

Dr. E. Biffi

APPROCCIO CLINICO INTEGRATO ALLA PATOLOGIA CEFALALGICA

La cefalea idiopatica rappresenta una patologia estremamente frequente la cui incidenza appare in progressivo aumento. Al di là dei meccanismi fisiopatologici periferici indagati dalla Medicina Accademica il cui studio ha consentito di formulare diverse teorie fisiopatologiche purtroppo insufficienti ai fini dell'instaurazione di una corretta terapia eziologica, la sindrome cefalalgica presenta una origine multifattoriale molto spesso estremamente complessa la cui conoscenza risulta fondamentale per eseguire un corretto ed efficace intervento terapeutico. Un approccio diagnostico olistico ed un trattamento terapeutico integrato risultano fondamentali ai fini del raggiungimento della risoluzione terapeutica della patologia.

In questo senso l'approccio clinico integrato si pone come procedimento diagnostico e terapeutico elettivo nei confronti della cefalea primaria, e non semplicemente come metodica "alternativa".

La cefalea cronica idiopatica è una delle patologie più frequenti e invalidanti per le quali un numero sempre maggiore di pazienti fa ricorso al consulto medico generico e/o specialistico.

Le possibilità di cura offerte dalla medicina accademica sono nella maggior parte dei casi scarsamente efficaci e molto spesso gravate da un'elevata incidenza di effetti collaterali a causa della necessità di somministrare farmaci con notevole frequenza e per lunghi periodi di tempo. Inoltre il carattere prevalentemente sintomatico dei rimedi utilizzati per il controllo della cefalea spiega i frequenti insuccessi nel lungo periodo: spesso, infatti, interventi mirati ad agire sui meccanismi fisiopatologici dell'affezione risultano fallimentari essendo indirizzati alla correzione dei processi patogenetici periferici della malattia e non al trattamento delle cause profonde.

Se si considera il nostro organismo come un "sistema complesso" costituito da un network di elementi strettamente connessi tra di loro ed organizzati secondo un modello di tipo frattale, è facile comprendere come lo studio dei meccanismi biochimici periferici implicati nella fisiopatologia della cefalea non possa che di volta in volta mettere in evidenza solo parte dei fenomeni coinvolti nella patogenesi dell'affezione. I rapporti di tipo caotico, anche se in parte deterministici, che caratterizzano le interazioni tra i diversi componenti di un sistema complesso non consentono l'esatta riproduzione sperimentale dei fenomeni che in esso si verificano.

Gli studi effettuati sui sistemi biologici, infatti, possono essere solo in grado di immortalare, come in una stampa fotografica, un momento, un istante di un fenomeno complesso che evolve nel tempo e che cambia di momento in momento.

L'inefficacia della terapia allopatrica cosiddetta eziologica è legata, quindi, all'incompletezza del presupposto fisiopatologico che la sostiene.

Se, infatti, gli studi sulla fisiopatologia della cefalea non fanno altro che mettere in evidenza solo una parte dei fenomeni che si verificano nell'ambito degli eventi di un sistema complesso, è ovvio che il trattamento che da essi scaturisce andrà ad agire soltanto su una parte dei meccanismi in gioco risultando inefficace o, quanto meno, solo temporaneamente efficace.

Un intervento terapeutico in grado di agire sulla complessità dei fenomeni biologici alla base della fisiopatologia della cefalea (come di altre patologie) sarà garantito solo da un inquadramento diagnostico olistico e da un successivo trattamento integrato in cui il rimedio omeopatico rappresenta il cardine del protocollo terapeutico.

Il rimedio omeopatico, infatti, esprime potenzialmente, in seguito agli effetti della diluizione e della dinamizzazione, il fenomeno biologico complesso alla base della sua patogenesi, la quale altro non è se non l'espressione di un meccanismo fisiopatologico messo in atto dall'organismo sensibile in risposta all'input proveniente dalla sostanza tossica all'origine del prodotto omeopatico.

Il farmaco omeopatico, quindi, rappresenta una forma frattale in grado di riprodurre la complessità dei fenomeni biologici che sono responsabili della sintomatologia che vogliamo trattare: la sua somministrazione consentirà di agire, grazie all'applicazione della Legge di Similitudine, sulla complessità dei meccanismi biologici alla base della patologia.

La "cefalea idiopatica", presenta sempre una genesi multifattoriale in cui numerose cause legate a fattori costituzionali, allergici, tossici, focali, strutturali, geopatici, psichici ed organici s'intrecciano tra di loro per dare origine a meccanismi patogenetici estremamente complessi anche se magari accomunati da quadri sintomatologici simili.

Dietro i fenomeni biochimici indagati dalla Medicina Accademica, i quali rappresentano il meccanismo fisiopatologico ultimo, più periferico, si nascondono infatti meccanismi più fini di natura energetica e biocinetica.

La cefalea è in molti casi legata ad un'alterazione del flusso informativo del sistema nocicettivo a causa della quale determinati meccanismi finalizzati ad un'attività utile all'organismo si ritorcono contro lo stesso.

