Dir. Didattico Dott. Rosa Brotzu

Associazione Medica per lo Studio dell'Agopuntura (AMSA) – Roma Pres. Dott. C. Di Stanislao

Aderente alla

Federazione Italiana Società di Agopuntura (FISA)

Tesi IV anno 2010-2011

Titolo

Valutazione dei punti Shu e Ben shen del dorso, in pazienti affetti da malattie ematologiche croniche gravi.

Relatore
Candidato
Dott. Maurizio

Dott.Maria

Corradin Adele Capucci

Dedicata al ricordo del Jing dei miei Genitori ed a tutti coloro che mi hanno sostenuta in questa avventura, in particolare al mio Maestro Maurizio Corradin. Grazie

Mariadele

Indice

Ringraziamenti

167

pagina **Note** 4 Scopo dello studio pagina Sindromi mieloproliferative croniche e bibliografia pagina 20 **LMC** pag. 20 PV pag. 38 **TE** pag. 43 MFI pag.49 Il midollo e i suoi misteri pagina **58** Le 5 sostanze fondamentali pagina 79 Punti di Agopuntura pagina 108 **Bibliografia cinese** pagina 137 Discussione e conclusioni pagina 139 **Appendice 1** pagina 147

pagina

Note dell'autrice:

Mi domando perché al mio relatore sia venuta l'idea di assegnarmi una tesi che tratta di pazienti ematologici.

Lavorando in ambulatorio/day hospital di ematologia da circa 4 anni, non ho potuto effettuare, purtroppo, questa indagine su pazienti in fase acuta. Il paziente acuto ha un fascino tutto particolare. Ho sempre pensato che"dietro di lui", nella sua storia intendo, devono accadere fatti che fanno nascere "dentro di lui" una voragine che assorbe tutte le sue energie, come un buco nero, e lo obbliga a fermarsi. Un trauma così grande, per dirlo con le parole del Dr Hammer, che potrebbe essere causa del danno della cellula staminale.

Alcune puntualizzazioni necessarie:

- 1) il numero dei pazienti non è equamente distribuito tra le patologie, perché l'incidenza è diversa. La patologia più frequente è la Trombocitemia Essenziale, che presenta il decorso "più buono ";
- 2) i pazienti non sono consecutivi;
- 3) le visite sono state fatte velocemente, rubando i secondi, con le persone in attesa, come si conviene a un buon ambulatorio pubblico. L'ambiente è quindi inospitale, e si può intervenire solo in base alle indicazioni della medicina ufficiale.
- Sono stati "palpati" velocemente i punti Hua Tuo Shu del dorso e Ben Shen, con pz seduti e raramente sdraiati. E'risultato improponibile indagare anche i punti Mu.
- 4) rare volte i pazienti hanno chiesto del perché della palpazione, tutti si sono prestati volentieri e, come spesso accade se ti poni in atteggiamento di ascolto, spontaneamente hanno espresso un problema o hanno riferito di credere nelle terapie non ufficiali;
- 5) i pazienti, eccetto alcuni, presentavano altre patologie associate, dovute spesso al fatto, che le patologie croniche in parte colpiscono più facilmente persone di età avanzata. Mi domando quanto queste patologie associate possono influenzare l'energetica?
- 6) Nota dolente: se la palpazione, per quanto rapida, fosse stata fatta da una mano esperta e non da un apprendista stregone come me, sarebbero stati rilevati sicuramente più dati. Lo dimostrano i risultati ottenuti sui pazienti rivisitati, casualmente, 6 mesi dopo, nei quali il negativo è diventato prevalentemente positivo (è cambiata la condizione del paziente o dell'esecutore?).
- 7) Non è possibile trovare una correlazione tra i punti palpati e la assunzione o non assunzione di terapia farmacologica specifica, per l'estrema variabilità dei dati rilevati.

Infine, vogliate scusare le mie riflessioni, frutto di ciò che mi hanno insegnato i miei malati nel corso di oltre 30 anni di ospedale. Ho imparato che il sorriso e il riso sono una grande terapia, perché alleviano tensione, dolore e preoccupazione, gli animi si avvicinano e i fardelli si alleggeriscono, rendendo persino accettabile la morte, vista come un passo fisiologico ed ineluttabile, di cui non si deve aver paura.

Scopo dello studio:

Identificare una possibile relazione tra le malattie croniche midollari, afferenti al gruppo sindromi mieloproliferative croniche, e i punti shu e ben shen del Meridiano della Vescica.

Materiale e metodi:

Sono stati valutati 208 pazienti, durante la normale attività ambulatoriale, affetti da sindrome mieloproliferativa cronica con consenso orale da parte degli stessi.

SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE CRONICHE	Caratteristiche principali
TROMBOCITEMIA ESSENZIALE	Prevalenza di piastrine
MIELOFIBROSI IDIOPATICA	Fase iniziale con ipercellularità (piastrinosi – leucocitosi) e successivo calo di tutti i valori ematici
POLICITEMIA VERA	Prevalenza di eritrociti
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	Prevalenza di globuli bianchi

La valutazione consisteva in una "rapida palpazione" dei punti Shu e Ben Shen, con i pazienti seduti e raramente sdraiati, durante lo svolgimento della normale visita ematologica, senza interrogatorio, esame polsi e valutazione della lingua.

In tabella 1 sono elencati i dati raccolti per i quattro gruppi di malattie valutate.

Tabella N°1: Dati sindromi mieloproliferative croniche

PZ 208	TOTALI	VISITE DOPPIE	HUA TUO NEG/POS	SHU NEG/POS	BEN SHEN NEG/POS
TE	97PZ	0	96/1	72/25	95/22

PV 51 PZ	0	51/0	45/6	44/7
LMC 44 PZ	13*	42/2	27/17	32/12
MFI 16 PZ	0	16/0	14/2	13/3

^{*}Doppie visite:

- 1 solo in LMC
- 2 13 pazienti di cui 12/12 da visita negativa a visita positiva, a distanza di 6 mesi

Tabella N°2: Punti Shu

Shu	TE	LMC	PV	MFI	Totali
13	1	/	1	1	2
14	1	3	2	1	6
15	1	3	4	1	8
16	2	1	1	1	3
17	1	/	/	1	1
18	5	/	/	1	5
19	3	/	2	1	5
20	4	1	/	1	6
21	2	/	1	1	3
22	2	1	1	1	3
23	9	3	2	1	15
24	1	1	1	1	1
25	/	2	2	1	4
26	/	1	/	1	1
27	4	1	/	1	5
28	1	1	1	1	2
29	1	/	1	1	1
Totale	36	18	14	3	71

Tabella N°3: Punti Ben Shen o comunque punti della branca laterale di vescica

Ben Shen	TE	LMC	PV	MFI	Totali
41	/	/	/	1	/
42	5	4	2	1	11
43	8	6	1	1	16
44	10	4	4	1	19
45	/	/	/	1	/

46	1	1	1	1	1
47	1	/	1	/	2
48	/	/	/	1	/
49	1	1	1	1	2
50	/	1	/	/	1
51	/	/	/	1	/
52	5	1	2	1	8
53	/	/	/	/	1
Totale	30	14	10	3	59

Tabella N°4: Sunto positività punti e numero pazienti positivi nelle diverse patologie:

Patologie	MFI	PV	LMC	TE	totali
Positività Shu/Shen totale	3/3	14/10	18/14	36/30	71/59
Positività punti Shu/Shen riferita ai singoli punti	3/2	6/7	15/11	26/23	50/43
Totale positività punti patologici shu/shen	5	13	26	49	73
Pz con più punti shu/shen positivi	0/1(MM2)	3/3 (BB5- GM 3- PM 3/BV2 - BA 2- LN 2)	3/3 (MF2 – FG 2- VG2/ BA 3- PS3 – PC 2)	9/7 (CJ2 - BG 2- MA 2- PS 2- BAM 2- MI 2- PF 2- OJ 2- PP 3/ ML2 - OJ 2- BJ 2- GG2 - BC2 - GL 2- BS 3)	15/14
Pazienti totali Shu/Shen	3/2	6/7	15/10	25/22	49/41
Pz con punti shu/shen in contemporanea positivi	0	2 (BV GE)	5 (AMG BS SA BA MF)	4 (BG CJ PA PP)	11
Pazienti effettivi positivi	5	13	25	47	90 pazien ti

Seguono le tabelle divise per patologia dei pazienti positivi alla visita, con annesse le patologie associate.

MFI - Tabella N°5

Hau tuo	Shu		Ben shen	
	FN	gammopatia	MM	Anemia normocitica-

20BL dx	monoclonale Igg K	43BL	IMA 2005-
pieno	stabile - ipertensione arteriosa in terapia - diabete mellito tipo II in terapia orale - HBsAg positività HU	44 BL dx pieno	ipertensione arteriosa- encefalopatia- diabete- pregressa ulcera gastrica- calcolosi coli cistica
PV	intolleranza	TA	ipertrofia prostatica
23 BL sx pieno	glucidica - pregresso Ca basocellulare HU	52 BL dx pieno	- IRC lieve - ipoacusia - struma intratoracico HU
RG	Xagrid		
14BL dx pieno			

PV - Tabella N°6

Hau tuo	Shu		Ben shen	
	BB 13 BL pieno 15 BL 14 BL pieno 21 BL dx st 23 BL dx	pregresso semionoma testicolare dx trattato con chirurgia e RTT (89)	AI 52 BL dx pieno	IMA con angioplastica nel 2/2009 - ipertensione arteriosa in terapia con Lobivon
	BV 23 BL dx	artrite reumatoide in trattamento immunosoppressi vo - litiasi colecisti	BA 44 BL dx pieno 47 BL dx pieno	pregresso ca uroteliale
	GE 15 BL	pregressa trombosi portale (1995) - transaminasi e GammaGT elevate dal 2006 in steatosi epatica (alimentare - tox da farmaco) -	BV 43 BL dx 52 BL dx	

	iperuricemia		
	ни		
GM	pregressa sideropenia -	GD	
15 BL dx pieno	iperomocisteinemi	42 BL dx pieno P	
19 BL dx	a	HU	
25 BL dx	IFN	110	
PM	pregressa epatite A - discopatia	GE	
15 BL dx pieno	lombare	44 BL dx	
19 BL dx	verosimile		
25 BL dx	HU		
RG	pregressa ulcera peptica (98) - IRC	GMG	cisti ovarica in follow up (esclusa
14 BL dx pieno	lieve in	44 BL dx	neoplasia)
	miglioramento - dermatite del		problemi famigliari
	volto (rosacea) - pregressa		
	ischemia falange		
	discale prime e secondo dito		
	mano destra		
	HU		
		LN	cisti pancreatiche in follow-up - lesione
		42 BL	intracorticale rene
		44 BL	dx

LMC - Tabella N°7

Hau tuo	Shu		Ben shen	
AG I L	AG 22 BL	Cardiopatia ischemica cronica con disfunzione Vsx in pz con Pm per BAV totale - ipertensione arteriosa - IRC - pregressa emicolectomia sx	BS 43 BL >sx	pregressi ascessi anali - pregressa ulcera gastrica - ernia iatale - iperuricemia - calcoli renali - artrosi
		+ Ct per k colon (1999)- pregressa strongiloidiasi – pregresso PIN 8trattamento alfa litico) – adenoma prostatico – ernia discale (1977)		
ND 7 D e 3 L	AMG 14 dx	tossicità epatica da NIL	BA 42 BL	pregressa TBC - sindrome ansiosa - ipertrofia prostatica - HbcAb positività -

BS 23 BL BL 15BL dx pieno	NIL	43 BL 44 BL FA 43 BL dx	iperuricemia e IRC lieve - anemia macrocitica IM ipertensione arteriosa in terapia - diverticolosi
BA 23 BL dx vuoto	IM Osteoporosi -	GA 42 BL MF	IM Ipotiroidismo in terapia sostitutiva – dubbia s. tunnel carpale IM cardiopatia aritmica
15 BL dx	litiasi colecistica – colpo isterectomia(april e 2010) IM	43BL 44 BL dx pieno	-FA cronica in portatore di PM per pregressi episodi di tachicardia da rientro e pregresso flutter atriale (tentativa di ablazione) - BBdx completo - cardiopatia dilatativa -pregressi episodi di scompenso cardiaco e versamento pericardico - ipertensione arteriosa - anemia sideropenica pregressa ed attuale sideropenia - epistassi recidivante - BPCO - esofagite - LAC positività - embolia polmonare sub segmento basale lobo inferiore

			destro) in TAO - cisti biliari e renali - ernia discale in attesa di intervento
DS 23 BL dx pieno	epatopatia steatosica - nefrolitiasi dx		
FG 20 BL dx 25 BL dx	ipertensione arteriosa in terapia - diverticolosi	NM 49 BL dx	ipotiroidismo in terapia sostitutiva IM
GL 24 BL pieno	IM	PS 42 BL 44 BL 43 BL dx pieno	Varicella (2008) - lipasi grado 1 NIL
MF 14-15 BL dx pieno	IM	PC 42 BL 44 BL bilaterale	polineuropatia atassica prevalentemente sensitiva probabilmente iatrogena (pregressa terapia con Interferone - Imatinib attuale) - quadro di encefalopatia multinfartuale - frattura articolare calcagno sx - composta apice malleolo peroneale sx e superficie articolare cuboide e scafoide tarsale sx (4/2010)

MG	ostruzione del	QL	pregressa ulcera
16 BL dx	canale lacrimale OD - dacriorinostomia il 27/07/09 - asma cronica in terapia - ripetuti episodi di IVU - vaginite recidivante - pregressa trombosi arto superiore dx in corso di terapia estroprogestinica - tenosinovite peronea e tibiale posteriore - sinusopatia, intercorrente sinusite purulenta	46 BL dx pieno	duodenale (giugno 2009) - enfisema di grado moderato- depressione del tono dell'umore-ipoacusia moderata-gonartrosi
	IM		
P 25 BL dx	NIL	SA 43 BL	Ipertensione arteriosa – nefrolitiasi- artrosi IM
SA	IM		
14 BL			
VG 27 BL IT 1 visita 26 BL sx 2 visita	Ipertensione arteriosa - intervento per aneurisma arteria ipogastrica sx (2007)- agenesia renale - lieve IRC - (amiloidosi in valutazione)		
	IM		
ZL 28 BL	Intervento protesi anca sx (2/2010) – artroprotesi anca dx (2007) – intolleranza glucidica – ernia		

discale L5 intolleranz levoxacin Epatopatia steatosica gastrite cr HP pso era	za a - a a - ronica
---	---------------------------------

TE - Tabella N°8

BE	ВА	calcolosi renali-	ВС	
Hua Tuo 11 e 8 GV Anosmia di ndd (? virus) - mastectom ia dx (1989) trattata con chirurgia ed ormoni - ipertension e arteriosa	23 BL dx pieno	cisti renali - ipertrofia prostatica in terapia - pregressi otiti e mastoiditi - allergia ad antibiotici e FANS (penicillina tetracicline Bactrim Uniplus) - lieve ipogammaglobulin emia HU	43 BL dx pieno 52 BL dx pieno	

- litiasi renale e cisti renali- ipercoleste rolemia - artrosi polistazion ale - meniscect omia bilaterale - cataratta bilaterale - dito a scatto				
	BP 23 BL dx pieno R 2 visita	iperomocisteinemi a - adenoma prostatico - morbo di Paget - steatosi epatica - cisti renali - esiti di pregressa TURP	BJ 43 BL dx 44 BL dx	
	BA 23 BL dx pieno	pregressa ulcera duodenale in corso di aspirinetta HU	BG 44BL dx pieno 43 BL dx pieno	ipertensione arteriosa - positività HBsAB HbeAb Hbc/Ab - cisti renale e biliare NOTE scoliosi - dolore colonna maggio 2010 - infiltrazioni fisioterapia - mia visista novembre
	BG 18 BL dx pieno 23 BL dx pieno	ritenzione acuta di urina pregressa - cefalea a grappolo - aree di retrazione e consolidamento parenchimale lobi superiori polmonari ndd con mantoux positiva	BM 42 BL sx	caveronoma portale - pregresso meningioma frontale asportato - colecistectomia - isterectomia per K - peritoneite da perforazione intestinale da corpo estraneo - sindrome

			depressiva
BG 18 BL dx pieno	ipertensione arteriosa in terapia - acne rosacea - pregresso voluminoso polipo tubulo villoso del colon ascendente (gennaio 08) - adenoma prostatico - pregressa asportazione di papilloma squamoso al cavo orale	BS 42 BL dx pieno 43 BL dx pieno 44 BL dx pieno	
BAM 23 BL dx pieno 18 V dx vuoto	pregressa TVP peroniera e safena esterna dx in TAO - ipromocisteinemia (omozigosi MTHFR) - ipertensione arteriosa in terapia - tiroidite cronica in terapia -epatopatia cronica di ndd - ipertrofia del setto di ndd	CA 44 BL dx	Vg 14 DOLENTE
CC 27 BL dx	pregressa angioplastica - colelitiasi - exeresi polipo colon		
CJ 13 BL 15 BL	K mammella trattato con chemio e radioterapia (2002) - iperomocisteinemi a in terapia ciclica con Folina e vit B12	CV 44 MBL dx pieno	pregressa sostituzione valvolare mitralica in TAO 2007 - pregressa epilessia in controllo neurologico

	HU E XAGRID		
FM 19 BL dx	ipertensione arteriosa in trattamento - diverticolosi del colon - ipercolesterolemia in terapia	CM 44 BL dx pieno	iperomocisteinemia con mutaz MTHFR etz
FLF 20BL dx mag sx pieno 21BL dx mag sx pieno	ipertensione arteriosa in terapia - steatosi epatica HU	CJ 43 BL dx pieno	dolori articolari migranti persistenti non risolti con la sospensione da Interferone - ipergammaglobuline mia lieve
GG 18 BL dx	iperomocisteinemi a lieve - ipertensione arteriosa - pregresso TIA	FA 44 BL dxpieno	diabete mellito in terapia - ipertensione arteriosa in terapia - pregressa colecistectomia per litiasi - pregressa sindrome di Meniere - nodulo tiroideo benigno
LC 20 BL dolenzia e tensione	persiste anemia macrocitica (macrocitosi da oncocarbide?) - anemia secondaria a oncocarbide o mielodisplasia associata? - pregresso K mammario con linfoadenectomia sx - scompensao cardiaco pregresso - cardioversione da gennaio	FL 42 BL dx sx pieno	sindrome di Siogren - positività gene MTHFR - tracce di crioglobuline/iperom ocisteinemia in terapia HU

	HU		
MA 16 BL bilaterale 17BL MB	Pregressa embolia polmonare – noduli tiroidei di ndd – ipertensione arteriosa – calcolosi colecistica	GL 42 BL dx 52 BL pieno	pregressa mastectomia per K (1994) - ipertensione arteriosa in terapia DECEDUTO IL FIGLIO 20 AA FA artrite reumatoide in
27 BL	uterino (isterectomia se annessiectomia bilaterale il 6/4 -RTT terminata in luglio) - cervicoalgie	47 BL dx pieno	terpia con MTX - deficit di folati
MI 21 BL maggiore a dx 27 BL a dx	ipertensione arteriosa - calcolosi della colecisti epatopatia cronica steatosica - diabete mellito in terapia ipoglicemizzante orale - prolasso corde vocali	GG 42 BL sx pieno 43 BL sx pieno	
OC 22 BL 23 BL dx	gammopatia monoclonale IgMK (verosimile MGUS) - frattura vertebrale traumatica sottoposta a vertebroplastica (L1-L2) - ipercolesterolemia -osteoporosi - mengioma in fossa cranica posteriore - intervento di cataratta OSNOTE PLASTICA VERTEBRALE	52 BL dx pieno	ANSIA

PS	gammopatia	ML	ipertensione
19 BL dx	monoclonale IgG e IgA - trait	44 BL dx pieno	arteriosa - ipercolesterolemia
	talassemico	52 BL dx	
		pieno	
PP	iperomocisteinemi	OJ	ipertensione
18 BL dx	a in terapia -	44 BL dx pieno	arteriosa in terapia
	cefalea con aurea - dubbia	-	
28 BL dx	gammopatia non	52 BL dx	
27 BL dx	confermata da IFS	dolente	
	IFN		
PA	ipertensione	PP	IFN
	arteriosa in terapia		
20 BL	- claudicatio	43 VL dx	
	intermittens - ulcera malleolare		
	dx in risoluzione		
	(riserva per danno		
	da ancocarbide) -		
	AT aorta addominale e vasi		
	addominale e vasi arti inferiori		
	-aneurisma aorta		
	addominale -		
	iperomocisteinemi		
	a - ernia discale L4-L5 pregressa -		
	IRC		
PF	eofagite da	PA	
	reflusso - IRC -		
19 BL dx	noduli	43 BL	
pieno	emosiderotici		
23 BL dx pieno	epati in follow-up ecografico stabili		
	in emocromatosi -		
	cardiopatia		
	ischemica cronica		
	e arteriopatia -		
	pregressa trombosi gamba		
	sx		

PS		PF	
-3		F	
16 BL dx pieno 20 BL dx		49 BL pieno	
PMR	ipertensione	PA	trait talassemico -
29 BL sx	arteriosa in terapia - bronchite asmatica	44 BL bilaretale pieno	pregressa tiroidite acuta 2002 HU
RR	ipertensione	TM	pregresso K
23 BL dx pieno	arteriosa in terapia - colecistectomia	44 BL dx pieno	mammella
	1977 per litiasi - cisti renali		HU
RLG	epistassi massiva		
22BL sx pieno	in maggio 2010 di ndd causticata - iperomocisteinemi a in terapia vitaminica cronica - eteroziosi fattore V di Leiden - allergia ASA riferita ipertrofia prostatica		
TT 23 BL rene	Ipertensione arteriosa - Bronchite cronica - artrosi osteoporosi con crolli vertebrali e ipercifosi secondaria - poliposi uterina pregressa e sideropenia - vitiligine e psoriasi con artrite - tiroidite autoimmune (2008)		

Legenda terapia: HU oncocarbide; IFN interferone; NIL nilotinib; IM imatinib; Xagrid anagrelide.

In appendice 1 sono riportate le tabelle con tutti i dati dei pazienti analizzati.

Sindromi mieloproliferative croniche

Leucemia mieloide cronica (LMC)

Definizione

La Leucemia Mieloide Cronica o leucemia granulocitica cronica è una malattia mieloproliferativa, che origina da una cellula staminale anomala pluripotente del midollo osseo, ed è associata alla fusione del gene Bcr/Abl sito sul Cromosoma Philadelphia (Bartram4).

Il Bcr/Abl è presente nelle cellule mieloidi essenzialmente, ma in alcuni casi anche nelle cellule endoteliali e linfoidi.

La storia naturale della malattia va da una forma iniziale indolente cronica (CP) a una fase successiva accelerata (AP) e/o ad un' evoluzione blastica (BP).

Epidemiologia

Incidenza mondiale annuale: 1-2 casi per 100000 abitanti (Faderl15).

L'età mediana di insorgenza cade tra i 50 e i 60 anni, ma la malattia può manifestarsi a tutte le età, anche quella infantile.

Prevale leggermente nel sesso maschile (Garcia Maner17, Jemal25, Redaelli39).

Eziologia

Non si conoscono le cause, ma le radiazioni ionizzanti sono state segnalate in alcuni casi, soprattutto dopo esposizione alla bomba atomica nelle località di Hiroshima e Nagasaki (Moloney33).

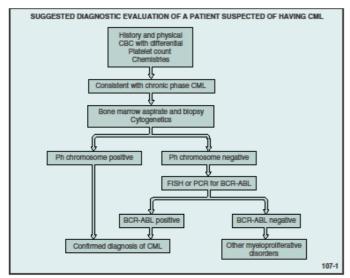
Non c'è una predisposizione ereditaria certa.

Sedi di coinvolgimento

Diverse a seconda della fase.

In fase cronica sono coinvolti: midollo, milza e sangue periferico, con eventuale compartecipazione del fegato; in fase blastica si ha anche coinvolgimento di sedi extramidollari (linfonodi, cute, tessuti molli) (Cotta12).

Figura N°1



Copyright © 2004, 2000, 1995 by Elsevier Inc.

Clinica:

Si differenziano tre fasi:

Fase cronica:

La maggior parte dei pazienti viene diagnosticata in fase cronica (85%). L'esordio è spesso insidioso e la diagnosi nel 20-40% dei pazienti asintomatici, è posta casualmente per riscontro di aumento dei globuli bianchi, nel corso d' indagini (Cotta12).

Sintomi comuni all'esordio possono essere: astenia secondaria ad anemia, perdita di peso, sudorazioni notturne, dolore in ipocondrio sinistro con difficoltà alla digestione o sensazione di pienezza addominale per splenomegalia, dolori articolari spesso alle anche (Faderl15, Hitzler19).

Il paziente può giungere all'osservazione per piastrinosi, oltre che per leucocitosi, anemia grave o iniziale evoluzione in fase accelerata, raramente direttamente in fase blastica (Anastasi1, Cotta12, Peterson38).

La malattia non trattata evolve inevitabilmente in fase acuta, passando direttamente dalla fase cronica alla fase acuta o con intercorrente fase accelerata transitoria, per progressivo peggioramento delle condizioni generali: performance status, severa anemia, trombocitopenia e marcata splenomegalia (Arico2).

Fase accelerata:

I criteri per la fase accelerata o fase di transizione verso l'evoluzione blastica sono variabili (Kvasnicka30), i più seguiti sono quelli del MD Anderson (Kantarijan27) – Sokal (Sokal43) - WHO (Cortes8).

- 10-19% blasti nel sangue periferico o midollo.
- >20% basofili nel sangue periferico e nel midollo.
- Piastrine <100.000, non correlate alla terapia.
- Piastrine >1.000.000, non correlate alla terapia.
- Anomalie citogenetiche aggiuntive.
- Incremento della splenomegalia o della conta dei globuli bianchi, non responsivi alla terapia.

Il paziente è considerato in fase accelerata, se qualsiasi criterio menzionato è presente. In questa fase la terapia diviene meno efficace (Anastasi1, Tefferi44).

Fase blastica:

Fase finale della malattia, essa si comporta come una leucemia acuta con rapida progressione e ridotta sopravvivenza.

Criteri:

- >20% blasti nel sangue periferico o nel midollo.
- Clusters di blasti nella biopsia midollare.
- Sviluppo di Cloroma (localizzazione solida di leucemia extramidollare) (Bartram4, Jacnow23).

Morfologia

Sangue periferico:

In fase cronica l'emocromo eseguito su sangue periferico, presenta leucocitosi (12-100000/ml) con prevalenza di granulociti neutrofili - neutrofili a banda - mielociti - meta mielociti - rari promielociti (Cotta12, Garcia Maner17, Kcluinnelemans28, Melo31)- blasti meno del 2% (Bennet5) - basofilia - raramente eosinofilia - monocitosi < 3% (Bennet5), tranne che nei rari casi associati alla forma p190 Bcr/Abl, in cui è difficile porre, morfologicamente, diagnosi differenziale con la leucemia mielomonocitica cronica (Melo32).

Figura N°2

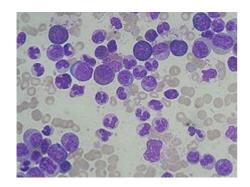
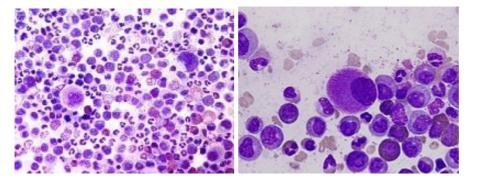


Figura N°3

Figura N°4



In questa fase i blasti midollari sono inferiori al 10% (Cortes8).

Midollo osseo:

Nella biopsia ossea si evidenziano: l'incremento della serie granulocitopoietica, con eosinofili evidenti; la riduzione per numero e dimensioni degli elementi della serie eritroide (Thiele45); la presenza di megacariociti più piccoli del normale, con nuclei ipolobati, ridotti di numero, anche se nel 40-50% dei pazienti in realtà sono incrementati (Garcia Maner17, Thiele45).

La fibrosi reticolinica è aumentata nel 30% dei casi e spesso correlata con incremento dei megacariociti, grossa splenomegalia e peggior prognosi (Thiele46, Thiele45).

Dati evolutivi nel midollo, dovuti alla progressione della malattia, sono: il calo della serie granulocitaria, la normalizzazione della megacariocitopoiesi, la regressione della fibrosi e l'incremento dell' apoptosi (Melo32).

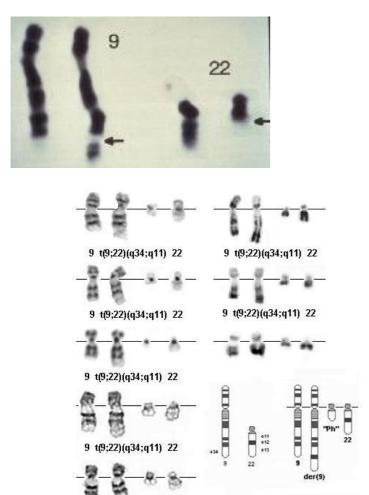
Milza:

La milza mostra infiltrazione della polpa rossa, da parte della serie mieloide, che può estendersi anche ai sinusoidi epatici e alle aree portali epatiche.

Citogenetica, biologia molecolare e FISH:

Il cromosoma Philadelphia è la caratteristica principale di questa malattia. Il cromosoma è presente alla diagnosi della maggior parte dei pazienti e lungo il decorso della malattia. Primo marker tumorale identificato al mondo, consiste nella traslocazione reciproca tra la banda 11 q (che ospita l'oncogene bcr) del braccio corto del cromosoma 22 e la banda 34 q (che ospita l'oncogene cabl) del cromosoma 9, ed è identificabile con le normali tecniche di citogenetica su midollo. Queste richiedono la capacità da parte delle cellule, di dividersi ed entrare in mitosi, così che si possa con tecniche di bandeggio specifico, identificare i singoli cromosomi e le loro anomalie (Bartram4).

Figura Figura N°6 N°5



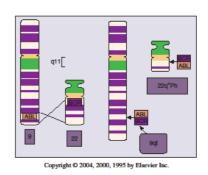


Figura N°7

Il risultato della traslocazione consiste in un RNA messaggero chimerico bcr/c-abl, che provoca la mutazione di una proteina, aumentando l'attività tirosinchinasica della proteina stessa. Questa determina la trasformazione della cellula staminale, generando la leucemia mieloide cronica. Tecniche di biologia molecolare (PCR) consentono di verificare la presenza del gene mutato e quantificarne l'entità, monitorando l'andamento della malattia durante la terapia (MRD= minimal residual disease).

Esistono due forme di bcr/abl: circa il 70% dei pazienti hanno il breakpoint nel DNA in 5' e ciò corrisponde a un RNA messaggero b2a2, mentre il 30% dei pazienti ha un breakpoint nel DNA in 3' che corrisponde a RNA messaggero b3a2. Quest'ultimo è associato a una minor durata della fase cronica, minor sopravvivenza e trombocitosi. La traslocazione si individua anche con la tecnica di ibridazione in situ (FISH), che utilizza in interfase probes specifici.

La metodica è rapida, ad alta sensibilità e riesce a identificare anomalie numeriche e strutturali.

Figura N°8

Figura N°9

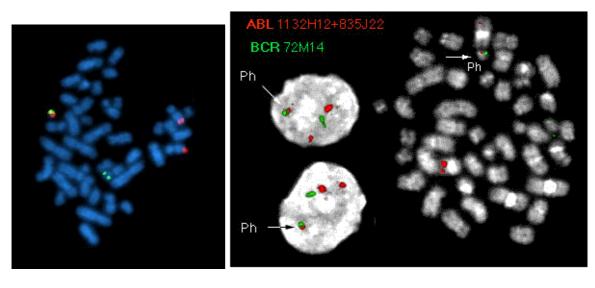
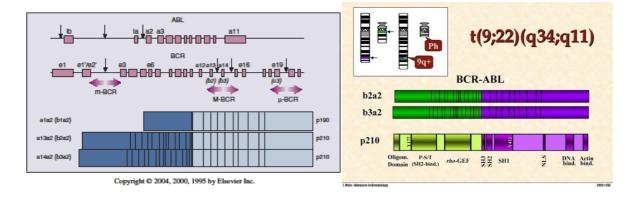


Figura N° 10 Figura N°11



Anomali addizionali cromosomiche sono descritte presenti all'esordio, o in itinere nella malattia e in tal caso indicano transizione verso la fase accelerata o blastica della malattia), o alcune sono transitorie in corso di terapia con Gleevec. Le anomalie addizionali più tipiche sono: doppio Philadelfia – trisomia dei cromosomi 8, 9, 19, o 21; isocromosome 17; o delezione del cromosoma Y (Bartram4).

Altre anomalie laboratoristiche includono: iperuricemia secondaria a elevata cellularità midollare. (Capucci7)

Terapia:

Primo intento: ottenere la Remissione Ematologica della malattia ovvero un emocromo normale senza precursori immaturi circolanti (CHR), con riduzione o scomparsa della splenomegalia.

Secondo intento: ottenere la Remissione Citogenetica (CCgR: scomparsa del cromosoma Philadelphia in almeno 20 metafasi.)

Intento finale: ottenere la Risposta Molecolare Maggiore (MMR) e se possibile la Risposta Molecolare Completa, in altre parole la remissione di malattia (Baccarani3).

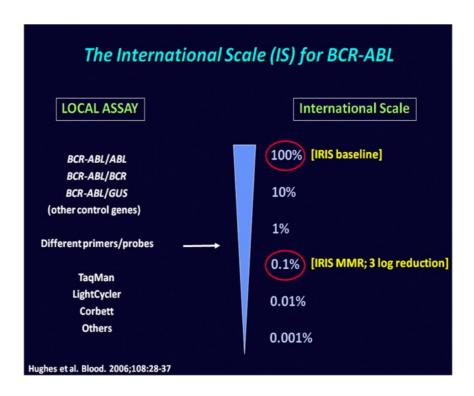


Tabella N°1

Tabella N°2

Response by Type	Definitions
Hematologic	
Complete (CHR)	WBC < 10 × 10 ⁹ /L Basophils < 5%
	No myelocytes, promyelocytes, myeloblasts in the differential
	Platelet count < 450 × 10 ⁹ /L Spleen nonpalpable
Cytogenetic*	
Complete (CCgR)	No Ph+ metaphases
Partial (PCgR)	1% to 35% Ph+ metaphases
Minor (mCgR)	36% to 65% Ph+ metaphases
Minimal (minCgR)	66% to 95% Ph+ metaphases
None (noCgR)	> 95% Ph+ metaphases
Moleculart	
Complete (CMoIR)	Undetectable BCR-ABL mRNA transcripts by real time quantitative and/or nested PCR in two consecutive blood samples of adequate quality (sensitivity > 10 ⁴)
Major (MMoIR)	Ratio of BCR-ABL to ABL (or other housekeeping genes) ≤ 0.1% on the international scale

Tabella N°3

Response	Description of Monitoring		
Hematologic	At diagnosis, then every 15 days until CHR has been achieved and confirmed, then at least every 3 months or as required		
Cytogenetic	At diagnosis, at 3 months, and at 6 months; then every 6 months until a CCgR has been achieved and confirmed then every 12 months if regular molecular monitoring cannot be assured; always for occurrences of treatment failure (primary or secondary resistance), and for occurrences of unexplained anemia, leukopenia, or thrombocytopenia		
Molecular by RT-Q-PCR	Every 3 months until MMoIR has been achieved and confirmed, then at least every 6 months		
Molecular by mutational analysis	In occurrences of suboptimal response or failure; always required before changing to other TKIs or other therapie		
luorescent in situ hybridization cannot completeness of a CCgR, provided that scored. 195-137	ned by chromosome banding analysis of marrow cell metaphases until CCgR has been achieved and confirmed. Interphas be used to assess a less-than-complete response, but it can substitute for chromosome banding analysis to monitor the t BCR-ABL1 extrasignal, dual color, dual fusion, or in situ hybridization probes are used and that at least 200 nuclei are gir response; CCgR, complete cytogenic response; RT-Q-PCR, real-time quantitative polymerase chain reaction; MMolf		

I criteri del 2010 per stabilire come curare la malattia, sono riportati qui di seguito. Esistono zone grigie: le risposte sub ottimali, che non consentono una direttiva univoca, pertanto queste linee guida, pur essendo recenti, sono già da ridiscutere (Capucci7).

Tabella N°4

Evaluation Time, Months	Optimal	Suboptimal	Failure	Warnings
Baseline	NA	NA	NA	High risk; CCA/Ph+
3	CHR and at least minor CgR (Ph+ ≤ 65%)	No CgR (Ph+ > 95%)	Less than CHR	NA
6	At least PCgR (Ph+ ≤ 35%)	Less than PCgR (Ph+ > 35%)	No CgR (Ph+ > 95%)	NA
12	CCgR	PCgR (Ph+ 1% to 35%)	Less than PCgR (Ph+ > 35%)	Less than MMoIRt
18	MMolR†	Less than MMoIR†	Less than CCgR	NA
Any time during treatment	Stable or improving MMoIR†	Loss of MMoIR†; mutations‡	Loss of CHR; loss of CCgR; mutations§; CCA/Ph+	Increase in transcrip levels ; CCA/Ph-

Il trattamento deve anche considerare: l'età del paziente, lo score di Sokal e la presenza di un donatore famigliare o non famigliare, qualora il paziente si aggravasse e non rispondesse alle terapie "intelligenti", e in tal caso, il trapianto divenisse necessario.

