock (Conium**

maculatum L.) alkaloids and their acute and chronic toxicity in livestock. A review.

- Toxicol 1999 Jun; 37(6): 841-865

Sembra che il meccanismo d'azione alla base degli effetti teratogeni consista in un blocco dei recettori nicotinici da parte degli alcaloidi della Cicuta, in particolare della coniina, con conseguente inibizione dei movimenti del feto.

- Panter KE, Bunch TD, Keeler RF, Sisson DV, Callan RJ.
- **Multiple congenital contractures (MCC) and cleft palate induced in goats by ingestion of piperidine alkaloid-containing plants: reduction in fetal movement as the probable cause.**
- J Toxicol Clin Toxicol 1990; 28 (1): 69-83

- Bunch TD, Panter KE, James LF.
- **Ultrasound studies of the effects of certain poisonous plants on uterine function and fetal development in livestock.**
- J Anim Sci 1992 May; 70 (5): 1639-1643

- Forsyth CS, Frank AA, Watrous BJ, Bohn AA.
- **Effect of coniine on the developing chick embryo.**
- Teratology 1994 Apr; 49 (4): 306-310
- Panter KE, James LF, Gardner DR.
- **Lupines, poison-hemlock and Nicotiana spp: toxicity and teratogenicity in livestock.**
- J Nat Toxins 1999 Feb; 8 (1): 117-134

La sensibilità alla tossicità cronica della Cicuta varia a seconda della specie animale considerata; ad esempio, il ratto ed il topo non sono suscettibili agli effetti teratogeni di questa pianta, a differenza del pollo, che risulta, invece,

estremamente sensibile; il coniglio è solo debolmente sensibile. È stato dimostrato che queste differenze interspecie sono dovute ad una diversa affinità della coniina per i recettori nicotinici dell'embrione e del feto o, in alternativa, ad una diversa quantità di recettori nicotinici presenti.

- Forsyth CS, Speth RC, Wecker L, Galey FD, Frank AA.
- **Comparison of nicotinic receptor binding and biotransformation of coniine in the rat and chick.**
- Toxicol Lett 1996 Dec 31; 89 (3): 175-183

RAPHANUS SATIVUS L.

NOME COMUNE

Ravanello nero.

FAMIGLIA

Brassicaceae (Cruciferae).

SINONIMI POPOLARI

Ravanello comune, rapanello, ramolaccio.

PARTI UTILIZZATE

Radici.

PRINCIPI ATTIVI

Il principio attivo più importante del Ravanello nero è la *glucobrassicina*, un glucosinolato (eteroside solforato responsabile, insieme ad altri composti congeneri, degli odori forti generalmente liberati da Brassicaceae ed altre famiglie vicine).

ATTIVITÀ TERAPEUTICHE

Dimostrate scientificamente. Antimicotica, antivirale, coleretica e colagoga, diuretica e antiurolitisiaca.

Non dimostrate scientificamente. Mucolitica.

PREPARATI ESSENZIALI E LORO USO

Succo fresco. Si assumono 50-125 ml, 3 volte al giorno, prima dei pasti, eventualmente dolcificati con miele o zucchero di canna.

Tintura madre. Si assumono 40-50 gocce, 3 volte al giorno.

STORIA E CURIOSITÀ

Erodoto scrisse che i costruttori delle piramidi nell'antico Egitto venivano pagati con Ravanelli, Cipolle ed Agli. In Egitto, la pianta veniva utilizzata come verdura e come medicina. Gli antichi Greci e Romani utilizzavano il Ravanello come mucolitico; inoltre, nell'antica Roma, l'olio di Ravanello veniva applicato per trattare le malattie della pelle. Rifacendosi alle tradizioni dell'antica Roma, sembra che anche Santa Ildegarda, badessa benedettina vissuta nel XII secolo, utilizzasse la suddetta specie per il trattamento delle affezioni bronchiali. In Cina, il Ravanello era elencato nella Tang Materia Medica (659 d.C.) come stimolante della digestione.

Strettamente correlato al Ravanello nero è il Rapastrello o Ramolaccio selvatico (*Raphanus raphanistrum* L.), da cui si pensa derivino i ravanelli coltivati come ortaggio; le sue proprietà medicinali sono le stesse di quelle del Ravanello nero.

Il Ravanello nero (*Raphanus sativus* L.) non deve essere confuso con il rafano (*A Armoracia rusticana* Gaertn = *Cochlearia armoracia* L.), meglio conosciuto come cren.

HABITAT E COLTIVAZIONE

Originario dell'Asia, il Rvanello nero cresce oggi in tutte le regioni temperate del mondo.