Questi fenomeni di disfunzione dei sistemi di regolazione conoscono molto spesso numerosissime cause tra loro interdipendenti e consequenziali il cui susseguirsi e perpetuarsi nel tempo porta, infine, all'instaurarsi di situazioni limite alla base dell'alterazione funzionale.

Le possibilità di risposta ad un'eventuale noxa patogena da parte del nostro organismo sono sempre molteplici e infatti, solitamente, il danno diventa evidente solo quando tutti i possibili meccanismi difensivi, locali e sistemici, sono stati messi in atto e sovraccaricati.

La terapia sarà tanto più efficace e radicale quanto più sarà in grado di riattivare i diversi meccanismi di difesa e, soprattutto, se sarà finalizzata al trattamento della causa principale alla base della catena causale patogenetica.

FASCE D'ETÀ	FEMMINE	MASCHI
< 11 anni	5 (5%)	—
11 - 20 anni	8 (7%)	3 (20%)
21 - 49 anni	75 (70%)	12 (80%)
> 49 anni	19 (18%)	—

Tab. 1

CASISTICA CLINICA

Riportiamo la nostra esperienza nel trattamento della cefalea su 122 pazienti venuti alla nostra osservazione tra il 1993 ed il 1995. L'iter diagnostico è stato comprensivo di visita medica standard, test chinesiológico ed infine test EAV. Dei 122 pazienti venuti alla nostra osservazione 107 (88%) erano di sesso femminile e di età compresa tra i 5 ed i 76 anni con età media di 36 anni (mediana 35 anni), 15 (12%) erano di sesso maschile e di età compresa tra i 12 anni ed i 49 anni con età media di 31 anni (mediana 30 anni) (Fig. 1). Suddividendo i pazienti in 4 fasce di età si sono rilevati i dati riportati in tabella 1 (Fig. 2, 3).

Come è facilmente possibile rilevare vi è una netta prevalenza dell'incidenza nel sesso femminile. Tale prevalenza, così netta nella casistica da noi presentata, va fatta risalire non solo ad una reale maggiore incidenza della patologia in esame nel sesso femminile, così come rilevabile dai dati presenti in letteratura, ma anche alla maggiore facilità con la quale le donne ricorrono al consulto medico rispetto ai coetanei del sesso opposto. È anche interessante notare come la più alta incidenza della sindrome cefalalgica interessi la fascia d'età della completa maturità sessuale a significare l'importanza dell'assetto PNEI nella fisiopatologia dell'affezione. La cefalea, come già affermato nell'introduzione, ha una origine multifattoriale e rappresenta un fenomeno che è la risultante di un processo che evolve nel tempo in relazione al progressivo accumulo di diversi fattori patogeni.

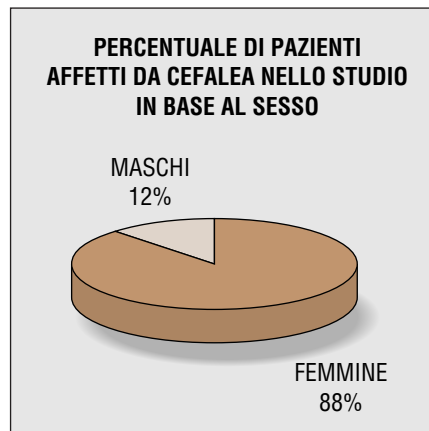


Fig. 1

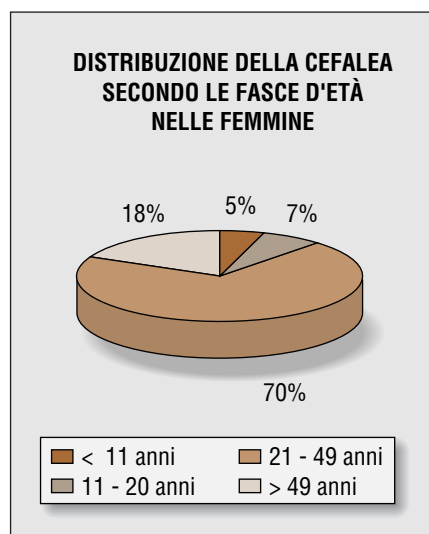


Fig. 2

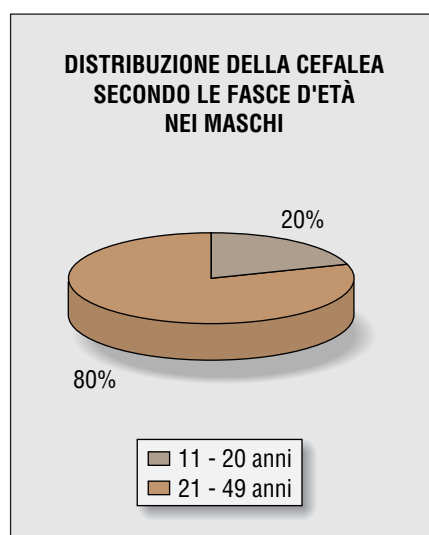


Fig. 3

Il picco d'incidenza presentato nella fascia compresa tra i 21 ed i 49 anni con età media intorno ai 30 anni conferma l'importanza dell'assetto PNEI e, quindi dell'evoluzione patobiografica (secondo l'accezione di Reckeweg) nel determinismo della patologia.

