

OMEOPATIA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Schemi introduttivi. L'evidenza clinica, quale procedura metodologica che si è andata affermando nella medicina moderna, indirizza e supporta la decisione diagnostico-terapeutica, mediante la raccolta di dati che, nella gran parte dei casi, derivano da sperimentazioni controllate. La valutazione sperimentale si basa sulla uniformità del linguaggio scientifico e del metodo sperimentale. Una trasposizione di questi concetti, nel modello omeopatico, risulta difficile, almeno in apparenza, in quanto si dovrebbero considerare due elementi peculiari:

- la necessità di una terapia individuale;
- l'obbligo di considerare l'insieme dei sintomi del malato.

La ricaduta di tali difficoltà si identifica con due limiti oggettivi¹:

- selezione di un campione omogeneo;
- inferenza statistica degli eventuali risultati.

A queste difficoltà si devono aggiungere alcune variabili: il sistema di preparazione del farmaco, la risposta individuale del paziente e l'esigenza di scegliere il miglior criterio di similitudine possibile. Tutto ciò farebbe supporre che gli ostacoli dell'approccio clinico-sperimentale dipendano dalla natura stessa del modello omeopatico. Un attento approfondimento epistemologico, all'interno della *questione omeopatica* potrebbe offrire chiavi di letture inedite, mettendo in evidenza aspetti procedurali del tutto condivisibili dalla medicina accademica. Le premesse di questo approfondimento possono essere riassunte nei seguenti punti²:

- l'omeopatia si contrappone alla medicina umoralista di 200 anni fa, ma non certo a quella moderna, che ha rifiutato l'umoralismo;
- l'omeopatia nasce con una impronta farmacologica sperimentale;
- l'omeopatia ha elaborato un modello di malattia, condivisibile dalla medicina accademica moderna.

Queste premesse permettono di accedere a un sistema di informazione più complesso, il cui perno centrale è rappresentato dalla stretta correlazione che intercorre tra farmacologia sperimentale e modello di malattia cronica. Tale correlazione è espressa dalla nozione di farmaco *specifico*, la quale è stata introdotta dallo stesso fondatore dell'omeopatia, Samuel Hahnemann³. La specificità del farmaco omeopatico, in base a questo aspetto, non attiene alla malattia in quanto tale, bensì all'eventuale agente patogeno che ne è la causa. La nozione di specifico, spesso non condivisa dai diversi esponenti del mondo omeopatico, mostra la possibilità di rimuovere gli ostacoli procedurali, che si frappongono alla acquisizione di un criterio oggettivabile in omeopatia.

Comprendere la metodologia omeopatica. L'omeopatia studia le alterazioni indotte da un farmaco somministrato a un sistema vivente. Le modificazioni si manifestano con segni e sintomi riproducibili, nonché specifici della sostanza utilizzata, i quali, nel loro insieme, caratterizzano uno stato di *malattia artificiale*. Questa affermazione ha valore generale, in quanto è valida per tutti i farmaci sperimentati. L'omeopatia, sotto questo aspetto, si prefigge due scopi⁴:

- studio sperimentale di ogni singolo farmaco su volontari sani;
- guarigione di una malattia naturale, mediante l'induzione di una forma artificiale simile.

Il criterio di similitudine rappresenta, quindi, l'anello di congiunzione metodologica tra i sintomi di un malato e gli effetti di un farmaco, soprattutto se si tiene in considerazione il modello di malattia

proposto da Hahnemann. A differenza del dogma umoralista, infatti, l'omeopatia considera le malattie croniche come la conseguenza evolutiva di infezioni specifiche, sostenute da agenti patogeni trasmissibili e contagiosi. Il modello di questa impostazione è rappresentato dalla sifilide, per la quale si ammette un contagio e una evoluzione spontanea. L'aspetto inedito della questione, in piena epopea umoralista, sta nell'azione specifica e non evacuativa del mercurio, con il quale Hahnemann vuole individuare un nuovo criterio di azione farmacologica: quello della specificità. Successivamente elabora il modello sperimentale farmacologico sopra descritto, che permette di comprendere altre specificità. La sintomatologia di un malato, tuttavia, non dipende dalla azione diretta dell'agente patogeno, ma dalla alterazione della *forza vitale* da questi indotta. Con questo termine in disuso si intende l'insieme di quei meccanismi fisiopatologici, con i quali un organismo si mantiene in equilibrio e discrimina se stesso dall'ambiente circostante⁵. Per questi motivi la forza vitale è assimilabile a molte delle funzioni conosciute nell'ambito del sistema immunitario. Ciò comporta alcune riflessioni⁶:

- le malattie sono innescate da infezioni specifiche;
- la sintomatologia dipende dalla risposta immunitaria agli agenti patogeni;
- la persistenza di uno stimolo infettivo comporta una risposta immunitaria altrettanto persistente;
- l'evoluzione di una malattia cronica dipende dalla costituzione dell'individuo, la quale può essere associata a un fattore predisponente, almeno nelle patologie autoimmuni, identificabile con l'HLA (Human Leukocyte Antigens).