Lo score di Sokal distingue i pazienti in 3 categorie: basso (<0.8), intermedio (0.8-1.2), alto (>1.2) (Sokal43).

Tabella N°5

Study	Calculation	Risk Definition by Calculation	
Sokal et al, 1984 ³⁰	Exp $0.0116 \times (age in years - 43.4) + 0.0345 \times (spleen - 7.51) + 0.188 \times [(platelet count \div 700)^2 - 0.563] + 0.0887 \times (blast cells - 2.10)$	Low risk, < 0.8; intermediate risk, 0.8-1.2; high risk, > 1.2	
Hasford et al, 1998 ³¹	0.666 when age ≥ 50 years + (0.042 × spleen) + 1.0956 when platelat count > 1,500 × 10 ⁹ L + (0.0584 × blast cells) + 0.20399 when basophils > 3% + (0.0413 × eosinophils) × 100	Low risk, ≤ 780; intermediate risk, 781-1,480 high risk, > 1,480	

In realtà, al giorno d'oggi (nei nostri giorni), non esiste più barriera di età per l'uso dei nuovi farmaci, poiché anche i novantenni tollerano gli inibitori della tirosinchinasi (Baccarani3).

Di seguito elenco i farmaci vecchi e nuovi che sono di uso comune per la terapia della malattia (Capucci 7).

Hydroxyurea (Oncocarbide):

Inibitore della sintesi del DNA in fase S

Emivita: 2-4 ore, durata efficacia: oltre le 24 ore – picco nel plasma di 1-4 ore, metabolizzata dal fegato, meno dal rene – eliminata dal rene e con la perspirazio.

Meno tossica degli agenti alchilanti come il busulfano o il melphalan o il clorambucil.

Ha effetto mielosoppressivo in pochi giorni e se compare tossicità ematologica basta interrompere la terapia per alcuni giorni e la tossicità regredisce.

Effetti collaterali: nausea, vomito, stipsi o diarrea, mucositi, incremento di azotemia e creatinina, iperuricemia, rash cutaneo, iperpigmentazione, ulcere cutanee prevalentemente perimalleolari (di difficile guarigione per cui si sostituisce il farmaco), mielosoppressione, leucemia secondaria se uso prolungato, tumori cutanei (epiteliomi).

Sostanza teratogena da evitare in gravidanza o in allattamento.

Busulfan (Myleran):

Agente alchilante che può dare profonda mielosoppressione. Induce metaboliti attivi, che coinvolgono un legame con il DNA, causando soppressione del midollo. Altro effetto collaterale pesante è dato dalla comparsa di fibrosi polmonare.

Interferone:



Gli interferoni sono piccole proteine che si legano a speciali recettori sulla superficie cellulare, inducendo la sintesi di centinaia di proteine coinvolte nella difesa antivirale. Le nostre cellule sintetizzano molti tipi d' interferone. L'interferone Alfa e il Beta mandano un segnale che induce le cellule a smettere di crescere e a mettersi sulla difensiva.

L'introduzione dell'**interferone-alfa** nella terapia della LMC, dai primi anni '80, ha definitivamente ridimensionato il ruolo della terapia convenzionale ed ha iniziato a ridurre le indicazioni al trapianto. Questo farmaco è infatti, in grado di indurre una risposta citogenetica completa nel 20-30% dei pazienti trattati, con mantenimento a lungo termine delle risposte ottenute. Una limitazione all'impiego di questo farmaco è data dalla sua non trascurabile tossicità, in particolare nei pazienti anziani. Allo scopo di migliorare i risultati raggiunti, l'interferone è stato associato ad altri agenti citotossici. Soltanto l'associazione dell'interferone con la

citosina arabinoside (ARA-C), ha dimostrato di poter ottenere risultati migliori rispetto all'interferone da solo, senza però un chiaro vantaggio in termini di sopravvivenza (Frieman16, Hughes21, Mueleck34).

Viene usato in gravidanza perché non teratogeno(Capucci7).

Inibitori tirosinchinasi

Gli inibitori della tirosinchinasi agiscono inibendo l'attività del trascritto anomalo *BCR/ABL* in tutte le fasi della malattia (Kimura29). I farmaci in uso al momento sono rappresentati da: Imatinib, Dasatinib e Nilotinib. (Jabbour 22, Melo32)

Imatinib mesylate (Gleevec):

Studiato specificamente per la LMC, agisce anche su altre linee tumorali (GIST) e non (Sindrome ipereosinofilia) (O'Brien35).

Approvato da FDA nel 2001.

Ha assorbimento orale, per cui si assume con il pasto, bevendo abbondantemente acqua in posizione in piedi o seduta. Raggiunge la concentrazione massima entro 2-4 ore. Si elimina per via fecale (Kantarijan26, Cortes10).

Tossicità: ematologica, epatica e renale (edemi al volto prevalentemente - Druker14).

Sopravvivenza e risposta:

Lo studio principale sull'Imatinib, per i pazienti all'esordio, affetti da CML in fase cronica, resta lo studio IRIS, che dopo 7 anni di follow up mostra ottima tollerabilità (sospeso nel 5% dei pazienti per eventi avversi) ed efficacia (sospeso per non risposta nel 15% dei pazienti e per altre ragioni nel 20% dei pazienti).

Il 75% dei pazienti raggiunge la CCgR e i valori di EFS, PFS, OS ottenuti, sono pari a 83%, 93% e 88%. La curva della sopravvivenza globale tende al plateau dal quarto anno, per cui la tendenza dei pazienti ad evolvere si registra prevalentemente nei primi 4 anni post esordio. (O'Brien36).

Il meccanismo principale per cui l'Imatinib perde la sua efficacia è rappresentato dalle mutazioni puntiformi. Alcuni pazienti invece mostrano scarsa tollerabilità al farmaco.

Pertanto molecole di seconda generazione sono nate per superare queste due evenienze.

Riportiamo nella tabella sottostante le mutazioni più frequenti sviluppate in corso di terapia, con tutti gli inibitori in uso. (Cortes9, Baccarani3)

Tabella N° 6

	ty of Unmutated BCR-ABL1 and of Some More nase Domain Mutations to Imatinib, Nilotinib, and Dasatinib
00.404.0	IC50 Range by Agent (ng/mL)

DCD ADL C	IC50 Range by Agent (ng/mL)			
BCR-ABL Gene Mutation	Imatinib	Nilotinib	Dasatinib	
Unmutated	153-400	< 5-13	0.4-0.9	
M244V	944-1,829	20.1-20.6	0.7	
L248V	1,101-5,900	26-486	4.7	
G250E	796 to > 11,800	25-116	0.9-4.1	
Q252H	433-1,841	8-37	1.7-2.8	
Y253F	1,114-5,274	30-66	0.7-1.5	
Y253H	> 3,800-10,442	238-688	1.3-10	
E255K	1,873 to > 5,900	63-299	2.8-6.6	
E255V	3,605-5,282	96-384	3.2-5.6	
D276G	677	19	1.3	
E279K	1,104	19-40	1.5	
V299L	319-480	13	8-9.1	
F311L	283-767	12	0.7	
T315I	> 3,800 to > 11,800	369 to > 5,300	69.3 to > 500	
T315A	448	NA	63	
F317L	620-4,425	21-48	3.7-9.1	
F317V	207-295	185	27	
F317C	708	NA	NA	
M351T	519-2,891	4.1-20.1	0.6-0.8	
E355G	1,404	NA	NA	
F359V	826-1,077	48-93	1.1-1.4	
F359C	708	NA	NA	
V379I	590-962	27	0.4	
L384M	398-1,652	21-22	2	
L387M	590-649	26	1	
H396R	1,032-3,186	22-29	0.7-1.5	
H396P	850-2,537	22-23	0.3-1.0	
F486S	1,609-5,369	17-46	2.8	

NOTE. The sensitivity of BCR-ABL1 and of the more common BCR-ABL1 mutations is expressed by the ICSO (ie, the drug concentration that inhibited 50% of the growth in culture of mouse lymphoblastiol BaF3 cells transfected with BCR-ABL1 and the more common mutants). The data are taken from 10 reports. ^{16,17,67,74}It is relevant to remember the plasma concentration of the drugs as follows: imatinib 400 mg note daily minimum plasma concentration mean and standard deviation, 978 ± 530 ng/mL⁷⁵ and maximum plasma concentration range, 2,000 to 2,500 ng/mL⁷⁵; imatinib 400 mg twice daily median concentration, angne, 2,000 to 9,500 ng/mL⁷⁵; imatinib 400 mg twice daily minimum median plasma concentration, 899 ng/mL⁷⁹, dasatinib 100 mg once daily minimum plasma concentration, 6,85 ng/mL⁷⁹, sasatinib 70 mg twice daily minimum plasma concentration, 3,86 ng/mL and maximum plasma concentration, 3,86 ng/mL and maximum plasma concentration, 3,86 ng/mL and maximum plasma concentration, 94,09 ng/mL. ⁷⁹ Abbreviations: IC50, 50% inhibitory concentration, NA, not available or applicable.

Dasatinib (Sprycel:)

Figura N°13

Prende il nome dal chimico che l'ha scoperto <u>Jagabandhu Da</u>s (Jagabandhu24), è un derivato piperaziniloico orale, che agisce come inibitore delle kinasi, delle famiglie SRC e ABL, approvato per l'uso nella LMC dopo uso di Imatinib, in pazienti resistenti o intolleranti, ed ora è stato approvato anche in prima linea per la LMC e la LLA Ph'(Shah42).

La dose raccomandata è di 100 mg die per os nei pazienti cronici e 140 mg negli evoluti o in LLA.

La CCgR è intorno al 93-95% secondo gli studi riportati (Cortes10). Effetti collaterali maggiori: mielosoppressione e versamento pleurico.

Nilotinib (Tasigna):

Derivato aminopirimidinico che inibisce la tirosinchinasi delle forme non mutate e in buona parte delle forme mutate di bcr/abl (Weisberg47).

Utilizzato per CML e LLA Ph'+ (Kantarijan26).

A 6 e 12 mesi mostra una CCgR pari al 96% (Cortes11, Rosti40.)

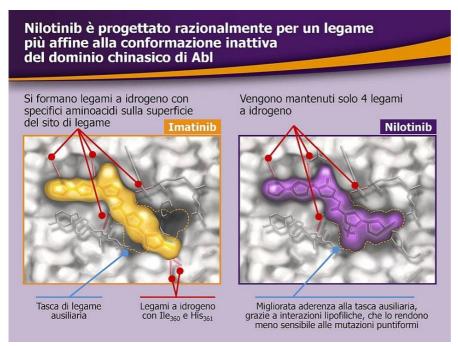


Figura N°14

Tossicità: segnalata tossicità cardiaca, che non è poi stata confermata, e incremento lipasi (Capucci7).

Nilotinib e Dasatinib sono stati approvati nel 2010 dalla FDA come prima linea.

Allotrapianto o MUD:

Usato meno frequentemente per l'elevata mortalità e la tossicità, si utilizza in chi fallisce la terapia con inibitori tirosinchinasi, soprattutto per chi evidenzia la mutazione T315 – (Capucci7). E' necessario stabilire il rischio trapiantologico prima di sottoporre il paziente al trapianto (Gratwhol18, Passweg37).

Risk Factor	Score and Description
Disease phase	0 if CP; 1 if AP; 2 if BP
Age	0 if < 20 years; 1 if 20-40 years; 2 if > 40 years
Interval from diagnosis	0 if ≤ 1 year; 1 if > 1 year
Donor type	0 if HLA-identical sibling; 1 in any other instance
Donor-recipient sex match	1 if female donor and male recipient; 0 for any other match

NOTE. The EBMT risk score was based on 3,142 patients treated with alloHSCT between 1989 and 1997, prior to the introduction of tyrosine kinase inhibitors. For low-risk patients (ie, risk score of 0-2), the transplantation-related mortality was 31% in the original cohort; however, in a most recent cohort of patients who underwent transplantation between 2000 and 2003, transplantation-related mortality was reduced to 17%. 92 For the patients with a risk score of 3-4, transplantation-related mortality was approximately 50%, and it was approximately 70% for the patients with a risk score of 5-6.93 Abbreviations: AlloHSCT, allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation; EBMT, European Group for Blood and Marrow Transplantation: CP, chronic

phase; AP, accelerated phase; BP, blast phase.

Tabella N° 7

Dasatinib e Nilotinib come anche Imatinib non riescono a trattare chi presenta una mutazione nota come T315. Altre molecole sono state usate, in via sperimentale, per trattare tale mutazione (esempio Aura) ma inutilmente(Capucci7). Dall'Ottobre del 2010 il Ponatinib, una piccola molecola orale della Ariad Pharmaceuticals, è entrato in sperimentazione con discreto successo.

Anche l'Omoxacetine, usata sottocute, in pazienti con la mutazione T315, offre buone speranze.

La vaccinoterapia con una proteina di fusione BCR/ABL p 210, usata nei pazienti con risposta citogenetica completa ad Imatinib, ma non risposta molecolare maggiore, ha dimostrato una riduzione del trascritto bcr/abl nei pazienti portandoli a risposta molecolare maggiore o completa (Bocchia6).

Bibliografia:

1	ANASTASI J	Lineage involvement by BCR/ABL in	Ph+
		Lymphoblastic leukemias. 10-795- 802	
2	ARICO M	Langherans cell histiocytosis in adults. Report fro	m the

		international registry of the Histiocyte Society. Eur J Cancer 39: 2341-2348 - 2003
3	BACCARANI M	Chronic Myeloid Leukemia: An Update of Concepts and management Recommendations of European Leukemia Net jJ Clin Oncol 27, 35, 6041- 6051, 2009
4	BARTRAM CR	Trans location of c-abl 1 oncogene correletes with the presente of a Ph' chromosome in CML - Nature 306:277- 280 -1983
5	BENNET JN	The CML: guidelines for distinguishing chronic granulocytic, atypical chronic myeloid, and chronic myelomonocytic leukaemia. Proposal by the Frenc-American_ British cooperative leukemia group. Br J Haemat 87: 746-754 1994
6	BOCCHIA M	Effect of a p210 multipeptide vaccine associated with imatinib or interferon in patients with chronic myeloid leukaemia and persistent residual disease: a multicentre observational trial". <i>Lancet</i> 365 (9460): 657-62 - 2005
7	CAPUCCI MA	Citazioni personali
8	CORTES JE	Staging of CML in the Imatinib era: an evaluation of WHO proposal. Cancer 106:1306 – 1315 – 2006
9	CORTES JE	Dasatinib in imatinib resistent PH chromosomes – positive leukemias NEJ Med 354 (24): 2531–41, 2006
10	CORTES J	Efficacy of dasatinib in patients with previously untreated chronic myelogenous leukemia (CML) in early chronic phase (CML-CP). Blood 112:74, 2008 (abstr 182)
11	CORTES J	Efficacy of nilotinib (formely AMN107) in patients with
		newly diagnosed, previously untreated Philadelphia chromosome (Ph) -positive chronic myelogenous leukemia in early chronic phase (CML-CP). Blood 112:170, 2008 (abstr 446)
12	COTTA CV	chromosome (Ph) -positive chronic myelogenous leukemia in early chronic phase (CML-CP). Blood
12 13	COTTA CV DEKMEZIAN R	chromosome (Ph) -positive chronic myelogenous leukemia in early chronic phase (CML-CP). Blood 112:170, 2008 (abstr 446) New insights into the pathobiology and treatment of
		chromosome (Ph) -positive chronic myelogenous leukemia in early chronic phase (CML-CP). Blood 112:170, 2008 (abstr 446) New insights into the pathobiology and treatment of CML - Ann Diagn Patolh 11: 68-78 -2007 The of reticulin stain-measured fibrosis at diagnosis in
13	DEKMEZIAN R	chromosome (Ph) -positive chronic myelogenous leukemia in early chronic phase (CML-CP). Blood 112:170, 2008 (abstr 446) New insights into the pathobiology and treatment of CML - Ann Diagn Patolh 11: 68-78 -2007 The of reticulin stain-measured fibrosis at diagnosis in CML . Cancer 59: 1730- 743 1987 Follow up of patients receiving imatinib for CML. NEJ

162 2007

17	GARCIA - MANER G	CML: A review and update of therapeutic strategies Cancer: 98: 437-457 – 2003
18	GRATWHOL A	Risk assessment for patients whith chronic myeloid leukaemia before allogeneic blood or marrow transplantation: Chronic Leukemia Working Party of the European Group for Blood and Marrow Transplantation. Lancet 352:1087-1092, 1998
19	HITZLER JK	GATA 1 mutations in transient leukemia and acute megakaryoblastic leukemia of Down Syndrome Blood 101: 4301-4304 – 2003
21	HUGHES TP	Frequency of major molecular response to Imatinib or IFN + Ara C in newly diagnosed chronic myeloid leukemia NEJ Med 349: 1423 - 32, 2003.
22	JABBOUR E	Current and emerging treatment options in CML Cancer 109(11):2171-2181 – 2006
23	JACKNOW G	Extramedullary presentation of the blast crises of CML - B J Haematol 61:225-236 - 1985
24	JAGABANDHU D	"2-aminothiazole as a novel kinase inhibitor template. Structure-activity relationship studies toward the discovery of N-(2-chloro-6-methylphenyl)-2-[[6-[4-(2-hydroxyethyl)-1-piperazinyl)]-2-methyl-4-pyrimidinyl]amino)]-1,3-thiazole-5-carboxamide (dasatinib, BMS-354825) as a potent pan-Src kinase inhibitor". J Med Chem 49 (23): 6819-32, 2006
25	JEMAL A	Cancer statistc - Ca Cancer J Clin 54: 8-29, 2004
26	KANTARIJAN H	Nilotinib in Imatinib Resistent CML and Philapeldia chromosome – Positive ALL NEJ Med 354;24 2542-2551, 2007
27	KANTARIJAN H	"Characteristics of accelerated disease in chronic myelogenous leukemia". <i>Cancer</i> 61 (7): 1441-6, 1988
28	KCLUIN- NELEMANS HC	Randomized comparison of low- dose versus high - dose IFN alfa in CML: prospective collaboration of 3 joint trials by the MRC and HOVON groups. Blood 103: 4408 - 4415 - 2004
29	KIMURA S	New tyrosine kinase inhibitors in the treatment of CML. Current pharmaceutical biotechnology 7(5): 371-379 - 2006
30	KVASNICKA	Bone marrow features improve prognostic efficiency in

	НМ	multivariate risk classification of chronic phase. Ph(1+)CML: amulticenter traial. J Clin Oncol 19: 2944-3009 - 2001
31	MELO JV	CML as a model of disease evolution in Human Cancer - Nat Rev Cancer 7:441-453 - 2007
32	MELO JV	P190 BCR - ABL: The missing link with CMML? Leukemia 8: 208-211 - 1994
33	MOLONEY WC	Radiogenic leukemia revisited - Blood 70(4): 905-908 1987
34	MUELECK SD	Transformation of chronic myelogenous leukemia: clinical, morphologic and cytogenetic features. Am J Clin Paho 82: 1-14, 1984
35	O'BRIEN SG	Imatinib compared with IFN and low dose of Ara C for newly diagnosed chronic phase CML NEJ Med 348: 994 - 1004, 2003
36	O'BRIEN SG	International randomized study of IFN vs ST157I (IRIS) Clinical features at diagnosis in 4- 7 years of follow up Blood 112: 76, 2008 (abs 186)
37	PASSWEG JR	Validation and extension of the EBMT risk score for patients with chronic myeloid leukemia receiving allogeneic haematopoietic stem-cell transplants. Br J Haematol 125:613-620, 2004
38	PETERSON LC	Blast crisis as an initial or terminal manifestation of chronic myeloid leukemia. A study of 28 patients. Am J Med 60: 209-220 -1976
39	REDAELLI A	Clinical and epidemiologic burden of CML – Expert Rev Anticancer ther 4: 85-96 – 2004
40	ROSTI G	High and early rates of cytogenetic and molecular response with nilotinib 800 mg daily as first line treatment of Ph-positive chronic myeloid leukemia in chronic phase: Results of a phase 2 trial of the GIMEMA CML Working Party. Blood 112:73-74, 2008 (abstr 181)
41	SAVAGE DJ	30 patients with CML seen at referral center over a 16-

year period. Br J Haemat: 11 -116 - 1997

42	SHAH NP	Intermittent target inhibition with dasatinib 100 mg once daily preserves efficacy and improves tolerability in imatinib-resistant and -intolerant chronic-phase chronic myeloid leukemia. J Clin Oncol 26:3204-3212, 2008
43	SOKAL J	Staging and prognosys in CML Semin Hematol 25(1): 49-61- 1988
44	TEFFERI A	"Proposals and rationale for revision of the World Health Organization diagnostic criteria for polycythemia vera, essential thrombocythemia, and primary myelofibrosis: recommendations from an ad hoc international expert pane". Blood 110 (4): 1092–1097, 2007
45	THIELE J	Bone marrow features and clinical finding in CML- a comparative multicenter immunohistological and morphometric study on 614 patient. Leuk Limphoma 36: 295-308 – 2000
46	THIELE J	Effects of the tyrosinekinase inhibitor imatinib mesylate (STI 571) on bone marrow features in patients with CML. Hystophatol 19:1277-1288 -2004
47	WEISBERG E	Characterization of AMN107, a selective inhibitor of native and mutant BCR-ABL. Cancer Cell 7:129- 141, 2005

Policitemia Vera (PV)

La Malattia mieloproliferativa cronica (SMPC) è caratterizzata da aumentata produzione di globuli rossi, indipendentemente dai meccanismi di normale regolazione dell'eritropoiesi.

Si riconoscono tre fasi:

1 fase prodromica: incremento dei globuli rossi.

2 fase vera: incremento della massa eritrocita ria.

3 fase spenta: mielofibrosi post policitemia in cui compaiono anemia, fibrosi midollare, ematopoiesi extramidollare e ipersplenismo.

La policitemia può evolvere verso una mielodisplasia e/o leucemia.

Incidenza: 0.7-2.6 per 100000 abitanti in Europa e Nord America. Si registra lieve prevalenza nei maschi, con età mediana di 60 anni. (Passamonti12)

Eziologia: sconosciuta. Cause possibili: radiazioni ionizzanti e tossine (Caldwell5). Predisposizione in alcune famiglie (Skoda 15).

Sedi predilette dalla malattia: Midollo, sangue periferico, milza e fegato + danni di organo secondari dovuti alla difficoltà della circolazione sanguinea per incremento della massa.

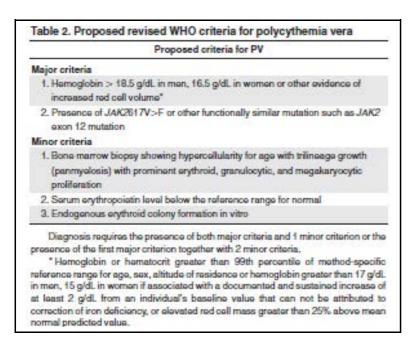
Sintomi: Problemi vascolari legati all'incremento della massa e del valore pressorio. Spesso i danni vascolari sono il primo segno della malattia (Anon2): Trombosi arteriosa / venosa, all'esordio sono incluse anche trombosi portale o splenica o la sindrome di Budd Chiari (Anon2-Briere4) - IMA – ICTUS- (Anon2).

Altri disturbi: cefalea, disturbi visivi, parestesie, prurito, eritromelalgia e gotta da iperuricemia. Obiettivamente i pazienti

mostrano spesso pletora, splenomegalia (70%) ed epatomegalia (40%) (Mcmullin10).

Diagnosi:

Tabella N°1 - Tefferi 17



Esami: emocromo, ricerca mutazione JAK2 (Passamonti13-Skoda15- Tefferi16), % di saturazione di O2, eritropoietina, acido urico, LDH.

Morfologia

Il midollo non basta per fare diagnosi, bisogna sempre correlare il dato istologico con i sintomi e con i dati di laboratorio (Tefferi17). Pertanto si distinguono:

Fase prepolicitemica e policitemica:

Nel sangue periferico si trovano numerosi globuli rossi normocromici - normocitici con neutrofilia e raramente basofilia, talvolta granulociti immaturi senza blasti. In oltre il 15% delle policitemia si ha incremento di piastrine, a livello tale da confondere la policitemia vera con la trombocitemia essenziale (Thiele 18), ma di norma i criteri per la policitemia vengono ben presto dimostrati (Jantunen7-Thiele19).

Nel midollo osseo, la cellularità va dal 35 al 100% con mediana dell'80% (Ellis6), di norma, incrementata, rispetto all'età del paziente, e prevalentemente distribuita nella zona sottocorticale, che risulta essere ipocellulata, nella maggior parte dei casi. (Thiele19).

Il midollo è caratterizzato da un'eritropoiesi normoblastica, una granulocitopoiesi morfologicamente normale, senza incremento dei megaloblasti, da incremento numerico dei megacariociti con anomalie: nuclei iperlobati ed altro.

Nell'80% dei pazienti non si registra un incremento delle fibre reticolari (Ellis6).

Nel 20% si trovano aggregati linfoidi (Thiele18) e nel 95% accumuli di ferro (Ellis6).

Fase spenta o mielofibrosi post policitemia:

Riduzione progressiva dell'eritropoiesi. Normalizzazione della massa eritrocitaria con successiva anemizzazione. Incremento del volume della milza.

Modifica della morfologia midollare che vira maggiormente verso la mielofibrosi con metaplasia mieloide, caratterizzata da presenza di eritroblasti nello striscio periferico con evidenza di emazie a lacrima (Barosi3).

Incremento delle fibre reticoliniche e collagene, con frequente ipocellularità e calo della serie eritropoietica e granulocitopoietica (Thiele19-Thiele20).

Nella milza, si trovano segni di eritro-granulo e megacariocitopoiesi, nei sinusoidi e cordoni di Billroth.

Altre infrequenti ma possibili evoluzioni sono rappresentate da: mielodisplasia (MDS) e leucemia mieloide acuta (LMA), se i blasti sono > 20% (Thiele19).

Genetica

Anche questa forma di SMPC è caratterizzata in una parte dei pazienti, da una mutazione del gene Janus 2 (JAK2 V 617F o altra forma funzionalmente simile), che incrementa la proliferazione dei globuli rossi, globuli bianchi e megacariociti.(Scott 14.)

La mutazione JAK2 presente nel 95% dei pazienti è "non specifica", perché comune a mielofibrosi e trombocitemia. (Levine9). Essa

compare nella cellula staminale e si evidenzia in tutte le cellule mieloidi. Questi pazienti sono sensibili alle citochine (esempio eritropoietina, fattore di crescita).

In citogenetica si trovano anomalie nel 20% dei pazienti, di cui le più comuni sono: +8, +9, del (20q), del (13q) e del (9p); talvolta +8 e+9 sono descritte insieme (Andrieux1).

Le anomalie citogenetiche compaiono soprattutto nell'evolversi della malattia e nelle forme di Policitemia vera e Mielofibrosi idiopatica (80-90% dei casi); tutte le forme che evolvono in mielodisplasia o leucemia acuta mieloide hanno anomalie citogenetiche.

Prognosi:

Tempo medio di sopravvivenza >10 anni (Kvanicka8).

Fattore di rischio: età avanzata (Kvanicka 8).

Cause di morte: trombosi o emorragia, evoluzione in MDS o LMA (20% Passamonti12), il rischio di evoluzione aumenta da 2-3 a 10% in chi ha fatto terapia citotossica (Passamonti11).

Terapia:

Hydroxyurea (Oncocarbide):

Inibitore della sintesi del DNA in fase S

Emivita: 2-4 ore, Durata efficacia: oltre le 24 ore – picco nel plasma di 1-4 ore, metabolizzata dal fegato, meno dal rene – eliminata dal rene e con la perspiratio.

Meno tossica degli agenti alchilanti come il Busulfano o il Melphalan o il Clorambucil.

Ha effetto mielosoppressivo in pochi giorni e se compare tossicità ematologica basta interrompere la terapia per alcuni giorni e la tossicità regredisce.

Effetti collaterali: nausea, vomito, stipsi o diarrea, mucositi, incremento di azotemia e creatinina, iperuricemia, rash cutaneo, iperpigmentazione, ulcere cutanee prevalentemente perimalleolari, di difficile guarigione per cui si sostituisce il farmaco, mielosoppressione, leucemia secondaria se uso prolungato, tumori cutanei (epiteliomi). Sostanza teratogena da evitare in gravidanza o in allattamento.

Busulfan (Myleran):

Agente alchilante che può dare profonda mielosoppressione. Induce metaboliti attivi, che coinvolgono un legame con il DNA, causando soppressione del midollo. Altro effetto collaterale pesante è dato dalla comparsa di fibrosi polmonare.

Sviluppi futuri:

AntiJAK2: farmaci in fase finale di sperimentazione e ingresso nella pratica clinica a breve. Comportano due vantaggi fondamentali: il controllo del valore dell'HB, per cui riducono il supporto trasfusionale, e la riduzione del volume splenico (Passamonti13-Scott14).

Bibliografia

1	ANDRIEUX JL	Karyotype and molecular cytogenetic studies in PV Curr Hematol Rep4:224-229 - 2005
2	ANON	PV: the natural history of 1213 patients followed for 20 years. Gruppo Italiano Studio PV(GISPV). Ann Intern Med 123: 656-664 - 1995
3	BAROSI G	IWG - MRT proposed criteria for the diagnosis of post- PV and post -essential thrombocytemia myelofibrosis: a consensus statement from the IWG -
4	BRIERE JB	MRT. Leukemia 22: 437 – 438- 2008 Budd- Chiari Syndromeand portal vein thrombosis associated with myeloprolifrative disorders: diagnosis and management. Semin Thromb Hemost
5	CALDWELL GG	32:208-218 – 2006 PV among partecipants of a nuclear weapons test.
6	ELLIS JT	JAMA 252: 662-664 – 1984 Studies of the bone marrow in PV and the evolution of myelofibrosis and second hematologic
7	JANTUNEN R	malignancies . Semin hematol 23:144-155 – 1996 Development of erythrocytosis in the course of TE. Ann Hematol 78: 219-222 -1999
8	KVANICKA HM	The impact of clinicopathological studies on staging and survival in TE, MFI, and PV. Semin Throm Hemost 32: 362-371 – 2006
9	LEVINE RL	Activating mutation in the tyrosine kinase JAK2 in PV, ET, and MF. Cancer cell 7:387-397 – 2005
10	MCMULLIN MF	Guidelines for the diagnosis, investigation and management of polycytemia/Erythrocytisis. Br J Haematol 130:174-195 - 2005
11	PASSAMONTI F	Leukemic transformation of PV a single center study of 23 patients. Cancer 104:1032- 1036 - 2005
12	PASSAMONTI F.	Polycytemia Vera in young patients: a study on the long- term risk of thrombosis, myelofibrosis and leukemia. Haematologica 88:13-18 -2003
13	PASSAMONTI F	Molecular and clinical features of the myeloproliferative neoplasm associated with JAK2 exon 12 mutations.
14	SCOTT LM	JAK2exon 12 mutations in PV and idiopathic
15	SKODA R	erythrocytosis N engl J Med 356:459-468 – 2007 Lessons from familial myeloproliferative disorders Semin Hematol 42: 266-273 – 2005
16	TEFFERI A	The diagnosis of PV: new tests and old dictums. Best Pract Res Clin Haematol 19: 455- 469 – 2006
17	TEFFERI A	Proposals and rationale for revision of the WHO diagnostic criteria for PV , TE, MFI: Recommendations from an ad hoc international
18	THIELE J	expert panel. Blood 106:: 247-253 - 2007 Initial (latent) PV with thrombocytosis mimicking TE.
19	THIELE J	Acta Haematol 113: 213-219 - 2005 Diagnostic impact of bone marrow histophatology in PV Histol Hisopathol 20: 317-328 - 2005
20	THIELE J	Bone marrow histopathology in the diagnosis of chronic myeloproliferative disorders: a forgotten pearl. Best Pract Res clin Haematol 19: 413-437 – 2006

Trombocitemia Essenziale (TE)

Malattia mieloproliferativa cronica (SMPC) che coinvolge essenzialmente i megacariociti. La caratteristica principale è dovuta alla presenza nel sangue periferico di oltre 450×10^9 /L piastrine, con incremento dei megacariociti midollari e/o con trombosi

periferica o emorragie. In passato il criterio numerico era di 600000 piastrine: in alcuni pazienti furono però evidenziate trombosi ed emorragie, anche con questo livello di piastrine, pertanto si è deciso di adottare come valore standard di riferimento, quello di 450000 piastrine, pur essendo più facile per tale valore identificare cause secondarie. Vanno escluse pertanto tutte le altre cause di piastrinosi che possono essere dovute ad altre forme di malattia mieloproliferativa cronica, flogosi, infiammazioni ed all'anemia sideropenica.

Incidenza:

L'incidenza esatta non è nota ma secondo il gruppo PVSG (gruppo italiano per lo studio della Policitemia Vera) (Murphy 9), l'incidenza sarebbe stimabile tra 0.6 – 2.5 per 100000 persone per anno (Johansson P.6). L'età prevalentemente colpita va dai 50 ai 60 anni e in questa fascia non vi è prevalenza di sesso, mentre un secondo picco evidenziato intorno ai 30 anni colpisce fondamentalmente le donne (Harrison5). La malattia può svilupparsi anche in bambini (Randi14), qualora si tratti di piastrinosi ereditarie (Ding3).

Sedi di malattia:

Midollo, sangue periferico, milza con scarsa emopoiesi extramidollare, che è solitamente sede di sequestro di piastrine (Harrison5).

Eziologia:

Ignota

Sintomi:

Oltre il 50% dei pazienti è asintomatico con piastrinosi all'emocromo (Harrison5). La restante parte esordisce con emorragie (emorragie gastrointestinali o respiratorie - Chait2) o trombosi (IMA – ICTUS - Malattia di BUDD CHIARI - Besses1). Oltre il 50% dei pazienti ha splenomegalia e nel 15-20% si riscontra

Morfologia:

epatomegalia. (Tefferi15).

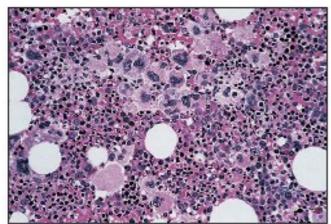
Sangue periferico:

trombocitosi con anisocitosi: da piccoli elementi a piastrine giganti, con forme bizzarre, fornite di pseudopodi e con elementi agranulati. I globuli bianchi sono normali per carattere ma talvolta sono incrementati in numero (Tefferi15). I globuli rossi sono normocitici e normali a meno che ci sia un' emorragia che porta a sideropenia ed ipocromia.

Midollo:

cellularità normale o moderatamente aumentata con marcata proliferazione dei megacariociti, prevalentemente giganti, con abbondante citoplasma e con nuclei iperlobati. Non si repertano forme di megacariociti bizzarre e atipiche, come quelle della mielofibrosi.

Non c'è un incremento delle fibre reticoliniche o se presente è solo lieve; se questo si verifica va fatta diagnosi differenziale con MFI (Giannelli4).



Copyright © 2004, 2000, 1995 by Elsevier Inc.

Figura N°1

Si può avere incremento del ferro depositato, nel 40-70% dei pazienti.

Genetica:

Non anomalie citogenetiche specifiche.

Nel 55% dei casi si riscontra la mutazione JAK2 V617F o una forma simile dal punto di vista funzionale (Kralovics7- Tefferi16). La mutazione MPLW5 15k/l si ritrova nell'1% dei pazienti (Pardanani11), anche questa non è specifica per la trombocitosi essenziale. La presenza delle mutazioni ci aiuta a fare diagnosi differenziale fra trombocitosi essenziale e (Panani10) forme reattive.

Citogenetica: nel 5-10% dei casi si trovano alterazioni: +8, anomalie del 9q, del (20q), isolati casi di del (5q), per cui serve una diagnosi differenziale morfologica per distinguere Trombocitemia essenziale e Mielodisplasia. (Panani10)

Criteri diagnosi: Tabella N°1 - Tefferi 17

Table 4. Proposed revised WHO criteria for essential thrombocythemia (ET)

Proposed criteria for ET

- Sustained platelet count ≥ 450 × 109/L*
- Bone marrow biopsy specimen showing proliferation mainly of the megakaryocytic lineage with increased numbers of enlarged, mature megakaryocytes; no significant increase or left-shift of neutrophil granulopoiesis or enythropoiesis
- Not meeting WHO criteria for PV,† PMF,‡ CML,§ MDS,¶ or other myeloid neoplasm
- Demonstration of JAK2617V>F or other clonal marker, or in the absence of a clonal marker, no evidence for reactive thrombocytosis!

Diagnosis requires meeting all 4 criteria.

- * During the work-up period.
- † Requires the failure of iron replacement therapy to increase hemoglobin level to the PV range in the presence of decreased serum ferritin. Exclusion of PV is based on hemoglobin and hematocrit levels, and red cell mass measurement is not required.
- ‡ Requires the absence of relevant reticulin fibrosis, collagen fibrosis, peripheral blood leukoerythroblastosis, or markedly hypercellular marrow for age accompanied by megakaryocyte morphology that is typical for PMF— small to large with an aberrant nuclear/cytoplasmic ratio and hyperchromatic, bulbous or irregularly folded nuclei and dense clustering.
 - § Requires the absence of BCR-ABL.
 - ¶ Requires absence of dyserythropoiesis and dysgranulopoiesis.
- | Causes of reactive thrombocytosis include iron deficiency, splenectomy, surgery, infection, inflammation, connective tissue disease, metastatic cancer, and lymphoproliferative disorders. However, the presence of a condition associated with reactive thrombocytosis does not exclude the possibility of ET if the first three criteria are met.