Il progressivo accumulo di omotossine e la presenza di altri fattori patogeni (alterazioni strutturali, fattori psichici, etc) conduce ad un'alterazione dei centri di regolazione e, quindi, alla comparsa della cefalea e di diversi altri sintomi funzionali. La diminuita incidenza della sindrome nell'età più avanzata conferisce ulteriore importanza a quanto affermato e testimonia il valore di manifestazione reattiva che la sindrome cefalalgica possiede.

Nell'età avanzata infatti, le riserve energetiche del paziente raggiungono valori sempre più bassi e pertanto tutte le manifestazioni, quali la cefalea, che rappresentano l'effetto di un riadattamento del sistema alle mutate condizioni di equilibrio energetico (legato ai fenomeni di vicariazione di Reckeweg), vengono sostituiti da affezioni più gravi collocate nelle fasi più estreme a destra nella tavola delle omotossicosi.

Per questo motivo, oltre i 50 anni, l'incidenza della patologia cefalalgica diminuisce per lasciare il posto ad affezioni più gravi che sempre più denotano la perdita delle capacità reattive del paziente secondo il fenomeno della vicariazione progressiva.

Anche per il sesso maschile, nonostante l'esiguità del numero dei pazienti che non consente analisi attendibili, la maggiore incidenza della cefalea si è avuta nelle età comprese nella fascia tra i 21 ed i 49 anni a parziale conferma di quanto prima osservato.

In considerazione del fatto che la cefalea rappresenta una sindrome di origine multifattoriale e che, come qualsiasi altro sintomo o malattia, rappresenta uno stadio particolare nel processo dell'evoluzione patobiografica di ciascun paziente, in questo studio si è cercato di rilevare quali sono stati i sintomi che hanno accompagnato la cefalea nei pazienti affetti dalla stessa. I risultati emersi sono indicati nella tabella 2.

I sintomi elencati erano ovviamente associati in diversa maniera nei singoli pazienti dando origine a quadri clinici complessi. Nella parte successiva dello studio abbiamo rilevato le alterazioni dell'equilibrio cibernetico messe in evidenza nei pazienti affetti da cefalea mediante test chinesiologico e test EAV. Anche in questo caso le alterazioni elencate (Tab. 3, Fig. 4) erano diversamente associate in ciascun paziente derivandone quadri bioenergetici diversamente articolati e complessi.

Nel numero di pazienti indicato sotto la voce alterazioni energetiche degli organi sono stati compresi quelli che al test EAV presentavano tali alterazioni (OSI o ITE) in uno o più punti di regolazione dei meridiani energetici riferiti agli organi, riscontrati con diversa associazione tra loro nei singoli pazienti, e che potevano avere direttamente o indirettamente relazione con la sintomatologia cefalalgica.

In particolare in 53 (43,4%) pazienti si è riscontrata un'alterazione dei valori energetici del fegato soprattutto con valore di indice >70 (ITE) e con bassa incidenza di valori dell'indice indicante una OSI (<10%). In 32 (26,2%) pazienti si è riscontrata un'alterazione del valore dei punti di regolazione del meridiano della vescica biliare, con prevalenza delle alterazioni del tipo OSI (20 pazienti, pari al 16,3%), in 15 (12,2%) un'alterazione di uno o più punti del meridiano della vescica, in 8 pazienti del meridiano del rene, in 4

SINTOMI	NUMERO	%
Colonpatite	28	22,9
Sindromi ansioso-depressive	27	22,1
Obesità	19	15,5
Dispepsia	17	13,9
Intolleranza alimentare	17	13,9
Dermopatie	15	12,2
Sindrome astenica	13	10,6
Turbe mestruali	13	10,6
Cistiti croniche	9	7,3
Dismenorrea	8	6,55
Cervicoartrosi	8	6,55
Artralgie	7	5,7
Sindrome vertiginosa	6	4,9
Lombalgia	6	4,9
Distiroidismo	6	4,9
Tonsillite cronica	4	3,2
Rinite cronica	3	2,4
Reumatismo	3	2,4
Ipertensione	2	1,6
Algie addominali	2	1,6
Otite cronica	1	0,81
Anemia	1	0,81
Epatite cronica	1	0,81

Tab. 2

ALTERAZIONE	NUMERO	PERCENTUALE
Alterazioni energetiche degli organi	71	58,2
Intolleranza alimentare	63	51,6
Carico linfatico	60	49,1
Intossicazione plessi neurovegetativi	43	35,2
Alterazioni TR	43	35,2
Disbiosi	37	30,3
Carico vascolare	30	24,5
Malattia focale o campo di disturbo	30	24,5
Alterazione strutturale	29	23,7
Test mentale +	25	20,49
Correnti elettriche endorali	4	3,2
Carico geopatico	3	2,45

