

Convergenze parallele

Omeopatia e omotossicologia

Le divergenze metodologiche

di Angelo MICOZZI e Rosa FEMIA
r.femia@omeonet.com

La quasi totalità delle gastriti croniche attive è dovuta alla presenza di un batterio nello stomaco (*Helicobacter pylori*). Questo fatto comporta una sintomatologia a volte scarsa e ricorrente che, se dilatata nel tempo, arriva all'ulcera, oppure al carcinoma gastrico con una latenza ancora maggiore. La medicina possiede diversi rimedi (comprese le terapie psico-analitiche), tutti caratterizzati da qualche aggancio con il sintomo, ma nessuno caratterizzato da rapporti diretti con la causa; i risultati delle cure sintomatiche possono risolversi in una continua recidiva della malattia, se non addirittura in una maggiore evolutività verso patologie più gravi. Dal momento in cui si è potuta stabilire la causa infettiva di queste forme, la somministrazione di antibiotici mirati ha permesso un netto miglioramento delle condizioni del soggetto. Da questo esempio risulta ovvio come un fattore etiologico minimo, almeno nella sua manifestazione infettiva primaria, possa determinare conseguenze disastrose sulla intera economia dell'organismo, man mano che ci si allontana dall'evento iniziale (la modificazione del sistema ad un istante T0); il tutto contribuisce alla valorizzazione del modello hahnemanniano di malattia cronica.

In omotossicologia non esiste un criterio patologico altrettanto robusto, almeno per quello che concerne la dimensione eziologica delle malattie croniche. È altresì vero, comunque, che il bagaglio di conoscenze accumulate negli anni successivi alla morte di Hahnemann ha permesso di amplificare il potenziale terapeutico, andando a cogliere, nel loro aspetto patogenetico e farmacologico, le molteplici sfumature che compongono il mosaico della malattia, soprattutto se cronica. La nozione di tossina, propria all'omotossicologia, esaurisce lo spunto conoscitivo nella elaborazione di una risposta allo stimolo non più di natura puramente nervosa, come negli umoralisti Brown e Rasori, ma generale, attraverso i cinque sottosistemi che sottendono all'equilibrio omeostatico: a) il **reticolo-endotelio**, il cui centro motore è associato alla cellula di Kupfer, deputato alla produzione di anti-

corpi (in questo caso le omotossine sono proprio gli antigeni); b) l'**asse ipofisi-cortecia surrenale**, da cui dipende una forma di disintossicazione umorale attraverso la produzione di particolari ormoni (l'infiammazione, mediata da molecole quali l'interleuchina 1 e il TNF, è direttamente associata a questo asse) prodotti in risposta alle omotossine solubili; c) il **riflesso neurale** (ovvero la risposta nervosa a una stimolazione tossico-specifica), da cui deriva una simpaticotonia che ha come conseguenza una esaltazione della risposta immunitaria; d) la **disintossicazione epatica**, con l'attivazione di reazioni enzimatiche tossico-specifiche tendenti all'eliminazione di prodotti finali del metabolismo intermedio o di veleni, comprese alcune sostanze alimentari; e) la **disintossicazione connettivale**, il tessuto dove avviene la deposizione degli immunocomplessi che, pertanto, devono essere drenati.

Rimanendo in tema di modello patologico, è importante sottolineare ancora alcune note fondamentali. Hahnemann descrive, per le tre malattie croniche (sifilide, condilomatosi e psora) tre fasi evolutive: una **manifestazione primaria** (ulcera venerea, condiloma ed eruzione cutanea, rispettivamente); una **sintomatologia funzionale**, propria alla fase di latenza (ovvero quella che consegue alla risoluzione del processo morboso primario); una **sintomatologia secondaria** a carattere lesionale.

Ognuna di queste fasi comporta una descrizione minuziosa dei sintomi, soprattutto per ciò che concerne la malattia psorica. È utile ricordare in questo contesto che in omeopatia il termine *psora* viene utilizzato, secondo una consuetudine secolare, per indicare tutte quelle malattie contagiose e trasmissive che hanno una manifestazione primaria a livello cutaneo (herpes, micosi, scabbia). La sintomatologia, dunque, assume un carattere di fondamentale importanza per la composizione del quadro di malattia, anche per capire in quale fase si trovi il paziente (latenza funzionale o conclamazione lesionale). A questa viene associato il farmaco più analogico possibile, scelto tra quelli *anti-psorici*, che consenta di otte-

nere il miglior risultato possibile. La seconda prescrizione viene fatta, con lo stesso criterio, per i sintomi residui o quelli che ricompaiono dopo molto tempo. E così avviene per una eventuale terza o successive, non escludendo la possibilità di intervenire con rimedi diversi l'uno dall'altro, fino alla completa risoluzione della malattia cronica.