Supporti analogici a metodologie analitiche. Quanto detto mette in luce un elemento decisivo per il superamento degli ostacoli alla evidenza clinica dell'omeopatia, ossia il nesso sostanziale tra l'originaria impostazione patologica di Hahnemann e la moderna immunopatologia. Fermo restando che la prescrizione omeopatica di un farmaco si basa sulle migliori analogie esistenti tra i sintomi del malato e gli effetti sperimentali di un farmaco, il criterio di similitudine va riproposto sulla nozione di *specifico*, mediante il quale si riunifica la risposta immunitaria a uno stimolo infettivo⁷. L'esempio più probante è anche il *primum movens* della metodologia omeopatica, ossia la utilizzazione del mercurio nella cura della sifilide⁸. La microbiologia, successiva alle intuizioni di Hahnemann, ha determinato la definitiva decadenza dell'umoralismo e la nascita di una nuova impostazione della medicina, con la quale si consacra lo studio delle interazioni tra individuo e ambiente, dapprima con l'individuazione dei singoli agenti infettivi e poi con la comprensione della risposta immunitaria. Questa strategia di indagine ripropone, con termini e informazioni sempre più attuali, la verifica delle potenzialità terapeutiche, probabilmente non ancora del tutto espresse, dell'omeopatia. Gli elementi di base di tale verifica possono essere così schematizzati:

- un farmaco può essere considerato omeopaticamente specifico alla risposta immunitaria innescata da un agente infettivo;
- lo stesso dicasi per una condizione autoimmune altamente specifica, quale la sindrome da anti-fosfolipidi, peraltro determinata, nella gran parte dei casi, proprio da uno stimolo infettivo cronico;
- l'omeopatia trova una sua collocazione nell'ambito della medicina accademica, in quanto ne sfrutta le informazioni e le metodiche di indagine;
- immunopatologia omeopatia possono integrarsi ed esaltare le eventuali applicazioni pratiche, non solo nella diagnosi, ma anche nella terapia.

Omeopatia in ostetricia e ginecologia. Un esempio di applicazione terapeutica dell'omeopatia, non contrapposta alla evidenza clinica della medicina accademica è rappresentato dalla *sindrome da anti-fosfolipidi*, ossia un insieme di condizioni patologiche che hanno in comune la presenza di autoanticorpi specifici, indirizzati nei confronti dei fosfolipidi di membrana. Tale sindrome è anche responsabile, in molti casi, di una falsa positività nei confronti della Wassermann e della VDRL, a

causa della similitudine molecolare tra i costituenti delle membrane cellulari e la parete del *treponema pallidum*⁹. Gli autoanticorpi in questione sono di due tipi: LAC (lupus anticoagulant) e ACA (anticardiolipina), in entrambi i casi IgG e IgM, responsabili della sopracitata *sindrome da anti-fosfolipidi*. Questa si manifesta a seguito di un accorciamento dei tempi di coagulazione in vivo, cui fa riscontro un fenomeno paradossale, caratterizzato da un allungamento in vitro. Tra gli eventi cruciali della sindrome abbiamo¹⁰:

- trombocitopenia;
- alterazioni gravidiche gravi, con perdita ricorrente del feto o aborti spontanei ripetuti;
- occlusioni vascolari trombotiche, sia venose, sia arteriose, in qualunque distretto.

Il 30% dei pazienti con LAC+ sviluppa, nel tempo, trombosi. Tale percentuale sale al 50% in caso di associazione con ACA+ e fino al 75%, quando la positività alla sola anticardiolipina si manifesta con un elevato titolo IgG. Un marcato rischio di trombosi si presenta con trombocitopenie moderate (per valori compresi tra 110.000 e 50.000), mentre una ulteriore riduzione del numero di piastrine diminuisce progressivamente il rischio di occlusione vascolare. Le alterazioni gravidiche sono dovute a fenomeni trombotici della decidua e della placenta. Il 50% delle donne con antifosfolipidi sviluppa, nel secondo trimestre di gravidanza, ipertensione arteriosa, associata a proteinuria e edema. LAC e ACA possono positivizzarsi in corso di malattie autoimmuni, di alterazioni ematologiche e neoplastiche, nonché a seguito di infezioni virali, batteriche e protozoarie, soprattutto se di natura cronica¹¹.