Tab. 3

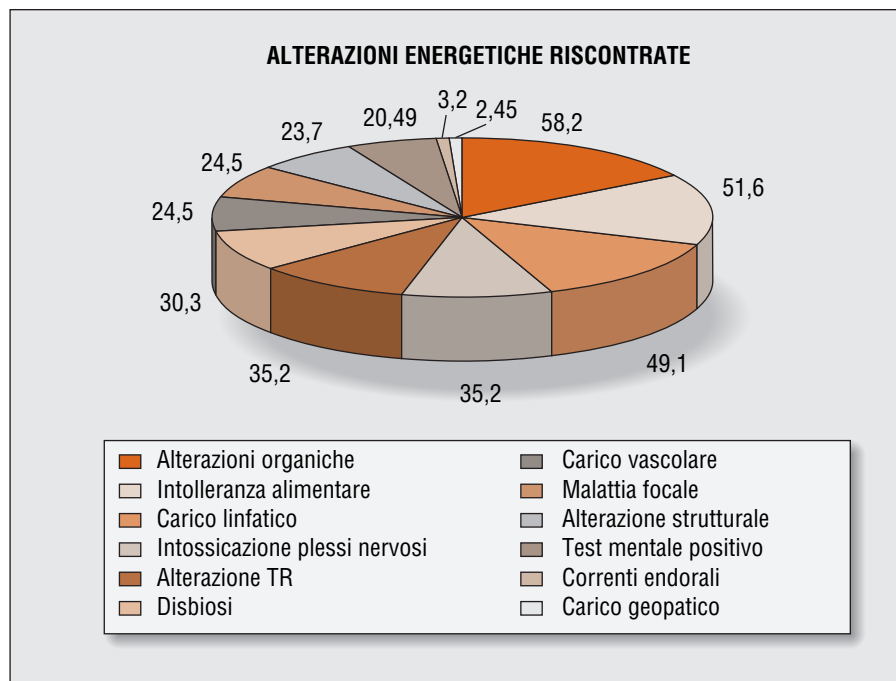


Fig. 4

ASSOCIAZIONE	NUMERO PAZIENTI
intolleranza alimentare + disbiosi	3
intossicazione chimica	2
disbiosi	2
intossicazione ch. + intolleranza alim. + disbiosi	2
intossicazione ch. + intolleranza alim. + alter. strutturale	2
intolleranza alimentare	1
malattia focale + disbiosi	1
intossicazione chimica	1
alterazione strutturale	1
intossicazione ch. + intolleranza alimentare	1

dell'intestino tenue ed, infine, in 3 del meridiano dello stomaco.

Tra i pazienti che presentavano alterazioni energetiche dei punti di regolazione del TR (Endocrino), 17 (14%) mostravano alterazioni nel punto di misurazione del surrene. Tali alterazioni sono molto spesso conseguenza di uno stato di stress dell'organismo legato a varie cause. In particolare in questi 17 pazienti all'alterazione del surrene erano associati altri fattori patogeni elencati in tabella 4.

Altri 14 pazienti con modificazioni patologiche energetiche a livello del TR presentavano alterazioni a livello del pancreas endocrino.

In questo caso lo studio delle altre turbe energetiche associate alle alterazioni del pancreas per singolo paziente ci ha fornito i dati riportati in tabella 5.

In altri 9 pazienti con alterazioni del TR si riscontravano in particolare valori alterati a livello dell'ovaio.

I dati relativi all'associazione delle alterazioni dell'ovaio con altre riscontrate in ciascuna paziente, ci ha permesso di mettere in evidenza che in ben 6 casi su 9 era presente una intolleranza alimentare associata ad una disbiosi intestinale (in uno di questi era anche associata un'alterazione strutturale con sindrome discendente).

Nelle rimanenti pazienti è stata riscontrata una intossicazione chimica associata a focalità in 2 casi (1 focus tonsillare su VB ed 1 focus odontogeno - incisivo superiore), ed un'alterazione isolata dell'ovaio nell'ultimo caso.

ASSOCIAZIONE	NUMERO PAZIENTI
intolleranza alimentare + disbiosi	5
sindrome discendente	2
focus tonsillare	2
intossicazione chimica	1

Tab. 5

Tab. 4

Infine in 6 pazienti era presente un'alterazione dei valori rilevati sul punto di regolazione della tiroide, in 5 di questi era presente un sovraccarico linfatico tossi-infettivo, in 1, il test EAV mostrava una condizione di ITE diffusa a tutti i punti dei meridiani della mano e del piede.