In omotossicologia, invece, le varie fasi vengono distinte sulla base del processo di difesa anti-tossica: le tossine, per essere eliminate, devono associarsi agli omotossi in modo da formare un complesso non tossico (la saliva, le lacrime, l'urea, le feci, le urine, l'anidride carbonica, il sudore, il sebo, il cerume, il muco, etc.) e possono essere facilmente schematizzate: **escrezione tossinica** (espulsione, intesa come drenaggio fisiologico delle sostanze metaboliche intermedie, o infiammazione, intesa come primo fenomeno di reazione patologica a una noxa); **deposito**, dapprima umorale, e poi cellulare (quest'ultima fase definita anche come impregnazione); **degenerazione** (neoplasma).

Da questa sintesi abbiamo la possibilità di notare le forti analogie che l'omotossicologia presenta con la patologia generale, per la quale il danno della cellula è alla base della evolutività o della reversibilità del fenomeno morboso. In tal senso risulta comprensibile anche il concetto di *vicariizzazione*, ovvero lo spostamento del danno da un tessuto all'altro in senso *progressivo* (evoluzione patologica verso fasi più gravi di malattia) o *regressivo* (verso forme meno gravi). In omeopatia classica questo modello dinamico è solo accennato, quando Hahnemann parla di un passaggio da una fase di malattia cronica latente a quella secondaria, conclamata: in questo caso la potenzialità terapeutica diminuisce man mano che nel tempo ci si allontana da questo momento critico e si esaurisce completamente nelle fasi terminali del processo patologico.

Queste considerazioni non sono solo teoriche, ma vengono utilizzate, in omotossicologia, per un inquadramento terapeutico agevole e lineare. Attraverso la nozione di *sinergismo* farmacologico (da notare la terminologia comune con la vecchia scuola di stampo umoralista) si può



intervenire nel senso di una stimolazione dell'organismo verso una vicariazione regressiva. Per ottenere questo scopo in ambito omotossicologico si possono usare varie sostanze: **poliresti**, ovvero farmaci (gli stessi sperimentati dall'omeopatia classica) caratterizzati da una vasta sintomatologia; **complementari**, rimedi che potenziano e allargano lo spettro di intervento sulle fasi non cellulari della malattia; **organoterapici** (non presenti nella materia medica omeopatica), con la funzione di *guida* farmacologica sul tessuto interessato, alla stregua di un *effetto tracciante* utilizzato per indirizzare in maniera precisa l'azione del complesso anti-omotossico; **catalizzatori enzimatici** (chinoni, radicali liberi, etc.), con la fun-

zione di stimolare le reazioni metaboliche (ciclo di Krebs, ossido-riduzioni, etc.) e attivare il processo di evacuazione delle sostanze tossiche neutralizzate; **nosodi**, ovvero farmaci che derivano dal prodotto di degradazione patologica (come il pus) o anche veri e propri agenti patogeni, utilizzati per intervenire sui cosiddetti fattori diatesici (costituzionali) ed eziologici, soprattutto nelle fasi cellulari di impregnazione e degenerazione.

E' utile infine concludere sottolineando come, in ogni caso, la diversità di condotta terapeutica tra omotossicologia e l'omeopatia classica si delinea completamente e nettamente attraverso la valutazione del malato. Nel criterio omotossicologico l'insieme dei sintomi individuali

viene sacrificato a vantaggio di una maggiore semplicità di intervento farmacologico: l'escrezione, il deposito e la degenerazione contraddistinguono un complesso di rimedi adatti alla singola fase del malato. In omeopatia, invece, la scelta del farmaco viene operata con la massima spinta alla individualizzazione, con la ovvia conseguenza di una maggiore diversificazione del criterio selettivo dei sintomi presentati dal malato: questo differente approccio ha portato, a differenza di quanto accade in omotossicologia, alla fioritura in campo omeopatico di una variegata (e spesso inconciliabile) pletera di scuole, che spesso nascono con l'intento di imporre una metodologia sull'altra. ♦



COME COLLABORARE CON OmeoNet

Si può scrivere una lettera, un articolo, una mail: tutto può servire per questo piccolo manipolo di omeopati che credono fermamente nella diffusione a tutti i livelli delle cognizioni metodologiche che sono alla base dell'omeopatia e della loro ideale integrazione con quella che viene definita la medicina convenzionale. L'intento è quello di offrire un mezzo diverso dal solito per mettere in collegamento tra di loro tutti coloro che si interessano di omeopatia (a tutti i livelli) e che hanno la buona volontà e il rigore scientifico necessari per mettere le loro conoscenze a disposizione di quanti sono interessati all'argomento.

Chiunque può essere coinvolto nell'iniziativa. La struttura del giornale è articolata in piccole rubriche, agili nella lettura e nel contenuto, in modo da spingere l'autore a condensare in poco spazio quanto vuole diffondere: il commento e la discussione sui contenuti, in tempo reale, vengono offerti dalla mailing list associata alla rivista, il vero valore aggiunto di questa iniziativa. Se poi qualcuno vuole cimentarsi con qualcosa di più impegnativo, abbiamo a disposizione gli spazi dedicati all'approfondimento; in questo caso, però, è necessario seguire le rigorose regole poste in ultima pagina. E preferibilmente inviare il tutto al nostro indirizzo di posta elettronica: redazione@omeo-net.com. Buona lettura!