MORFOLOGIA

Il Ravanello nero è una pianta erbacea biennale alta fino a 1 m circa; le foglie sono alterne, profondamente lobate, ruvide al tatto; i fiori sono bianchi con nervature rosate o violacee, riuniti a grappolo; il frutto è una siliqua rigonfia,

spugnosa; la radice è un fittone rigonfio di colore marrone-nerastro.

ASPETTO DELLA DROGA

La radice, molto voluminosa, può raggiungere i 50 cm di lunghezza. Spessa, carnosa, rigonfia, scannellata e rugosa, è bianca all'interno, nera all'esterno. L'odore è forte ed il sapore piccante. L'identificazione della droga consiste nell'identificazione dei composti solforati (formazione di solfuro di piombo) ed in una TLC di una tintura etanolica (con nitrato d'argento o iodio).

ATTIVITÀ TERAPEUTICHE DIMOSTRATE SCIENTIFICAMENTE

Vedere monografia scritta dal Dott. Masci + risultati della ricerca in Medline.

Nota: v. azione antimicobatterica: l'art. dice che non stimola l'attività micobatterica, non che non ha attività antibatterica.

EFFETTI INDESIDERATI

L'assunzione della tintura madre può provocare bruciore di stomaco o acidità (Millsbaugh "American Medicinal Plants", 1974).

Il Millsbaugh riporta inoltre: "persone che hanno mangiato troppe radici di Raphanus o hanno preso troppa tintura madre hanno accusato i seguenti disturbi: eccitazione mentale violenta seguita da depressione e ansia, palpitazioni, confusione e vertigini con cefalea, pallore, costrizione dell'esofago, nausea con dolore di costrizione allo stomaco, distensione dell'addome, diarrea acquosa, grande desiderio di urinare".

Sono stati anche riferiti casi di allergia da contatto (Mitchell J.C. et al. *Br J Dermatol* 1974, 91(2): 83-89) e di orticaria (el Sayed F. et al. *Contact Dermatitis* 1995, 32(4): 241).

Note

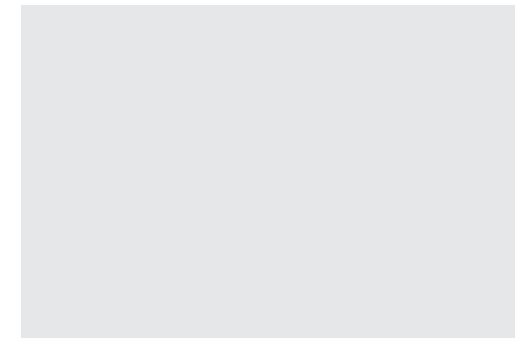
¹. Dalla corteccia e dalle bacche di *Sambucus nigra* sono state isolate alcune proteine enzimatiche in grado di inattivare i ribosomi e pertanto chiamate ribosome-inactivating proteins (RIPs); le proprietà di queste proteine, nonché le loro potenzialità in campo medico e terapeutico, sono tuttora oggetto di numerosi studi. Le RIPs di Sambuco presentano forti analogie strutturali con le lectine contenute nella stessa pianta e spesso condividono con queste ultime la capacità di riconoscere specifiche sequenze oligosaccaridiche. È noto che le lectine sono proteine vegetali dotate di una elevata specificità di riconoscimento nei confronti di particolari sequenze glicidiche. Per questa loro proprietà, tali molecole sono usate come markers molecolari, cellulari, tissutali e d'organo, che trovano numerose applicazioni in campo biologico e medico. Tra le lectine, quelle di Sambuco sono molto utilizzate, come documenta una letteratura scientifica a dir poco vasta.

PUBBLICITÀ

UOMO SISTEMA APERTO

Valter Masci

41



L'uomo è una macchina complessa ma estremamente efficiente perché ha la possibilità di modificare i suoi "modelli" di vita in base alle "informazioni" che riceve.

Per informazioni si intendono stimoli di qualsiasi ordine e grado. Ad esempio: grosse escursioni termiche carenze alimentari dolore affettivo e dolore fisico le privazioni e le miserie della guerra i viaggi nello spazio o il traffico di Roma. Tale prerogativa dell'uomo di "modulare" le risposte in base al tipo di stimolo è una delle sue caratteristiche fondamentali ed è denominata "adattabilità". L'adattabilità si realizza in virtù della:

1) elasticità, e 2) versatilità dei cosiddetti "meccanismi di compenso".

Sono queste le proprietà che hanno permesso la sopravvivenza dell'uomo rispetto alle specie animali che, seppure strutturalmente più forti, non hanno resistito alle variazioni dell'ambiente. Pertanto non sarà la cultura dei "Rambo" a garantirci il futuro, ma la adattabilità delle nostre cellule e della nostra mente. Quindi:

Elasticità + Versatilità = Adattabilità

Si pone ora una domanda. La nostra adattabilità è assoluta? No, perché l'uomo è condizionato da:

a) "Storia sociale", cioè le sue "risposte" vengono filtrate e modulate dalle esperienze e dalle informazioni apprese dalle generazioni passate. Esempio: la paura del fuoco; odorare i cibi prima di mangiarli ecc.