Prognosi:

Malattia indolente, con lungo periodo asintomatico, interrotto da trombo embolie ed emorragie in modo occasionale (Harrison5.) Possibile evoluzione dopo molti anni di malattia in: Sviluppo di fibrosi con metaplasia mieloide e trasformazione in mielofibrosi (Wolanskyj18).

Sviluppo di mielodisplasia o leucemia acuta in meno del 5% dei casi, di norma in precedenza trattati con terapie citotossiche (Radaelli13).

Sopravvivenza:

La sopravvivenza mediana è di 10-15 anni, la popolazione è, prevalentemente, non più giovane, pertanto la spettanza di vita è quasi normale (Tefferi17), soprattutto da quando sono stati introdotti i caratteri per differenziare TE e MFI in fase prefibrotica con differenze significative sulla prognosi globale (Kravaniska8).

Terapia:

Oncocarbide:

Inibitore della sintesi del DNA in fase S

Emivita: 2-4 ore, Durata efficacia: oltre le 24 ore – picco nel plasma di 1-4 ore, metabolizzata dal fegato, meno dal rene – eliminata dal rene e con la perspirazio.

Meno tossica degli agenti alchilanti come il busulfano o il melphalan o il clorambucil.

Ha effetto mielosoppressivo in pochi giorni e se compare tossicità ematologica basta interrompere la terapia per alcuni giorni che la tossicità regredisce.

Effetti collaterali: nausea, vomito, stipsi o diarrea, mucositi, incremento di azotemia e creatinina, iperuricemia, rash cutaneo, iperpigmentazione, ulcere cutanee prevalentemente perimalleolari, di difficile guarigione per cui si sostituisce il farmaco, mielosoppressione, leucemia secondaria se uso prolungato, tumori cutanei (epiteliomi). Sostanza teratogena da evitare in gravidanza o in allattamento.

Anagrelide: Agrylin (cloridrato di anagrelide), capsule da 0.5 mg. Riduce il numero delle piastrine con meccanismo non ancora certo, agendo direttamente sul megacariocita e sulla fosfodiesterasi III che interviene nell'aggregazione piastrinica.

Il farmaco può dare vertigini, cefalea, nausea, diarrea, epigastralgie.

Viene usato soprattutto in chi presenta anemia e tollera poco la terapia con oncocarbide.

Altri farmaci possibili: Busulfano, 6 Tioguanina. Meno usati.

AntiJAK2: in fase finale di sperimentazione e ingresso nella pratica clinica a breve. Comportano due vantaggi fondametali *controllo del valore dell'HB per cui riducono il supporto trasfusionale e* riduzione del volume splenico.(Passamonti12)

Bibliografia:

1	BESSES C	Major vascular complications in TE: a study of the predictive factors in a series of 148 patients. Leukemia 13:150-154 - 1999
2	CHAIT Y	Relevance of the criteria commononly used to diagnose myeloproliferative disorder in patients with splanchnic vein thrombosis. Br J Haematol 129: 553-560 2005
3	DING J	Familial Essential Trombocytemia associated with a dominant-positive activating mutation of the c-MPL gene, which encodes for the receptor for trombopoiethin. Blood 103: 4198_4200 - 2004
4	GIANNELLI U	ET or MFI?A single-center study base on hematopoietic bone marrow histology. Leuk Lymphoma 47: 1774 – 1781.
5	HARRISON CN	Essential Trombocythemia. Hematol Oncol Clin North Am 17:1175-1190,vii - 2003
6	JOHANSSON P	Epidemiology of the myeoproliferative disorders PV and TE. Semin Thromb Hemost 32:171-173 – 2006
7	KRALOVICS R	A gain-of-function mutation of JAK2 in myeloproliferative disorders. N Engl J Med 352: 1779-1790 – 2005
8	KRAVANISKA HM	The impact of clinicopathological studies on staging and survival in ET, MFI. Semin Thromb Hemost 32: 362-371 – 2006
9	MURPHY S	Experience of PVSG with Essential Trombocytemia: a final report on diagnostic criteria, survival and leukemic transition by treatment. Semin Hematol 34: 29-39 – 1997
10	PANANI AD	Cytogenetic findings in untreated patients with ET. In Vivo.20: 381-384 – 2006
11	PARDANANI AD	MPL515 mutations in myeloproliferative and other myeloid disorders: a study of 1182 patients. Blood 108: 3472 - 3476 - 2006
12	PASSAMONTI F	Molecular and clinical features of the myeloproliferative

		neoplasm associated with JAK2 exon 12 mutations.	
13	RADAELLI F	Acute megakaryocytic leukemia in ET: an unusual evolution? Eur J Haematol 69:108-111 - 2002	
14	RANDI ML	Features of Essential trombocythemia in childwood: a study of five children. Br J Haematol 108:86-89 – 2000	
16	TEFFERI A	Myeloproliferative Neoplasms: Molecular Pathophysiology, Essential Clinical Understanding, and Treatment Strategies. J Clin Oncol 29:573-582 2011.	
17	TEFFERI A	Proposal and rationale for revision of the WHO diagnostic criteria for PV, ET, MFI: recomandatios from an ad hoc international expert pannel Blood 11: 1092- 1097, 2007	
18	WOLANSKYJ AP	ET beyond the first decade: life expectancy, long term complication rates, and prognostic factors. Mayo Clin Proc 81: 159-166 – 2006	

Mielofibrosi Idiopatica (MFI)

Disordine mieloproliferativo cronico (SMPC) caratterizzato nel midollo, da proliferazione di megacariociti e granulociti insieme a deposizione reattiva di fibre connettivali e concomitante ematopoiesi extramidollare. (Mesa11)

Inizia con una fase prefibrotica (Tefferi20) in cui il midollo è ipercellulato con fibrosi reticolinica assente o minima, sino ad arrivare a una fase fibrotica conclamata, con fibrosi nel midollo e osteosclerosi, accompagnata da leucoeritroblastosi, emazie a lacrima nel sangue periferico ed epatosplenomegalia.

Incidenza:

0.5 – 1.5 per 100000 persone per anno (Johansson8- Tefferi 20). Prevalentemente interessa pazienti tra i 60-70 anni, senza differenze tra maschi e femmine. (Tefferi 21)

Eziologia:

Benzene- radiazioni ionizzanti (Dingli7) – rari casi famigliari con carattere autosomico recessivo, se paziente in età giovanile al momento della diagnosi (Rossbach9).

Sedi di malattia:

Midollo – sangue periferico - eritropoiesi extramidollare maggiormente nella milza (metaplasia mieloide Rossbach19). Altre sedi di emopoiesi extramidollare possono essere: fegato, linfonodi, rene, surrene, dura madre, tratto gastrointestinale, polmone e pleura, cute e tessuti molli. (Tefferi21)

CD 34:

Marker anticorpale specifico delle cellule midollari prevalentemente immature, incrementa raramente e a random nel midollo, negli stadi iniziali della malattia; il suo valore, con il passare del tempo, aumenta nel midollo e nel sangue periferico (Barosi1-Passamonti 14). Questo incremento delle CD 34 è tipico della mielofibrosi e non si trova nelle Policitemia Vera e Trombocitemia Essenziale (Baxter3).

Sintomi:

Nel 30% dei casi i pazienti sono asintomatici, vengono diagnosticati per la splenomegalia o per casuale riscontro all'emocromo di anemia, leucocitosi o /e piastrinosi.

Usualmente la diagnosi è fatta con il riscontro di leucoeritroblastosi ed altri parametri (LDH – acido urico) (Cervantes5).

Nella fase iniziale prefibrotica, l'unico segno di malattia spesso è dato dalla piastrinosi e questo può portare a confusione, nei confronti della trombocitemia essenziale (Tefferi20.)

I sintomi più frequenti sono: astenia, dispnea, perdita di peso, sudorazione notturna, febbricola e sanguinamenti, artrite gottosa e calcolosi renale da ipercalcemia.

Il 90% dei pazienti ha splenomegalia di vari gradi e il 50% epatomegalia (Tefferi 21).

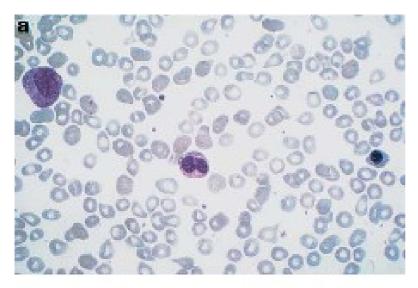
Mutazione JAK2:

E' presente in circa il 50%-65% dei pazienti (Tefferi22 - Tefferi23).

Morfologia:

Quadro classico:

Leucoeritroblastosi ed anisopoichilocitosi in particolare con emazie a lacrima,



Copyright © 2004, 2000, 1995 by Elsevier Inc.

Figura N°1

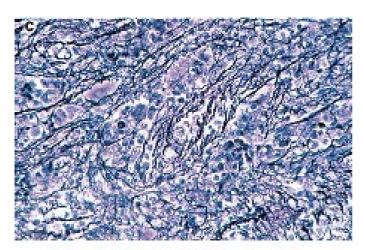
associati a midollo ipocellulato, con marcato incremento di reticolina e collagene e con organomegalia.

Il quadro alla diagnosi è diverso se il paziente viene diagnosticato in fase prefibrotica o fibrotica. (Tefferi20).

Il grado di fibrosi nel midollo viene identificato tramite lo scoring system di Thiele J (Thiele 24), che differenzia 4 gradi evolutivi (da 0 a 3)

Tabella N°1

Grado	Descrizione
0	Midollo normale per fibrina
1	Fibre reticoliniche intersecanesi in area prevascolare
2	Reticolina diffusa con estesa intersezione con collagene e/o
	osteosclerosi
3	Diffuso e denso aumento della reticolino, con blocchi di collagene e/
	o osteosclerosi



Copyright © 2004, 2000, 1995 by Elsevier Inc.

Figura N°2

Fase prefibrotica ed early phase:

Circa il 30-40% dei pazienti viene diagnosticato in questa fase, anche se ovviamente è difficile avere un dato certo, perché spesso la malattia è misconosciuta (Barosi1 - Buhr4). La biopsia è ipercellulata, con incremento dei metamielociti, granulociti neutrofili e megacariociti. Questi ultimi in particolare, risultano essere atipici; nel midollo non si registra un aumento di mieloblasti, blasti e CD34 (Buhr4). In molti casi l'eritropoiesi è ridotta in quantità, con incremento della serie eritroide (Thiele26.)

I megacariociti sono anormali e tipici per la malattia: clusters di cellule di dimensioni variabili, siti vicino ai sinusoidi e alle trabecole ossee e micromegacariociti identificabili con le metodiche di immunoistochimica (Thiele25). Spesso presentano cromatina nucleare disomogenea, con aspetti simil nuvola.

Altra caratteristica è la proliferazione vascolare (neoangiogenesi) nel midollo (Johansson8) e nei linfonodi (Thiele25), che si aggira intorno al 20-30% dei casi.

La diagnosi su midollo è molto importante in questa fase, perché consente di distinguere la Mielofibrosi idiopatica dalla Trombocitemia essenziale (Tefferi20.)

La fibrosi reticolare è minima o assente (grado 0-1); se presente è scarsa ed è sita attorno ai vasi (Tefferi23).

Fase fibrotica:

La maggior parte delle diagnosi viene posta in questa fase (Tefferi21).

Nel midollo si trova: fibrosi grado 2-3, ipercellularità focale, più frequentemente normo o ipocellularità, con zone alterne ipocellulate. Foci di cellule immature con mieloblasti < 10% (Thiele25). Megacariociti atipici patognomonici riuniti in grandi clusters, spesso con sinusoidi dilatati (Buhr4). Proliferazione dei vasi, tortuosi e dilatati (Kvasnicka9). Inoltre si riscontra un incremento del tessuto osseo, con trabecole che occupano oltre il 50% dello spazio.

Si arriva a quadri prevalentemente fibrotici, con cellularità residua sita prevalentemente nei seni.

Emopoiesi extramidollare:

Sedi: prevalentemente milza e in seconda istanza fegato (Porcu16). Nella milza aumenta la polpa rossa, con incremento globale dell'emopoiesi, identificabile morfologicamente e con colorazione immunoistochimica specifica (O' Malley12). Soprattutto incrementano i megacariociti, che possono riunirsi a formare noduli. (Porcu16)

Si riscontra inoltre un incremento dei vasi (Neoangiogenesi) (Barosi2).

Genetica:

Non esistono difetti genetici specifici (Reilly18). Nel 50% dei pazienti si trova la mutazione JAK2 v617F, che conferma la clonalità della malattia, ma è comune a Policitemia vera e Trombocitemia essenziale (Baxter3).

Nel 5% dei casi si trova la mutazione MPL W515K/L che può evidenziarsi anche in casi di Trombocitemia (Pardanani13) e pertanto non è specifica per la MFI.

Citogenetica: anomalie presenti nel 30% dei casi (del (13) (q12-22) o der(6)t(1;6)(q21-23;p21.3)(Passamonti15)), sono suggestive, ma non diagnostiche per MFI. Le anomalie più evidenti sono costituite da: del(20q) - trisomia parziale 1q, +9, +8 (Reilly17). Anche del 7q o 5q, ma più frequentemente tali delezioni, si riscontrano, in pazienti trattati con terapie citotossiche.

Bcr/abl negativo.

Prognosi:

Durata malattia: da alcuni mesi a decine di anni, in base alla fase di malattia riscontrata alla diagnosi (Thiele26).

La sopravvivenza mediana è di 3-7 anni nei pazienti diagnosticati in fase fibrotica (Mesa11) versus 10-15 anni nei pazienti diagnosticati in fase early prefibrotica (Kvasnicka 10 - Thiele26).

Fattori prognostici alla diagnosi considerati negativi:

età>70 anni, HB<10 g/dl, piastrine < 100000/ml e cariotipo anomalo (Mesa11)

La causa maggiore di morte e morbidità è data dall'evoluzione della malattia, che porta a infezioni per ridotto valore dei globuli bianchi e ad emorragie per piastrinopenia, seguita da: malattie tromboemboliche, ipertensione portale, IMA ed evoluzione in leucemia acuta (Buhr4), la cui frequenza va dal 5% al 30% (Mesa11); la leucemia compare anche in pazienti non trattati con terapia citostatica.

Score prognostico dinamico DIPSS (Passamonti15):

Tabella N°3

Parametri	Valori	Punteggio
Età	< 65 anni	1
Hb	<10 g/dl	2
GB	>25000	1
Blasti periferici	>=1%	1
Sintomi costituzionali	presenti	1

Categorie di rischio:

Tabella N°4

low	(score 0)	0% evoluzione leucemica a 5 anni
intermediate 1	(score 1-2)	5% evoluzione leucemica a 5 anni
Intermediate 2	(score 3-4)	15% evoluzione leucemica a 5 anni
High	(score 5-6)	40% evoluzione leucemica a 5 anni

Terapia

Oncocarbide: Inibitore della sintesi del DNA in fase S

Emivita: 2-4 ore, Durata efficacia: oltre le 24 ore – picco nel plasma di 1-4 ore, metabolizzata dal fegato, meno dal rene – eliminata dal rene e con la perspirazio.

Meno tossica degli agenti alchilanti come il busulfano o il melphalan o il clorambucil.

Ha effetto mielosoppressivo in pochi giorni e se compare tossicità ematologica basta interrompere la terapia per alcuni giorni che la tossicità regredisce.

Effetti collaterali: nausea, vomito, stipsi o diarrea, mucositi, incremento di azotemia e creatinina, iperuricemia, rash cutaneo, iperpigmentazione, ulcere cutanee prevalentemente perimalleolari, di difficile guarigione per cui si sostituisce il farmaco, mielosoppressione, leucemia secondaria se uso prolungato, tumori cutanei (epiteliomi). Sostanza teratogena da evitare in gravidanza o in allattamento.

Danazolo:

Si tratta di un ormone, che viene utilizzato: nella mastopatia fibrocistica a scopo sintomatico, nell'endometriosi con o senza asportazione chirurgica e nell'angioedema ereditario. Compresse utilizzate alla dose di 600 mg (220 mg x 3 volte al dì).

Effetti indesiderati tra i più frequenti: cefalea, nausea, vomito, irsutismo, rush cutaneo.

In circa il 40% dei pazienti, affetti da anemia lieve/moderata in supporto trasfusionale, riduce la necessità trasfusionale sino a far tornare normale i livelli di emoglobina. (Cervantes6).

AntiJAK2: in fase finale di sperimentazione e ingresso nella pratica clinica a breve. Comportano due vantaggi fondametali: il controllo del valore dell'HB, per cui riducono il supporto trasfusionale e diminuiscono il volume splenico (Passamonti15.)

Bibliografia:

1	BAROSI G	Studies of the site and distribution of CD 34+ cells in idiopatic myelofibrosis. Am J Clin Pathol 123: 833-839 2005
2	BAROSI G	Spleen neoangiogenesis in patients with myelofibrosiswith myeloid metaplasia Br J Haematol124:618-625 - 2004
3	BAXTER EJ	Acquired mutation of the tyrosine kinase JAK2 in human myeloprliferative disorders. Lancet 365. 1054-1061 - 2005
4	BUHR T	Evolution of myelofibrosis in chronic idiopatic myelofibrosis as evidence in sequential bone marrow biopsy specimens Am J Clin Pathol 119: 152 - 158 - 2003
5	CERVANTES F	Myelofibrosis with myeloid metaplasia: diagnosis, prognostic factors and staging. Semin Oncol32: 395-402 2005.
6	CERVANTES F	Efficacy and tolerability of danazol as a treatment for the anaemia of myelofibrosis with myeloid metaplasia: long-term results in 30 patients. Br J Haematol. 2005 Jun;129(6)
7	DINGLI D	Myelofibrosis with myeloid metaplasia: new developments in pathogenesis and treatment Intern Med 43: 540 -547 - 2004
8	JOHANSSON P	Trends in the incidence of chronic Philadelphia chromosome negative myeloproliferative disorders in the city of Goteborg during 1983-199 J Inter Med 256: 161-165 – 2004
9	KVASNICKA HM	Bone marrow angiogenesis: methods of quantification and changes evolving in chronic myeloproliferative disorders. Histol Histopathol 19: 1245 – 1260 2004
10	KVASNICKA HM	The impact of cliniclophatological studies on staging and survival in TE, MFI and PV. Semin Thromb Hemost 32:362-371 - 2006
11	MESA RA	Primary myelofibrosis , post policitemia vera myelofibrosis, post essential trombocytemia myelofibrosis , blast phase MFI : consensus on terminology by the IWG-MRT . Leuk Res 31: 737 – 740 - 2007
12	O'MALLEY DP	Morphologic and immunohistochemical evaluation of splenic hematopoietic proliferations in neoplastic and benign disorders. Mod pathol 18: 1550 – 1561 – 2005
13	PARDANANI AD	MPL515 mutations in myeloproliferative and other myeloid disorders: a study of 1182patients. Blood 108: 3472- 3476 - 2006
14	PASSAMON TI F	Clinical utility of the absolute number of circulating CD34+ cells in patients with chronic myeloproliferative disorders Haematol 88: 1123-1129 - 2003
15	PASSAMON TI F	Molecular and clinical features of the myeloproliferative neoplasm associated with JAK2 exon 12 mutations. Mar 10;117(10):2813-6, Blood 2011

16	PORCU P	Splenectomy in agnogenic myeloid metaplasia Blood 93: 2132-2134 – 1999
17	REILLY JT	Cytogenetic and molecular genetic aspects of idiopathic myelofibrosis Acta haematol 108: 113-119 – 2002
18	REILLY JT	Cytogenetic and molecular genetic abnormalities in agnogenic myeloid metaplasia Semin Oncol 32: 359-364 - 2005
19	ROSSBACH HC	Familial infantile myelofibros as an autosomal recessive disorder: preponderance among children from Saudi Arabia Pediatr Hematol Oncol 23: 453-454 2006
20	TEFFERI A	Proposals and rationale for revision of the WHO diagnostic criteria for PV , TE, MFI: Recommendations from an ad hoc international expert panel. Blood 106:: 247-253 - 2007
21	TEFFERI A	Myelofibrosis with myeloid metaplasia. N Engl J Med 342: 1255-65 – 2000
22	TEFFERI A	The JAK2(V617F) TYROSINE CHINASE MUTATION IN MYELOFIBROSIS WITH MYELOID METAPLASIA: lineage specificity and clinical correlates . Br J Haematol 131:320-328 - 2005
23	TEFFERI A	Myeloproliferative Neoplasms: Molecular Pathophysiology, Essential Clinical Understanding, and Treatment Strategies. J Clin Oncol 29:573-582 2011.
24	THIELE J	European consensus on grading bone marrow fibrosis and assestment of cellularity. Haematologica 90: 1128-1132 - 2005
25	THIELE J	Hematopathologic findings in MFI Semin Oncol 32:380 - 394 - 2005
26	THIELE J	Erytropoiesis in MFI: quantification, PCNA-reactivity and prognostic impact Am J Hematol 46: 36-42 – 1994

Considerazioni personali (Capucci):

I pazienti affetti da queste malattie ematologiche presentano le seguenti caratteristiche:

1 devono imparare a convivere con il concetto di malattia cronica più o meno "legante" (li priva dell'idea di essere liberi ed in salute);

2 devono sottoporsi con regolarità a controlli (esami - visite) e assumere correttamente una terapia, eccetto una piccola parte, che beneficia di lunghi periodi di solo controllo esami;

3 necessitano di imparare a convivere con la caducità della vita; data la possibilità di evolvere in leucemia acuta: convivono con la paura quotidiana di morire (ricordo che i trattamenti delle leucemie acute secondarie non hanno lo stesso successo delle forme primarie) e sanno che potranno dover passare attraverso dolore e sofferenza, degrado progressivo della propria dignità e dipendenza dagli altri, persino per i bisogni più semplici.

Ognuno di noi nella vita può trovarsi a vivere questa situazione: temporaneamente (incidenti stradali o lavorativi con invalidità non permanenti) o definitivamente (tumore o altra malattia acuta o l'invecchiamento stesso, che comporta perdita della propria integrità ed autonomia), ma ai miei pazienti, al momento della diagnosi viene "regalata una spada di Damocle pendente sulla testa", difficile da elaborare, che li accompagnerà per il resto della vita, e che si concretizzerà con la paura a ogni controllo o a ogni apertura degli occhi al mattino, di essere arrivati al momento della resa dei conti. In altre parole loro ricordano sempre, come molti

altri cronici, che la vita ha una fine, mentre la maggior parte dei "sani", può permettersi di dire: "A questo penserò domani".

Il Midollo e i suoi misteri

Ma che cosa è il **midollo osseo** in medicina occidentale?



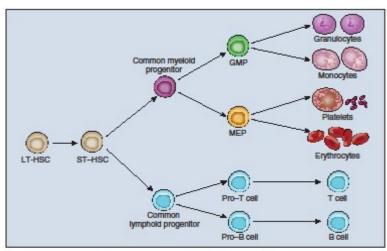
Figura

N°1

In medicina Occidentale si chiama Midollo, la sostanza contenuta nelle ossa corte e lunghe, che serve a produrre le cellule circolanti del sangue. La quota emopoietica vera diminuisce con l'avanzare dell'età a favore del midollo giallo, costituito dal grasso. Dalla 20 a settimana di vita, la produzione emopoietica viene svolta prevalentemente dal midollo osseo, che subentra: al sacco vitellino, al fegato dalla 6 a settimana, al fegato e alla milza dalla 12 settimana. Il midollo è inoltre costituito da cellule adipose e stromali, la cui funzione consiste nel fare da sostegno, e da arteriole

nutritizie localizzate centralmente nella cavità midollare, che inviano i rami collaterali nei letti capillari dell'osso. Dai capillari il ritorno del sangue avviene con le venule, dette seni venosi, che a loro volta rientrano nella vena centrale della cavità del midollo. La parete dei seni venosi contiene cellule endoteliali contrattili, così che l'area della superficie dei seni si possa modificare, per favorire la fuoriuscita delle cellule. Nella parete dei seni si trovano anche: la membrana basale, le cellule avventiziali e le cellule reticolari, che si spingono nel tessuto ad avvolgere la componente mielopoietica. I sinusoidi circondano gli isolotti emopoietici, i quali producono a random o cellule eritroidi o cellule mieloidi, mentre la sede di produzione dei megacariociti è sita vicino ai vasi.

Il microambiente è fondamentale per la produzione delle cellule ematiche. Contiene oltre agli elementi già citati, anche le fibre nervose, i fibroblasti, i macrofagi e le cellule mesenchimali.



Copyright © 2004, 2000, 1995 by Elsevier Inc.

Figura N°2

La cellula staminale, in medicina occidentale, è rimasta per anni una chimera, perché non si riusciva tecnicamente ad identificarla. L'avvento della citometria a flusso e di altre metodiche di separazione cellulare, associate all'utilizzo di anticorpi monoclonali, ha permesso di identificare tale cellula. Essa viene ormai normalmente definita come una cellula totipotente CD34 positiva, in realtà la cellula evidenzia il marker CD34 solo in fase di attività e lo perde in fase di steady state. Che cosa spinga la cellula staminale ad autoreplicarsi e a differenziarsi non è ancora definitivamente chiarito. Secondo il modello stocastico le citochine, fattori di crescita generali o specifici (per esempio per la granulopoiesi il

fattore di crescita granulocitario, noto come GCSF), indurrebbero la proliferazione e la differenziazione delle cellule staminali.



La cellula staminale e i suoi petali Figura N°3

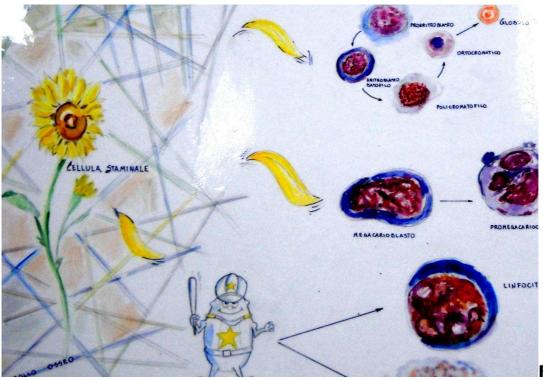
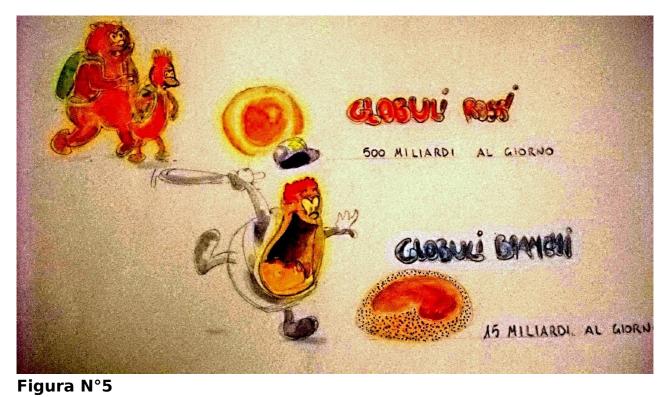


Figura N°4

Globuli rossi



Globuli bianchi

La vita del globulo rosso

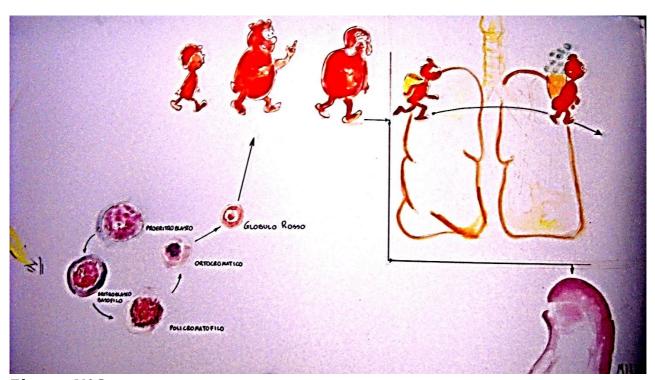


Figura N°6

L'eritropoietina è una glicoproteina prodotta dal rene, che attiva la produzione dei globuli rossi a livello midollare. Il gene che codifica per la sua produzione è localizzato sul cromosoma 7. Il meccanismo di regolazione della produzione dell'eritropoietina sfrutta l'apporto di ossigeno ai tessuti: l'ipossia attiva un sensore a livello renale, questo, variando la sua conformazione nell'arco di poche ore, aumenta la quantità di cellule produttrici di eritropoietina e conseguentemente aumenta la quantità di *globuli rossi* prodotti. Anche altre citochine agiscono sulla sintesi dell'eritropoietina: la attivano (IL6) o la riducono (IL 1- TNF).

E come fa l'eritropoietina a stimolare i globuli rossi? Si lega ad un recettore sito sulla superficie cellulare delle cellule eritroidi, che aumentano in numero, a mano a mano che la cellula si differenzia.

Nel pool maturante delle cellule eritroidi differenziate, si procede dalle cellule del pool proliferante: proeritroblasto, eritroblasto basofilo, eritroblasto policromatofilo, alle cellule più differenziate: eritroblasti ortocromatici e reticolociti. In condizioni fisiologiche solo i reticolociti passano dal distretto midollare a quello circolante del sangue periferico.

Il reticolocito è un globulo rosso "giovane", privo di nucleo, che conserva un po' di RNA messaggero, ribosomiale e alcuni mitocondri. Nel maturare, in 2-4 giorni, perde queste strutture e diventa globulo rosso a tutti gli effetti. La sua vita dura 120 giorni in media. Circola nel corpo e trasporta ossigeno ai tessuti, prendendolo a livello polmonare. Invecchiando perde in elasticità e riduce la sua quota di acqua, finché negli organi emocateretici (milza e fegato), viene catturato dai macrofagi. Una parte delle sue strutture residue viene riciclata.

La dura vita del globulo bianco

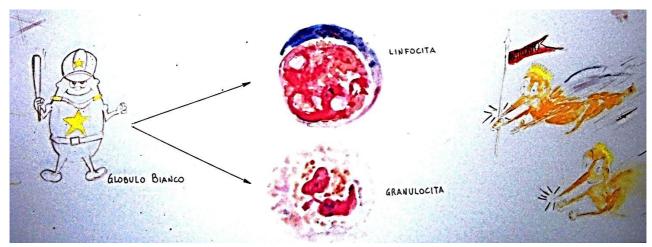


Figura N°7

Se il globulo rosso vive una vita piena d'insidie che dire del coraggioso *globulo bianco* che ha il compito di difenderci?

Nel midollo si distinguono 3 pool funzionali per i granulociti:

Pool proliferante o mitotico: mieloblasti, promielociti e mielociti

Pool maturativo: dal mieloblasto al granulocito

Pool di deposito: granulociti a banda e polinucleati, da cui in caso di necessità, attraverso i sinusoidi midollari, i granulociti entrano in circolo. In circolo si dividono in pool circolante, sito nella corrente assiale e pool marginale, sito nella parte marginale della corrente ematica, che sono in scambio continuo tra loro.

I granulociti si differenziano in:

Neutrofili che vivono per 9-10 ore, passano in senso unico dal sangue ai tessuti e lì muoiono. Sono circa il 70 % dei globuli bianchi. Compito: difenderci dai batteri o da altro materiale dannoso (prodotti di necrosi cellulare). Ogni giorno produciamo un numero di neutrofili pari a 1.6×10^{9} .

Il granulocito risponde a stimoli chemiotattici, che lo guidano laddove serve: si muove, riconosce il materiale estraneo, vi aderisce, lo ingloba (fagocitosi) e lo digerisce con i lisosomi o lo uccide con altri meccanismi.

Eosinofili: 0-8% sono coinvolti in reazioni immunitarie, legate a proteine estranee e a complessi antigene- anticorpo, sono capaci di

fissare il complemento. Intervengono nelle allergie, in alcune malattie infiammatorie e in buona parte delle parassitosi.

Basofili: Da 0 al 3 %. Nei tessuti hanno, in prevalenza, funzioni secretorie. Liberano, se attivati, soprattutto istamina.

Monociti: 3 -9%. Circolanti nel sangue o fissi nei tessuti, hanno la capacità di digerire ed eliminare detriti, cellule e miceti. I meccanismi di eliminazione sono meno O2 mediati rispetto ai granulociti. Sono in grado di ricostituire i loro lisosomi, per cui a differenza dei granulociti, non esauriscono le loro funzioni di difesa e di rimozione in modo rapido. Espletano funzioni secretorie (interleuchine, fattori di crescita ecc). Sono in grado di riconoscere gli antigeni e intervengono nella risposta immunitaria cellulomediata.

Linfociti: 20 – 45%, di piccole e medie dimensioni, con nucleo evidente. Si distinguono linfociti B, T helper e citotossici e cellule NK.

I linfociti B producono anticorpi (immunità umorale), i T intervengono nella immunità cellulo-mediata, mentre i linfociti NK uccidono direttamente le cellule anomale o infette.

Nascono dalla cellula staminale totipotente e la maturazione avviene negli organi linfoidi primari, in assenza dell'antigene. I T maturano nel timo, i B nel midollo osseo e negli organi linfoidi periferici.

Le piastrine

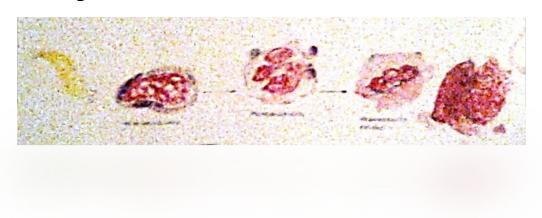


Figura N°8

Le *piastrine* sono piccole cellule prive di nucleo, altamente specializzate, circolanti nel sangue periferico, in numero compreso

tra le 150000 e le 400000. Sulla loro superficie, si trovano glicoproteine, costituite da carboidrati e proteine, che fungono da recettori e mediano le funzioni di adesione, aggregazione e trasporto di molecole. Queste consentono di formare un "tappo" emostatico, se presente lesione endoteliale, per impedire il sanguinamento.

Figura N°9



Le piastrine nascono dai megacariociti, siti a livello midollare ed in minima parte nei polmoni. A loro volta i megacariociti nascono dalla cellula staminale totipotente e passano attraverso vari stadi maturativi, di cui i più conosciuti sono rappresentati dai megacarioblasti e megacariociti, che maturando, modificano la colorazione del citoplasma da basofilo a eosinofilo, riducendo le dimensioni generali della cellula e frantumando il nucleo, in fase finale, liberando le piastrine nel torrente circolatorio.

La trombopoietina è la citochina che attiva la proliferazione, la maturazione e la differenziazione dei megacariociti (Tura 38).

Si ringrazia per le immagini il sig Bellini Giancarlo.

E il midollo in medicina cinese che cosa è?

(Corradin 9):

E' un viscere curioso.

I visceri curiosi: **Qi Heng Zi Fu** contengono nella definizione ideogrammi a differente significato.

978 CH'1-20

Qi

Straordinario – Meraviglioso - Utilizzare uno stratagemma - Elemento di sorpresa- Molto, estremamente, cioè qualcosa fuori dal comune ---Opposto a Zheng (cheng.)



Ordinario - Di lunga durata (pensiamo alle ossa!)-Perpetuo -E' in relazione al 32° esagramma che significa "perennità, continuità di sviluppo".

Zhi

E' una particella del tipo delle nostre preposizioni semplici (tipo di).



Visceri, Magazzini - Uno dei 6 visceri dell' organismo, che riceve ed elabora i materiali ingeriti, attraverso l'assimilazione ed l'eliminazione.

Loro caratteristiche:

- * sono 6
- * indicano tutte le direzioni nello spazio
- * conservano il Jing (estensione del rene yin)
- * partecipano al processo di creazione (processi Qi legati alla straordinarietà)
- * hanno la caratteristica della perennità (heng)

* non espellono

Tutti i visceri curiosi ruotano attorno al midollo: i vasi (mai) nutrono il midollo; l'osso lo protegge; il cervello costituisce il mare del midollo e la vescica biliare ripulisce e toglie le incrostazioni dal midollo e dall'utero (Dante De Berardinis)

Prima dell'arrivo in Italia del Prof J. Yuen sui visceri curiosi si avevano le conoscenze sotto descritte:

Nel SW 11 si legge:

Sei Fu che nascono dal Qi della terra: cervello, midollo, ossa, vasi, vescica biliare e utero. Contenuti nello Yin, essi sono all'immagine della Terra, conservano (Jing - Qi - Shen) e non eliminano.

I visceri curiosi sono alla base della struttura del corpo e degli organi, in particolare essi sono una estensione del rene yin ed il rene yin è energeticamente il sostegno degli altri organi e visceri, perché contiene il Jing che è la struttura del corpo.

Quando l'essenza declina si ha il declino della struttura e dei visceri curiosi e si assiste ad invecchiamento precoce e comparsa di malattie importanti.