Numerosi pazienti affetti da cefalea hanno presentato una intolleranza alimentare più o meno associata alla presenza di sintomi francamente allergici (allergie respiratorie e/o cutanee). Dei 63 pazienti affetti da intolleranza alimentare ben 33 presentavano in forma associata una disbiosi intestinale. I pazienti che presentavano alterazioni dei plessi neurovegetativi dovute ad intossicazioni chimiche sono stati 43, di questi, 32 presentavano una intossicazione chimica esogena, 8 una intossicazione chimica endogena dovuta a derivati del metabolismo proteico dei batteri o a prodotti del metabolismo dei grassi e 3 una intossicazione mista. Tra i pazienti affetti da intossicazione chimica endogena e mista, 3 presentavano anche una focalità odontogena e 8, una disbiosi intestinale.

Tra le sostanze responsabili della comparsa dell'intossicazione chimica esogena dei plessi neurovegetativi si sono riscontrate le sostanze riportate in tabella 6.

30 tra i pazienti esaminati presentavano alterazioni energetiche del meridiano del Maestro del Cuore che in EAV corrisponde al meridiano della Circolazione. In questi 30 pazienti il carico vascolare si è accompagnato ad altre alterazioni bioenergetiche secondo lo schema descritto nella tabella 7.

Tra i 14 pazienti con sovraccarico vascolare associato ad alterazioni energetiche del Triplice Riscaldatore, in 3 pazienti si è riscontrata un'alterazione energetica ovarica, in 5 un'alterazione del pancreas endocrino ed in altri 5 del surrene, in un ultimo paziente le tre alterazioni erano associate. In 6 pazienti con alterazioni energetiche registrate a livello dei punti di somministrazione delle arterie si sono registrati dati relativi alla presenza di un focus (in 4 casi un focus tonsillare, in altri 2 casi rispettivamente un focus odontogeno e 1 sinusale).

Tra i 60 pazienti che presentavano un carico linfatico ben 30 presentavano in associazione una disbiosi intestinale, 27 una malattia focale e, tra questi, 10 presentavano anche una disbiosi (tabella 8).

Nei rimanenti 13 pazienti il sovraccarico linfatico aveva origine soprattutto a livello orofaringeo (odontogeno, otogeno, tonsillare e

sinusale) senza dare origine a situazioni di vera e propria focalità. In questi pazienti al carico linfatico si associava, in 5 casi un sovraccarico dell'emuntorio epatico, in altri 5, dell'emuntorio renale, negli ultimi 3 un sovraccarico misto del fegato e del rene.

I 27 pazienti affetti da malattia focale presentavano in 13 casi un focus odontogeno,

SOSTANZE CHIMICHE			
• Benzina	• Trielina	• Metossicloro	• Benzolo
• Boron	• Xyde	• Bromofosfato	• Caffaina
• Superfosfato	• Coprolattame	• Endosulfano	• Pirofosfato di sodio
• Esametildiamina	• Acetone	• Solfato di sodio	• Mercurio
• Benzene	• Diclorobenzolo	• Piretro	• Piombo
• Amalgama	• Xilolo		

Tab. 6

ASSOCIAZIONE	NUMERO PAZIENTI
carico vascolare + carico allergico	2
carico vascolare + carico neurovegetativo	4
carico vascolare + carico linfatico	2
carico vascolare + carico allergico + carico neurovegetativo	1
carico vascolare + carico neurovegetativo + carico linfatico	7
carico vascolare + carico allergico + carico neurovegetativo + carico linfatico	10
carico vascolare + alterazione TR	14
carico vascolare + focus	6

Tab. 7

NUMERO PAZIENTI	SEDE DEL FOCOLAIO	ORGANO BERSAGLIO
3	incisivi	V - ovaio
6	VIII odontone	TR - C - IG
4	odontoni 24 37 37 46	P - GI
4	seno frontale	V - ovaio
2	seno mascellare	E
8	tonsilla palatina	VB - F

Tab. 8

ASSOCIAZIONE	NUMERO PAZIENTI
Totale pazienti con carico linfatico	60
carico linfatico + disbiosi	20
carico linfatico + malattia focale	17
carico linfatico + disbiosi + malattia focale	10

Tab. 9

ALTERAZIONE DELL'ATM E INTERESSAMENTO DEI MERIDIANI	
Numero pazienti	Meridiano interessato
2	TR - pancreas endocrino
3	TR - surrene
1	TR - ovaio
1	VB

Tab. 10

DRENANTI COMPLESSI PIÙ FREQUENTEMENTE UTILIZZATI	
Drenanti linfatici	Drenanti emuntoriali
Galium Heel®	Lycopodium Compositum®
Lymphomyosot®	Solidago Compositum®
Detox 10®	Chelidonium Homaccord®
	Phonix P3®
	Phonix P24®
	Phonix P21®

Tab. 11

in 8 un focus tonsillare ed in 6 un focus sinusale.

Gli organi influenzati dal sovraccarico tossico-focale sono riportati in tabella 9.