Inoltre l'adattabilità di ogni individuo dipende dalla sua:

b) "Storia personale"; nel suo rapporto con l'ambiente l'uomo può avere reazioni diverse anche in base alla sua reattività la quale, come sappiamo, dipende dal suo "terreno", cioè dalla sua costituzione.

Pertanto:

Risposta Sociale + Risposta Individuale = Adattabilità

Ma da cosa dipende l'adattabilità?

Dalla complessità dei meccanismi di funzionamento e di controllo della macchina-uomo. Specie inferiori, poco complesse, cioè con meccanismi di funzionamento estremamente semplici, si sono estinte o sono destinate all'estinzione.

Purtroppo i meccanismi di funzionamento della macchina-uomo sono così complessi che si incontrano enormi difficoltà a comprenderli. Ma è doveroso sottolineare che una parte della responsabilità per l'imperfetta conoscenza dell'uomo è da imputare agli stessi scienziati. Per meglio comprendere questa affermazione dobbiamo prima di tutto vedere cosa si intende per "scienza".

Secondo la meccanica classica newtoniana un esperimento per essere definito scientifico deve rispondere ai seguenti requisiti:

a) individuazione di parametri costanti ed immutabili; e b) indipendenza dei risultati dallo sperimentatore.

Verificatesi queste due condizioni l'esperimento diventa riproducibile, cioè sempre uguale nel tempo e in qualsiasi situazione ambientale; in tal modo viene definito "scientifico".

In realtà i due requisiti sopra menzionati non possono essere soddisfatti, perché:

1) il secondo principio della termodinamica ha precisato che nessun esperimento può essere riprodotto nelle identiche condizioni del precedente;

2) la meccanica quantistica ha accertato che non può essere eliminato completamente il condizionamento da parte dello sperimentatore.

Se ne conclude che nessun esperimento può essere perfettamente riproducibile

e, quindi, viene a mancare la condizione essenziale per il procedere scientifico in senso newtoniano. Pertanto: la meccanica newtoniana non è idonea per la Ricerca Scientifica. A questa conclusione sono giunte molte branche della scienza, ad esclusione della medicina che continua ad impostare i suoi protocolli di ricerca nel modo tradizionale.

Un altro limite della attuale ricerca scientifica medica è il tentativo di semplificare eccessivamente la macchina-uomo. Infatti la medicina pensa di poter arrivare alla conoscenza dell'individuo dopo averlo "smontato" e dopo aver studiato separatamente ogni singolo organo. Tale procedimento non si è dimostrato il più idoneo perché non dà la spiegazione ad alcune "risposte strane" del paziente. Infatti spesso non riusciamo a capire perché la stessa malattia si manifesta diversamente da individuo ad individuo o perché le terapie non danno risultati costanti.

La spiegazione al modo "personale" di ogni soggetto di ammalarsi o guarire (ed in genere di rispondere agli stimoli) dipende anche dal tipo di "relazione" esistente tra i vari "pezzi" del suo organismo. Purtroppo per capire tali relazioni non è sufficiente smontare il "puzzle", ma è necessario averne una visione d'insieme.

Il problema, a questo punto, è di trovare una metodologia di studio che sia idonea a cogliere "l'entità unitaria" di ogni individuo. Una soluzione la può offrire la "teoria dei sistemi", formulata da BERTALANFLY nel 1945.

Vediamo prima di tutto cosa si intende per "sistema".

Il sistema è un insieme di variabili collegate fra loro da relazioni molto forti. Esaminiamo ora le caratteristiche fondamentali dei sistemi:

a) la complessità;

b) la presenza di relazioni di tipo circolare;

c) l'adattabilità.

a) La complessità

La stabilità di un sistema dipende dalla varietà dei suoi componenti e dalla ricchezza delle interazioni esistenti fra di loro: legge della complessità necessaria di ASHBY, cioè più un sistema è complesso più è in grado di mantenere una ottimale funzionalità.

b) Le relazioni tra i componenti di un sistema sono di tipo circolare e non lineare.

Ricordiamo che in un processo di tipo lineare ad uno stimolo consegue un effetto ben preciso e prevedibile, nel senso che ad una causa di intensità doppia segue un effetto di valore doppio. Al contrario in un processo di tipo circolare il risultato finale non è uguale alla somma delle intensità dei singoli stimoli.

E qual è la condizione indispensabile per il verificarsi di fenomeni di tipo circolare?