Relazione tra visceri ordinari e straordinari, secondo Kespi: Tabella N°1

VISCERI QI straordinari	VISCERI Zheng ordinari	
Nascono dal soffio terrestre	Nascono dal soffio celeste	
Sono contenuti nello Yin e sono all' immagine della terra, ed evocano il mistero della vita	Sono all' immagine del Cielo	
Ricevono, conservano e non eliminano	Eliminano le diverse impurità	
Agiscono nella relazione con il Cielo Anteriore ed entrano in azione precocemente (P.Larre.)	Hanno relazione con il Cielo posteriore ed in particolare con le energie di questo	
A livello delle mutazioni agiscono sull'aspetto Yang (spirituali, trascendenti) cioè si passa da Jing a QI a Shen, attraverso il campo del cinabro, lungo la colonna vertebrale, e fanno tornare il Jing al cervello (viscere curioso)	Uomo, sulle sue mutazioni.	
Grazie al Jing rendono possibile il passaggio dal Cielo Anteriore a quello Posteriore	Agiscono sul livello Yin delle mutazioni (materiali, alimentari, energetiche e psichiche)	

Per il Prof Kespi i 6 visceri curiosi, formano 3 coppie nella loro dualità Yin e Yang. Rappresentano le 3 condizioni di una creazione, le 3 condizioni per il passaggio dal Cielo Anteriore al Cielo Posteriore, dal senza forma a ciò che ha una forma propria-

Vengono divisi in 3 fasi:

· Cervello e Midolli

Rappresentano un luogo di passaggio fra Cielo Anteriore e Cielo Posteriore e anche la zona di trasmissione della legge cosmica, che impressa nella testa raggiunge il corpo

campo cinabro superiore - Shen

Ossa e Vasi

Sono la trama materiale (ossa) ed energetica (vasi), che costituisce il supporto dell' insieme delle trasformazioni campo cinabro medio - Jing

Utero e Vescica Biliare

Rappresentano la matrice, il crogiolo, il passaggio dal Cielo Anteriore a quello Posteriore

campo cinabro inferiore - nelle grandi trasformazioni sono la base Qi

Funzioni:

- Utero (si intendono i genitali maschili e femminili) conserva il Sangue ed il Feto, per cui è in stretta relazione con il sangue
- La vescica Biliare conserva il jing e la bile = huang ye = liquidi ye puri
- I vasi sanguigni conservano il sangue e jing
- Cervello e ossa conservano il midollo

I visceri curiosi sono anche gli organi **della sopravvivenza e della perpetuazione,** rappresentata dalla riproduzione e dalla creazione.

Hanno a che fare con tutte le **trasformazioni alchemiche**: unione di Jing individuale + Qi universale, da cui lo Shen, che ci lega all'oscuro. Trasmutazione del Jing in Shen, nella salita lungo la colonna (dall'utero o Dan Tian inferiore al cervello o Dan Tian superiore): dalla radice Jing (utero e vescica biliare) si risale lungo la colonna, passando per la trama di supporto che è il Qi (ossa e vasi), per arrivare infine alla completa trasformazione psichica e spirituale del Jing in Shen (cervello e midollo).

Al termine della vita dobbiamo tornare al cervello, per cui la colonna è la scala della vita lungo cui ci sono le trasformazioni.

Il legame con i meridiani curiosi è rappresentato dall'ideogramma che è uguale per meridiani e visceri.

Visceri curiosi	Meridiani curiosi a cui si legano
Cervello, ossa	Du Mai, Qiao Mai arrivano a 1 V, Yang Wei Mai utilizzano punti su della VB sul cervello
Utero mare del sangue	Ren Mai, Chong Mai, Du Mai corre Iungo VC la traiettoria principale, Dai Mai
Vasi sanguigni	Chong Mai che è il mare del sangue, Wei Mai meridiani dei vasi sanguigni che arrivano al cuore
Midollo	Du Mai, Ren Mai, Qiao Mai
Vescica Biliare	Dai Mai che usa solo punti VB per eliminare, Yang Wei Mai che usa molti punti VB

Tabella N°2



CERVELLO - NAO

 Il cervello, uno dei 6 visceri curiosi, è uno dei 4 mari (mare dei midolli), è Jing + Shen (yuan shen o shen primordiale) = rene e cuore. Per la sua purezza e la potenza delle essenze e dei soffi, accoglie l'inspirazione degli Spiriti (secondo Padre Larre è il complesso formato da rene e cuore, cioè Jing e Shen) e supporta le funzioni superiori dell' Uomo: Pensiero e Organi di senso, soprattutto le funzioni del cervello anteriore.

• Sede: Testa

E' il secondo nome del Centro inteso come Cuore

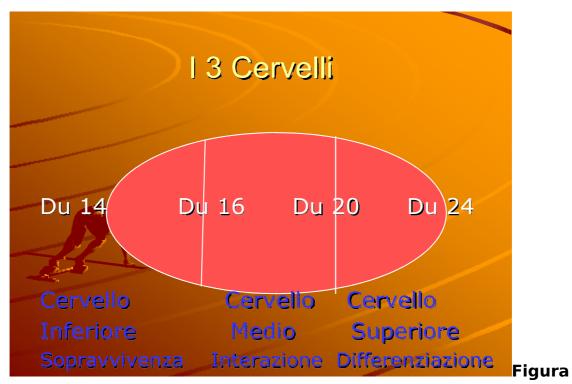
Prima di JY si sapeva che il cervello era:

- Il punto d' incontro di tutti i midolli (L.S.33), detto mare dei midolli, in stretta relazione con gli organi di senso: (L.S.80): quando il mare del midollo è insufficiente, vi sono vertigini e ronzii alle orecchie. Sintomi uguali o simili si hanno anche per il vuoto di Shen oltre che di Jing (vuoto dei midolli).
- Li Shi Zhen (1518-1593) stabiliva una relazione fra cervello e spirito ("il cervello è la sede dello Shen primordiale). Quindi questi organi (cervello e midolli) sono i depositari della LEGGE e i garanti della sua trasmissione.
- L. S: cap33 cita il punto 17 DU o 16 20 DU come punto di comando del "mare dei Midolli.
- I 3 Cervelli JY:

Già nel periodo Ming venivano distinti 3 cervelli:

Sopravvivenza	Mangiare respirare dormire
Interazione	Relazionarsi con sé e gli altri e scoprire le analogie e le differenze fra sé e gli altri.
Differenziazione	Si differenzia, si limita il proprio campo di azione, si limita il proprio mondo.

Tabella N°4



N°10

DU 14 - 16	DU 17 - DU 20	DU 21 -DU 24
INFERIORE ANTICO ARCOPALLIO	MEDIO VECCHIO PALEOPALLIO	SUPERIORE-ANTERIORE NUOVO NEOPALLIO
CORD A) A (1) (EALTA	INTER A ZIONE	SOLO DELL'UOMO
SOPRAVVIVENZA	INTERAZIONE	DIFFERENZIAZIONE
 E' rappresentato in occidente dal tronco dell' encefalo e dal Cervelletto. Controlla sopravvivenza: respirazione, digestione e sonno. Si estende dal 14 al 16 Du Mai Terapia locale ma si può anche fare i punti locali del meridiano V o VB (spicchio) 	 Controlla l'interazione tra acqua e fuoco, il rapporto con l'esterno, gli altri. Media il conflitto tra sé e il mondo. Mi muovo nel mondo e ricevo le esperienze sensoriali. Permette trasformazione e amplificazione delle esperienze. Interpreta le sensazioni 	 E' la differenziazione Controlla lo sviluppo dell' intelligenza, della personalità e delle capacità mentali. Comanda stile di vita e interpretazione del mondo (vive il conflitto tra novità e abitudini). Sono anche le abitudini, il comportamento

omolaterale.

- E' trattabile anche con i punti yuan di Polmone, Grosso Intestino, Stomaco e Milza
- Asma disturbi del sonno anoressia bulimia = malattia dell'alimentazione turbe respiratorie e disturbi del sonno.
- Permette la memorizzazione delle interazioni.
- Governa le modalità con cui il corpo si colloca nel mondo, mantiene l'equilibrio e la postura eretta.
- Muove il sangue e lo scheletro (reni).
- E' il conflitto tra l'Acqua (il se) ed il Mondo (il Fuoco).
- E' compreso tra Du 17 e Du 20 e punti V o VB bilateralie.
- Sono di supporto i punti yuan bilaterali, per l'incrocio delle fibre, di Cuore, Intestino tenue, Vescica e Rene.
- Disturbi del movimento eccesso: da epilessia sino al blocco: paralisi – circolare nel mondo.

- ripetuto.
- Controlla gli organi di senso area 17-18 -19 in zona occipitale e 41-42, area dell'udito.
- E' rappresentato dai punti tra il DU 21 e 24 e punti locali di vescica o vescica biliare, omolaterali.
- Si utilizzano anche i punti yuan distali omolaterali di Ministro del Cuore, Triplice Riscaldatore, Vescica biliare e Fegato

Tabella N°5

Quando si utilizza il Cervello - Viscere curioso si agisce sull'aspetto (Spirito) psico neuro endocrino.

Si utilizzano punti locali del Du Mai (e della Vescica e Vescica Biliare) e punti distali: punti Yuan del meridiano corrispondente alla funzione. Così si agisce sulla Yuan Qi e sul Jing. (Yuen J. I 43)



MIDOLLI -SUI

Nati dall'essenza dei Reni donano forza ed elasticità alle ossa e nutrono il Cervello che è il mare dei midolli. Per tale ragione non si deve avere dolore cervicale o lombare perché o si ha un vuoto di Jing del rene o sono impedite le trasformazioni alchemiche, per blocchi lungo la colonna.

- Sono in rapporto all' essenza, quintessenza (Jing).
- Punti che nutrono il midollo secondo i classici e AAVV (De Berardinis 13):

GV 16, GV 20 (Mare del midollo) L.S. 33 (Huangdi 23)

BL 11 (Hui ossa),

GB39 (Hui midollo) N.J.

LI 16 (riunione del midollo) N.V.nghi

CV15 (JY)

Punti Huang: BL 43, BL 51, BL 53, Ki 16, CV6 (YJ).

Punti che nutrono il midollo con il sangue.

Vasi, Punti di Hua Tuo Jia Yi Ji.

Vasi, Punti Liao

Vasi, GB 22 (se umidità nei vasi)

Bao Mai (sangue di cuore che nutre il rene-Jing) CV 15, GV 2

Luo Lr (sangue dei Luo che nutre il rene, Dai Mai).

Per il Prof Kespi (26) cervello e midolli sono legati tra loro:

CERVELLO	MIDOLLI
Ricapitolazione dell'uomo	Funzione di trasmissione della legge e delle leggi
Riflessione	
Deposito della legge universale	
Equilibrio	
Ritorno all'unità	
Matrice spirituale cioè capacità di tornare all'unità	

Tabella N°6

Il Prof Jeffry Yuen ha consentito di apprendere che in medicina cinese il **cervello**:

- È in rapporto al **Du Mai, ai vasi Qiao** (che dal 6 del rene e 62 BL e vanno a 1BL; e cervello) **ed allo Yang Wei Mai** (che dal 13 al 20 VB circola sulla testa).
- Esiste una relazione dialettica tra cervello, utero, dumai e ren mai.

Infatti, du mai e ren mai:

- * originano dal tronco comune (utero) e vanno al viso secondo i classici
- * decorrono uno dietro (ma anche davanti) e uno davanti (ma anche dietro)
- * una stessa persona può essere dumai o ren mai in base alle circostanze da la vita acquista, perdendo la sua identità in funzione dell'ambiente.

Caratteristiche:	
Dumai o vaso governatore (VG)	Renmai o vaso concezione (VC)
• yang	• yin
• cervello	• utero
separazione dalla madre	unione alla madre
• è magnetico, si fa riconoscere nel gruppo, ha una sua identità, specialmente nei punti: 4 VG, all'altezza di 23 BL e 14 VG, all'altezza della VII vertebra cervicale, entrambi usati per regolare lo yang nella parte alta del corpo	• è un vampiro psicologico in tutti i territori, ha bisogno del contatto con gli altri, si allarma molto se entrano i ladri in casa (suo territorio).
il suo eccesso è volare nel futuro	• il suo eccesso è volare su grandi ideali

Tabella N°7

• Nel S.W. Cap. 33 (24) il Cervello è il mare dei Midolli in rapporto alle "100 riunioni" (GV 20 - Bai Hui), con cui secondo una scuola giapponese, possiamo trattare tutte le malattie e cambiare la nostra vita e al "magazzino del vento" (VG 16 - Feng Fu), che tratta l'inferiore e rappresenta la capacità del cervello di adeguarsi alle diverse situazioni e di cambiare. Il 16 VG è il punto del cambiamento. Una sua turba provoca dolore a mantellina che dal collo si irradia alle spalle. Indica che manca

in noi, la capacità di adattarci al cambiamento che avviene fuori di noi.

 Vento vuol dire cambiamento: una funzione specifica del cervello è la capacità di adeguarsi al cambiamento, si tratta di un adattamento programmato nella natura (xing) dell'individuo, per cui un individuo, risponde con un suo cambiamento nelle diverse situazioni, indipendentemente dalla stimolazione esterna, perché è nella sua natura cambiare (esempio: è insito in noi il concetto di caldo e freddo prima che conosciamo il caldo e il freddo). Si risponde con un cambiamento ad un evento, tramite i due sistemi orto e parasimpatico. Il punto simpaticolitico è il 20 VB, punto vento.

I meridiani Qiao esprimono la nostra capacità ad adattarci al cambiamento (6R mare dell'illuminazione e 62BL vaso dell'ora nona, entrambi i meridiani salgono dal tallone a 1BL).

I meridiani curiosi Qiao sono, per Dott. Corradin - comunicazione personale - i vasi dell'elasticità mentale. Pertanto gli individui Qiao in turba sono rigidi, ma la loro rigidità è diversa da quella del soggetto chong mai. Le persone Chong mai, se sono in vuoto, dicono "no" davanti all'evidenza, mentre gli individui Qiao, danno ragione a coloro con cui si interfacciano, ma fanno poi sempre ciò che vogliono.

I Qaio sono i meridiani dello stimolo.

I Qiao + il 16 VG sono la nostra capacità di adeguarci ai nostri cambiamenti interni e a ciò che cambia fuori di noi.

E la cellula staminale?

"Voliamo dai visceri curiosi ai meridiani distinti che secondo il Prof Yuen sono legati ai meridiani curiosi, dato che, come i curiosi, contengono la yuan qi. A sostegno del "volo" riportiamo che nelle malattie da vuoto, il Prof Yuen, compara l'utilizzo dei meridiani distinti a quelli curiosi ed inoltre molti meridiani distinti impiegano punti propri dei meridiani curiosi" (Corradin 7).

I meridiani distinti legano e uniscono la *wei qi*, energia difensiva, istintiva, prototipo del cielo posteriore, superficiale di giorno e profonda di notte e la *yuan qi*, energia profonda, ancestrale, espressione del cielo anteriore, parte viva del Jing ereditato.

Questi meridiani legano:

1 ciò che è di questo mondo con ciò da cui proveniamo (cielo posteriore ed anteriore).

2 l'individuo con ciò di più indifferenziato che esista in se stesso e nell'atmosfera che lo circonda, per cui legano individuo (la wei qi è l'energia dell'uomo) e umanità (la yuan qi è l'energia dell'umanità). L'energia dell'umanità è la *cellula staminale totipotente*, che rappresenta l'umanità in ogni singolo uomo (Corradin 7).

Per dirlo con le esatte parole degli autori del libro: "all'interno dell'uomo differenziato, all'interno di un individuo dotato di nome e cognome (cielo posteriore, wei qi), ci sarebbe una piccola parte dell'umanità, nella sua porzione ovviamente più indifferenziata e comune a tutti gli individui (cielo anteriore -yuan qi)". Il compito dei meridiani distinti è di legare uomo e umanità, cioè uomo e sue potenzialità.

Se non sussiste questo legame, inevitabilmente, le malattie che si sviluppano sono gravi e drammatiche, perché conseguenza di una "rottura" fra wei qi-individuo e yuan qi-umanità: malattie autoimmuni (la yuan qi non controlla la wei qi, che diventa eccessiva e ci autoaggredisce) da un versante e tumori dall'altro (la wei qi è insufficiente e non ci difende dalle cellule modificate).

Trovo personalmente affascinante questa visione energetica, forse un po' pindarica dei miei Maestri che indica, che abbiamo tutti la stessa originaria radice e se commettiamo atti ingiusti verso gli altri, e come se lo facessimo verso una parte di noi stessi. Ne consegue che tutto il male che facciamo si ritorce verso di noi. Per dirla con parole diverse e in contesto diverso" ama il prossimo tuo come te stesso, sapendo che tutti gli uomini e tutte le donne sono il tuo prossimo (stessa radice)...se tutta l'umanità vivesse secondo questi due comandamenti (l'altro è ama Dio) non vi sarebbero più guerre, né ingiustizie, né sofferenza" (McGowan 29), né malattie aggiungo io.

Infine alcuni spunti di riflessione dall'ultimo seminario del Prof J Yuen (42):

Il sangue nei classici è prodotto dallo stomaco, mentre per la medicina cinese moderna la produzione è più complessa e coinvolge: A) MP/ST perché gli alimenti digeriti dallo stomaco, vengono trasformati e trasportati dalla milza pancreas.

Per cui un deficit di qi della milza o di yang della milza:

1 non supporta il polmone e non sostiene la wei qi, la nostra energia difensiva, con esposizione a sensibilizzazione all'ambiente, sviluppo di allergie, asma, eruzioni cutanee e parassitosi intestinali, per alterata peristalsi intestinale. Il polmone diventa iperattivo e si fa sostenere dallo yang del rene, con ulteriore tassazione della wei qi e conseguente sviluppo di autoimmunità, per superstimolazione dei midolli. In pratica il deficit del postnatale, non supporta il prenatale, causando un deficit di entrambi;

2 correla con metaboliti specifici (glucosio, proteine, colesterolo, trigliceridi) che alterandosi, stimolano la produzione maggiore di globuli bianchi, segno di iperattività del rene a sostegno della wei qi.

Per ridurre i globuli bianchi si dovranno tonificare milza pancreas e stomaco.

B) La produzione finale del sangue è a livello di cuore e ministro del cuore (HT/MC), o meglio è delegata al piccolo intestino (SI), in relazione alla vitamina B12 e al fattore intrinseco dello stomaco, che si combina con la vitamina nel piccolo intestino, consentendone l'assorbimento e costituendo una doppia relazione tra Stomaco/Milza Pancreas e Piccolo Intestino.

La vitamina B12 può mancare per assenza del fattore intrinseco prodotto dallo stomaco. Ciò causa anemia macrocitica, unitamente all'assenza o riduzione dell'acido folico, assorbito dal piccolo intestino. Per curare l'anemia si possono usare i punti shu inferiori del sangue, che corrispondono ai punti he del grosso e piccolo intestino 37 ST e 39 ST e vanno fatti in tonificazione, perché deputati al trasporto del sangue. L'assenza di gueste due vitamine danneggia il midollo, per cui si aggiunge il punto hui delle ossa 11 BL o punto shu superiore del sangue che agisce sull'anemia e sulle contrastando anche i dolori articolari che solito ossa. di accompagnano il deficit vitaminico.

C) Il Fegato stocca il sangue e poiché lo stoccaggio è una funzione del prenatale, il sangue del fegato nutre lo yin del rene, in medicina cinese tradizionale. Per vedere se c'è stasi di sangue del fegato, ci dice il Prof Yuen, si devono verificare gli enzimi epatici, in particolare si controlla se si eleva la SGOT (ALT).

In medicina cinese rinvigorire il sangue è compito del cuore/polmone/fegato e dissiparlo del rene (il rene filtra il sangue e lo libera dalle tossine). Il polmone muove il sangue, il cuore rinvigorisce il sangue, lo yang del rene dissipa il sangue.

Se si ha una condizione di stasi di sangue, si ha anche stasi di liquidi con edemi.

Elementi del sangue:

globuli rossi: trasportano O2 in relazione al Qi del Polmone, che muove il sangue del cuore, e al Qi dello Stomaco, yang dello stomaco o meglio della milza pancreas, che corrisponde ad alti livelli di acido cloridrico (HCL), elemento fondamentale per poter assorbire l'ossigeno. In pratica la milza pancreas o Gu Qi supporta il Polmone o Tian Qi, che consente di inalare O2. I globuli rossi correlano con la ying qi. Il trasporto di ossigeno, inoltre, richiede la presenza di ferro, contenuto nei globuli rossi, più precisamente nell'emoglobina, a cui si lega l'ossigeno.

Se si ha insufficiente HCl nello stomco, avremo, conseguentemente, deficit di Qi di MP e bassi livelli di emoglobina. In tal caso si deve moxare **4 MP**, punto locale che connette MP-ST e punto di apertura del Chong Mo, mare del sangue. Gong Sun, nonno- nipote, rappresenta la possibilità di attingere al passato (prenatale).

L'anemia può avere cause diverse, riconducibili tutte a deficit di sangue o di qi, trattate dal Prof Yuen singolarmente. La più interessante per l'argomento della tesi, riguarda l'insufficiente produzione midollare prenatale o secondaria a iperattività del midollo, che deve supportare la wei qi. Ciò stimola la produzione di globuli bianchi e induce da un lato la comparsa di leucemia se deficit e dall'altro l'insorgenza di malattie autoimmuni se eccesso di wei qi. L'eccessiva stimolazione del midollo porta alla sindrome delle ossa fumanti. Per curarla YJ suggerisce il punto 43 BL gao huang shu.

globuli bianchi:

Sono in relazione con la wei qi.

Possiamo avere variazione del valore fisiologico: un incremento (leucocitosi) per infezioni- infiammazioni- tumori in genere, compresa la leucemia; una riduzione (leucopenia) da virus- farmaci-

ipo/aplasia midollare. La terapia per la MCT consiste nell'incrementare le difese: 4 LI, 36 ST, 3 LR, 10 MP, 20 GB.

La medicina cinese è interessata all'eziologia delle infezioni e alla loro natura: **FREDDO: virus**

UMIDO: funghi CALDO: batteri

Granulociti:

I *neutrofili* sono associati al polmone dal punto di vista meridianico ed ai perversi esterni (PFE), gli *eosinofili* allo stomaco e ai perversi interni (PFI) e i *basofili* al triplice riscaldatore.

Sull'occipite si possono identificare le zone dolenti correlate ai meridiani tendino muscolari coinvolti, in base all'eziologia dell'infezione:

tai yang - occipite - correla con il freddo; shao yang - laterale - correla con l'umidità; yang ming- anteriore - correla con il calore;

I meridiani interessati saranno rispettivamente:

BL/SI; TH/GB; ST/ LI.

I *neutrofili* sono la wei qi creata dai liquidi, che viene indirizzata verso gli orifizi e coinvolge ST/BL; si usano i *punti pozzo* in tonificazione per aumentare i neutrofili e in dispersione per ridurli.

Esempio per i funghi si tratteranno i punti ting di 1 SJ e 44GB cioè lo shao yang, per i batteri 45 ST e 1 LI cioè lo yang ming .

A seconda della patologia i punti di riferimento sono differenti e si rimanda alla prossima uscita della dispensa da parte del Dott. Simongini (edizioni AMSA), per adeguata e corretta esposizione.

Eosinofili: legati ad allergie e autoimmunità, molto aggressivi, sono presenti in numero maggiore nelle persone insoddisfatte della vita, che spesso non sanno cosa gli succede. Connessi allo stomaco.

Vanno curati trattando il 36 e 37 e 23 ST localmente, se in eccesso, e se in difetto, si utilizzano il 44 e 38 e 21 ST localmente.

Basofili: sono di norma presenti nella fase iniziale della flogosi, connessi ai neutrofili, se infezioni o agli eosinofili, se allergie.

Sono mediatori tra il nostro interno e il nostro esterno, riequilibrano i globuli bianchi e il sangue. Si trattano con i punti *luo*. Si palpa soprattutto il TH e in particolare il puntoTH 5, per individuarne la dolenzia.

Il loro incremento in condizioni di normalità sin dall'inizio della vita, in MTC, indica una yuan qi debole. Nella Leucemia mieloide cronica l'incremento del valore dei basofili, segnala una maggior tendenza all' evoluzione in fase acuta, in Medicina Occidentale. (Capucci 4). Linfociti:

Distruggono le tossine del fuoco tramite la wei qi che viene dai fluidi dello stomaco e sono in relazione con i meridiani distinti, ragione per cui, si devono palpare le articolazioni o le stazioni del collo (Finestre del Cielo), in caso d' incremento dei linfociti.

Insieme ai *monociti* eliminano i tessuti danneggiati del corpo, formando le cicatrici, che hanno la funzione di riparare la zona del trauma. Questo processo è sotto il controllo del fegato.

Le cinque sostanze fondamentali

Wu Bao

La nostra vita, come esseri umani dipende, dall'interazione di sostanze vitali tra loro, tutte espressioni del *qi*, il quale rappresenta l'elemento base costitutivo dell'universo.

Le 5 sostanze vitali sono:

1 Qi: energia

2 Xue: sangue

3 Jing: essenza vitale (parenchima, materia vivente)

4 Jin/Ye: liquidi o fluidi

5 Shen: psiche

I 5 organi e i 6 visceri consentono alle sostanze vitali di formarsi, circolare e svolgere la loro azione.

A loro volta organi e visceri manifestano la loro attività tramite l'azione del qi, xue, jing, jin/ye e shen.

In medicina occidentale non esiste reale corrispettivo, se si ragiona solo in base alla cultura occidentale.

Le singole sostanze corrispondono a:

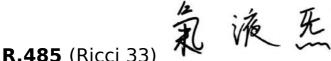
Qi= animazione, insieme dei processi enzimatici che forniscono energia alle cellule, per assolvere le proprie funzioni.

Xue= sangue come in occidente, inoltre è visto come insieme dei fenomeni trofici e nutritivi, compresi quelli affettivi che mantengono la vita.

Jing= protoplasma che compone i vari tessuti organici.

Shen= sistema omeostatico di controllo, definito psiconeuroimmunoendocrino. Rappresenta anche lo stato di coscienza individuale (Auteroche 3; Corradin 8; Di Stanislao 18)

Qi



N.403 (NICCI 33)

Nan Jing 8° difficoltà" Il Qi è la radice dell'uomo".

Qi = soffio, energia.

Il Qi è la base reale delle infinite manifestazioni di vita nell'universo.

Esistono 2 presentazioni del Qi:

1 partecipa alla formazione degli elementi costitutivi del corpo e permette alla vita di manifestarsi (respiro e cibo).

2 viene prodotto dall'attività fisiologica dei tessuti organici.

Questi 2 aspetti del Qi sono in stretta correlazione: il primo è la base materiale del secondo e il secondo è la manifestazione dell'attività del primo (Auteroche 3; Di Stanislao 18).

Lo yin e lo yang costituiscono due aspetti del qi, le due forze sottendono a tutta la circolazione energetica dell'organismo e il loro equilibrio garantisce la nostra salute. La malattia è espressione della disarmonia del qi (Corradin 8).

Pur essendo unico, le rappresentazioni del qi sono diverse, a seconda della funzione e della localizzazione.

Riporto in tabellaN°8 brevemente i diversi tipi di Qi:

Tabella N°8

Nome	Caratteristica	Funzione
Yang qi	Visceri	Funzione
Yin qi	Organi	Materia
Jing qi	Principioessenziale, quintessenza	Innato o del cielo anteriore, ereditato dai genitori al momento del concepimento: prepara la base materiale per ricevere l'acquisito. Acquisito o del cielo posteriore (cibo=Gu Qi, aria= Tian Qi), sostiene il Jing innato, di cui non possediamo scorte inesauribili - Sede: rene sinistro
Tian qi	Energia respiratoria	Inalata con i polmoni, si unisce alla Gu Qi per dare la Zong Qi
Gu qi	Energia alimentare	Rappresenta il primo stadio della trasformazione del cibo in qi e xue. Viene influenzata dalla qualità e quantità del cibo che il singolo introduce. La Milza la trasforma, fornendola al triplice riscaldatore medio che l'innalza al superiore.
Zong qi	Energia ancestrale, motrice, del torace Zong= fondamentale, essenziale,tempio degli antenati e zong he = sintesi (Auteroche 3). Sintesi tra Gu qi e Tian qi.	Serve a dare l'impulso alla respirazione polmonare e alla circolazione del sangue del cuore, (Auteroche 3) controlla inoltre la capacità di parlare e la forza nella voce (Di Stanislao 18). Per la relazione con gli antenati in dietetica energetica le abitudini alimentari, collegate alla famiglia e al paese di origine, sono in relazione con Zong. Ciò vuol dire che gli alimenti dell'infanzia restano i migliori per tutta la vita, quelli di cui conserviamo il ricordo del sapore (di Stanislao 18). Sede: triplice riscaldatore superiore, LS cp 17 " la zong qi si accumula nel petto, esce dalla gola secondo il vaso del cuore e fa funzionare la respirazione"- I battiti trasmessi agli abiti, al di sotto del seno, esprimono la sua forza o debolezza, perché sono un'emanazione del soffio maestro (SW cap 18; Auteroche 3; vedi schema Dr Dante de Berardins tabella 2 (12)
Ying qi	Energia nutritiva- essenza degli alimenti elaborato dai visceri (Fu) e distribuito dagli organi (Zang), prima di essere immessa nel sangue tocca visceri e organi (SWcap43 Huangdi24- Auteroche 3.)	Nutre l'intero corpo. Circola nel sangue e nei vasi sanguigni e percorre l'organismo secondo i meridiani, con un doppio movimento che compie una rivoluzione in 24 ore: 1 dal polmone alle 3 del mattino va per i meridiani, soggiornando 2 ore in ciascuno e termina il giro 24 ore dopo (1 ora cinese = 2 ore occidentali)- il soggiorno è detto "marea energetica" per cui l'energia associata al meridiano, è al suo massimo durante il soggiorno in esso e al suo minimo 12 ore dopo;

		2 dal polmone alle 3 del mattino va nel Du Mai e Ren Mai, dove circola per 24 ore. (Auteroche 3)
Wei qi	Energia difensiva, di natura yang. Ardore degli alimenti, troppo fluida per essere contenuta nei vasi perciò circola nella pelle e tra le fibre della carne". Ed ancora: "Si sublime nelle membrane del diaframma per spandersi nella cavità toracica ed addominale" Swcap43 Huangdi 24 – Auteroche 3)	Scorre negli strati più superficiali del corpo e al di fuori dei meridiani. Nasce nel triplice riscaldatore inferiore (reni), viene nutrita dal riscaldatore medio (milza e stomaco) e si diffonde grazie al riscaldatore superiore (polmoni). Protegge la superficie del corpo dalle aggressioni esterne (xie), controlla la sudorazione e la termoregolazione, protegge e riscalda gli organi e i visceri e nutre pelle e annessi cutanei. E' in rapporto con il sonno: circola 25 volte di giorno in superficie, cioè nella parte yang, e da 1 V segue i meridiani yang (tai -shaoyang ming) scendendo sino ai piedi, per poi risalire a V1 con i meridiani qiao; di notte penetra nel corpo con il 12 St, raggiungendo la parte yin, seguendo il ciclo d'inibizione ke (rene, cuore, polmone, fegato, milza, rene) e fuoriesce dopo aver circolato per 25 volte al mattino con il 18 GI (Corradin 8-DiStanislao 18- Auteroche3) -vedi schema dr Dante De Berardinis tabella 3 (12)
Zhong qi	Energia centrale	Deriva dal qi di stomaco e milza ed è l'energia del Triplice riscaldatore medio.
Zheng qi	Energia corretta	Indica l'associazione di vari tipi di qi che hanno la funzione di proteggere il corpo dalle invasioni dei fattori patogeni esterni: yuan qi, zong qi, wei qi e qi degli organi.

Tabella N°9

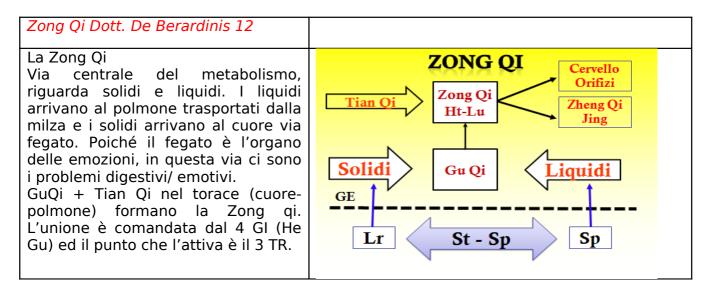
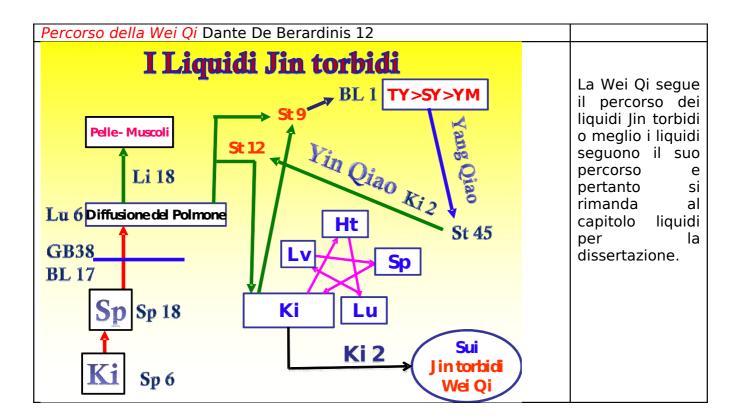


Tabella N°10



Riassumendo le funzioni del qi sono rappresentate da:

- 1 messa in moto e impulso per tutte le funzioni del corpo
- 2 trasformazione: 2 aspetti
- 1 trasformazione reciproca di: jing qi sangue liquidi organici (Sw cap5 /24.)
- 2 attività funzionale degli organi e visceri, la distribuzione di energia e sangue, il movimento di salita e discesa, di entrata e di uscita dell'energia: qi milza trasforma il cibo in gu qi, qi dei reni trasforma i liquidi, qi vescica trasforma urina, qi cuore trasforma il qi degli alimenti in sangue. (Swcap 5/24)
- 3 **regolazioni della temperatura corporee** (Nan Ching 30), soprattutto intervengono yang della milza/rene e wei gi.
- 4 **protezione**: SuWen cap33 (24): lo xue affluisce là dove vi è un vuoto di Qi. Svolge tale funzione il qi del polmone e in particolare la wei qi.

5 **controllo**: qi milza: mantiene il sangue nei vasi e gli organi in sede; qi rene e vescica: trattenere urina; qi polmone: controlla il sudore.

Senza scambi non c'è più nascita, crescita, maturità, vecchiaia....senza circolazione non c'è vita. SW cap68(24)

Sangue



R.2103 (Ricci 33)

Il sangue è inseparabile dal Qi, perché il qi infonde la vita al sangue, altrimenti sarebbe un liquido inerte. Essendo il Polmone il maestro del Qi, se ne deduce che cuore e polmone (SJS) agiscono unitamente sul sangue.

Nel sangue circola lo shen, che ha sede nel cuore, per cui il cuore governa il sangue, il fegato lo immagazzina, la milza pancreas lo forma, il polmone fornisce l'energia per muoverlo e i reni presiedono al tutto. L'immagine del treno, coniata dal Dott. De Berardinis, rende l'idea della complessità armoniosa che caratterizza il sangue (Corradin 7).

Tabella N°11

Organo	Parte del treno	Funzione		Sapori utili
Cuore	Locomotiva	Controllo p	perché	Amaro

Milza pancreas	Vagoni	presiede alla formazione e alla circolazione. Produzione perché	Lo purifica, tonifica il cuore, che tramite il piccolo intestino tenue, separa il sangue impuro e lo elimina con il mestruo. L'ipermenorrea può dare vuoto di sangue. Dolce tonifica il
·	vagom	fornisce il substrato del sangue, ricavato dagli alimenti e tiene il sangue nei vasi.	sangue e la milza pancreas.
Polmone	Energia elettrica	Movimento fornisce la forza propulsiva	Piccante Lo muove, tonificando il polmone
Fegato	Macchinista che regola qi e xue	Stoccaggio, distribuisce il sangue durante l'attività fisica e lo richiama durante il riposo. Regola la distribuzione al piccolo bacino e all'utero del sangue, contribuendo al mestruo.	xue, soprattutto nei vuoti di yang perché l'eccesso di acido, nuoce al fegato che regola la circolazione del sangue.
Reni	Organizzazione centrale: presiede ai midolli.	Attraverso la yuan qi innesca la trasformazione della Jing qi in sangue.	Salato Lede tutto il sangue, soprattutto il sangue del cuore. L'eccesso lede il rene e il Jing acquisito, radice da cui si forma il sangue.
Vasi	Ferrovia	Trasporto	

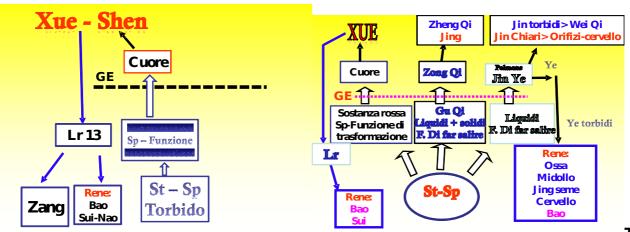
Produzione (De Berardinis /Corradin 7):

Ci sono 3 vie della produzione del sangue:

1 Sostanza torbida:

Il torbido dello stomaco viene trasformato in sostanza rossa da Da Bao (21SP), che tramite il 10SP Xue Hai attraversa il diaframma, passa nel torace e nel polmone e arriva al cuore. Secondo Padre Larre VC14 Ju que, che è il punto mu del cuore, attiva il passaggio. Il

cuore gli dona il colore rosso e così diventa sangue. Il cuore formato il sangue dalla sostanza rossa, che contiene lo shen (acquisito), lo distribuisce con 1HT dal torace al fegato. Il fegato con 13LR lo invia agli zang, rene compreso, per cui anche i visceri curiosi vengono nutriti. Il sangue viene trasformato per questa via in Jing e la fertilità femminile dipende da questa trasformazione. Il sangue diventa ovulo (xue jing) e il Jing seme deriva dal sangue ovulo e dai liquidi Ye Sperma.



abella N°12

Diapositive De Berardinis (12)

2 sangue degli organi:

I liquidi Ye assorbiti vengono fatti salire al polmone, tramite la milza pancreas, con 6SP San Jiao Yin. Il diaframma separa i liquidi in chiari e torbidi.