In 29 pazienti è stata riscontrata al test chinesiologico un'alterazione strutturale: in particolare in 21 casi è stata riscontrata una sindrome discendente o mista a prevalenza discendente. In questo gruppo in 2 pazienti l'alterazione dell'ATM era associata ad una lesione craniale osteopatica. Negli altri 8 pazienti con alterazioni strutturali è stata evidenziata, invece, una sindrome ascendente o mista a prevalenza ascendente. Tra questi, un paziente presentava una lesione vertebrale osteopatica a livello lombare.

L'articolazione temporo-mandibolare contrae rapporti diretti con tre meridiani: stomaco, vescica biliare e triplice riscaldatore, e indiretti con il meridiano del rene (rapporto mediato dall'orecchio).

I pazienti che presentavano una patologia a carico dell'ATM a cui si associava un'alterazione dei meridiani dipendente dall'articolazione temporo-mandibolare sono stati complessivamente 7: di questi 2 presentavano alterazioni a livello del pancreas endocrino

(TR), 3 a carico del surrene (TR), 1 a livello dell'ovaio (TR), 1 a livello della vescica biliare (Tab. 10).

L'incidenza dei pazienti che presentavano al test chinesiologico un'alterazione del livello mentale è stata pari al 20,49% per un numero totale di 25 pazienti. Le cause di sovraccarico geopatico nei 3 pazienti citati nella tabella 3 sono state in 2 casi la presenza di una falda acquifera ed in 1 la presenza di un traliccio dell'alta tensione dell'ENEL all'interno del giardino della villa in cui la paziente vive.

TRATTAMENTO

La strategia terapeutica adottata è stata ovviamente diversa da caso a caso. In tutti i pazienti si è utilizzato un trattamento omotossicologico sulla scorta delle indicazioni offerte dal test EAV, ed inoltre è stato effettuato un drenaggio emuntoriale e linfatico (vedi Tab. 11) al fine di facilitare l'escrezione omotossinica e limitare la sintomatologia legata ai fenomeni di vicariazione regressiva.

Sempre in tutti i pazienti è stato effettuato un trattamento del terreno con l'utilizzo

di rimedi costituzionali e di nosodi miasmatici, laddove indicati. In particolare il rimedio miasmatico in diluizione singola è stato somministrato sempre dopo un periodo di terapia drenante ed in alcuni casi si è preferito farlo precedere anche dalla somministrazione di Psorinoheel o lo si è somministrato, per un certo periodo, in formulazione Injeel.

Nei pazienti in cui si è rilevata un'alterazione energetica degli organi si è effettuata una terapia omotossicologica mirata al trattamento eziologico dell'organo alterato. Nel caso, quindi, alla base della cefalea ci fosse anche il coinvolgimento energetico di un organo, il trattamento è sempre stato finalizzato alla rimozione delle cause che avevano provocato tale alterazione e non soltanto al banale trattamento diretto dell'organo con rimedi omeopatici a particolare tropismo per lo stesso. Si è quindi provveduto a trattare in primis l'organo o l'alterazione all'origine della catena causale attraverso l'utilizzo di nosodi, organoterapici, catalizzatori, rimedi ad azione drenante, in formulazione Injeel o complessi. In caso di alterazione focale si è provveduto a trattare il focus primario con neuralterapia e, laddove possibile, con rimozione chirurgica del focolaio.

Ai pazienti che presentavano intolleranze alimentari è stata consigliata una dieta di eliminazione per 2 mesi ed è stata prescritta una terapia omotossicologica. In relazione all'elevata incidenza di associazione tra intolleranza alimentare e disbiosi è stato anche consigliato il trattamento omotossicologico della stessa che è stato articolato in più fasi (vedi Tab. 12). Nei pazienti affetti da disbiosi in assenza di intolleranza alimentare è stata consigliata una dieta dissociata priva di derivati del maiale e del latte più il trattamento omotossicologico riportato in tabella 12.

Il trattamento del sovraccarico linfatico è stato effettuato mediante nosodoterapia a cui è stato associato un trattamento drenante con rimedi complessi (vedi Tab. 11) e, laddove questi non fossero risultati indicati sulla base del test EAV, si è effettuata, invece, una terapia drenante con rimedi unitari a tropismo per il sistema linfatico individuati mediante test

bioenergetico e scelti sulla base delle caratteristiche clinico-anamnestiche di ciascun paziente.

I pazienti che presentavano al test EAV una intossicazione chimica dei Plessi Neurovegetativi, sia di natura endogena che esogena, è stato effettuato un trattamento drenante specifico utilizzando la sostanza implicata nell'intossicazione in diluizione omeopatica assieme ad un drenante linfatico e ad un rimedio di stimolo degli emuntori (vedi Tab. 11).

Per quanto riguarda il trattamento dei pazienti con alterazioni energetiche del TR, e quindi con turbe del sistema endocrino, si è ovviamente proceduto al trattamento della causa primaria in grado di determinare l'alterazione in questione. Si è però effettuata anche una terapia di sostegno omotossicologica utilizzando o rimedi complessi finalizzati al riequilibrio neuroendocrino, o rimedi unitari. A tal fine sono stati più frequentemente utilizzati rimedi quali *Hormeel*, *Lilium Compositum*, *Damiana Compositum*, *Berberis Homaccord*, *Syzygium Compositum*, rimedi della serie *Endocrinotox*, ormoni omeopatizzati a diversa diluizione, gli organoterapici.