L'esistenza di meccanismi di feedback, detti anche di autocontrollo o di autoregolazione.

c) L'adattabilità

È la caratteristica finale dei "sistemi" i quali, anche se sottoposti ad una serie innumerevole di stimoli, hanno la capacità di contenere tutte le possibili deviazioni e di mantenere costante il funzionamento delle varie parti del sistema.

Ciò è determinato da una fitta rete di meccanismi di autoregolazione.

È interessante notare come queste osservazioni sulla teoria dei sistemi possano essere applicate allo studio della macchina uomo che deve la possibilità di mantenere la sua "omeostasi ristretta" (cioè lo stato di benessere) proprio a:

a) complessità;

b) presenza di relazioni di tipo circolare;

c) adattabilità.

A dimostrazione che la teoria dei sistemi è applicabile all'uomo è sufficiente evidenziare quanta rilevanza hanno in lui i meccanismi di autoregolazione e di feed-back i quali, come sappiamo, rappresentano la caratteristica principale dei sistemi. Ad esempio ricordiamo "il termostato" di cui siamo dotati, il quale attacca e stacca a seconda delle variazioni di temperatura. Infatti il meccanismo della sudorazione viene inserito quando fa caldo e disinnescato quando fa freddo. Altro classico esempio è il controllo della tiroide da parte dell'ipofisi: somministrando cibi o farmaci ricchi in iodio si ha un conseguente aumento di ormoni tiroidei la cui sintesi, però, è bloccata dall'intervento dell'ipofisi qualora vengano raggiunti valori eccessivi di tiroxina. Quest'ultimo esempio dimostra come nella macchina-uomo le relazioni fra i vari organi siano di tipo circolare, cioè aumentando l'intensità dello stimolo non si verifica sempre e comunque un effetto direttamente proporzionale.

Approfondiamo ora la conoscenza della "teoria dei sistemi" su due tecniche che vengono applicate in informatica quando si vuole studiare un "sistema" poco conosciuto:

a) tecnica della simulazione;

b) indagine statistica.

a) Tecnica della simulazione

Con un procedimento di simulazione, detto "testing", si studia il comportamento del sistema in uscita, cioè si dà uno stimolo (una informazione) e si sta a vedere cosa succede, come risponde. A questo punto è lecito, a mio parere, porre un parallelismo fra la teoria dei sistemi e la dottrina dell'omeopatia perché, a

ben riflettere, il procedimento delle patogenesi, utilizzato in omeopatia, è una tecnica di simulazione, in quanto somministrando ad un individuo sano una sostanza da testare (il cosiddetto proving) viene studiata la sua reazione in uscita (quadro patogenetico).

Tecnica di simulazione:

in informatica: testing
in omeopatia: proving

La finalità, in entrambi i casi, è di conoscere in modo indiretto (in uscita) un sistema estremamente complesso che è in gran parte sconosciuto.

b) Indagine statistica

L'informatica utilizza, oltre alla tecnica di simulazione, anche un altro modo per studiare sistemi che non conosce: l'indagine statistica, che consiste nel vedere come funzionano sistemi simili. Tale procedimento è applicato anche dall'omeopatia con la teoria delle costituzioni e delle diatesi. Infatti è possibile prevedere il comportamento degli individui, rispetto alla noxa patogena e rispetto alla terapia, dividendoli per gruppi omogenei dalle caratteristiche simili: classificazione costituzionale e diatesica dei pazienti. Per finire sottolineiamo un altro parallelismo tra la teoria dei sistemi e la dottrina dell'omeopatia: in entrambi i casi è applicabile il principio sostenuto dal fondatore della cibernetica N. WIERNER: "Cause molto piccole producono effetti molto grandi in un sistema di tipo circolare".

Infatti sia in informatica sia in omeopatia è possibile raggiungere un effetto di grande portata applicando una forza minima (infinitesimale). Da notare infine che in informatica si parla di un tempo di risposta, detto timing, allo stimolo apportato.

Un tempo di reazione che è proprio di ogni sistema, il quale reagisce né troppo presto né troppo tardi. Tutto ciò si verifica anche in omeopatia; ed è questa la risposta a chi domanda se l'omeopatia è lenta o veloce.

Abbiamo visto, ricapitolando, i due difetti principali della ricerca scientifica attuale:

1) la meccanica newtoniana non è completamente valida per la ricerca scientifica in quanto non è possibile prescindere dalle condizioni ambientali e dallo sperimentatore;

2) la scienza medica tradizionale incontra enormi difficoltà nello studio dell'uomo perché privilegia l'analisi delle singole parti le quali, invece, sono legate da un numero enorme di interrelazioni.

Quale tipo di studio è allora necessario per conoscere l'uomo? Abbiamo visto che non è sufficiente esaminare le singole componenti del puzzle, ma è indispensabile una "visione d'insieme" ed è questa la soluzione proposta dall'omeopatia.

PUBBLICITÀ