T



Tabella N°13

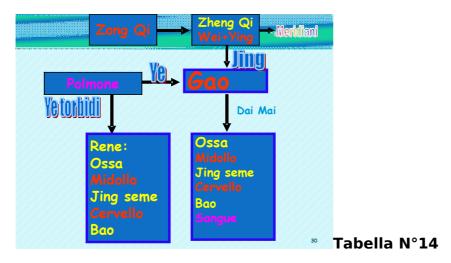
Diapositive De Berardinis D (12)

LIQUIDI YE CHIARI

Attraverso 21GB Jian Jing dal polmone vengono abbassati al SJ Inferiore e fatti scendere con 36ST Zu San Li. Dal SJI risalgono lungo la colonna, ai vari punti shu del dorso e agli organi correlati, grazie a 10SP e 7VC, punto Mo del SJI, in relazione al Du Mai. Negli organi formano il sangue degli organi.

3 Jing del sangue:

Il Jing con i liquidi torbidi Ye vanno a formare il Gao



Diapositiva De Berardinis (13)

ZhangJieBin - Commento al L.S. cap. 36 (De Berardinis 13)

Il jing e i liquidi Ye armoniosamente uniti creano il GAO che riempie il vuoto all'interno delle ossa. Il Gao crea:

- Il cervello,
- Il midollo,
- Lo Jing (seme),
- Il sangue,
- Jing = Ying Qi + Wei Qi;

Il punto 43BL Gao Huang Shu è attivo sul Gao, il quale Gao scende a Kl16 Huang Shu e attraverso il Dai Mai penetra nelle ossa e nel midollo, per giovare al Jing innato, al fine di produrre il Jing cervello, seme e sangue (20) (De Berardinis / Corradin 7).



Diapositiva De Berardinis (13)

Il Dr De Berardinis suggerisce quindi delle ricette per attivare la produzione del sangue dalle diverse vie: 1 Milza pancreas: 6 -10-21 SP 36 ST- 14 e 12 CV

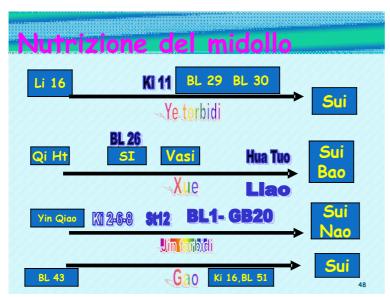
2 Organi: 21 GB, 18-20-15 BL, 6 SP, 36 ST

3 Sangue dal midollo, soprattutto negli anziani: 43BLV e 16KI

Il diaframma deve essere efficiente (se non trattare 17BL ge shu), il midollo deve, a sua volta, essere libero da umidità – calore (in tal caso 39GB xuan zhong).

Per la Formazione del sangue si dovrà agire soprattutto su Milza Pancreas e Rene, per la Circolazione su Cuore, Fegato e Polmone (De Berardinis / Corradin 7).

Il midollo viene nutrito attraverso differenti vie come riassunto nella diapositiva del Dott. Dante De Berardinis (13):



DiapositivaDe Berardinis (13)

Tabella N°16

Se il midollo va *in vuoto*, provoca sintomi da deficit di nutrizione di Jing e/o Xue (esempio nei casi di dieta ipocalorica), caratteristici:

- Caduta dei capelli
- Vertigini
- Astenia
- Difficoltà di concentrazione

- Depressione
- Amenorrea

Terapia: St36, St42.

La nutrizione del midollo può essere alterata:

per eccesso di Umidità:

Prototipo del cielo posteriore, si trattano i punti per: i vasi nutrizione del sangue: GB 22; il midollo GB 8-9; il cervello GB 20.

Oppure per:

1 Ye Torbidi carenti:

Obesità di tipo acqua con i seguenti sintomi che compaiono con la dieta:

Caduta dei capelli, Vertigini, Astenia, Difficoltà di concentrazione, Depressione, Amenorrea, ecc.

Terapia: Ki 11, BL 29-30

2 Gao

Palpare sempre BL 43. Potrebbe attivare il metabolismo basale insieme al Ki 2.

Inoltre:

Ki 16 Non nutrizione affettiva

BL 51 Huang Men Mancato allattamento

Se mancata penetrazione del GAO nella cavità ossea:

BL 29 per trattare Fame + sintomi dolorosi: lombalgia, lombosciatalgia, gonalgia

BL 30 per trattare Fame + sintomi sessuali: ipo-astenospermia, impotenza, ecc.

3 Jin torbidi

Alterazione del sonno + Sintomi Qiao: inizio obesità dopo sradicamento: affettivo, geografico, ecc.

Terapia: Ki 2, St 12.

BL 9, BL 1.

4 Sangue

Palpare sempre BL 43. Potrebbe attivare il metabolismo basale insieme al Ki 2.

BL 26 tipico sintomo: Fame che aumenta nel periodo perimestruale, voglia del dolce peri-mestruale. Il punto purifica l'umidità (nei vasi sanguigni), che blocca la nutrizione dei visceri curiosi.

Utili i punti Hua tuo Jia Yi Ji se dolorabili in caso di obesità localizzata

Inoltre palpare sempre GB 22, GB 8.

Percorso:

*Il sangue formatosi percorre i meridiani e arrivato al fegato, tramite 14 LR Qi Men. viene innalzato al 20 GV Bai Hui, da un ramo interno del meridiano del fegato. Dal 20 GV scende, percorrendolo sino a raggiungere il meridiano curioso Chong Mo, che rappresenta il mare del Sangue, al quale, arriva il sangue prodotto in tutte e 3 le vie.

*Con il meridiano luo longitudinale del fegato e il punto 5LR Li Gou, il sangue arriva al Dai Mai e agli organi genitali.

*Tramite il Bao Mai, altro meridiano curioso, il sangue scende dal cuore all'utero (Yuen 43); seguendo un'altra via scende con 1HT Ji Quan, al fegato e si congiunge al sangue del fegato (13LR punto di distribuzione del sangue dal fegato a tutti gli organi), andando all'utero. La connessione rene - utero è data da 2KI Ran Gu (JY personale).

*Il Qi del cuore, tramite il qi del suo viscere Intestino tenue, attivato nella sua funzione di separazione tra puro ed impuro, tramite, pare, il punto 26BL Guan Yuan Shu, riassorbe il sangue puro e fa eliminare l'impuro con il flusso mestruale. Il sangue puro con 26BL va nei vasi sanguigni (Mai - viscere curioso) e nutre midollo, osso e cervello. Il nutrimento viene fatto tramite i punti Hua Tuo, mentre l'utero viene nutrito con i punti liao (31-34BL).

Funzione del sangue:

Nutre tutto il corpo: all'interno zang/fu e all'esterno pelle, carne, tendini e muscoli (22 difficoltà, 30).

Nel SW 10 si recita: il fegato riceve il sangue ed è possibile vedere, le arterie danzanti come il fuoco sono associate al cuore, che fa lo splendore della carnagione...SW cap 5 (i 24) Il cuore produce il sangue, che sostiene la milza e cap 21 (23) la milza pancreas nutre il corpo e i quattro arti....Nel LS cap 47 (23) quando il sangue è in armonia ...i tendini e le ossa hanno la forza, le articolazioni sono elastiche (SW 21; LS 20 23/24).

Supporta tutta l'attività mentale. Questo perché ospita lo Shen. Alterazioni dello Shen comportano patologie della mente (Auteroche 3- De Berardinis Corradin 7).

Manifestazione:

Il sangue si manifesta nel colore della cute del viso (SW cap9 / 24). Se vuoto di sangue: pallore, non luminosità, peli e capelli fragili e spezzabili facilmente (LS cap10, 23)= ANEMIA; se colorito rosso accesso, abbiamo torbidità (LScap49, 23)= POLIGLOBULIA (Capucci 4).

Jing



R.978 (Ricci 33)

E' composto da 2 radicali:

A sinistra: "mi" grano di riso decorticato, i quattro grani separati dalla battitura e per Wieger (39) ed Ingram, potrebbe voler indicare la separazione fra le quattro direzioni: nord – sud – est - ovest, per estensione rappresenta qualcosa di puro, scelto, sottile.

A destra: "ging" suddiviso in "cheng" piante, arbusti che crescono alti, generare, crescere, sito nella parte superiore dell'ideogramma, indica il colore blu-verde della primavera e "tan" cinabro, crogiolo, fornello dell'alchimista per trasformare il piombo in oro, di colore causa del mercurio, sito nella parte dell'ideogramma, che indica la trasformazione. E' il colore rosso del cinabro che conferisce alla linfa le diverse sfumature di verde - blu. Anche l'uomo può essere paragonato ad una pianta (tronco e rami= braccia e torace, linfa= sangue e soffi che circolano sotto il controllo del cuore e dei polmoni (battito cardiaco e respiro), il campo del cinabro è la nostra yuan gi, sita nel centro del bacino (Corradin 8).

" Il Jing è ciò che permette agli esseri viventi di sopravvivere" (LS cap8, Huangdi 23), lo sviluppo fisico e psichico dell'individuo (dalla

nascita al decadimento), rappresenta i mutamenti del Jing, che, inevitabilmente, va riducendosi lungo tutto l'arco della vita. Senza Jing non si vive. Sino alla dinastia Ming si pensava di non poter trattare il Jing innato, destinato a ridursi, potendo noi agire solo sul Jing acquisito, tramite "la buona vita": limitazione dello stress, dormire bene, mangiare cibi freschi e di stagione, abitare lontano dalle grandi città, in luoghi immersi nella natura. Da allora, tramite la conoscenza dei meridiani curiosi e dei loro punti di apertura, è diventato possibile trattare il Jing e ciò riveste estrema importanza perché, chi ricorre all'agopuntura, spesso è affetto da patologie croniche e gravi, legate a turbe del jing, piuttosto che a turbe del qi degli organi (De Berardinis -Corradin 7).

Condizioni che accelerano la decadenza del Jing sono:

Deficit Jing congenito; gravidanze ravvicinate; eccessi sessuali e intellettuali; malattie croniche; psicosi, soprattutto la paura cronica (De Berardinis -Corradin 7).

Esistono due vie di provenienza del Jing:

Jing innato o del cielo anteriore (xian tian zhi Jing), conservato nel rene sinistro, utilizzato per alimentare tutti gli organi (zang). Ci viene dato dai genitori al momento del concepimento, quando i loro Jing si fondono (Jing ye del padre con Jing xue della madre) e determina le caratteristiche particolari della crescita e dello sviluppo dell'individuo.

Jing acquisito o del cielo posteriore (hou tian zhi Jing), proveniente dallo stomaco (LS cap18/23), che viene distribuito dalla milza a tutti gli organi, in base ai sapori degli alimenti (LS cap36/23).

Tabella N°17

Organo	Sapore
Fegato	Acido
Cuore	Amaro
Milza pancreas	Dolce

Polmone	Piccante
Rene	Salato

L'eccesso viene tesaurizzato nel rene di sinistra (De Berardinis - Corradin 7).

Funzioni del Jing:

sono divisibili in base a ciò che interessa in:

1 jing degli organi- 2 jing del midollo e del cervello - 3 jing seme (sperma ed ovulo)

1 jing degli organi: in base alle citazioni del SW cap11 e SW cap5 (24) e di NVN (Nguyen VN. 31) si può concludere che gli organi tesaurizzano il Jing, i visceri lo eliminano e non lo possono conservare, il rene riceve il jing in eccesso e lo conserva; inoltre quando si parla di "organo", si intende anche il suo sistema anatomico compreso annesso e orifizio:

Organo	Annesso	Orifizio
Fegato	Tendini-muscoli-unghie	Occhio
Rene	Osso midollo cervello denti capelli ano uretra- visceri curiosi	Orecchio
Polmone	Pelle peli	Naso
Milza- pancreas	Connettivo labbra	Lingua (sapori)
Cuore	Vasi	Lingua(eloquio)

Tabella N°18

Il Jing degli organi viene costantemente nutrito dai 4 mari:

Mare degli alimenti, mare del midollo, mare dei meridiani, mare del sangue (SIdA scuola italiana di agopuntura - De Berardinis- Corradin 7).

2 Il Jing del midollo viene nutrito dal jing alimentare, che dal rene e dal ming men sale lungo la colonna vertebrale e va al cervello. Il cervello è il mare del midollo (serbatoio). Da qui il Jing scende lungo il ramo esterno del meridiano della vescica, andando a nutrire, con i punti ben shen, il Jing specifico di ogni organo. Il movimento di salita lungo la colonna, porta all'individualità e percorre le tre cavità: pelvi, torace, cranio, che costituiscono la base della nostra postura.

Che cosa nutre il midollo in medicina cinese?

Il jing acquisito, per vie diverse:

*liquidi ye torbidi, che scendono al SJI con 16LI ju gu, vengono afferrati dal rene, con il punto 11KI heng gu e con 29BL zhong lu formano il midollo.

*il gao: dal torace 43 BL gao huang shu a partire dai liquidi ye, scende al 16 Kl huang shu, va al 52 BL zhi shi, percorre il Dai Mai e con 51BL huang men sale verso l'alto a nutrire il midollo, ridiscendendo poi con 53BL bao huang all'utero.

* dal punto 15 CV jiu wei il meridiano luo del VC scende verso 1 V chang qiang



Diapositiva De Berardinis (13) - **Tabella N°19**

3 Il jing scende in basso verso l'utero, inteso come viscere curioso, per formare il **jing seme** maschile jing ye o femminile jing xue. Si forma come sopra ma il punto della vescica è il 30 V bai huan shu (De Berardinis- Corradin 7).

La Sida ha messo a punto un trattamento per trattare l'oligoastenospermia, per nutrire il midollo e per l'eccesso di fame, che risulta efficace, a patto che lo stomaco sia in grado di far scendere (36 St zu san li) e il diaframma non sia bloccato (17 BL ge shu, 46 BL Ge guan o 38 VB yuang fu se umidità- calore):

16 LI, 11 Ki 36 St per nutrire il jing del midollo con i liquidi ye torbidi e 43 BL, 16 Ki e 53BL per nutrire il midollo attraverso il gao(De Berardinis-Corradin7).

Shen



R 9655 (Ricci 33)

Spiriti, dei, divinità, spirito supremo, principio vitale, quintessenza dell'energia vitale superiore, meraviglioso, sovrannaturale

Wieger (39) lo definisce: anima, spirito, spirituale, genio, forza naturale o vitale. Anche questo ideogramma per comprenderlo meglio è stato scomposto in 2 parti:

sinistra: chèu : influenze che giungono dall'alto, sotto il cielo(identificato con 2 linee trasversali) ci sono i 3 raggi, che rappresentano: sole luna stelle. Rappresentano i messaggi trascendentali del cielo e le luci li rivelano all'uomo.

destra: chenn: 2 mani che tendono una corda, in segno di espansione, rappresenta anche in alternativa un uomo eretto (monaco taoista per Claude Gregory) che si cinge con le proprie mani la vita, ove vi è l'ombelico, sede di comunicazione con i soffi universali..

Lo Shen racchiude in sé quanto di più prodigioso ci possa essere: rappresenta gli influssi sottili ricevuti dal cielo che ci istruiscono. In ogni uomo esiste un asse verticale che consente un dialogo costante tra cielo e terra(Corradin 8).

Lo shen ci dà la vita, ma per formarsi ci vuole il jing che è la trama di fondo indifferenziata. E' associato al concepimento, atto in cui i due jing dei genitori si scambiano reciprocamente e nel momento dello scambio il Grande Shen si materializza in Ling. (LS cap8/23). Questo shen si chiama Yuan Shen.

Lo shen orchestra, cioè comanda, tutti i movimenti di energia del corpo e controlla le trasformazioni dell'individuo nel corso della vita.

Espressioni dello shen:

JingShen: spirito vitale detto Grande Shen, si trova nel cervello.

ShengMing: irradiazione luminosa dello spirito. Esprime il Piccolo Shen nella luminosità del volto e degli occhi. Il Piccolo Shen, lo shen rivelato, risiede nel cuore e viaggia nel sangue, portandosi ai 365 punti di agopuntura. Lo shen nascosto si trova invece nel ministro

del cuore. Lo scopo della vita è riuscire a trovarlo, perché corrisponde alla scoperta e realizzazione del proprio destino.

Secondo il Nan Jing, non essendoci un collegamento diretto tra Ministro del Cuore e Cervello, il vero protettore del Cuore sarebbe il Fegato, che con il suo ramo profondo arriva al cervello, entra in contatto con il grande shen, e consente allo shen nascosto di rivelarsi.

Il grande shen, materializzato negli organi come ling, prende il nome di Po per il polmone, Shen per il cuore, Hun per il fegato, Yi per la milza, Zhi per il rene. Queste anime vegetative si esprimono nei punti ben shen della branca esterna del meridiano della Vescica: 42 po hu per il Po, 44 shen tang per lo Shen, 47 hun men per lo Hun, 49 yi she per lo Yi e 52 zhi shi per lo Zhi.

Ge Hong 283- 343 d.C., fu l'iniziatore della Medicina Alchemica, influenzò tutte le scuole e le tradizioni successive, definì i 3 tesori jing, qi e shen, e fondò la SCUOLA DELLA PUREZZA DI GIADA nota come **Yu Qing**, di cui fa parte il Prof JYuen. Studiò in Vietnam e si dedicò soprattutto alle erbe.

Egli sosteneva che i 3 tesori trattano tutti i disturbi dello SHEN, in particolare, usava il trattamento sotto indicato, quando una persona è a disagio con le responsabilità del proprio destino.

1 Ki (tratta Jing) + 17 CV (tratta il Qi) + 20 VG (tratta lo Shen)

1Ki è acqua- 17 CV è ren mai e 20 VG è du mai.

La vita, diceva Ge Hong, dovrebbe essere uno strumento per avere la grazia dello shen. Definiva il piccolo e grande shen come:

Tabella N°20

Piccolo shen Ling shen	= Sede: petto- anima vegetativa del cuore cioè LING, parte di energia, che esiste, perché è in un corpo che
	è il supporto materiale; è l'anima incarnata,
	caratterizza l'individuo che è irripetibile, separato
	dagli altri (io che nasco, cresco e mi sviluppo e faccio
	qualche cosa e sono diverso da mio fratello anche se
	siamo nello stesso ambiente e abbiamo in comune il
	Jing perché ho gli stessi genitori).
Grande shen	Sede: testa, ospitato dai midolli, è una parte del
	grande shen del cielo, cioè del Tutto (TAO) - Lo Shen
	qui è lo spirito universale. l'insieme delle cose viventi.

la comunione delle cose viventi (lo Spirito Santo della
Chiesa dice il Dott. Simongini). Non c'è materia, yin e
yang, in comune c'è lo spirito che anima il corpo, la
vibrazione.

Viviamo la nostra vita, cercando di realizzare il destino che ci è stato assegnato.

Il Jing viene distribuito in tutto il corpo (organi e visceri) tramite il SJ e i punti SHU. Sotto la guida del cuore, lo shen realizza il proprio destino. Se non si raggiunge il proprio destino, per i Taoisti, ci si reincarna sino al raggiungimento della realizzazione del nostro destino, mentre per gli Induisti si può andare avanti ed indietro nella realizzazione.



Tabella N°21

Se il Cuore non realizza, non riesce ad esprimere la propria natura e scattano meccanismi protettivi.

Il pericardio interviene e protegge il cuore dando una costrizione sul TR.

Tabella N°22

MING MEN porta del destino

Shu dorso Zang Fu

Cuore Realizzazione

XING

TR

Reni –Jing MC

Essere in salute vuol dire avere una comunicazione libera tra acqua e fuoco tramite San Jao e Ministro del Cuore.

La terapia consiste nell'uso dei punti del Cuore e del Rene nella medicina tradizionale, ma per la medicina cinese classica si usa invece San Jao e Ministro del Cuore.

L'Alchimia trattando Jing, Qi e Shen diventa una RISONANZA UNIVERSALE, perché una terapia così profonda, per quanto individuale, non può non avere effetti nell'ambiente circostante. Ciò che facciamo agisce sempre sul tutto (Simongini 34).

Tao Hong Jing 431-536 DC, fu il maestro iniziatore della scuola Attaccare e Purgare.

Sosteneva che è importante permettere al Jing di arrivare al petto affinchè il Cuore possa realizzare il destino individuale.

Indicò un punto utile per permettere ciò: **44 BL Shen Tang**, sala dello spirito, che agisce sullo spirito shen, e per conseguenza agisce sulla materia. Dobbiamo permettere allo shen di esprimersi perché così agisce sulla malattia.

Lo stato di coscienza nel quale si è prodotta la malattia, non può essere lo stato di coscienza che determina la guarigione (Simongini 34).

La guarigione è vista come un processo di trasformazione. Se abbiamo una malattia organica, che colpisce il Jing, dobbiamo chiedere al Jing di raggiungere il petto per comunicare con lo spirito, perché è lo spirito che cambia la materia. Questo è il significato dell'azione del 44 BL, punto con medesima forza secondo il Dott. Simongini è il 23 KI (35). Il maestro Tao Hong Jing diceva di non curare un malato, altrimenti questi sarebbe tornato a fare la stessa vita di prima che si ammalasse. In questa condizione, la malattia continuerebbe a lavorare in profondità e riemergererre, per cui si deve depurare il paziente purgandolo delle cose che si depongono in profondità, prima di curarlo.

In altri termini, la malattia è vista come *via per la guarigione* ed il recupero del proprio mandato, ma se la nostra base, la nostra psiche e la nostra mente non cambiano, non potremo guarire veramente il nostro corpo.

Il nostro corpo non mente mai sulle nostre reali condizioni.

Una parte dei miei pazienti provati dall'esperienza dell'isolamento e della concreta possibile perdita della vita, riescono ad arrivare a questa profonda riflessione e a modificare lo stile di vita; non sono i più (molti i chiamati e pochi gli eletti), perché le barriere che innalziamo per "non vedere", spesso ci danno tranquillità e sicurezza e preferiamo proseguire sulla via del "non vedo e non sento" e ...così non soffro più (Capucci 4).

Lo Shen è legato al cuore e ai sette sentimenti qing, che rappresentano la presa di coscienza delle emozioni kan da parte del Cuore, e la capacità di gestire le emozioni. Sono legati all'energia nutritiva e cognitiva ying, per cui la capacità di gestire le emozioni si impara vivendo (De Berardinis -Corradin 7).

I Liquidi

Jin R 925 (Ricci 33)



Ye R 5696 (Ricci 33)

I liquidi *Jin* sono leggeri, sottili e vanno verso la superficie; i liquidi *ye* sono pesanti, densi e vanno in profondità.

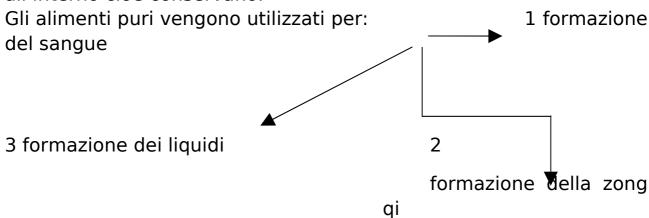
LS cap 36 (23): i liquidi jin/ye provengono dai cinque tipi di cibo, che unendosi armoniosamente, creano il grasso gao, che percola all'interno delle ossa vuote, supplendo e aumentando il cervello e il midollo scorre verso il basso nelle ossa delle gambe.

Organi coinvolti nel metabolismo "cinese" dei liquidi:

- *Milza pancreas: fa salire i liquidi con 18 Mp (I TRI) e 6 Mp (I e II TRI);
- *Polmone: accoglie i liquidi, li abbassa, li chiarifica, e li diffonde a tutto il corpo;
- *Vescica: mette i liquidi in riserva dice il SWcap 8 (24), li distribuisce ed elimina le impurità rifiutate dal polmone;
- *Rene: regola la chiusura e l'apertura degli orifizi inferiori, così da eliminare l'eccesso dei liquidi o trattenere i necessari per l'organismo;
- *Triplice Riscaldatore: i liquidi puri li trasporta agli organi, mentre trasforma l'impuro in sudore e urine e lo elimina. Presiede la circolazione "interstiziale " dei cou lì.

Gli alimenti vanno allo Stomaco, che compie la prima scelta (ITRI) 13 CV, shang wan

separa puro impuro: l'impuro scende al Piccolo Intestino (IITRI). Se gli alimenti non scendono, si punge ST43, punto coinvolto in questa fase, che favorisce la discesa, in quanto punto shu di un viscere. I punti shu dei visceri, infatti, portano all'esterno le sostanze, cioè eliminano, quelli degli organi, invece, portano all'interno cioè conservano.



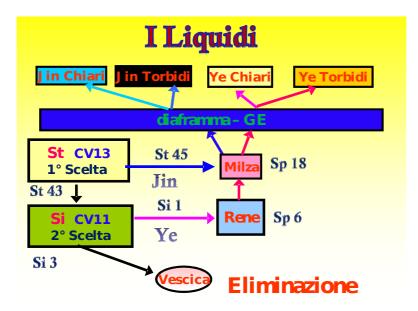
In condizioni fisiologiche gli impuri vanno nel piccolo intestino e si dividono nuovamente (II TRI) in puri e impuri, per l'azione del 11 CV, jian li. Da qui gli impuri veri vanno alla vescica, con il 3PI e vengono eliminati, con il 65 BL, shu gu, e 28 BL, pang guang shu. In condizioni patologiche, gli impuri, non vanno all'intestino tenue, ma tramite i cou lì e zong jin. Lo zong Jin è noto come muscolo degli antenati ed è un ramo secondario del dai mai, come lo stesso bao mai; entrambi vengono utilizzati per mantenere in latenza le xie: fu xie. Il centro dello zong Jin è il 30 ST. Le fu xie vanno al 30 ST, qi chong, che unisce zong jin superiore e inferiore, ma anche dai mai e chong mai, per cui le xie possono:

1 andare al Dai Mai e restare latenti (xie latenti es herpes zoster.)

2 andare al Dai Mai e dal Dai Mai far risalire l'umidità, con 29 GB, ju liao, allo Yang Wei Mai e al cervello, tramite 13 GB, ben shen, o al Bao Mai, suo ramo secondario

3 andare al Chong Mai e prendere la via della pelle come eliminazione, provocando le dermatosi (orticaria da alimenti).

I liquidi puri del I TRI, con 45ST (punto pozzo - li dui) e 18 SP, tian xi, e quelli del II TRI che vanno al rene, con il 1 SI, e alla milza, con il 6 SP, san yin jiao, salgono al torace passando per il diaframma GE, che separa i liquidi Jin (I TRI) e Ye (II TRI) in chiari e torbidi e li manda al polmone. Questi li porta in alto alla testa o in basso al SJ inferiore o alla periferia.



Diapositiva De Berardinis (12) - Tabella N°23

Liquidi Jin

Come già detto i liquidi arrivano nello stomaco e vengono separati in impuri e puri da 13 CV: gli impuri vanno con 43 ST, xian gu, al piccolo intestino, dove subiscono una nuova separazione e i puri, trasportati alla milza con 45 ST, li dui, vengono inviati al polmone. Se ST 43 e 45 non funzionano adeguatamente, il pz mostra segni di secchezza e disidratazione, ma non avverte sete e sente lo stomaco pieno di acqua.

Liquidi jin chiari

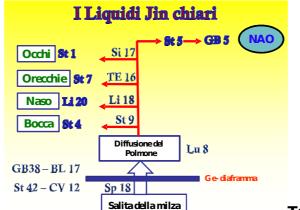
Sono lo **yang puro della milza**, il polmone li fa salire alla testa: orifizi e cervello. La diffusione del polmone, avverrebbe con il punto 6LU, kong zui, e/o 8 LU, jing qu. Questi liquidi hanno la funzione di nutrizione ed arrivano agli orifizi, tramite i punti 5 GB, xuan lu, e 5 ST, da ying, grande accoglienza, il cui secondo nome sui kong, significa comunicare con il cervello. In Cina gli anziani massaggiano il 5 ST per avere il cervello "sveglio".

I liquidi salgono con il meridiano dello stomaco da ST 8 sino a 9 ST, poi con le finestre del cielo, vanno a: ST 9 ren ying Bocca -- GI 18 fu tu Naso - TB 16 tian you Orecchie - 17 SI tinag ron Occhi.

Lo Yang puro dallo St viene prodotto grazie 42ST (chong yang) e 12 CV (punto Mo dello ST zhong wan) e 21 ST liang men secondo JY (41).

I sintomi cardine dell'alterazione della salita dello yang puro sono: confusione e difficoltà a concentrarsi, cefalea frontale a digiuno, vertigini, annebbiamento visivo, che scompare mangiando. Se non ci si vede più dalla fame si deve fare 42 ST- 12 CV- 5ST per la costituzione terra o 5GB per il legno. Quando lo yang puro arriva agli orifizi, questi possono funzionare come organi di senso: l'occhio vede, l'orecchio sente... l'interpretazione della percezione, coinvolge un giudizio e questo si ottiene con la zong qi che irrora gli orifizi.

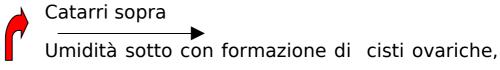
I punti che attivano la Zong Qi a livello degli orifizi sono: 1 ST Occhi -ST 4 Bocca - Ll 20 Naso - ST 7 Orecchie Questi punti agiscono pertanto non sulla percezione, ma sulla capacità di giudizio del cervello.



Diapositiva DeBerardinis 12

Tabella N°24

Tutto ciò che va al collo, passa dalla tiroide e in patologia può determinare un gozzo, se va agli orifizi sviluppa congiuntivite e otite, se va al cervello si avranno nevrosi, ansia e epilessia. Per cui, se si ha un blocco dello stomaco, avremo la condizione di accumulo catarri zona alta del corpo e umidità zona bassa:



fibromi, cistiti.

Liquidi Jin Torbidi

Si distribuiscono in tutto il corpo, prevalentemente all'esterno e tendono ad essere eliminati come sudore, urine, lacrime e saliva.

Nel SW cap23(24) si connettono liquidi e organi:

Organo	Secrezione
Cuore	Sudore
Polmone	Secrezione nasale
Fegato	Lacrime
Milza pancreas	Saliva fluida

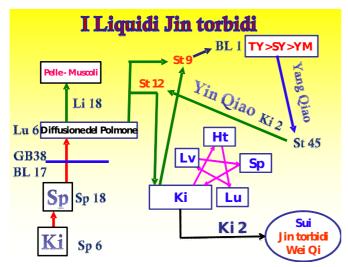
Rene Saliva densa

Tabella N°25

I liquidi, dal Polmone con LI 18 vanno a pelle e muscoli e percorrono la via della wei qi(Yuen 41). Hanno funzioni di difesa. La wei qi circola seguendo i meridiani qiao e i liquidi Jin torbidi la imitano.

Da ST9 (ren ying -punto meridiano yin qiao) vanno a BL1, jing ming, pupilla splendente, e da questa parte la circolazione diurna della wei qi, che segue il tragitto dello Yang Qiao Mai: la via tai yang - shao yang - yang ming, effettuando 25 giri di giorno. Tramite lo yang qiao da ST45 (ultimo punto) passano KI2, ran gu, punto di origine dello Yin Qiao Mai, risalgono con lo yin qiao e vanno a ST 9 e a 1 BL.

Mentre l'individuo dorme, da ST 45 la wei qi va a ST12 (que pen - altro punto yin qiao) e da lì, viene portata all'interno e verso gli organi, a percorrere il ciclo Ke(rene cuore polmone fegato milza rene), con lo scopo di nutrirli e di nutrire i visceri curiosi con 2R (midollo, ossa, cervello, utero). Il Ki-2 si chiama ran gu, bruciare la gu, è in rapporto con la gu qi, jing dei liquidi e dei cereali. Viene utilizzato per l'osteoporosi, per la sua relazione all'osso, unitamente, secondo la ricetta della medicina tradizionale a BL-66 zu tong gu, SI-2 quian gu e HT- 8 shao fu.



Diapositiva De Berardinis (12)- Tabella

N°26

Tramite i cou lì, venuzze negli interstizi, i liquidi torbidi vanno a pelle, muscoli, aponeurosi e mesenteri e la loro funzione, aperturachiusura per drenare e nutrire, è legata al qi del Triplice riscaldatore.

Liquidi Ye

I liquidi puri che danno origine a liquidi ye, vengono assorbiti nel II TRI ad opera di CV11, jian li, e con SI 1, shao ze, (punto pozzo) vengono portati al rene e dal rene salgono con SP6, san yin jiao, alla milza pancreas, tonificandola e via diaframma vanno al polmone. Il diaframma separa i liquidi ye in chiari e torbidi.

I liquidi sono densi e tendono a penetrare nell'interno, per cui il polmone li abbassa per vie diverse.

Liquidi Ye Chiari

Attraverso VB 21, Jian Jing, dal polmone vengono abbassati al SJ Inferiore e fatti scendere con 36 St, Zu San Li, o ST 30, qi ching. Dal SJI risalgono lungo la colonna(Du Mai), seguendo la yuan qi, ai vari punti shu del dorso e agli organi correlati, grazie a 10 MP e 7 CV, punto Mo del SJ inferiore, in relazione al Du Mai. Negli organi formano il sangue degli organi.



TabellaN°27

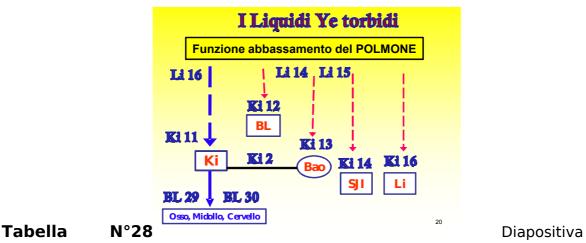
Diapositiva De Berardinis (12)

Sono la parte yang del liquidi ye, dato che seguono la wei qi. Nutrono rene yang e visceri curiosi, che da lui dipendono. 21 VB tonifica il sangue di tutti gli organi e abbassa i liquidi ye alla vescica biliare a formare la bile (huang ye), che serve a purificare il calore umidità di tutti gli organi compresi i visceri curiosi.

Liquidi Ye Torbidi

Sono liquidi yin e vanno a nutrire il Jing innato, a formare il midollo, le ossa e il cervello.

Il polmone li abbassa, attraverso LI16 ju gu, detto punto riunione dei midolli dell'alto da NVN, perché portando i liquidi ye torbidi al rene, va a nutrire i midolli (Nguyen 31) ed è speculare a GB29, xuan zhong, riunione dei midolli del basso:



Berardinis(12)

Diapositiva De

Vescica
Utero
Riscaldatore inferiore
Grosso intestino
Rene

Tabella N°29

*La vescica riceve i liquidi ye abbassati dal polmone: in parte vengono fatti risalire al rene e riassorbiti con 7 SP, lou gu, e in parte vengono eliminati. Punti utili in tale funzione potrebbero essere: 40 BL, wei zhong, che "chiarifica il viscere" e 3 CV, zhong ji, punto mu della vescica.

La vescica invia i liquidi assorbiti al rene, che con 2KI li invia ai visceri curiosi, nutrendo il jing innato con l'acquisito, unitamene al sangue che arriva attraverso i Mai (vasi, viscere curioso).

Ogni volta che si parla di abbassamento di liquidi sono coinvolti 3 organi: il Polmone abbassa con 16 LI, il Rene e quindi i visceri del SJI afferrano e lo Stomaco fa scendere.

Se non si ha la discesa dei liquidi, questi si accumulano in alto e si formano i Tan (catarri). In tabella sono riportati i punti che consentono ai diversi visceri di afferrare i liquidi.

Visceri	Punti
Vescica	KI-12 da he
Utero	KI-13 qi xue
Riscaldatore inferiore	KI-14 si man
Grosso intestino	KI-16 huang shu
Wei Qi	KI-15 zhong zhu

Tabella N°30

Per la SIdA i punti he speciali dei visceri, hanno il compito di inviare i liquidi ye torbidi verso il midollo, mentre i punti shu del dorso dei visceri e i punti shu dei meridiani, a loro associati, attivano la funzione di eliminazione.

GAO

Jing e liquidi ye formano il Gao, che è una sostanza grassa utilizzata per nutrire cervello, utero, midollo e osso. E' una sostanza di origine acquisita che si forma a livello del torace e nutre il Jing innato.

Punti connessi al GAO:

BL-43 gao huang shu	Forma il gao
KI-16 huang shu	Il gao entra nell'osso e midollo; a partire da questo punto, percorre il meridiano Dai Mai sino a BL-52. Da BL-52, zhi shi va al cervello con BL 51, huang men, e all'utero con BL-53.

BL-29 zhong lu shu e BL-30 bai	Il primo è legato al jing del midollo e il secondo al
huang shu	jing seminale. Consentono il passaggio del gao
	nelle ossa per formare il midollo e nell'utero per
	formare il seme.

Tabella N°31

Secondo Zhang Jie Bin è il gao che forma cervello, midollo, sangue e jing seminale(Commenti riportati da Padre Larre).