I pazienti con carico vascolare sono stati trattati mediante terapia finalizzata alla rimozione della causa del carico vascolare stesso e con rimedi di sostegno omeopatico finalizzati al drenaggio vascolare: *Aesculus Heel*, *Aesculus Compositum*, *Hamamelis Homaccord*, *Secale Heel*, rimedi unitari, organoterapici.

I pazienti risultati affetti da patologia focale sono stati trattati con terapia drenante specifica mediante l'utilizzo del nosode eziologico, con terapia drenante aspecifica (vedi Tab. 11) e mediante trattamento neuralterapico effettuato iniettando nella sede del focolaio una miscela costituita dal nosode specifico, da un rimedio d'accompagnamento complesso o unitario, individuato mediante test EAV, e da 2cc di procaina al 2%. Al trattamento drenante ha fatto seguito, laddove possibile ed indicata, la rimozione chirurgica del focolaio.

I pazienti con alterazioni strutturali sono stati trattati anche con posizionamento di podocettore chinesiológico (*Kinesole*), se affetti da una sindrome ascendente pura o mista a prevalenza ascendente con alterazione dell'appoggio podalico; con posizionamento di un bite, se affetti da una sindrome discendente pura o mista a prevalenza discendente dovuta ad un'alterazione del sistema somatognatico per patologia dell'ATM.

Ai pazienti che presentavano turbe dell'emotività con positività al test chinesiológico del livello mentale sono stati prescritti gli opportuni rimedi di Bach e/o rimedi unitari individuati sempre, gli uni e gli altri, mediante

indagine anamnestica omeopatica e Test chinesiológico.

Ai pazienti a cui è stata diagnosticata la presenza di correnti elettriche endorali legate alla presenza di otturazioni in metallo e/o a protesi, è stata consigliata e, quindi praticata, rimozione delle amalgame e sostituzione con otturazioni in resina la cui tolleranza è stata verificata, prima dell'applicazione, mediante test chinesiológico e/o EAV.

In 2 dei 3 pazienti a cui è stata diagnosticata una sindrome geopatica, non è stato possibile allontanare la causa del campo geopatico. Si è per questo cercato di agire su tutti i fattori di ulteriore sovraccarico

TRATTAMENTO DISBIOSI	
FASE	TRATTAMENTO
I FASE DRENAGGIO	DIETA DI ELIMINAZIONE + DIETA DISSOCIATA NOSODOTERAPIA ENTEROCLISMA semi di lino TERAPIA D'ACCOMPAGNAMENTO rimedi unitari <i>Mucosa Compositum</i> ® <i>Podophyllum Compositum</i> ® <i>Detox 5</i> ® <i>Nux Vomica Homaccord</i> ® <i>Veratrum Homaccord</i> ® <i>Bufo FMS Complex</i> ®
II FASE PREPARAZIONE DELL'INTESTINO	ENTEROCLISMA semi di lino <i>Iuglans Regia</i> 1DH <i>Vaccinum Vitis Idaea</i> 1DH <i>Quercus Pedunculata</i> 1DH <i>Polygonum Aviculare</i> TM <i>Polygonum Bistorta</i> TM
III FASE COLONIZZAZIONE BATTERICA	FERMENTI <i>Prosymbioflor</i> <i>Symbioflor 1</i> ® <i>Symbioflor 2</i> ® <i>Enterogermina</i> ® <i>Ecofermenti</i> ® <i>Vaxitiol</i> ® <i>Colifagina S</i> ® <i>Infloran Berna</i> ® <i>Lactipan</i> ® <i>Bioflorin</i> ®

Tab. 12

tossico ottenendo ugualmente risultati soddisfacenti.

In 15 pazienti si è fatto ricorso anche ad un trattamento biomesoterapico ricorrendo alla somministrazione di un cocktail omotossicologico formulato specificatamente per ciascun paziente sulla base di dati emersi dai test bioenergetici eseguiti. Il cocktail è stato, quindi, somministrato nei punti di agopuntura e nei punti di Weihe individuati di volta in volta sulla base del quadro clinico e bioenergetico presentato dal paziente.

RISULTATI

Dei 122 pazienti trattati si riportano i risultati di 60 casi venuti alla nostra osservazione nel biennio 93 -94, per i quali è possibile disporre del follow up fino al dicembre 1995. Dei restanti 62 pazienti non disponiamo ancora di un tempo di follow up sufficiente. A distanza variabile di tempo, da 1 a 2 anni, dall'inizio del trattamento in 19 (32%) casi si è ottenuta la risoluzione della patologia. Sono stati ritenuti risolti quei casi in cui le crisi cefalalgiche non si sono più presentate o hanno avuto frequenza inferiore ad una crisi ogni 90 giorni e per il trattamento delle quali il paziente ha ottenuto il controllo della sintomatologia entro brevi periodi di tempo (da un minimo di mezz'ora ad un massimo di 3 ore) con rimedi naturali e senza ricorrere all'utilizzo di farmaci allopatici.