L'interesse omeopatico nella sindrome da antifosfolipidi risiede nella sua stretta somiglianza con la risposta immunitaria alla sifilide, testimoniata dalle reazioni crociate che si verificano in questi casi. L'individuazione dello *specifico* è piuttosto agevole, in quanto il mercurio è stato utilizzato per secoli nella cura delle infezioni veneree. In base a tali considerazioni è possibile ipotizzare, nell'ambito della ricerca sperimentale in omeopatia, modalità di intervento più affini alle procedure accademiche. La nozione di *specifico*, infatti, devia l'obbligo della individualizzazione prescrittiva verso la risposta immunitaria specifica. Il presupposto di tale impostazione consiste, ovviamente, nell'accettazione dello stretto legame che intercorre tra l'insieme dei disturbi di un malato e la presenza di anticorpi e linfociti specifici, secondo il paradigma della moderna immunopatologia. L'ipotesi conclusiva vorrebbe dimostrare l'efficacia del farmaco omeopatico sulla scomparsa, in maniera oggettiva e riproducibile, delle risposte specifiche correlate ai disturbi. Lo studio di queste risposte agevole, altresì, anche la selezione di un campione omogeneo di malati, i quali possono essere scelti sulla base delle singole specificità anticorpali LAC e ACA.

Proposta di studio sperimentale. Possiamo riassumere le fasi dello studio nei seguenti punti:

- selezione di un campione di n soggetti, sulla base del rilevamento LAC e/o ACA IgG e IgM;
- somministrazione di un farmaco omeopatico *specifico*, per un periodo determinato (in genere 40 giorni), alla metà degli n soggetti;
- somministrazione di *placebo* all'altra metà, individuata in maniera casuale;
- verifica della risposta LAC e/o ACA IgG e IgM al termine della somministrazione del farmaco.

Quanto esposto permette di evidenziare le potenzialità ancora nascoste della metodologia omeopatica, utilizzando un criterio sperimentale del tutto condivisibile dalla medicina accademica. Il farmaco utilizzato è il *mercurius solubilis 030LM*, il quale ha mostrato, in regime ambulatoriale privato, un'azione molto interessante nella negativizzazione degli autoanticorpi, anche in associazione a una terapia di tipo convenzionale (cortisonica e antiaggregante). Lo studio in doppio cieco, impossibile a realizzarsi in privato, potrebbe essere affrontato su tutti i pazienti in terapia convenzionale. Qualora si dimostrasse l'esattezza delle osservazioni riportate, ciò avrebbe delle

notevoli ripercussioni su una eventuale validazione del modello omeopatico. Questo fatto comporterebbe conseguenze molto interessanti:

- il riconoscimento di una terapia non convenzionale, nell'ambito di processi immunopatologici che mostrano, spesso, evidenti limiti nelle terapie convenzionali;
- l'acquisizione di una metodologia di studio delle terapie non convenzionali, basata su procedure accademiche riconosciute;
- l'integrazione tra il paradigma analogico dell'omeopatia e quello analitico della scienza accreditata;
- la possibilità di rendere esportabile, in futuro, tale metodologia, soprattutto in ambito immunopatologico.

ANGELO MICOZZI

¹ Bellavite P, Signorini A. *Fondamenti critici e sperimentali della medicina omeopatica*. IPSA editore. Palermo, 1992: 49.

² Micozzi A. *Discorso sul metodo*, in: *Immunofarmacologia omeopatica*. Edi-Lombardo. Roma, 2000: 11-23.

³ Hahnemann S. *Examination of the sources of the common materia medica*, in: *Lesser Writings*. B. Jain Publishers. New Delhi, first edition: 693.

⁴ Hahnemann S. *Spirit of the homeopathic doctrine of medicine*, in: *Lesser Writings*. B. Jain Publishers. New Delhi, first edition: 623.

⁵ Hahnemann S. *Nature of Chronic Diseases*, in: *The Chronic Diseases: their peculiar nature and their homeopathic cure*. B. Jain Publishers. New Delhi, 1990: 6-7.

⁶ Micozzi A. *La sifilide e il modello infettivo cronico*, in: *Infezioni croniche in omeopatia*. Verduci editore, Roma, 1993: 101-102.

⁷ Micozzi A. *Immunopatologia e omeopatia*, in: *Immunofarmacologia omeopatica*. Edi-Lombardo, Roma, 2000: 36-38.

⁸ Hahnemann S. *Mercurius*, in: *Materia Medica Pura*. Traduzione di A. Micozzi. Edi-Lombardo, Roma, 2000: 397-398.

⁹ Harris EN. *Cross-reactivity of antiphospholipid antibodies*, *J Clin Lab Immunol*, 1985; 16: 1-6.

¹⁰ Asherson RA. *A primary antiphospholipid syndrome?* *J Rheum*, 1988, 15; 12; 1742-44.

¹¹ Vaarala O, et al. *Anticardiolipin response in infections*. *Clin Immunol Immunopathol*, 1986; 41: 8-15.