Il jing del sangue è costituito dalle cellule staminali del midollo, per cui è formato dal midollo stesso.

(terza via della formazione del sangue)

Punti di agopuntura

I meridiani di agopuntura costituiscono le sedi privilegiate sulle quali risuonano tutte le attività dell'organismo e a livello dei punti queste funzioni possono essere regolate in modo specifico.

Il termine "punto" in medicina cinese corrisponde a 3 termini diversi - ogni punto ha 3 nomi e 3 funzioni:

XUE(R. 2101) (Ricci33)

Grotta, abitazione scavata nella

terra, caverna, antro, foramina.

Luogo della trasformazione perché "luogo di emergenza delle correnti sotterranee", da cui emerge l'energia che percorre il corpo umano (Guillame 21).

"Quando si indica il punto, con l'ideogramma XUE, si fa riferimento alla sua azione profonda. La grotta è il simbolo del passaggio dalle tenebre alla luce (non a caso Gesù è nato in una grotta), dalla malattia alla salute. La caverna della montagna, significa penetrare dentro l'asse del mondo, la montagna è il luogo, dove si incontrano simbolicamente il Cielo e la Terra, è il luogo della trasformazione. Pungere un punto XUE significa attivare una trasformazione per portare alla guarigione" (Ippoliti 25).



SHU R. 4462 (Ricci 33) veicolare, perdere al gioco.

Offrire un tributo, trasportare,

Orienta il senso verso il trasferimento di una cosa, l'effettuarsi di una trasmissione, trasportare per offrire, trasporto dal profondo, cioè offre in superficie la funzione del viscere profondo. Il punto di agopuntura, infatti, si trova nella posizione superficiale del meridiano (Ippoliti25). Per cui ogni punto shu rappresenta, da un lato la possibilità di offrire all'organismo e dall'altro quella di perdere qualcosa (Corradin 8).

YU R. 5893 (Ricci 33)

guarire.



rispondere affermativamente , dire di



"sì", in relazione con il R: **5910**

che significa migliorare,

Accendere e spegnere, interruttore: far muovere l'energia in una certa direzione del corpo. Luogo dove il terapeuta può agire per ottenere una risposta favorevole(Guillame 21).

Il punto controlla la zona di pelle che comanda, di cui è competente. Pertanto come evidenziato dai termini "trasportare" e "trasmettere" da un lato, e da "incavo, accesso, entrata" dall'altro, da questi punti -foramina- si accede ad un sistema di circolazione di energia, ove il medico può influire dall'esterno. Sono luoghi privilegiati dove emergono tutte le attività del corpo (Di Stanislao 20).

Numero totale dei punti: 365 per il SW cap 58 (24) : " lo stesso numero dei giorni dell'anno" a sottolineare l'analogia e il simbolismo, sempre presenti in Medicina Tradizionale Cinese. In realtà, sarebbero 361, ripartiti nei dodici meridiani principali e nei due curiosi Du Mai e Ren Mai.

Guillame (21) nel suo Dizionario ne elenca oltre 380, tralasciando i punti nuovi, ma contando solo oltre ai normali i punti curiosi fuori meridiano.

Leung ritiene che i punti reali siano circa 3000. (Leung Kwok- Po 27)

Classificazione dei punti (tratta dalla Tabella Corradin pag 180 - Corradin 8)

corradiii o j	
Punti dei meridiani	361 – sito: meridiani principali e curiosi: Ren Mai e Du Mai
Punti curiosi	Sito: extra meridiani principali in ramificazioni di vasi secondari Funzione: punti di concentrazione dell'energia (Guillame)
Punti Ashi	Palpandoli o premendoli fanno male e per questo sono detti ashi - Sun Si Miao VII secolo (36)
Punti nuovi	Descritti dai medici di territorio, dopo la rivoluzione culturale, in base all'esperienza personale. Agiscono con azione sintomatica riflessa.
Punti dei microsistemi	I punti dell'auricoloterapia, mano puntura, podopuntura e rinopuntura

Tabella N°32

Caratteristiche dei punti

Ideogramma (nome)

Localizzazione topografica

Funzioni (indicazioni fisiologiche)

Sintomatologia

Classificazione dei punti secondo Kespì (Kespi, 26)

1) Punti di comando

- Punti Shu Antichi
- Punti Yuan
- Punti Lo
- Punti Xi

2) Punti specifici

- Punti Mu
- Punti Shu del dorso
- Punti Shu anteriori
- Punti di comando degli organi
- Punti Finestra del cielo
- Porte

3) Altri punti

sarebbero Nella medicina occidentale i punti posti corrispondenza di tronchi nervosi quando questi si superficializzano, di rami nervosi guando attraversano la fascia profonda, di rami nervosi divenuti superficiali attraversando dei forami ossei, di fasci vascolari o della ramificazione dei nervi periferici (Ceccherelli5). Nessuno, finora, è riuscito a dimostrare l'esistenza del punto di agopuntura con le tecniche scientifiche, che sono a nostra disposizione. Esistono, tuttavia, alcune osservazioni che caratterizzano il punto di agopuntura:

- ·La pelle dove è situato il punto di agopuntura presenta una diminuzione della resistenza elettrica;
- ·Istologicamente nel punto vi è un aumento delle terminazioni nervose;
- ·Alcuni punti stimolati elettricamente provocano un aumento della concentrazione plasmatica di endorfine, serotonina, idrocortisone e tasso di anticorpi:
- ·Alcuni punti, sempre stimolati elettricamente, stimolano la peristalsi intestinale, la secrezione gastrica, il ritmo cardiaco (Ippoliti 25).

I punti utili, ai fini dello scopo di questo studio, sono rappresentati dai punti shu e dai punti ben shen.

SHU - trasportare per offrire (Nan- ching 30 - Kespi26)

Caratteristiche

Trasportano Qi agli organi interni (Yuan), quindi hanno anche azione sull'organo di senso corrispondente (Li Ding 28). Sono anche detti punti Assentimento (l'ideogramma ha in sé l'idea del tributo pagato dalle nazioni tributarie) o disperdenti, perché servono a calmare, per ciascun organo, le eccitazioni, le febbri, le infiammazioni determinate da una causa esterna (de Morant 14.)

Questi punti sono situati nella regione dorso-lombare (67 difficoltà, Nan Ching 30), sul Meridiano principale della Vescica, detto anche Tai Yang o Grande Yang o Yang adulto, a 1,5 cun da Vasogovernatore. E' un meridiano Yang per cui porta lo yang verso il basso. Il meridiano regolarizza l'organismo obbligandolo ad un

funzionamento secondo la regola, per cui è stato creato perché rappresenta il Padre, la Regola (SW cap79/24), è l'apertura che diffonde i soffi (SWcap 6/ 24), è meridiano con più sangue che energia (SW cap24/ 24 - LS cap78/ 23), pertanto tende ad esercitare una azione sulla struttura del corpo seguendo la "regola dell'acqua", a differenza del meridiano del Piccolo Intestino che segue la regola del "fuoco" (Andres1). Ma alcuni suoi punti non sono collegati ad organi (Du Mai, Ge, osso sacro, ano) - (Di Concetto G. 15- Darras11 - Ou Ming e Li Tanwen 32). Il livello dei punti Shu sul dorso corrisponde a quello dei punti Mu sull'addome, essendo localizzati all'altezza degli zang Fu rispettivamente collegati (Li Ding 28). Corrispondono con la loro disposizione metamerica dorsale ai gangli della catena simpatica latero - vertebrale, e comandano l'energia yang e in particolare la wei gi; si differenziano dai punti Mu, che corrispondono alla catena pregangliare (gangli celiaci e mesenterici), a comando viscerale, cioè comandano l'energia yin, in particolare l'energia nutritiva (Ronggi) - (Di Concetto 15- Li Ding 28).

Sono disposti sul dorso, lato yang per cui le malattie yin possono andare verso la zona yang del corpo (67 difficoltà / Nan Ching 30), tramite i punti di trasporto dei 5 magazzini. Quando i magazzini interni del corpo hanno una malattia, questa esercita una influenza, che va all'esterno verso il lato yang. I punti di trasporto yang sono sulla schiena. Viceversa quando una malattia colpisce la parte esterna del corpo, la sua energia va all'interno verso la parte yin, e per tale ragione i punti Mu o di Concentrazione sono sul lato ventrale del corpo. Difatti i modelli di agopuntura sostengono che " lo yang attira lo yin e lo yin attira lo yang" (Tin Te Yun Commentario alla 67- Nan Ching 30). Le malattie yin vanno verso la parte yang: il vento freddo proviene dall'esterno ed entra nell'uomo dalla schiena, poiché le malattie yang vanno verso la parte yin, quando il freddo o il calore attaccano una persona, essi nuoceranno ai suoi 6 palazzi, dai quali verranno trasportati ai 5 depositi (Hua Shou- Commentari 67 Nan Ching 30). Tutto ciò indica che i canali yin e yang e la rete vasale sono interconnessi a vicenda e che le energie del lato dorsale (sangue e wei qi, qui raccolte per essere trasportate altrove secondo Katò Bankei Commentari67/ Nan Ching 30), dei magazzini e dei palazzi si compenetrano a vicenda e corrispondono le une alle altre (Yen Lin Commentari67/ Nan Ching trenta). Quando il Nei Ching afferma "dallo yang allontanare lo yin e dallo yin allontanare lo yang" intende questo(Yeh Lin Commentari 67/ Nan Ching 30).

Sia i punti Shu che i punti Mu sono punti dei corrispondenti meridiani, ma la loro influenza è dovuta alla vicinanza, ai corrispettivi organi interni, piuttosto che alla loro localizzazione su meridiani specifici. Solo 1 punto Shu non è posto sul meridiano corrispondente: Pangguanshu 28 BL, a differenza dei punti Mu di cui solo 3 non sono localizzati sul corrispondente meridiano: Zhongfu 1 Polmone- Riyue 24 Vescica biliare e Qimen 14 Fegato (Li Ding 28).

Sono fondamentali per la diagnosi: quando gli organi e/o i visceri sono interessati da una malattia, i punti corrispondenti a essi sono dolenti alla palpazione o caratterizzati da alterazioni cutanee (discromie, teleangectasie) - (cap 51 Ling Shu / 23 – Li Ding 28).

Il punto shu viene utilizzato in terapia nelle condizioni acute e nelle sindromi da pieno-repletio o collasso dello Yang-depletio, in particolare in tal caso in associazione alla moxa (Di Concetto 15). In realtà il punto andrebbe sempre moxato: "per tonificare, la moxa, deve bruciare da sola, per disperdere si deve soffiare sul fuoco" (LS cap 51/23).

Trattano le *aggressioni esterne* (Xie Qi) (Da Cheng:10); il vento freddo approfitta del vuoto dell'organismo per aggredire la parte alta del dorso ed in particolare i punti shu (Tong Yuan37), dato che contenendo il Qi dei rispettivi zang fu, i punti shu possono alloggiare i fattori patogeni, che causano malattie sia degli Zang Fu che della superficie (Li Ding 28– Chambfrault 6).

Trattano le forme prevalentemente da vuoto.

Trattano le malattie degli organi con annesse alterazioni del rispettivo *organo di senso* o del tessuto periferico. (fegato – occhi/tendini; cuore – lingua/ vasi; milza- bocca/muscoli; polmoni – naso/pelle; reni: orecchio/ midolli) (Li Ding 28– Leung Kwok 27).

Trattano le malattie croniche.

Trattano le *patologie ansiose*, con 13 – 15- 18- 20 e 23 BL – 42 -43- 44-47-49-52 BL, perché sono punti yang, che consentono di disperdere l'eccesso di energia yang presente nelle sindromi ansiose.

Oltre la sequenza dei punti Shu, ci sono altri punti con effetto su psiche e Jing dell'organo corrispondente.

Per trattare gli Organi →tecnica (Shu) Yuan + Shu del dorso (LS cap 1/23)

Per trattare le patologie dei visceri aggiungere il punto He del Basso corrispondente (36-37-39 ST e 39 BL) (LS cap 4/23.)

P	unti Shu del	dorso		
V.U. 13	Fei Shu	Polmone		
V.U.14	Jueyin Shu	Pericardio (Jue Yin)		
V.U.15	Xin Shu	Cuore		
V.U. 18	Gan Shu	Fegato		
V.U.19	Dan Shu	Vescica Biliare		
V.U.20	Pi Shu	Milza		
V.U. 21	Wei Shu	Stomaco		
V.U.22	San Jiao Shu	Triplice Risc.		
V.U.23	Shen Shu	Reni		
V.U. 25	Dachang Shu	Intestino crasso		
V.U. 27	Xiaochang Shu	Intestino tenue		
V.U. 28	Pangguang Shu	Vescica urinaria		

Tabella N°33

11 BL Da Zhu Grande navetta

A 1,5 cun a lato della spinosa della I vertebra dorsale, nel primo spazio intercostale

Punto hui delle ossa, tratta tutti i disturbi delle ossa, in particolare colonna vertebrale, scapola e spalla, perché regge l'armatura del corpo, l'impalcatura sia materiale (ossa) che energetica (meridiani), complementare a 39 VB che porta in profondità lo yang (Kespì 26). Ad esso arriva il midollo, proveniente dal cervello e dalle ossa e dalle articolazioni(Li Ding 28). Inoltre riunisce i meiridiani di Vescica, Vescica biliare, Piccolo intestino, Triplice riscaldatore. (Nguyen 31)

13 BL Fei Shu Punto del polmone

A 1,5 cun a lato della spinosa della III vertebra dorsale.

Tratta le sindromi croniche, da vuoto del polmone e quelle legate ad aggressioni esterne secondarie a stasi di qi del polmone, vuoto di yin del polmone e le patologie olfattive.

Sintomi: tosse, bronchite, asma e prurito cutaneo.

I Polmoni: "I Polmoni comandano al qi." "I Polmoni muovono e regolano i canali dell'acqua". "I Polmoni comandano la superficie del corpo". "I Polmoni si aprono nel naso". I Polmoni governano l'insieme del sistema respiratorio, naso, trachea e bronchi, e la funzione cutanea (epidermide e peli corporei), sono artefici della capacità introspettiva. È sede dell'anima corporea (Po)(Di Stanislao 20).

14 BL Jue Yin Shu Punto dello jue yin ministro del cuore.

A 1.5 cun a lato della spinosa della IV vertebra dorsale Più efficace nelle sindromi da vuoto, croniche e da aggressioni esterne, nelle stasi di qi del fegato che determinano dolore e malessere al torace, ipogastrio e epigastrio.

Sintomi: precordialgie, dolore spalle e scapole, depressione

15 BL Xin Shu Punto del Cuore

A 1.5 cun a lato della spinosa della V vertebra dorsale.

Da usare nelle sindromi da vuoto, croniche e da causa esterna, legate a vuoto di qi, yin e yang, sangue e fuoco di cuore. Efficace sulle affezioni del tatto.

Sintomi: dolore toracico, inquietudine, angoscia, follia calma e agitata, depressione.

Il Cuore e Pericardio: "il Cuore comanda il Sangue e lo Shen. Inoltre è la casa dello Shen" . "Il Cuore si apre nella lingua; la sua luminosità si mostra nel viso". È sede dello spirito vitale (Shen), comprende l'apparato cardiovascolare, permette all'individuo di essere cosciente di sé e di determinare il suo posto nell'universo determinando i corretti andamenti esistenziali. (Di Stanislao 20).

17 BL Ge Shu punto Shu del diaframma

A 1.5 cun a lato della spinosa della VII vertebra dorsale. Punto hui del sangue (riunione). Tonifica, muove e trattiene il sangue. Utile in alcune malattie cutanee come orticaria psoriasi e acne.

Sintomi: vomito eruttazioni, iporessia, dispnea, malattie emorragiche, spasmi diaframma e singhiozzo.

18 BL Gan Shu Punto del Fegato

A 1.5 cun a lato della spinosa della IX vertebra dorsale.

Punto del Fegato utilizzato nelle sindromi da vuoto, croniche e da causa esterna, legate a vuoto di qi e sangue, stasi di qi del fegato e umidità calore fegato e vescica biliare. Tratta gli occhi.

Sintomi: dolori al torace, fianchi, e colonna dorsale, ittero, epatite acuta o cronica, colelitiasi, emeralopia, disturbi visivi, ernia, irregolarità mestruali, depressione.

Il Fegato: "Il Fegato comanda il flusso e la distribuzione". "Il fegato immagazzina il Sangue". "Il fegato comanda i tendini e

si manifesta nelle unghie". "Il fegato si apre negli occhi". È sede dell'anima eterea (Hun), sovraintende alle implicazioni metaboliche e vascolari della ghiandola, determina nell'individuo la capacità decisionale e strategica (Di Stanislao 20).

19 BL Dan Shu Punto della Vescica Biliare

Sito a 1.5 cun a lato della X vertebra dorsale.

Utile nelle sindromi da vuoto, croniche e da causa esterna soprattutto gonfiore, pienezza toraco-addominale, dolore ai fianchi e intercostale, bocca amara, ittero e colecistite.

20 BL Pi Shu punto della Milza

1.5 cun a lato della spinosa della Xi vertebra dorsale, shu della Milza.

Utile nel trattamento delle sindromi da vuoto, croniche e da causa esterna dovute a vuoto di qi, sangue e yang della milza, nonché accumulo di umidità e flegma.

Sintomi: gastralgie meteorismo, disfagia, dolore spalle, dorso e lombi, emorragie.

la Milza: La Milza comanda le trasformazioni ed il trasporto". "La Milza comanda il movimento ascendente di ciò che è puro". "La Milza governa il Sangue". "La Milza comanda muscoli, carne e i quattro arti". "La Milza si apre nella bocca". È sede del pensiero (Yi), determina la capacità cogitativa e memorizzatrice e guida anche le funzioni pancreatiche e il sistema linfatico (Di Stanislao 20).

21 BL Wei Shu punto dello Stomaco

A 1.5 cun a lato della spinosa della XII vertebra dorsale Più efficace nelle sindromi da vuoto, croniche e da causa esterna dello stomaco. Da usare negli individui che hanno disturbi in alto, in bocca, stomatiti, nelle cavità orali, soggetti al reflusso, che bevono spesso liquidi gassati (insieme a BL 17).

Terapia delle intolleranze, che sono un difetto che interessa la prima scelta.

Sintomi: epigastralgie, vomito, ulcera gastrica e pirosi gastrica.

22 BL San jao Shu punto del Triplice riscaldatore

A 1.5 cun a lato della spinosa della I vertebra lombare, tonifica il rene e dissolve l'umidità del TRI. Grande punto per individui chiusi e depressi (insieme a VG 9).

Per "tirare su" un individuo ripiegato su se stesso, magro perché non assimila

Punto per discopatie, per gli schiacciamenti lombari

Sintomi: meteorismo, vomito, diarrea, dispepsia, edema, oliguria, lombalgia e nefrite.

23 BL Shen Shu punto del rene

A 1.5 cun a lato della spinosa della II vertebra lombare

Utile nelle sindromi da vuoto, croniche e da causa esterna soprattutto dovute a vuoto di Jing, qi, yin e yang, freddo ed umidità interni. Tratta anche l'udito.

Sintomi: lombalgia, spermatorrea, ematuria, nefrite, edemi, incontinenza urinaria, annessite ed ipertensione arteriosa.

I Reni: "I Reni immagazzinano lo Jing (l'Essenza) ". "I Reni comandano l'Acqua". "I Reni comandano le ossa". "I Reni producono il midollo".(I Reni immagazzinano lo Jing >>> lo Jing produce il midollo e di conseguenza l'encefalo >>> il midollo crea e supporta le ossa). Sono la sede dello Zhi, della volontà, del vigore fisico e del centro genitale, regola la funzione urinaria e quella endocrina delle ghiandole surrenali e delle gonadi(Di Stanislao 20).

25 BL Da Chang Shu punto del grosso intestino

A 1.5 cun dalla spinosa della IV vertebra lombare

Efficace nelle sindromi da vuoto, croniche e da causa esterna da vuoto di qi e yang di milza e grosso intestino e l'umidità calore degli intestini.

Sintomi: borborigmi con tensione addominale, diarrea liquida e mucosa, forte dolore attorno all'ombelico, costipazione rigidità dolorosa della colonna lombare e prolasso rettale.

27 BL Xiao Chang Shu punto dell'intestino tenue

Sito a 1.5 cun a lato della I vertebra sacrale, sull'articolazione sacroiliaca.

Utile nelle sindromi da vuoto, croniche e da causa esterna da stasi di qi, vuoto e freddo, umidità calore dell'intestino tenue.

Sintomi: borborigmi, dolore al basso ventre, diarrea liquida, ematuria, incontinenza urinaria, emorroidi, enterite e nevralgie sacrali.

28 BL Pang Guang Shu punto della vescica

A 1.5 cun a lato della II vertebra sacrale, punto shu della vescica, efficace nelle sindromi da vuoto, croniche e da causa esterna da vuoto di qi milza, vescica, rene e umidità calore della vescica.

Sintomi: dolore e rigidità colonna lombare, spermatorrea, perdite urinarie, sindromi lin, disuria, sciatalgia, infezioni urinarie, prostatiti.

I punti shu disperdenti detti anche assentimento perchè evocano l'idea del tributo pagato alle nazioni tributarie, calmano febbri e infiammazioni dovute a causa esterna e sono come già in parte spiegato, complementari (non per KESPI') ai punti Mu, detti anche tonificanti o Araldi, ove si accumula l'energia dei meridiani e vengono raccomandati per le malattie con carenza di energia, in particolare quelle da turba dei sette sentimenti (de Morant 14).

Pertanto forniamo a seguire, una breve descrizione aggiuntiva a quanto già scritto sopra.

MU - raccogliere R. 3561 (Ricci 33.)

Questo termine significa raccogliere, arruolare, reclutare processi energetici in questo punto; essi si trovano sull'addome e sul torace, zone di pertinenza dello Yin e riflettono chiaramente la situazione energetica degli organi interni.

Sono di grande importanza diagnostica e terapeutica (Li Ding 28), sono dolenti in presenza di sindrome da pieno o ristagno di Qi oppure manifestano sulla cute discromie, teleangectasie.

In combinazione con i punti shu del dorso si hanno migliori risultati terapeutici. (Tecnica Shu-Mo)

Ad ogni organo o viscere corrisponde un punto Mu sull'addome e torace. Più efficaci nei disturbi dei visceri (Ou Ming e Li Tanwen 32). Per Kespi non hanno un'azione diretta sull'organo ma sono in relazione con i movimenti di energia interni del corpo (Kespi 26). Sono attivi soprattutto nelle affezioni acute (Leung Kwok 27).

In essi si raccoglie l'energia degli organi.

Agiscono soprattutto sulle aggressioni interne (7 sentimenti), sulle forme da pieno, sulle malattie dei visceri e sulle malattie acute (Da Cheng 10). Sono posti vicino all'organo di competenza.

Per i Visceri → tecnica He + Mo

Per J Yuen rappresentano il ciclo di creazione dell'uomo, l'origine della vita. Cioè lo sviluppo, la traiettoria della yuan qi,

per cui sono punti costituzionali (Yuen 44). Permettono alla "pillola di fango", in pratica al nostro destino, di strutturarsi e dare vita ad un nuovo individuo, trasportando i ben shen (anime vegetative) negli organi corrispondenti e trattenendoli in sede. L'anima viene carnificata e da shen diventa ling. Il ling e le sue emanazioni hun, po, shen, yi e zhi, sono immateriali e immortali e consentono all'uomo di conseguire la santità, cioè la perfezione (Corradin 7).

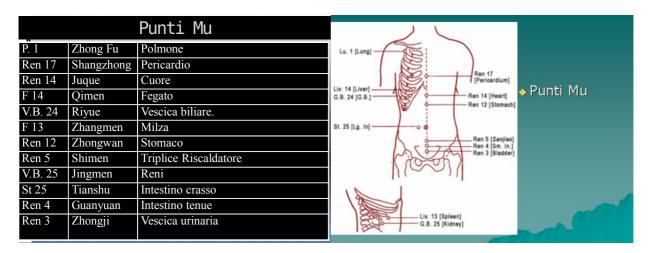


Tabella N°34

(diapositive Di Stanislao)

Figura N°11

Punti HUA TUO

Descritti da Huao Tuo (141-208 dC), leggendario chirurgo cinese, vissuto durante la Dinastia degli Han Orientali.

Si tratta di una serie di punti cosiddetti Fuori Meridiano (FM 12), posti simmetricamente a mezzo cun di distanza dalle spinose vertebrali, per un totale di 24 coppie di accessi paraspinali, (complessivamente 48 punti), distribuiti dall'atlante (1 anno di vita) alla 5° lombare compresa (corrisponde ai 30-31 anni), da cui poi risale la numerazione (vedi sotto - Di Spazio 17- Di Stanislao 19).

Nel suo "Atlante di Agopuntura", Hempen descrive l'azione di questi punti come regolatori della circolazione energetica fra il Vaso Governatore (Du Mai) e il Meridiano della Vescica (Hempen 22).

Trattano il *Jing*.

Trattano il Sangue che nutre il midollo e quindi i midolli.

Distribuiscono Wei qi lungo il metamero corrispondente, in alcuni dolori es anca / ginocchio (L2- L3 parte anteriore L4 – L5 parte più interna – L5 S1 posteriore), si può andare a palpare il punto huatuo dolente corrispondente alla zona, perché distribuisce la wei qi. Sono utili per rimuovere gli eccessi di wei qi, che si concentrano su muscoli e pelle, durante la vita.

Su questi punti si concentrerebbero i traumi preconcezionali e secondo Di Spazio, anche tutti i traumi vissuti durante la vita, in base a una precisa regola cronologica (Di Spazio 17- Di Stanislao 19). Sul nostro corpo si stratificano le disavventure della vita, manifestandosi in dolori o deformazioni ossee.

La colonna è la scala della vita perché su di essa si sale partendo dal basso e ci si può arrestare. I punti shu del dorso fanno da mediatori tra lo zu tai yang e il du mai. La mediazione tra aspetti emotivi e strutturali della persona è legata al concetto di conflitto, intrinseco al concetto di movimento. Il conflitto nel movimento riguarda: 1 come muoversi 2 in quale direzione 3 quando fermarsi; le gambe sono il punto di partenza (acqua) e le braccia sono il modo in cui ci si muove, lo strumento con cui si manipola il mondo una volta giunti alla meta (metallo), per cui in altri termini le gambe portano a destinazione, le braccia e le mani ci fanno agire quando siamo arrivati.

La scala della vita è costituita da Vaso Governatore e dalle 2 branche del meridiano della Vescica. Nella più mediale ci sono i traumi fisici (il qi) e nella laterale quelli pscichici (lo shen). I traumi emotivi provocano contrazioni e reazione della branca mediale, che si scaricano sul Du Mai e quindi sulla colonna.

Nome punto	Funzione	Corrisponden
		za
1 VG lunga pazienza	Governa scambi di tipo fisico e	Jing
	materiale. Sesso e cibo	
4 VG zona delle scelte	Ci consente di alzarsi in piedi e di	<mark>Jing</mark>
	scegliere la direzione, ci si allontana	
	dalla madre e si esplora il mondo	
9 VG zona del ruolo	Si capisce di essere uomo o donna e di	<mark>Qi</mark>
	avere un ruolo sociale nella vita	
14 VG altri ruoli	Consapevolezza dell'esistenza degli	<mark>Qi</mark>
	altri e della loro individualità e di ciò	
	che noi facciamo.	
16 VG Feng Fu magazzino	Il vento è trasformazione,	Shen
del vento	cambiamento, evoluzione. Bisogna	

	lasciare andare gli attaccamenti. E' il punto che ci fa dire di sì.	
20 VG Bai Hui, 100 runioni,	Ci fa vivere una vita spirituale intensa	Shen
punto dell'illuminazione,		
mare dello yang		

Tabella N°35

Il Jing rappresenta l'energia originaria, il qi la vita di relazione e lo shen la capacità di trasformare e trascendere.

[1°], [60°], [61°] Punto 1 (C1) Punto 2 (C2) [2°-3°],[58°-59°], [62°-63°] Punto 3 (C3) [4°-5°], [56°-57°], [64°-65°] [6°-7°], [54°-55°], [66°-67°] Punto 4 (C4) Punto 5 (C5) [8°-9°], [52°-53°], [68°-69°] Punto 6 (C6) [10°-11°], [50°-51°] [12°-13°], [48°-49°] • Punto 7 (C7) Punto 8 (D1) [14°], [47°] Punto 9 (D2) [15°], [46°] [16°], [45°] Punto 10 (D3) Punto 11 (D4) [17°], [44°] Punto 12 (D5) [18°], [43°] Punto 13 (D6) [19°], [42°] [20°], [41°] Punto 14 (D7) Punto 15 (D8) [21°], [40°] • *Punto 16* (D9) [22°], [39°] • Punto 17 (D10) [23°], [38°] Punto 18 (D11) [24°], [37°] Punto 19 (D12) [25°], [36°] Punto 20 (L1) [26°], [35°] • Punto 21 (L2) [27°], [34°] Punto 22 (L3) [28°], [33°] Punto 23 (L4) [29°], [32°] Punto 24 (L5) [30°], [31°]

Il computo dell'età corrisponde all'anno anagrafico dell'individuo, cioè l'intervallo compreso fra 2 compleanni (il 15° anno di vita corrisponde ai 14 anni compiuti). La tabella sopra riportata è stata elaborata nel 1996 (Di Spazio, 1996) e le migliaia di prove spinali effettuate fino ad oggi, hanno confermato la validità dell'equivalenza spino-temporale (Di Spazio 16).

Du Mai Vesc GV 15 BL 10		Eta 1; 60 – 61	D 5	GV 11	BL 15	Punto 12	10.40	_
GV 15 BL 10		1 ; 60 – 61	D.G.			Funto 12	18;43	
	Punto 2		D	GV 10	BL 16	Punto 13	19 ; 42	
	T arito 2	2 – 3 ; 58 – 59 ; 62 – 63	D7	GV 9	BL 17	Punto 14	20 ; 41	
	Punto 3	4 – 5 ; 56 – 57 ; 64 – 65	D 8			Punto 15	21 ; 40	
	Punto 4	6 – 7 ; 54 – 55 ; 66 – 67	D 9	GV 8	BL 18	Punto 16	22 ; 39	
	Punto 5	8 – 9 ; 52 – 53 ; 68 – 69	D 10	GV 7	BL 19	Punto 17	23;38	
	Punto 6	10 – 11 ; 50 – 51	D 11	GV 6	BL 20	Punto 18	24 ; 37	
GV 14	Punto 7	12 – 13 ; 48 – 49	D 12		BL 21	Punto 19	25 ; 36	
GV 13 BL 11	1 Punto 8	14;47	L1	GV 5	BL 22	Punto 20	26;35	
BL 12	2 Punto 9	15;46	L2	GV 4	BL 23	Punto 21	27 ; 34	
GV 12 BL 13	3 Punto 10	16;45	L3		BL 24	Punto 22	28;33	
BL 14	4 Punto 11	17;44	L4	GV 3	BL 25	Punto 23	29 ; 32	
1			L5	7 7	BL 26	Punto 24	30 ; 31	
G	V 13 BL 1: BL 1: V 12 BL 1:	Punto 5 Punto 6 V 14 Punto 7 V 13 BL 11 Punto 8 BL 12 Punto 9 V 12 BL 13 Punto 10	Punto 5 8 - 9 : 52 - 53 : 68 - 69 Punto 6 10 - 11 : 50 - 51 V 14 Punto 7 12 - 13 : 48 - 49 V 13 BL 11 Punto 8 14 : 47 BL 12 Punto 9 15 : 46 V 12 BL 13 Punto 10 16 : 45	Punto 5 8 - 9 , 52 - 53 ; 68 - 69 D 10 Punto 6 10 - 11 ; 50 - 51 D 11 V14 Punto 7 12 - 13 ; 48 - 49 D 12 V13 BL 11 Punto 8 14 ; 47 L 1 BL 12 Punto 9 15 ; 46 L 2 V12 BL 13 Punto 10 16 ; 45 L 3 BL 14 Punto 11 17 ; 44 L 4	Punto 5 8 - 9 : 52 - 53 : 68 - 69 D 10 GV 7 Punto 6 10 - 11 : 50 - 51 D 11 GV 6 V 14 Punto 7 12 - 13 : 48 - 49 D 12 V 13 BL 11 Punto 8 14 : 47 L 1 GV 5 BL 12 Punto 9 15 : 46 L 2 GV 4 V 12 BL 13 Punto 10 16 : 45 L 3	Punto 5 8-9; 52-53; 68-69 D 10 GV 7 BL 19	Punto 5 8-9,52-53;68-69 D 10 GV 7 BL 19 Punto 17	Punto 5 8-9;52-53;68-69 D 10 GV 7 BL 19 Punto 17 23;38

N°37

Diapositive Dr Corradin Tabella N°36

Sul dorso si viene a delineare dall'incrocio delle linee energetiche di VG e Vescica un **Reticolo energetico** costituito da 7 linee:

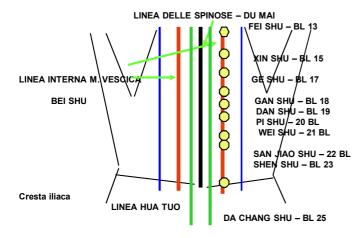
Du Mai e Hua Tuo e 2 linee della vescica.

Le singole linee rappresentano: il jing (hua tuo), il qi (shu) e lo shen (ben shen).

Il numero 7 indica la realizzazione.

Attraverso il reticolo energetico possiamo fare tutte le diagnosi che vogliamo, chi è bravo usa polsi e lingua; in senso medio laterale identifichiamo: VG (ovvero il controllo), Linea Hua Tuo (jing), linea interna del mediana di Vescica (gi), linea esterna del meridiano di Vescica (shen) e dall'alto al basso si identifica l'interessamento di uno specifico organo, viscere o funzione. In alternativa si può anche dire che la parte bassa del reticolo energetico (Riscaldatore inferiore, Campo del Cinabro inferiore) è in rapporto e quindi segnala disturbi del Jing, la parte intermedia (Riscaldatore medio, Campo del Cinabro medio) è in rapporto al Qi e la parte superiore (Riscaldatore superiore, Campo del Cinabro superiore) è in rapporto allo Shen. E' evidente quindi, che sensibilità dolorose o, all' ispezione, variazioni della cute (cromatismo, "tessitura", spessore ecc), saranno in rapporto con ciascuna di queste "sostanze fondamentali o preziose" (oppure - ovviamente - con gli organivisceri - funzioni sottostanti).

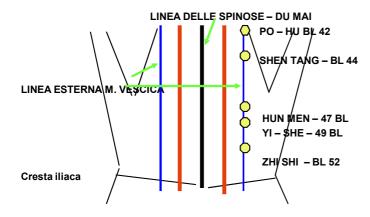
Punti di Comando - Bei Shu



Diapositiva Corradin - Figura

N°13

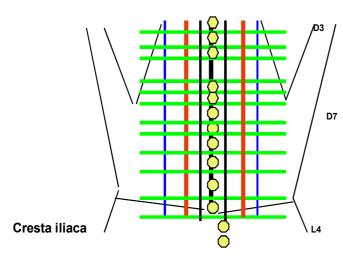
Punti di Comando - Ben shen



Diapositiva Corradin - Figura N°13

Reticolo Energetico

LINEA DELLE SPINOSE – DU MAI



Diapositiva Corradin

Figura N°13

Meridiano Vescica

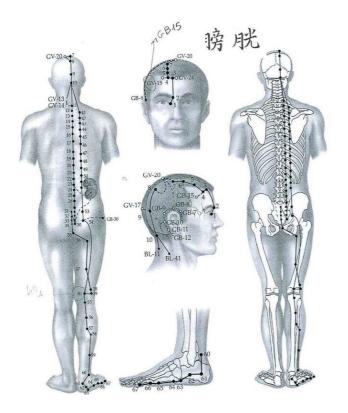


Figura N°13

Punti BEN SHEN

Sono localizzati sul ramo esterno del Meridiano della Vescica, legati alla Yuan Qi e alle anime vegetative.

Importanti nei disturbi neurovegetativi, nei disturbi dell'emotività (dei sentimenti) e il 47-49-52 BL nel trattamento dello stress.

Tutte le lesioni del Jing si ripercuotono sul Rene e sui visceri curiosi, perché originano dal rene. Un *vuoto di Jing* di un organo può essere sanato prendendo il Jing da vie diverse.

1 stomaco ed alimenti - meridiano milza pancreas, in funzione dei sapori;

2 dal cervello mare dei midolli, che è un serbatoio, scende tramite il ramo esterno del meridiano della vescica (zu tai yang) e da qui tramite i punti Ben Shen, nutre il Jing specifico di ogni organo. Il punto Ben Shen è un rubinetto, che permette il rifornimento all'organo di competenza.

3 chong mai, mare del sangue e dello yin e dello yang, prende in prestito dei punti anteriore del meridiano del rene, che comandano l'organo.

4 chong mai, mare dei meridiani, utilizza i punti king e ting dei meridiani collegati all'organo interessato, il ting tratta i liquidi jin/ye e il sangue (Jing). Tramite il chong mai con il punto shu del dorso il Jing penetra negli organi e consente l'espressione delle emozioni (kan). Così facendo le emozioni diventano coscienti e arrivano alla branca esterna della vescica, cioè ai punti ben shen, diventando ging ovvero sentimento.