18 (30%) pazienti hanno ottenuto un notevole miglioramento, intendendo in questo caso una riduzione del numero degli attacchi emicranici con frequenza non inferiore ai due mesi, con sintomatologia ridotta d'intensità rispetto alle crisi precedenti e con risposta positiva ai rimedi omeopatici sintomatici utilizzati per il trattamento delle crisi residue.

In 6 (10%) pazienti si è ottenuto un miglioramento nella frequenza e nell'intensità della cefalea anche se talvolta il numero delle crisi presentate è stato irregolare e con ricorrenza inferiore a quella mensile. Anche in questo gruppo di pazienti si è ottenuto un buon controllo della sintomatologia dolorosa

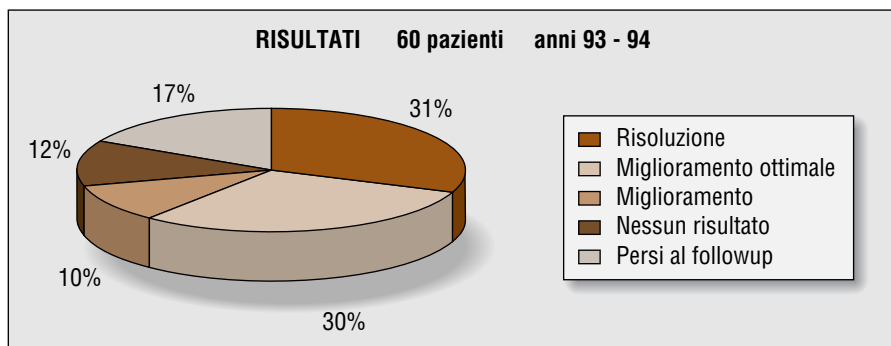


Fig. 5

con rimedi naturali ed il ricorso a farmaci allopatici si è notevolmente ridotto rispetto al periodo precedente l'inizio del trattamento integrato.

In 7 (11%) pazienti il trattamento è stato deludente ed i risultati completamente assenti con abbandono del trattamento in media circa 6 mesi dopo l'avvio dello stesso.

10 (17%) pazienti sono stati persi al follow up non avendo effettuato alcuna visita di controllo dopo la prima (Fig. 5).

CONCLUSIONI

Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di dimostrare come la sindrome cefalalgica sia una patologia estremamente complessa di origine multifattoriale che richiede un inquadramento diagnostico olistico ed un trattamento integrato che consenta di agire sulla complessità dei meccanismi patogeni alla base della cefalea stessa.

Così come dimostrato attraverso i test bioenergetici utilizzati, i 122 pazienti venuti alla nostra osservazione negli ultimi tre anni hanno presentato tutti un quadro bioenergetico estremamente complesso. Le varie alterazioni energetiche evidenziate in ciascun paziente e diversamente associate tra di loro hanno dato origine in ciascun caso a quadri di squilibrio energetico estremamente variabili che hanno richiesto di volta in volta trattamenti terapeutici integrati diversamente articolati al fine di rimuovere le diverse cause responsabili della patogenesi dell'alterazione energetica globale.

I risultati ottenuti, anche se parziali in relazione al breve periodo di follow up eseguito, sono stati estremamente incoraggianti anche in considerazione del fatto che la maggior parte dei pazienti venuti alla nostra osservazione provenivano da lunghe esperienze terapeutiche purtroppo insoddisfacenti. □

Bibliografia

1. Bellavite P. Andrighetto A. Zatti M.: "Omeostasi, complessità e caos". Epistemologia - Franco Angeli 1995.
2. Bellavite P. Signorini A.: "Fondamenti teorici e sperimentali della medicina omeopatica". IPISA editore 1992.
3. Biffi E.: "Le intossicazioni chimiche. Dati rilevati attraverso il test EAV (esperienza personale)". La Medicina Biologica Atti del 1° Meeting Club Omotossicologia Febbraio - Marzo 1995.
4. Formisano R. Cerbo R. Martucci N.: "Fisiopatologie delle cefalee primarie". Rassegna Clinico Scientifica Anno LXV N. 1 - 2 - 3 Gen. - Feb. - Mar. 1989.
5. Lencioni R.: "Compendio di elettroagopuntura sec Voll.". Milano Guna Editore 1994.
6. Nappi G. Micieli G.: "Le cefalee: classificazione e criteri diagnostici vigenti". Rassegna Clinico Scientifica Anno LXV N. 1 - 2 - 3 Gen. - Feb. - Mar. 1989.
7. Pasciuto A.M.: "Allergie iatrogene e da agenti ambientali: Diagnosi e terapia mediante EAV". La Medicina Biologica Atti del 10° Congresso Nazionale di Omotossicologia e Medicina Biologica. Anno XIII n. 3 - Settembre '95.