Organo in vuoto	Punti	Punti	Punti	Punti	Punti	Pianta
	benshen	rene	sapori	King	Jing prossim ale	
Milza	49 BL	17 KI	17 MP	5MP	1 MP	Melissa/Angeli ca
Fegato	47 BL	21 KI	10 VC/13 MP	4LU	1 LU	Cardomariano/ Angelica
Rene	52 BL	15 KI	14/15 MP	7KI	1 KI	Equiseto
Polmone	42 BL	22 KI	18 MP	8P	1 P	Ortica

Cuore	44 BL	32 KI	19 MP	4 HT	1 HT	Rosa Canina / Angelica

Tabella N°37

Descrizione dei punti siti sul ramo esterno del meridiano della vescica.



Denominazione

La denominazione di questo punto apparve nel Jia yi jing. Si tratta di un punto di riunione dei meridiani Shou tai yang e Zu tai yang.

Fu: (Ricci 1662), appoggiato su, addossato a, applicato contro, aderire a.

Fen: (Ricci 1565), ridere, separare, ripartire, distinguere.

Cina contemporanea

Rigidità della nuca, dolore scapolare e dorsale, parestesia del braccio e del gomito, influenza.

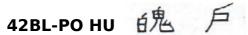
Sintomi: dolori spalle, collo schiena C/ Tong ren/ Lei jing tu yi; dorso irradiati alla testa SS/ Yi xue ru men/ Ishimpo; torcicollo C/NVN/ DC; spasmi muscolari S/ B; nevralgie intercostali P

Per Kespì sblocca gli accumuli di yang del torace verso l'addome.

Indicazioni funzionali: disperde il vento, scaccia il freddo, fortifica i tendini e tonifica le ossa.

Puntura:

Obliqua 0.5 - 0.8, non in profondità, moxa



Denominazione

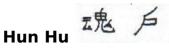
La denominazione di questo punto emerge nel Jia yi jing.

Po: (Ricci 4148), le anime sensitive, soffi essenziali che, con le anime spirituali, animano l'essere umano. I Po sono opachi e torbidi, contrariamente ai soffi

Hun, chiari e sottili. Manifestazione fisica dell'anima sensitiva, apparenza, forma, corpo.

Hu: (Ricci 2141), porta a un battente, anta, porta, focolare, famiglia, maestro.

Nome secondario



Hun: (Ricci 2286), anima spirituale o ragionevole, anima umana (che, dopo la morte, sussiste, separata dal corpo, distinta dal Po, anima terrestre o sensitiva), principio vitale (degli esseri diversi), pensiero, intelligenza, spirito, facoltà mentali.

Ryjik: il soffio che fa anima, colui che appare alla nascita e sparisce con la morte.

Hu: (Ricci 2141)

馆 戶

Kui hu (secondo Yi xue ru men, sarebbe un errore di trascrizione.)

Kui: carattere inusitato, che significa "dono, donare". **Hu** (Ricci 2141)

Cina contemporanea

Tosse, dispnea, rigidità della nuca, dolore di spalla e dorso, vomito, influenza.

Sintomi:

Agitazione S

Tristezza nervosismo DC

Dispnea, tosse con accesso da pienezza del petto C/NVN/DC/SS; TBC P/R/NVN; Asma, bronchite e pleurite P/R

Vomito C/P/DC Tong Ren

Dolori colonna spalla collo C/S/D/ Ishimpo/ Shen hui fang/ Lei jing tu yi; torcicollo C/DC; nevralgia del trigemino DB.

Indicazioni funzionali: libera il Qi del polmone punto di dispersione di energia per cui l'ago va lasciato a lungo in sede (Chamfrault), calma la dispnea NVN, inverte il qi ni (Corradin).

Puntura obliqua 0.5 – 0.8, non pungere in profondità. Moxa

EMATOLOGIA

Lancia (lance in francese significa lancia o asta) nel sangue, in piccole quantità, dei globuli rossi (S.)



43 BL- GAO HUANG SHU

Denominazione

La denominazione di questo punto appare nel Qian jin yao fang. All'origine, era considerato come un punto curioso. Tong ren l'attribuisce al meridiano Zu tai yang.

Gao (Ricci 2587): adipe, grasso, unguento

Huang (Ricci 2228): diaframma

Shu: trasportare, offrire.

Nome secondario

Gao huang (secondo Yi xue ru膏 肓

Gao (Ricci 2587)

Huang (Ricci 2228)

Cina contemporanea

Sovraffaticamento, tosse, dispnea (asma), vomito di sangue, fatica delle 4 membra, vertigini, lipotimie, perdita di memoria, spermatorrea, sudorazione improvvisa, foruncoli sul dorso; tubercolosi polmonare, bronchite, asma bronchiale, depressione nervosa, pleurite, indigestione.

Sintomi:

Debolezza, deperimento C/P/DC/SS; Punto delle 100 malattie C

Malattie degenerative DB; sudori notturni NVN;

Anemia SS da ematemesi S/C/DB

FolliaC, Tong Ren; Neurastenia; Depressione nervosa DB; Demenza SS;

Amnesia C/SS;

TBC polmonare C/R/S/P; TBC ossea S; Tosse con accessi C Bronchite cronica C; emottisi R

Vomito C; ematemesi C/DB; Singhiozzo S; Vuoto di Qi di MP/ST;

Cistiti croniche DC; Spermatorrea R/NVN/DC; mestruo scarso od assente per anemia S:

Indicazioni funzionali: tonifica i reni, fortifica la milza, armonizza lo stomaco, calma cuore e shen.

Puntura: obliqua 0.3 - 0.5, moxa

EMATOLOGIA

Produzione istantanea, in caso di anemia, di globuli rossi in formazione, della quantità circa che manca, e che diventano adulti in 15, 18 ore. Spesso con fatica passeggera e schiena un po' curva. Va bene sgonfiare la milza se distesa perché essa distrugge più globuli rossi di quanto il corpo (midollo

delle ossa piatte, sterno, costole), ne possa produrre (tonificare yuTang 18VC) (S.) Anemia (DB) Anemia e dimagrimento (SS)

SOULIE: Insiste a più riprese nelle sue opere sulla capacità di GaoHuang (43) di aumentare l'eritropiesi confermata da esperienze.

KESPI I punti Huang (43, 51 e 53V, 16 RN) rispondono tutti al nutrimento dell'essere, attraverso l'energia e il sangue. 43 ZTYg governa il nutrimento dell'essere umano (cioè non nutriti da sua madre) a livello della busta "rivestimento del cuore".





Denominazione

La denominazione di questo punto appare nel Jia yi jing

Shen: (Ricci 4317): gli spiriti, Dio, il principio vitale.

Tong: (Ricci 4739): grande edificio, palazzo, tempio, salone.

Cina contemporanea

Tosse, asma, pienezza toracica, gonfiore addominale, rigidità dolorose della colonna e del dorso, ostruzione (ye) freguente del Qi (eruttazione); cardiopatia reumatica, coronarie, depressione nervosa, sdoppiamento della personalità, nevralgia intercostale.

Sintomi:

Febbre S; dispnea NVN; bronchite, asma P; Pienezza del petto S; Singhiozzo CC/

dolori: nevralgie intercostali R; Lombalgia DC; dolore alla splalla Jia yi jing/Ishimpo/Yi xue ru men

Per NVN regola la via mente in connessione con l'energia del cuore.

Per IY consente alla persona la realizzazione dei propositi della sua vita, poiché il rene comunicando con il cuore, cioè con il petto, consente all'individuo di decidere cosa vuole nella vita e permette l'esercizio del libero arbitrio (JYuen da Simongini E. e Bultrini 34)

Indicazioni funzionali: eruttazioni frequenti

Puntura: obliqua 0.5 - 0. Non in profondità



Denominazione

La denominazione di questo punto appare nel Su wen, capitolo "fosse ossee".

Yi Xi: espressione che significa "ahimè"

Hi: (Ricci 2330): ahimè! Xi: (Ricci 1778): Ah! Oh!

Nome secondario

Wu qu shu (secondo Su wen, capitolo "puntura delle nuvole") 五 族 輸

Wu qu shu (secondo Su wen, capitolo "puntura delle nuvole") **Wu** (Ricci 5559): cinque

Qu carattere inusitato che significa "fianco, regione sotto-ascellare".

Shu (Ricci 4462): trasportare, offrire.

Cina contemporanea

Tosse, asma, attacchi di febbre, dolore toracico, dolore scapolare e dorsale, follia-dian, asma bronchiale, nevralgia intercostale.

Sintomi:

Dolore: emicostati, braccio C/S/ Tong ren; nevralgia intercostale P/R/NVN, Lombalgie DC;

Fatica C, spossatezza C/S, Insonnia C; vertigine P; convulsioni S; trisma SS; Dolore occhi C/S/DC; abbagliamenti DB; Congiuntivite DB;

Epistassi C/DB/D/SS/Jia yi jing/ Ishimpo;

Pericardite S/R/DB/NVN

Asma P/R/DB/; Tosse NVN, SS

Singhiozzo P/R/NVN; meteorismo CDC;/ vomito NVN;

Cefalea pre pasto nei bambiniDB/DC/S

Indicazioni funzionali: Purifica il calore, libera i polmoni, armonizza il Qi, vivifica i Luo.

Puntura: obliqua 0.5 - 0.8 non in profondità - moxa



Denominazione

La denominazione di questo punto appare nel Jia yi jing

Ge (Ricci 2614): diaframma

Guan (Ricci 2788): barriera di legno che serve a fermare la porta, chiudere, recintare, ostruire, tappare.

Cina contemporanea

Vomito, singhiozzo, eruttazioni, inappetenza, dolore del torace e dei fianchi, rigidità dolorose della colonna dorsale, i dolori intercostali

Sintomi:

Paura del freddo C/DC; Soffocamento; DC Impossibilità ad ingoiare liquidi e solidi C/ Yi xue ru men; spasmi esofagei S/R; scariche frequenti C/S; Singhiozzo P/NVN/DC; Parassitosi intestinale DB; Vomito EmatemesiR; NVN/P/DC/Ishimpo;

Nevralgie intercostali P/R/NVN; dorsalgie DB/ Quian jin yao fang;

Kespi sottolinea che il punto regge il diaframma, che separa il sopra yang, cioè gli scambi, dal sotto vin, cioè il metabolismo e la creazione e ciò spiega le dorsalgie, la difficoltà ad inghiottire, la nausea e il vomito di muco.

Indicazioni funzionali: tonifica la milza. elimina l'umidità. armonizza lo stomaco, drena le stagnazioni, rilascia i tendini, vivifica i Luo.

Puntura: obligua 0.5 – 0.8 non profondamente, moxa



Denominazione

La denominazione di questo punto appare nel Jia yi jing

Hun (Ricci 2286): anima spirituale o ragionevole, anima umana (che. dopo la morte, sussiste separata dal corpo, distinta dal Po, anima terrestre o sensitiva), principio vitale (degli esseri diversi), pensiero, intelligenza, spirito, facoltà mentali.

Ryjik: il soffio che fa anima, colui che appare alla nascita e sparisce alla morte.

Men (Ricci 3426): porta, portone, via d'accesso, entrata o uscita, apertura, orifizio.

Cina contemporanea

Gonfiore e pienezza intratoracica, borborigmi con diarrea, vomito, difficoltà ad alimentarsi, poliartralgie, urine scure, transito difficile, dolore trasfissiante toracico e dorsale, emeralopia.

Sintomi:

Neurastenia R; Sincope C;

Endocardite P/NVN; Dolore al petto C/S/DC/SS; Pleurite P/R/NVN;

Impossibilità a mangiare e bere C/Jia yi jing/ Ishimpo/ Yi xue ru men; Epatopatie

P/DC/S; Diarrea S/DC; dispepsia P/DC/S

Spasmi muscolari C;

Malaria SW 36

Per NVN il punto armonizza le attività psichiche del fegato o dello Hun.

Indicazioni funzionali: armonizza il Qi, tonifica la milza, regolarizza lo stomaco, regolarizza il gi degli organi.

Puntura: obligua 0.5- 0.8 non in profondità, moxa



Denominazione

La denominazione di questo punto apparve nel Jia yi jing.

Yang (Ricci 5650): della coppia Yin-Yang

Gang (Ricci 2564): corda principale di una rete, elemento essenziale, parte principale, principio, sommario, grandi linee, norma.

Nome secondario

Yang gang (secondo Sheng hui fang).

Yang (Ricci 5650).

Gang (Ricci 2558): duro, resistente, rigido, fermo, forte, inflessibile

Cina contemporanea

Calore del corpo, ittero, borborigmi, diarrea, dolore addominale, difficoltà ad alimentarsi, polidipsia, epatite, colecistite, ascaridiosi delle vie biliari, gastrite.

Sintomi:

Grande astenia C anche psichica DC;

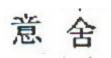
Endocardite SS;

Dolore addominale C: Pienezza addominale C/ Shen hui fang: diarrea/dissenteria C/ Qui ou jinyao fang/ Yi xue rum en; Ipo/anoressia S/C/DB/ Jia yi jing/ Ishimpo; Colecistite R; Epatite R/ Bai zheng fu; Elimina il calore dei 5 organi Lei jing tu yi;

Ritenzione di urine DB, Diabete S; reumatismo articolare S

Indicazioni funzionali: purifica la vescica biliare, elimina l'umidità, tonificala milza, armonizza lo stomaco.

Puntura: obliqua 0.5 – 0.8, non in profondità, moxa



49BL- YI SHE

Denominazione

La denominazione di guesto punto apparve nel lia yi jing.

Yi (Ricci 2348): idea, pensiero, opinione, sentimento, intenzione, desiderio. Ryjik: quello che enuncia il Cuore-Spirito.

She (Ricci 4298): dimora, casa, abitazione, foresteria, abitare.

Cina contemporanea

Nausea, vomito, borborigmi, diarrea, gonfiore addominale, difficoltà ad alimentarsi, ittero, polidipsia, dorsalgia.

Sintomi:

Febbre CC/S/DC:

Timore del freddo C;

Pienezza del petto C;

Anoressia DB/C; Disfagia DC; parassitosi DB; incontinenza fecale DB; grande sete e più beve più berrebbe C/SS; diabete S/SS; Poliuria DC

Lombalgia. Dorsalgia DC/Lu jing tu yi;

Malaria SW 36:

NVN asserisce che il punto risponde alle attività psichiche della milza

Indicazioni funzionali: tonifica la milza, armonizza lo stomaco, drena l'umidità.

Puntura: obliqua 0.5 – 0.8 non in profondità, moxa





Denominazione

La denominazione di questo punto apparve nel lia yi jing.

Wei (Ricci 5514): stomaco

Cang (Ricci 5095): granaio, deposito, magazzino.

Cina contemporanea

Gastralgia, gonfiore addominale, dispepsia, dolore della colonna dorsale, edema, costipazione, diarrea dissenteriforme.

Sintomi:

FreddolositàC/DC/SS

Solidi e liquidi non scendono C/P/NVN/DC; meteorismo, pienezza C/P/NVN/DC; atonia di stomaco, piccolo intestino, fegato e rene + colon S; gastralgie DB/NVN/R/P;

Ascite C; edemi locali S/DC e generalizzati SS;

Dorsalgie R/ Tong ren/Xun jing/ Lei Jing tu yi; Lombalgie DB

NVN ritiene che il punto controlli la psiche dello stomaco

Kespi ritiene che la sintomatologia evochi un vuoto globale dei granai.

Indicazioni funzionali: tonifica la milza, trasforma l'umidità, armonizza il qi e regolarizza il TRM.

Puntura: obliqua 0.5- 0.8 non in profondità, moxa

51BL HAUNG MEN 盲 門

Denominazione

La denominazione di guesto punto apparve nel lia yi jing.

Huang (Ricci 2228): diaframma.

Men (Ricci 3426): porta, portone, via d'accesso, entrata o uscita, apertura, orifizio.

Cina contemporanea

Dolore addominale, massa intra-addominale-pi kusi, costipazione, affezione del post-partum, splenomegalia.

Sintomi:

Dolori al di sotto del cuore C:

Paralisi arti inferiori R;

Costipazione C; Spasmi organi addominali: crampi allo stomaco S/ al grosso intestino e stipsi S/ spasmi alla VB S; epigastralgie P/ R/ DC; epatomegalia splenomegalia P/NVN

Nota personale (Capucci 4): nelle mieloproliferative croniche la splenomegalia è frequente anche per la presenza di emopoiesi extramidollare; turbe allattamento Jia yi jing/ Zhen jin ju ying/ Ishimpo/ Xun jing; Mastiti P/R/NVN/DC/SS/DB;

Lombalgie S/R/DB; dorsalgie S

NVN sottolinea che il punto controlla le attività psichiche della milza Auteroche sostiene che fa digerire il cibo.

Kespi: E' un punto Huang per cui nutre l'essere attraverso energia e sangue come anche il 43-53-vescica e 16 rene; il 51 comanda il nutrimento del bambino attraverso la madre dopo il parto, regge l'allattamento. Efficace anche su linfangiti del seno nelle prime 24 ore dall'insorgenza.

Indicazioni funzionali: favorisce la digestione, elimina le stagnazioni, ammorbidisce ciò che è solido

Puntura: obliqua 0.5-0.8 non in profondità, moxa



52BL- ZHI SHI 志室

Denominazione

La denominazione di questo punto apparve nel lia vi jing.

Zhi (Ricci 821): intenzione, disegno, volontà, scopo, risoluzione.

Shi (Ricci 4359): camera, sala, stanza, appartamento, casa, dimora.

Nomi secondari

Jing gong (secondo Yi xue ru men) 米青 ling (Ricci 978): prima scelta, elite, fiore, fine, sottile. Gong (Ricci 2874): palazzo.



Tang (Ricci 4739): palazzo, tempio, grande sala.

Cina contemporanea

Rigidità dolorose della colonna lombare, paraplegia, spermatorrea, impotenza, gonfiore doloroso della regione genitale, disuria con gocciolamento, edema, vomito, nefrite, coliche nefritiche, ptosi renale, prostatite.

Sintomi:

Turbe della memoria DB;

Emiplegia R;

Impossibilità ad ingoiare il cibo C; vomito C/R/DC; Dispepsia S/DC; Colera DC/S/ Lei jing tu yi;

Uretrite C, nefrite R; Incontinenza urinaria DB; Disuria DB/NVN/DC; cistite DC; Edemi P/R/NVN

Disturbi genitali maschili C e femminili C; spermatorrea C/P/R/NVN/ Yi xue rum

en; priapismo NVN (il priapismo può complicare l'evoluzione della LMC - Capucci 4);

Rigidità della colonna C/ Zhen jin ju ying/ Da Cheng; Lombalgia S/R/NVN/ Ya yi jing/ Tong ren;

Dorsalgia DC/P/ Ishimpo/ Tong ren

NVN Punto dell'attività psichica del rene

Auteroche tonifica i reni, accresce il jing ed evacua l'umidità.

funzionali: tonifica i reni. facilita la diuresi ed elimina l'umidità

Puntura: obliqua 0.5 -0.8 non in profondità, moxa





Denominazione

La denominazione di questo punto apparve nel Jia yi jing.

Bao (Ricci 3834): placenta, organo, circondato da una membrana (vescica, vescicola).

Huang (Ricci 2228): diaframma.



Nome secondario

Bao huang (secondo Qian jin yao fang)

Bao (Ricci 3823): avvolgere.

huang: idem.

Cina contemporanea

Rigidità dolorosa della colonna lombare, basso ventre chiuso e tenesmo, disuria, borborigmi con dolore addominale, costipazione, gonfiore doloroso della regione genitale, le sciatalgie.

Sintomi: Astenia C;

Poliomielite S; lombo sciatalgia NVN/ Ishimpo

Emorroidi S; enterite P/NVN/DB;

Ritenzione urinaria P/R7DB/NVN/Lei jing tu vi;

Anemia SS:

Orchite SS; prostatite SS

Infezioni uterine S;

Edemi arti inferiori DB/DC

Dorsalgie DB/ Zhen jiu ju ying; lombalgia R

Per Kespi regge il rivestimento dell'utero e del cuore, governa l'equilibrio tra energia e sangue del piccolo bacino e tratta le infiammazioni al basso ventre.

Indicazioni funzionali:

Tonifica la colonna lombare, Rende permeabile il Qi del fegato, drena il Riscaldatore inferiore.

Puntura: Obliqua 1-1.5 cun - moxa





Denominazione

La denominazione di questo punto apparve nel Jia yi jing.

Zhi (Ricci 845): ordine, buon ordine, mettere in ordine, ordinare, trattamento.

Bian (Ricci 4043): fianco, bordo, margine, laterale.

Cina contemporanea

Dolore della regione lombo-sacrale, disuria, difficoltà di defecazione, dolore genitale, affezioni emorroidarie, le sciatalgie, le parestesie degli arti inferiori. Tonifica i lombi e le ginocchia, rende permeabile i meridiani e i Luo, purifica il calore, elimina l'umidità.

Sintomi:

Freddolosità SS:

Paralisi arti inferiori R;

Sciatica DB/ NVN/ Ya yi jing/ Lei jing tu yi;

Emorroidi C/S/R/NVN/DC/ Tong ren;

Stipsi R/DB;

Cistiti S/P/NVN; disuria R; Affezioni genitali Maschili R e femminili S;

Auteroche ritiene che il punto renda vigorosa la colonna, regoli il TRI e rinfreschi il calore umidità.

Puntura: obliquo 1-2-cun, moxa

Legenda abbreviazioni:

C Chamfrault

S Souliè de morant

P Prècis d'acupunture chinoise de Pekin

R traitè d'acupuncture de Shangai presente por Roustan

DB Bioenergetique et medicine chinoise de Duron, Laville - Mery, Borsarello

NVN Medicie traditionelle chinoise de Nguyen Van Nghi

DC Da Cheng

SS Sun Si Miao

A Auteroche

NB tutti i dati riguardanti punti dal 41 al 54 BL inclusi, a parte ciò che è contrassegnato con altra voce bibliografica, vengono da:

Association Française D'Acupunture - President Dr Jean Marc Kespì - Les Points Tome I- Paris 1988(26)

Guillame G. Dictionnaire des Points d'Acupunture, Guy Tredaniel , Paris 1995(21)

Bibliografia medicina cinese

1	Andres G. Le trois yin et les trois yang Rev Fr. D' Acupunct, 38,1984
2	Association Francaise D'Acupunture - President Dr Jean
	Marc Kespì – Les Points Tome I- Paris 1988
3	Auteroche B. La diagnosi in Medicina Cinese edi- ermes

	Anno 1983 Parigi e 1986 Milano
4	Capucci MA Riflessioni personali
5	Ceccherelli F. Dispense del corso di Riflessologia, Airas, Padova 1998
6	Chambfrault A. e Nghi N.V.L'energetique humaine in Medicine Chinoise - Edizions Cham Acufrault, 1969, Angouleme
7	Corradin M. Le tipologie energetiche e il loro riflesso nell'uomo CEA 2011
8	Corradin M. Medicina tradizionale cinese per lo shiatsu e il Tuinà CEA 2001 ristampa 2005
9	Corradin M. Lezioni Brescia 2009 - 2010
10	Da Cheng: Art et Pratique de l'acupuncture et dela moxibustion selon Zhen Jiu Da Cheng De Yang Chi Chou, NVN, Marseille, 1985
11	Darras J.C. Trattato di agopuntura medica, Montes srl, 1981 Bologna
12	De Berardinis D. La milza/pancreas e lo stomaco dalla fisiologia alla clinca. S.I.d.A. – 2008
13	De Berardinis D. Obesità- Firenze 2008
14	de Morant G.S. L'acupuncture chinoise da La traditition chinoise, classidiéè, preciséè - S.A Editeur, 1985
15	Di Concetto G. Trattato di agopuntura e di medicina cinese Utet Ed, 1992 Torino
16	Di Spazio G. Decifrazione cronobiologica dei punti HuaTuoJiaj: Vincenzo Di Spazio La Mandorla sett 2003
17	Di Spazio V. Il Meridiano del Tempo. Aquarius, Palermo, 2002
18	Di Stanislao - Manuale didattico di agopuntura - CEA anno 2008
19	Di Stanislao C. Il Rachide in Medicina Cinese. Riv. It. di Agopuntura 1987; 62: 20-35
20	Di Stanislao lezione anno 2010-2011 scuola Xin Shu Roma, in riferimento a Maestro Chao Yuanfang Grande Trattato sulle Cause e i Sintomi delle Malattie anno 610
21	Guillame G. Dictionnaire des Points d'Acupunture, Guy Tredaniel , Paris 1995
22	Hempen CH. Atlante di Agopuntura. Hoepli, Milano, 1999
23	Huangdi Neijing LINGSHU La psiche nella tradizione cinese Jaca Book 2006
24	Huangdi Neijing SUWEN Le domande semplici dell'imperatore giallo Jaca Book2003
25	Ippoliti A De Bernardinis D. Armonia dei punti- tesi

	2000)
26	Kespi, J.M. acupunture, MIASONNEUVE, Moulin les Metz 1982
27	Leung Kwok - Po Corso di Agopuntura alla scuola italo cinese di agopuntura - Bologna , 1995.
28	Li Ding Acupuntuare Meridian Theory and Acupuncture Points Foreign Languages Press, 1991 Beijing
29	Mc Gowan K. il libro dell''amore Piemme Bestseller 2011
30	Nan - Ching The classic of difficult issues translated and annotated by Paul U Unschuld- The Chines Medical Classics 1986 -
31	Nguyen VN. Medicine Tradionnelle Chinoise NVN, Marseille 1984
32	Ou Ming e Li Tanwen Practice of acupuncture and moxibustion Hai fen Publishing Co.,1991 Hong Kong
33	Ricci Dictionnaire française de la langue chinoise, Institut Ricci, Kuanci Press, Paris 1990
34	Simongini E. L'ottava lezione i disturbi dello shen: lo psichismo in medicina classica cinese - centro studi Xin SHU
35	Simongini E.Lezioni sulla medicina alchemica – sede Ostia – 2010-2011
36	Sun Si Miao Traitè d'acupuncture volant mille onces d'or- Guy Tredamiel Editeur
37	Tong Yuan Art e Pratique deel'Acupuncuture e de la Moxibustion selon Zhen Jiu Da Chen de Yang Chi Chou Edizioni N:N:N:, 1982 Marseille
38	Tura S. Lezione di Ematologia, 2003 Societa Editrice Scolapio
39	Wieger S.J. Caractères Chinois 9eme Edition- Taichung 1962
40	Yuen JC La camera del sangue, vol II , Roma 2007
41	Yuen JC La gastroenterologia e le regole della terra, Roma 2006
42	Yuen JC II sangue in medicina cinese: dal simbolismo dei classici all'interpretazione ed energetica delle analisi cliniche- Roma 2011
43	Yuen JC I visceri curiosi-L'invecchiamento _ Roma2002
44	Yuen JC Energetica Generale, AMSA, Roma 1997

Discussione e conclusioni

In estrema sintesi, questo lavoro aveva l'obiettivo di verificare se alcune gravi patologie del sangue potessero, in qualche modo, avere riverberi su quelli che sono i punti a maggior impatto diagnostico (oltre che terapeutico) della medicina cinese: i punti del dorso.

Per far questo ho valutato 208 pazienti con patologie che variavano dalla Trombocitemia Essenziale (97 pazienti), alla Policitemia Vera (51 pazienti), alla Leucemia Mieloide Cronica (44 pazienti) ed alla Mielofibrosi Idiopatica (16 pazienti). Ho trovato sensibili 3 volte i punti Hua Tuo, 71 volte i Bei Shu (Shu del dorso) su 49 pazienti e 59 volte i punti Ben Shen su 41 pazienti. I punti sensibili erano presenti in 90 pazienti totali su tutte e quattro le patologie (49 Shu e 41 Ben Shen). Alcuni pazienti avevano più punti shu o shen positivi nella stessa seduta (15 pz per gli Shu / 14 pz per i Ben Shen) e 11 pazienti mostravano positività punti shu e punti shen in contemporanea.

E in caso di positività (sensibilità dolorosa alla pressione del punto), lo scopo era cercare di comprendere le motivazioni energetiche e, quindi, valutare possibili analogie fra malattie ematologiche ed il sangue inteso in ottica energetica.

E' evidente che il lavoro eseguito presenta imperfezioni dal punto di vista metodologico ed uso questo termine come eufemismo.

Di seguito ne vengono accennate alcune.

1) Sarebbe stato necessario che la pressione sui diversi punti del dorso, fosse fatta da personale diverso da colei che – poi – raccoglieva i dati (cioè dalla sottoscritta);

- 2) La pressione avrebbe dovuta essere apportata con un valore costante. Detto in altri termini, sarebbe stato necessario, utilizzare strumenti graduati, elettronici o almeno meccanici;
- 3) La ricerca dei singoli punti del dorso, sarebbe dovuta essere effettuata con strumenti capaci di evidenziare l'esatta localizzazione del punto (resistenza elettrica con detettore elettrico ecc). La localizzazione sarebbe dovuta essere personalizzata, considerato che:
 - A) la localizzazione" del punto di agopuntura" varia nei diversi soggetti, in funzione della taglia, del peso, di eventuali anomalie della colonna;
 - B) anche in condizione standard, la localizzazione di un punto può variare in funzione del reale decorso del meridiano;
- 4) In ogni caso sarebbe stato utile che la "mano palpatoria" fosse maggiormente esperta;
- 5) Non è sempre facile anzi a ben guardare, probabilmente, questo rappresenta uno dei maggiori limiti del presente lavoro, distinguere, in corso di patologie croniche, la reale portanza relativamente alla sensibilità dei punti del dorso della patologia ematologica da altre patologie intercorrenti (specie se la malattia ematologica viene trattata). E se è vero che le principali patologie associate sono state segnalate, è anche vero che spesso le alterazioni, "evidenziate" dai diversi punti del dorso, non hanno un chiaro e definito riscontro nella patologia medica occidentale;
- 6) In questi soggetti non è stata effettuata una diagnosi energetica attraverso l' interrogatorio e l' esame della lingua e dei polsi, ma come già accennato sono stati "solo" palpati i punti del dorso;
- 7) Il campione considerato, benché sufficientemente numeroso per gli standard occidentali, non è probabilmente sufficiente ed omogeneo. In questo campione vi sono soggetti già sottoposti a trattamento ed altri che non l'hanno ancora

iniziato, di cui non si conosce quando e se inizieranno il trattamento stesso:

- 8) Non è stata effettuata un' analisi statistica;
- 9) Nonostante che oggi si conosca molto sulla interpretazione energetica, sulla formazione del sangue ed anche sulla valutazione energetica di molte patologie a questo associato, è evidente che le principali malattie ematologiche, ricordate in questo studio, non hanno un chiaro ed univoco riferimento almeno in medicina cinese classica. Ed in ogni caso ripeto nuovamente non era negli scopi dello studio (e neanche possibile, considerati i tempi stretti di lavoro presso il reparto di ematologia nel quale opero) confrontare le diverse diagnosi apportate sullo stesso "individuo ammalato". Come già ricordato l'intento era molto più semplice: osservare in questi soggetti l'eventuale "sensibilità" dolorosa di alcuni punti presenti sul dorso.

Comunque sia, detto di queste imperfezioni metodologiche, sembra opportuno riportare alcune riflessioni.

Riflessione 1: il reticolo energetico

Come accennato, il "reticolo energetico" è formato da un insieme di linee orizzontali (teoriche) e dorsali (Du. Mai. Linea degli Hua Tuo. branca interna ed esterna del meridiano di Vescica). Le linee orizzontali o meglio l'andamento dall'alto in basso, segnala l'interessamento di uno specifico organo, viscere o funzione. In alternativa si può anche dire, che la parte bassa del reticolo energetico (Riscaldatore inferiore, Campo del Cinabro inferiore) è in rapporto e quindi segnala i disturbi del Jing, la parte intermedia (Riscaldatore medio, Campo del Cinabro medio) è in rapporto al Qi e la parte superiore (Riscaldatore superiore, Campo del Cinabro superiore) è in rapporto allo Shen. E' evidente, auindi, che dolorose all'ispezione, variazioni sensibilità 0, della (cromatismo, "tessitura", spessore ecc) saranno in rapporto con ciascuna di gueste "sostanze fondamentali o preziose" (oppure ovviamente - con gli organi/visceri - funzioni sottostanti). Le linee verticali, o meglio, l'analisi medio - laterale indica se di una specifica funzione è più interessato il controllo (Du Mai), il Jing (Linea degli Hua Tuo), il Qi (linea interna del meridiano di Vescica) o lo Shen (linea esterna del meridiano di Vescica).

In questo studio il "posizionamento" dei punti sensibili avveniva prevalentemente nella parte alta (zona del Cuore e del Ministro del Cuore) ed esterna (linea esterna del meridiano di Vescica).

Se questi sono i dati, proviamo a dare una interpretazione al di là di quella relativa ai singoli punti, di cui discutiamo in seguito.

E' evidente – anche da quanto sopra ricordato – che la zona diagnostica maggiormente interessata è quella relativa allo Shen. E questo sia che consideriamo il reticolo energetico dall' alto in basso (zona alta), che dall' interno all' esterno (zona esterna).

E quindi le malattie del sangue, intese in senso occidentale - almeno per i dati ottenuti - "accendono spie", che si trovano in questa zona del corpo. Potrebbe essere interessante analizzare clinicamente se questa zona può essere considerata un "marker" della malattia. Ma questo esula dagli scopi di questo studio e di questa tesi.

Rimane un fatto evidente, ma – ovviamente – non sorprendente. Le malattie del sangue anche quando interessano la sua "radice" cioè, la sua zona di produzione, zona di primitivo interessamento renale (i Midolli), si manifestano con alterazioni più evidenti (almeno a livello somatico) sulle zone di manifestazioni dello Shen.

Parleremo più avanti del significato diagnostico e terapeutico dei punti specificamente interessati. Qui rimane da ricordare *che lo Shen è anche l'alleanza "profonda" con se stessi e gli altri* (ed anche in questo senso si differenzia dal Ling). Alleanza significa la capacità di "divenire il proprio migliore amico", la capacità di crescere, passando da un sistema a giudizio ad un altro denominato dalla comprensione. In altre parole divenire un "osservatore" e non un giudice di ciò che accade nel nostro profondo (e nella profondità di chi ci circonda).

"Osservatore" che comprende e non "giudice implacabile". E come sempre "struttura e funzione", "struttura e controllo" sono così strettamente associate, come lo sono Jing e Shen, volontà e passione, determinazione e realizzazione. Questa è la zona di manifestazione principale (parte alta ed esterna del reticolo energetico) delle malattie ematologiche neoplastiche occidentali. Solo di passaggio, ricordo, che se è vero che lo Shen è la più "alta" delle sostanze fondamentali, lo strato del sangue (quando si considerano gli strati nelle malattie da calore) è il più profondo. Ancora una volta emerge l'insieme profondità e superficie, alto e basso, e, con Ermete Trimegiste, ricordo che ciò che sta in alto è

presente pure in basso. Ciò che sta in alto (lo Shen) si manifesta con malattie che sono le più profonde (turbe dei midolli) e la cui spia (la zona alta ed esterna del reticolo energetico) è, di nuovo, nella zona più alta possibile (considerando il tronco come l'espressione dell'Uomo nell'ambito della triade Terra – Uomo – Cielo).

Dati questi fatti, segue - inevitabilmente - una riflessione. Ovviamente non ci è dato sapere quanto e se l'intervento "psicologico" su queste malattie, non sia semplicemente un "supporto" ma debba costituire parte integrante della terapia, ma quanto emerge da questo studio lo suggerisce fortemente. Il cambiamento del modo di vedere la malattia, non solo come "alterazione della radice", ma anche come manifestazione, che a sua volta "in un circuito mandalico" condiziona la radice stessa. Nella nostra "visione circolare dell' uomo", lo Shen è si l' unione dei ling, ma anche il presupposto per guesta stessa unione. Quindi intervento "psicologico" l'eventuale non dovrebbe semplicemente un supporto, ma un approccio che "giunga fino ai Midolli", la dove queste malattie hanno origine. E non è un caso che Yuen sottolinei come i Midolli siano essenzialmente ling e Shen. E' allora - in questo senso - che l' ottica occidentale si "orienta esclusivamente" sulla "prima sostanza fondamentale" (il Jing)? E solo perché la parte più materiale è la più semplice da vedere? Non manca un "pezzo" al nostro trattamento?

Riflessione 2 Punti specificamente interessati

Come già accennato nel capitolo "risultati" i due punti che hanno evidenziato un maggior numero di positività, e non solo nella linea esterna di Vescica, ma anche in assoluto nello studio, sono il 43 BL (Gao Huang) ed il 44 BL (Shen tang). Le positività sono talmente frequenti e ripetute, da poter affermare con ragionevole certezza che si tratta di "spie" delle patologie ematologiche considerate e non semplicemente di manifestazione di alterazioni energetiche intercorrenti.

Questi 2 punti hanno caratteristiche comuni ed altre che sono in parte contrapposte. Ricordiamo – solo di passaggio – che il Dott. De Berardinis sottolineava, già molti anni or sono, che spesso punti vicini hanno caratteristiche energetiche parzialmente opposte. Comunque sia, osserviamo inizialmente le caratteristiche comuni.

Si tratta evidentemente di 2 punti che hanno entrambi potenzialità, realizzazioni e radici che affondano contemporaneamente nei Reni e nel Cuore.

Entrambi infatti, appartengono al meridiano della Vescica e tutti i punti di questo meridiano rappresentano, a vario titolo ed in modo quantitativamente variabile, una manifestazione del Rene. Poi, e nello stesso tempo, sono punti del Cuore (e del suo Ministro), infatti, si trovano l'uno (il 43 BL) sulla linea del meridiano del Ministro del Cuore (4° spazio intercostale) e l'altro sul 5° spazio intercostale all'altezza del punto del dorso del Cuore (15 BL – Xin Shu) e del 11 VG.

Insomma, questi 2 punti rappresentano l' unione del Rene e del Cuore, della Volontà e della Speranza, la realizzazione concreta del "pellegrinaggio dal Rene al Cuore", il passaggio dalla potenzialità alla realizzazione, l' unione del Jing allo Shen, o, forse meglio, i luoghi della loro trasformazione.

E questi 2 termini (Jing e Shen) sono l'essenza stessa dei midolli. Perché, se è vero che questi ultimi possono essere considerati in vari modi (Jing Qi + Wei Qi ecc) è anche vero che, quasi per definizione, i Midolli sono costituiti da Jing e Shen.

Allora da questo punto di vista, si può affermare già a livello teorico, che in essi si manifestano, ovvero appaiono, le turbe dei midolli, affermazione questa che ha ricevuto conferma dal lavoro clinico svolto per questa tesi.

Questi 2 punti hanno evidenti diversità.

Il 43 BL è il punto della "busta" del Cuore, la zona di protezione e di riequilibrio dell' energia – sangue a livello del torace. Il punto (sia alla lettura data da Sun Si Miao, sia in quella francese dell' AFA e di Kespi in particolare) della nutrizione profonda.

De Berardinis ci ha spiegato – specie nel suo capitolo sull'obesità, che per l'autore è una tipica malattia dei Midolli – che il BL 43 (Gao Huang) è uno dei punti essenziali per nutrire i Midolli, inserito sia nella via che permette ai midolli di essere nutriti attraverso il sangue sia in quella della nutrizione attraverso il Gao. Quindi il 43 BL rappresenta il punto Rene – Cuore che nutre in profondità l'individuo. Lo nutre fino ai midolli, lo nutre di Jing e Shen e di Yuan Qi (Yuen). Ed anche qui ritroviamo il circuito "mandalico" a cui si

accennava nella riflessione precedente. La profondità (il Rene, i Midolli), si manifesta nella superficie e questa può a sua volta ri – nutrire la profondità. La stimolazione di questo punto, in altri termini, "crea" una "Alta Marea" di vitalità all'individuo, lo inonda di quel Jing Shen, che è la precondizione di ogni "stato di benessere". Non stupisce, quindi, l'affermazione dei diversi Autori (e Sun Simiao in primis) che ricorda questo, come uno dei punti più importanti del corpo. Quindi, in questa esperienza, si può affermare che nelle malattie gravi ematologiche, Gao Huang rappresenta un punto diagnostico e probabilmente terapeutico della massima importanza.

Il 44 BL (Shen Tang) ha un significato in parte diverso. Rappresenta secondo Yuen uno dei pochi punti (assieme al 23 Rene) che hanno la proprietà di controllare il piccolo Shen: il programma della vita. Questo, come noto, è depositato nel Ming Men e si realizza grazie al controllo esercitato dallo Shen del Cuore. La precondizione - evidentemente - è che in ogni istante o, forse meglio, in ogni fase della vita, vi sia quella "comunicazione" Rene - Cuore che è "conditio sine qua non" perché questa possa realizzarsi. Ma le diverse "intemperanze" ed "interferenze" della vita possono alterare questa comunicazione. Ed è compito delle 2 buste (del rene e del cuore - 53 e 43 BL) controllarle e "ripararle". Se questo avviene, la funzione controllata dal 44 BL (piccolo Shen) può svolgere in tutta la sua "grazia" questa attività. Il "programma gira" e dopo questo fluisce l' energia ed anche la realizzazione concreta della nostra vita.

Il fatto che il 44 BL sia così frequentemente alterato nelle malattie ematologiche neoplastiche potrebbe indicare questo (o anche questo) come "movens" (o forse "primum movens") di questo tipo di malattie. Il programma "non gira", non si realizza. Manca il controllo operato dal sangue (43 BL) e dallo Shen (44 BL) sul programma di vita. Conseguentemente il sangue o meglio la radice del sangue (la comunicazione rene – cuore, il Jing Shen) viene meno. Conseguentemente viene meno la vita nella sua zona più profonda, là dove tutto ha origine e dove tutto termina (vedi I Visceri Curiosi di Di Stanislao, Brotzu, D' Onofrio, Corradin in press): il Cervello ed i Midolli.

Riflessione 3: altri punti

In ogni caso è evidente che diversi altri punti (accanto al 43 BL e 44 BL) risultano alterati e quindi diagnosticamente significativi. Risulta difficile, come già accennato però, distinguere ciò che è di

pertinenza delle gravi malattie ematologiche considerate e ciò che è il risultato dell'inevitabile esaurimento del Jing, che accompagna il fisiologico invecchiamento. E senza contare o accennare alle inevitabili patologie intercorrenti o concomitanti.

Pur con tutte queste limitazioni, risulta subito evidente che fra i diversi punti del dorso il più frequentemente sensibile è il BL 23 (Shen Shu). Questo ha una frequenza di comparsa quasi comparabile ai 2 punti (BL 43 e BL 44) sopra ricordati. Ciò non stupisce per una serie di motivi. Innanzitutto l'alta frequenza di sensibilità o franco dolore spesso presente, a questo livello, anche in età giovanile. Del resto il "punto di comando del rene" (BL 23) è interessato in tutte le alterazioni energetiche che, alla fine se protratte, "tassano il Rene". E poi è necessario ricordare che la nostra vita, carica di responsabilità fin dagli anni giovanili, e l'abuso di attività intellettuale sono condizioni "primarie" di pertinenza e di "carico" renale.

A tutto questo si aggiungono poi le diverse malattie ematologiche oggetto di questa discussione. I visceri curiosi sono lo Yin del Rene ed è inevitabile che le malattie di questo si riflettano sul rene e sui suoi punti di comando. Questa riflessione è ancora più rilevante, considerato che anche BL 52 (Zhi She) è spesso interessato. E questo punto (o meglio, anche questo punto) è anch'esso in stretto rapporto con la struttura e lo Yin (Jing) renale. Ma questo era quanto ci si aspettava fin dall' inizio dello studio.

Invece la sensibilità degli altri punti palpati è così poco frequente da non poter essere considerata, almeno a livello generale. Mentre i 2 punti della branca laterale (BL 43 e BL 44) e il BL 23 della branca interna di vescica sono presenti, almeno in alcuni casi, in tutte le patologie considerate, gli altri punti del dorso sensibili sono più distribuiti e, spesso, sono del tutto silenti.

Ad esempio un punto interessante, anche ma non solo, per la frequenza di comparsa è BL 18 (Gan Shu), che nella trombocitemia essenziale si presenta con discreta frequenza. E' invece quasi del tutto insensibile in altre patologie ematologiche. E lo scopo in questo lavoro era cercare di avere una visione di insieme, cercare i

punti o le zone "d'allarme" più frequenti e per quanto possibile, cercare di comprenderne il significato energetico.

Si rimanda, invece, ad un ulteriore approfondimento (ed in presenza di un campione ancora più rappresentativo) l'analisi dei punti sensibili delle singole patologie ematologiche.

Appendice 1

				<u> </u>				, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
	M F I	e t à	S e s o	Patologie associate rilevanti	Huato	Shu	Ben Shen	Note
1	ВІ	8	F	diabete insulinoterapia - cardiopatia ischemica cronica - carenza di folati - cirrosi epatica con ipertensione portale	neg	neg	neg	splenomeg alia HU
2	B F	7 5	М	cardiopatia ischemica cronica con pregresso IMA - ipertensione arteriosa - pregressa nefrectomia dx per litiasi - BPCO enfisematosa - gastrite antrale - splenectomia nel 2008 - IRC	neg	neg	neg	trasfusioni steroide
3	ОО	6 5	М	insufficienza renale cronica - perglomerulosclerosi in dialisi - ipertensione arteriosa - carenza di folati	neg	neg	neg	splenomeg alia HU
4	C G	6 0	М		neg	neg	neg	Splenome galia
5	C N	4	F		neg	neg	neg	Splenome galia
6	F N	6 7	F	gammopatia monoclonale Igg K stabile - ipertensione arteriosa in terapia - diabete mellito tipo II in terapia orale - HBsAg positività	neg	20V dx pieno MP	neg	Oncocarbi de
7	L R	6 4	М	trombosi asse venoso splenomesenterico portale 2000 - cavernomatosi portale con pregressa trombosi 1998 - ipertensione portale con varici gastroesofeagee - pregressa trombosi seno frontale 1999 ipertensione arteriosa	neg	neg	neg	splenomeg alia HU

				Anemia normocitica-IMA				
8	M M		F	2005- ipertensione arteriosa- encefalopatia- diabete- pregressa ulcera gastrica-calcolosi colicistica	neg	neg	43-44 V dx pieno MC/C	
9	0 C	6 7	М	epatopatia cronica steatosica - calcolosi della colecisti - asportazione di cisti renale sx	neg	neg	neg	HU
1 0	P L	7 8	М	epididimite giugno 2010	neg	neg	neg	HU
1	P V	6	М	intolleranza glucidica - pregresso Ca vasocellulare	neg	23 V sx pieno R	neg	Oncocarbi de
1 2	P G	7	М	deficit di acido folico - ipertensione arteriosa in terapia - epatopatia steatosica (anamnesi di potus) - pregresso attacco gottoso	neg	neg	neg	splenomeg alia HU
1 3	R A	7 2	М	eomorroidi - diveticolosi sigma - adenoma tubolare sigma asportato nel di 08 - ipertrofia prostatica - lieve deficit folati in terapia sostitutiva - potus	neg	neg	neg	splenomeg alia HU
1 4	R G	6 4	F		neg	14V dx pieno MG	neg	Xadri
1 5	T A	7	М	ipertrofia prostatica - IRC lieve - ipoacusia - struma intratoracico	neg	neg	52 V dx pieno R	HU
1 6	T G	7 5	М	ipertensione arteriosa - epatopatia steatosica - ipogammaglobulinemia - splenomegalia	neg	neg	neg	splenomeg alia HU
	TE	E t à	S e s s o	Patologie associate rilevanti	Huato	Shu	Ben Shen	note
1	A A A	4 6	М	ipertensione polmonare postembolia polmonare - inversione della formula leucocitaria	neg	neg	neg	
2	ВТ	8 2	F	anemaia normocitica in accertamento - ipertensione arteriosa pregressa - sostitutizione valvolare aortica per stenosi	neg	neg	neg	HU

3	B E	7 7	F	Anosmia di ndd (?virus) - mastectomia dx (1989) trattata con chirurgia ed ormoni - ipertensione arteriosa - litiasi renale e cisti renali- ipercolesterolemia - artrosi polistazionale - meniscectomia bilaterale - cataratta bilaterale - dito a scatto	Hua Tuo 11 e 8 VG	neg	neg	infiltrazion i spalle
4	B C	6 7	М	calcolosi renali- cisti renali - ipertrofia prostatica in terapia - pregressi otiti e mastoiditi - allergia ad antibiotici e FANS) - ipogammaglobulinemia	neg	23 V dx pieno R	43 V dx pieno MC- 52 V dx pieno R	HU
5	B E	7 7	F	Osteartrosi - artrodesi anca dx(6/2010)- ipertensione arteriosa - gammopatia monoclonale di ndd	Neg	Neg	Neg	
6	ВІ	7 8	F	artroprotesi per necrosi asettica testa femorale dx - sindrome di Sjiogren e connettivite indifferenziata in terapia immunologica - ipertensione arteriosa - pregressa ischemia retinica sx - glaucoma occhio sx - cefalea cronica -pregresse IUV	neg	neg	43 V dx Ministro 44 V dx cuore	
7	B P	6 3	М	Adenoma prostatico – Morbo di Paget	Neg	Neg	Neg	
8	B P	6 4	М	iperomocisteinemia - adenoma prostatico - morbo di Paget - steatosi epatica - cisti renali - esiti di pregressa TURP	neg	23 V dx pieno R	neg	HU
9	ВМ		F	Sigmoidite cronica su base ischemica - Gastrite cronica antrale con esofagite da reflusso - colecistectomia da litiasi - incontinenza urinaria da sforzo	Neg	Neg	Neg	
1 0	B G	6 6	F	ipertensione arteriosa - positività HBsAB HbeAb Hbc/Ab - cisti renale e biliare	neg	Neg	44 V dx pieni cuore /43 V dx pieno Ministro	scoliosi - dolore colonna maggio 2010 - infiltrazion i fisioterapi

_						T		
								a - mia visista novembre
1	B G	6 9	F		Neg	Neg	Neg	
1 2	ВМ	7	ш	caveronoma portale - pregresso meningioma frontale asportato - colecistectomia - isterectomia per K - peritoneite da perforazione intestinale da corpo estraneo - sindrome depressiva	neg	neg	42 Vsx polmone	
1 3	B A A	6 5	М	pregresso IMA	neg	neg	neg	
1 4	B A	6 5	М	pregressa ulcera duodenale in corso di aspirinetta	neg	23 V dx pieno R	neg	HU
1 5	B E	7	F	episodio di FA in terapia	200		200	
1 6	B G	6 7	M	ritenzione acuta di urina pregressa - cefalea a grappolo - aree di retrazione e consolidamento parenchimale lobi superiori polmonari ndd con mantoux positiva	neg neg	18 V dx pieno fegato/ 23 V dx pieno rene	neg neg	HU
1 7	B G	6 9	М	ipertensione arteriosa in terapia - acne rosacea - pregresso voluminoso polipo tubulo villoso del colon ascendente (gennaio 08) - adenoma prostatico - pregressa asportazione di papilloma squamoso al cavo orale	neg	18 Vdx pieno Fegato	neg	
1 8	BS	6 7	F	protesi anca 3 anni fa per frattura accidentale	neg	Neg	42 Vdx pieno Polmone / 43 V dx pieno Ministro/P4 4 V dx pieno cuore	

1 9	ВА	5 9	М	Ipertensione arteriosa in terapia – ipercolesterolemia e ipertrigliceridemia – gastrite HP+ . epatopatia steatosica –allergia ASA – orticaria – iopgammaglobulinemia lieve – paresi faccciale dx(1/10)	Neg	Neg	Neg	
2	B A	7	М	TVP arto Inferiore sx (2003) – BPCO – aortosclerosi- ulcera gamba dx sec a trauma di vecchia data	Neg	Neg	Neg	
2	ВА	6 2	F	ipertensione arteriosa in terapia - dislipidemia aterogena	neg	neg	neg	
2 2	АМ		F	pregressa TVP peroniera e safena esterna dx in TAO - ipromocisteinemia (omozigosi MTHFR) - ipertensione arteriosa in terapia - tiroidite cronica in terapia -epatopatia cronica di ndd - ipertrofia del setto di ndd	neg	23 V dx pieno rene - 18 V dx vuoto fegato	neg	
2	C	8 0	F	pregressa angioplastica - colelitiasi - exeresi polipo colon	neg	27 V dx piccolo	neg	
2 4	СІ	5 0	F	K mammella trattato con chemio e radioterapia (2002) - iperomocisteinemia in terapia ciclica con Folina e vit B12	neg	13 V/ 15 V Polmone /Cuore	neg	
2 5	CA	6 3	F	Mutazione MTHFR eterozigote - iperomocisteinemia - colecistectomia per litiasi complicata- exeresi di cisti mesenterica	Neg	Neg	Neg	dolore C7
2 6	CA	3 7	F		neg	neg	44 V dx cuore	VG 14 dolente

_					ı	ı	1	, ,
2 7	C V	5 9	F	pregressa sostituzione valvolare mitralica in TAO 2007 - pregressa epilessia in controllo neurologico	neg	neg	44 V dx pieno C	HU
2	C P	7 0	М	pregressa TURP (2004) - pregressa pancreatite acuta - deficit acido folico	neg	neg	neg	
9	C M	2 7	М	iperomocisteinemia con mutaz MTHFR etz	neg	neg	44 V dx pieno C	
3	С	4 9	F	dolori articolari migranti persistenti non risolti con la sospensione da Interferone - ipergammaglobulinemia lieve	neg	neg	43 V dx pieno MC	
3	D R E	5 5	F	lpertensione arteriosa	Neg	Neg	Neg	
3 2	D T M	7 1	F	Cefalea	Neg	Neg	Neg	
3	OMO	6 0	F	ipercolesterolemia	neg	neg	neg	
3	D A R	4 7	F		Neg	Neg	Neg	
3 5	F I G	8 0	F	Ipertensione arteriosa – sindrome depressiva – angioma epatico stabile	Neg	Neg	Neg	
3 6	F A	8	F	BPCO asmatiforme - ipotiroidismo in terapia - pregressa epatite B - pregressa polipectomia gastrica (1973) riferito deficit B12 - cisti e microcalcoli renali dubbi	neg	neg	neg	
3 7	F	2 7	М	ipeomocisteinemia senza mutazione MTHFR	neg	neg	neg	
3 8	F M	6 7	М	ipertensione arteriosa in trattamento - diverticolosi del colon - ipercolesterolemia in terapia	neg	19 V dx vescica biliare	neg	
3 9	F A	7 3	F	diabete mellito in terapia - ipertensione arteriosa in terapia - pregressa colecistectomia per litiasi - pregressa sindrome di Meniere - nodulo tiroideo benigno	neg	neg	44 V dxpieno C	HU

4 0	FL	7	F	sindrome di Siogren - positività gene MTHFR - tracce di crioglobuline/iperomociste inemia in terapia	neg	neg	42 dx sx V pieno P	HU
4	F	6	_	in automaiana automiana				
4	A F	3 4	F	ipertensione arteriosa Sindrome di Raynaud -	neg	neg	neg	HU
2	R	1	F	cefalea cronica	Neg	Neg	Neg	
4 3	F L F	6 6	F	ipertensione arteriosa in terapia - steatosi epatica	neg	20-21 dx mag sx pieno NP ST	neg	HU
4	F R	6 8	М	Leucemia linfatica cronica in remissione	neg	neg	neg	Hu lipomi su tutta colonna
4 5	n D	6 2	М	pregressa embolia polmonare e TVP	neg	neg	neg	
4	G V	4 9	М	ipercolesterolemia	neg	neg	neg	rilievo duro D6 Dx
4 7	G L	7	F	pregressa mastectomia per K (1994) - ipertensione arteriosa in terapia	neg	neg	42 V dx polmine / 52 V pieno rene	morto figlio 20 fa
4 8	G D	6 9	F	artrite reumatoide in terpia con MTX - deficit di folati	neg	neg	47 V dx pieno fegato	
4 9	G 	7	F	ipertensione arteriosa in terapia	neg	neg	neg	
5 0	G G	7	М	iperomocisteinemia lieve - ipertensione arteriosa - pregresso TIA	neg	18 V dx Fegato	42 V sx pieno polmone/4 3 V sx pieno Ministro	ansioso
5 1	G R		F	Epilessia – pregressa meningite a liquor limpido (circa 4 anni fa)	Neg	Neg	Neg	
5 2	LC	7	F	persiste anemia macrocitica (macrocitosi da oncocarbide?) - anemia secondaria a oncocarbide o mielodisplasia associata? - pregresso K mammario con linfoadenectomia sx - scompensao cardiaco pregresso - cardioversione	neg	20 V dolenzia e tensione - Milza	neg	
5	L P G	6	F	Gastrite cronica – pregresso HP(2008) – pregressa ulcera duodenale – pregressa isterectomia per fibromi	Neg	Neg	Neg	

5 4	L	7 5	F	Ipertensione arteriosa - cardiopatia ipertensiva - Pregresso IMA anteriore(2006) - pregresso trombo apice cuore	Neg	Neg	Neg	
5	L A	5 5	F		neg	neg	52 V dx pieno R	Ansia
5		7 5	F	ipertensione arteriosa - ipercolesterolemia	neg	neg	44 Vdx pieno cuore - 52 Vdx pieno rene	nonna bit
5 7	МА	6 7	F	ipertensiona arteriosa in terapia - aterosclerosi crotidea in terapia - glaucoma bilaterale - iperomocisteinemia in terapia con folina e vit B12 - pregressa colecistectomia per calcolosi - isterectomia totale per fibromi	neg	neg	neg	
5 8	M A	7	М		neg	neg	neg	HU
5 9		5	М	discopatie della colonna - emicrania con aurea in terapia	neg	neg	neg	
6	M A	7 1	F	Pregressa embolia polmonare – noduli tiroidei di ndd – ipertensione arteriosa – calcolosi colecistica	neg	16 V bilaterale 17 V	Neg	
6	M G	6	F	Ipertensione arteriosa – intervento carotide dx	Neg	Neg	Neg	
6 2	M A	6 5	М	ipertensione arteriosa in terapia - ipercolesterolemia in terapia	neg	neg	neg	
6 3	M M		М	Intolleranza ad anagrelide – epistassi	Neg	Neg	Neg	
6 4	M F	4	М	angioma epatico	neg	neg	neg	
6	M B	6	F	carcinoma cervice uterino (isterectomia se annessiectomia bilaterale il 6/4 -RTT terminata in luglio) - cervicoalgie	neg	27 V Piccolo intestino	neg	

6	M V	8	М	Ipertensione arteriosa – IRC lieve	Neg	Neg	Neg	
6 7	M	7	F	ipertensione arteriosa - calcolosi della colecisti epatopatia cronica steatosica - diabete mellito in terapia ipoglicemizzante orale - prolasso corde vocali	neg	21 V maggiore a dx Stomaco e 27 V a dx Piccolo intestino	neg	
6 8	M D	9	М	Anemia refrattaria con sideroblasti ad anello - carenza cronica vit B12- ipertensione arteriosa - colecistolitiasi - calcolosi vescicale pregressa - diverticolosi vescicale - adenoma prostatico - enucleazione K rene	Neg	Neg	Neg	
6 9	0	7	F	ipertensione arteriosa in terapia	neg	neg	44 Vdx pieno cuore/52 v dx dolente rene	
7 0	00	7 4	F	gammopatia monoclonale IgMK (verosimile MGUS) - frattura vertebrale traumatica sottoposta a vertebroplastica (L1-L2) - ipercolesterolemia -osteoporosi - mengioma in fossa cranica posteriore - intervento di cataratta OS	neg	22 V / 23 V dx Triplice e Rene	neg	vertebre plastica
7	P S	7	F	gammopatia monoclonale IgG e IgA - trait talassemico	neg	19 V dx Vescica biliare	neg	
7 2	P P	4 2	М	iperomocisteinemia in terapia - cefalea con aurea - dubbia gammopatia non confermata da IFS	neg	18 Vdx fegato/V 28 dx vescica / 27 V dx Piccolo	43 V dx Ministro	vita da schizzato
7 3	P D	8 2	F	ipertensione arteriosa - pregressa mastectomia dx + RTT 1991 - pregressa isterectomia totale per fibroma a 50 aa - colelitiasi ed adenomioma della colecisti	neg	neg	neg	HU

7 4	PA	8 0	М	ipertensione arteriosa in terapia - claudicatio intermittens - ulcera malleolare dx in risoluzione (riserva per danno da ancocarbide) - AT aorta addominale e vasi arti inferiori -aneurisma aorta addominale - iperomocisteinemia - ernia discale L4-L5 pregressa - IRC	neg	20 V milza	43 V MC	
7 5	PF	7 0	Μ	eofagite da reflusso - IRC - noduli emosiderotici epati in follow-up ecografico stabili in emocromatosi - cardiopatia ischemica cronica e arteriopatia - pregressa trombosi gamba sx	neg	19 V dx pieno vescica biliare/ 23 v dx pieno Rene	49 V MP pieno	
7	P A	5 7	F	trait talassemico - pregressa tiroidite acuta 2002	noa	nog	44 V dx sx pieno C	HU
7 7	P S	3	F	2002	neg Neg	neg 16 V dx pieno - 20 V dx Stomaco	neg	110
7 8	P M	7 5	F	pregresso TIA	neg	neg	neg	HU
7 9	P M R	7 1	F	ipertensione arteriosa in terapia - bronchite asmatica	neg	29 V sx	neg	
8	P A	6 4	М	IMA con PTCA – ipertensione arteriosa – iperuricemia	Neg	Neg	Neg	
8	P G	5 6	F	sindrome comiziale pregressa	neg	neg	neg	
8 2	R R	7	F	ipertensione arteriosa in terapia - colecistectomia 1977 per litiasi - cisti renali	neg	23 Vdx pieno rene	neg	
8 3	R L P	6 6	М	epistassi massiva in maggio 2010 di ndd causticata - iperomocisteinemia in terapia vitaminica cronica - eteroziosi fattore V di Leiden - allergia ASA riferita ipertrofia prostatica	neg	22 V sx pieno triplice riscaldatore	neg	

		ı —		Dunamana alausta au				
8 4	R M R	7 8	F	Pregressa pleurite sx - ipertensione arteriosa - pregressa TPSA - gastroenterite acuta (maggio 2009) - anemia normocitica non responsiva a vitamine	Neg	Neg	Neg	
8 5	R G		М	ipercolesterolemia - acufeni orecchio dx - cisti renale dx - emorroidi - rinite con poliposi nasale - pregressa safenectomia sx	neg	neg	neg	
8 6	S D	6 5	M	Pregressa emorragia gastrica - disturbo bipolare - pregressa dipolpia - ipertrigliceridemia e ipercolesterolemia	Neg	Neg	Neg	
8 7	SA	7 4	М	formazioni cistiche epatiche con formazione nodulare iperecogena referibile ed angioma - ipertensione arteiosa in terapia - pregresso K prostatico in terapia con Casodex - iperomocisteinemia in trattamento con ac folico, vitamine B12 e B6	neg	neg	neg	
8 8	SA	7 9	М	sostituzione valvolare mitroartica e posizionamento PM (9/3 e 2/4/09) in TAO - ipertensione arteriosa a rischio cardiovascolare elevato con retinopatia secondaria - aortosclerosi - diabete mellito - pregresso intervento CA squamoso corda vocale sn - pregressa epatite B - pregressa psoriasi	neg	neg	neg	
8 9	S F	6 8	М	Pregressa ischemia cerebrale - decompressione del canale cervicale (2009) per spondilo artrosi multi segmentaria (C4-C5 e C6- C7)	Neg	Neg	Neg	

9 0	S N	6 8	F	pregressa esofagite erosiva con gastrite antrale e ernia iatale - pregresso intervento di ernia discale e persistenza di due ernie discali a livello lombare - sindrome depressiva in terapia - ipertensione arteriosa in terapia - positività Hbe e HBc				HU
9	T	6	М	TIBC	neg	neg	neg	
9	A	6			neg	neg	neg	HU
2	M	4	F	pregresso K mammella	neg	neg	neg	
9	T M	6 4	F	pregresso K mammella	neg	neg	44 V dx pieno C	HU
9 4	ТТ	7 9	F	Ipertensione arteriosa – ronchite cronica – artrosi osteoporosi con crolli vertebrali e ipercifosi secondaria – poliposi uterina pregressa e sideropenia – vitiligine e psoriasi con artrite – tiroidite autoimmune (2008)	neg	23 V rene	Neg	
9 5	V M L	8 5	F	Melanoma occhio sx (intervento+ RTT a 6/2010) - dispepsia cronica - anemia sideropenia pregressa - epistassi recidivanti monolaterali pregresse	Neg	Neg	Neg	
9	> M L	8 5	F	melanoma occhio sx (intervento+ RTT a 6/2010) - dispepsia cronica - anemia sideropenia pregressa - iperomocisteinemia epistassi recidivanti monolaterali pregresse	neg	neg	neg	HU
9	Z M	6	М		neg	neg	neg	HU
	P	E t à	Sesso	Patologie associate rilevanti	Huato	Shu	Ben Shen	note
1	A	5	М	IMA con angioplastica nel 2/2009 - ipertensione arteriosa in terapia con Lobivon	Neg	Neg	52 V dx pieno R	Contr muscolare
2	B M	5 4	М	Pregressa meningite da VZV – Pregresso IMA	Neg	Neg	Neg	HU

_				In order of the control of the contr			Γ	
		_		Ipertensione arteriosa-				
3	В	7		BPCO-ipertiroidismo-				
	М	4		ipercolesteremia-ipertrofia				
				prostatica	Neg	Neg	neg	HU
				Pregresso bypass				
4	В	7	М	aortocoronarico- BPCO-				
4	F	4	141	Gastrite cronica - diabete				
				mellito- steatosi epatica	Neg	Neg	neg	HU
				Gammopatia monoclonale		•		
	_			lgG Lambda -				
_	В	6		encefalopatia				
5	E	4	М	multinfartuale -				
	P			Ipertensione arteriosa -				
				Intolleranza glicidica	Neg	Neg	neg	
	В	7		Epatopatia cronica(reperto	9			
6	P	1	М	ecografico)	Neg	Neg	neg	HU
	<u>'</u>	_		ipertensione arteriosa in	iveg	iveg	neg	110
				terapia - pregressa				
	В	6		isterectomia per fibromi				
7	S	7	F	uterini (1989) - pregressa				
	٦	′		s. Menière - mutazione				
				etereozigote MTHFR	noa	noa	nog	
-				Iperomocisteinemia (gene	neg	neg	neg	
				•				
8	В	6	м	MTHFR negativo) -				
°	L	5	141	Intolleranza glucidica -				
				Epatopatia (?a potus)-	Noa	Noa	n 0 0	
-	Ь	6		ischemi cerebrale (2/2006)	Neg	Neg	neg	
9	B G	6	М	sindrome	neg	Neg	neg	Salasso
	Ť			Pregressa ematemesi da		9		54.4550
				Sindrome di Mallory-				
				Weiss e doppia ulcera				
				duodenale(del 2008)-				
1_	_			gastrite cronica HP				
	В		М	eradicato - Tumefazione				
0	L	8		mammella sx di ndd-				
				tunnel carpale dx				
1				(intervento 12/2008) -				
1				diverticoli vescicali cisti				
1				biliari	neg	neg	neg	ни
	\vdash			Dillari	1109	13 V	1109	
1						Polmone /15		
						V Cuore /14		
1	_D	6		pregresso semionoma		V Cuore /14 V MinCuore		
$\begin{vmatrix} 1 \\ 1 \end{vmatrix}$	B B	6	М	testicolare dx trattato con				
1	🛭	9		chirurgia e RTT (89)		pieno - 21 V dx		
				-		-		
					noc	stomaco- 23	nog	
1	В	7	М	Paraprotoinomia IsM	neg	Vdx rene Neg	neg	HU
2	В	3	141	Paraproteinemia IgM Lambda – pregressa	Neg	INEG	neg	
-	А	ر		gastrite erosiva (2006)con				
1	^			anemizzazione -diabete in				
				insulinoterapia -				
1	1			nefropatia diabetica e				
1				ipertensiva – Colelitiasi –				

_					Ī	T	Γ	
				arteriopatia obliterante				
				arti inferiori -				
							44 V Cuore	
1	В	4					dx pieno /	
3	A	0	М	pregresso ca uroteliale			47 V dx F	
]							egato	
					neg	neg	pieno	
				Epatopatia colelitiasica –				
1	Ь	7		trombosi venosa profonda				
1 4	В	7	М	gamba dx ed embolia				
4	L	/		polmonare (3/2009) in				
				TAO	Neg	Neg	neg	HU
				artrite reumatoide in	J		43 V dx	
1	В	5	_	trattamento			Min Cuore /	
5	v	0	F	immunosoppressivo -		23 V dx	52 V dx	
-				litiasi colecisti	Neg	Rene	Rene	
				pregressa malaria - asma	9	1.0.10		
				bronchiale in terapia -				
				ernia jatale in terapia -				
				pregresso distacco retina				
				(2005) - pregressa FA				
1	C	7	М	parossistica sottoposta a				
6	S	4	1 1 1	terapia ablativa e flutter				
				·				
				recidivante - pregresso				vita
				ipertiroidismo per tiroidite				
				acuta -pregressa TVP				spirituale -
-				femoorpoplitea 2004	neg	neg	neg	HU
1	_	_		ipertensione arteriosa in				
1	D	8	F	terapia - aortosclerosi				
7	R	2		carotidea (pregresso				
				intervento carotide sx)	neg	neg	neg	HU
				pregresso CA vescicale				
1_	D	_		plurirecidivato - Dupuytren				
1	М	8	F	/ stato degenerativo cuffia				
8	M			rotatori - cataratta				
	' '			bilaterale - pregressa				
				ulcera duodenale	neg	neg	neg	HU
				splenomegalia con				
				pregressa trombosi della				
1	$ \nabla $	2		vena splenica (2004) -				
9	D L	3 7	М	iperomocisteinemia				
9	-	/		(mutazione omozigote del				
				gene MTHFR) in terapia				
				vitaminica	neg	Neg	neg	
	П			Pregressa TVP vena		-	_	
				splenica – cardiomiopatia				
				ischemica con pregresso				
2	F	6	N /	intervento di				
0	N		М	rivascolarizzazione - HCv -				
1		_		gammopatia monoclonale				
				IgGL dubbbia -				
				splenectomia	neg	neg	neg	HU
2	F	6	М	Gastrite Cardiopatia -	neg	neg	neg	HU
1	A	7		diverticolosi del sigma –	· · · · · · · · ·		15	•
-	´`	'		lipoma del colon –				
Ь	Щ			וויסווום מכו כסוטוו		l		

		1			Γ	Γ	Γ	T
				emorroidi- arterioapatia				
				obliterante arti inferiori				
				con by pass iliaco				
				femorale sx 1990 -				
				ipertrofia prostatica				
2	G	6	М	ipertensione arteriosa in				
2	М		· ·	terapia	neg	neg	neg	HU
2	G	4	М				42 V dx	
3	D	1	· ·		neg	Neg	pieno P	HU
				pregressa trombosi				
				portale (1995) -				
2	G	5		transaminasi e GammaGT				
4	E	4	М	elevate dal 2006 in				
-	-			steatosi epatica		15 V Cuore/		
				(alimentare - tox da		44 V dx Min		l
				farmaco) - iperuricemia	neg	Cuore	neg	HU
						15 V dx		
						pieno cuore		
2	G	4		pregressa sideropenia -		- 19 V dx		
5	M		F	iperomocisteinemia		vescica		
	' '	'		iperorrideisteinerind		biliare - 25 V		
						dx grosso		
					neg	intestino	neg	INTRON
2	G	4		cisti ovarica in follow up				
6	М	7	F	(esclusa neoplasia)			44 V dx	problemi
Ľ	G			• •	neg	neg	Cuore	famigliari
				prurito (? Da policitemia				
2	L	7		vera) - blocco Av 2 grado				
7	F	9	М	(PM permanente) - esiti di				
′				intervento per ulcera				
				duodenale	neg	Neg	neg	HU
2	L	4	М	Asportazione di nodulo				
8	S	4		tiroideo (6/2010)	neg	Neg	neg	
2	L	7		cisti pancreatiche in			42 V	
9	N		М	follow-up - lesione			Polmone	
				intracorticale rene dx	neg	Neg	44 V Cuore	
3	L	6	F	Ipertensione arteriosa –				
0	G	3		sindrome ansiosa	Neg	Neg	neg	
				Ipertensione arteriosa e				
				IRC - Pregresso TIA -				
_	_	_		pregressa ulcera				
3	M		М	perimelleolare - pregressi				VA CD:D
1	V	2		episodi di proctorragia –				XAGRID -
				emorroidi interne –				evoluzione
				diverticolosi – microcitosi				mielofibro
Ļ		_		con sideropenia	neg	neg	neg	se
3	M		М	Pregressa piastrinopenia	neg	neg	neg	HU
2	Т	8		da oncocarbide –				
				arteriopatia obliterante				
				arti inferiori sottoposta ad				
				angiopalastica e				
				posizionamento di stent in				
				art iliaca comune dx per				
				ictus cerebri -				
				ipertensione arteriosa –				

				-		T	T	,
				BPCO- aneurisma aorta				
<u>_</u>		_		sottorenale di lieve entità				
3	М	7 3	F	Ipertensione arteriosa – colelitiasi	noa	nog	nog	HU
3	М	$\overline{}$		Iperomocisteinemia –	neg	neg	neg	ПО
4	S	2	М	ipertensione arteriosa	neg	neg	neg	XAGRID
				pregresso deficit acido	neg	neg	neg	AAGINID
3	М		F	folico - pregresso IMA -				
5	M	8	'	psoriasi	neg	neg	neg	Purinetol
3	М	5	_	,	9			
6	1	9	F	Ipertensione arteriosa	neg	neg	neg	
3	N	6	М	asma bronchiale da		_	_	
7	U	7	ΙVΙ	quattro anni	neg	Neg	neg	HU
				Quadrantectomia e cavo				
				ascellare dx per Ca				
				infiltrante duttale -				
3	N	6		ipertensione arteriosa -				
8	Z	4	F	ischemia cerebellare				
	Α	-		(1992) - ritardo mentale				
				angioma epatico e				
				adenomioma della				
-				colecisti	neg	neg 15 V dx	neg	HU
						pieno cuore		
				pregressa epatite A -		- 19 V dx		
3	P	5	М	discopatia lombare		vescica		
9	М	1	ויו	verosimile		biliare - 25 V		
				Verosimine		dx grosso		
					Neg	intestino	neg	HU
1	Р	-						
4 0	М	6 5	F	ipertensione arteriosa				
L	L	٦			neg	neg	neg	HU
				Anemia multi origine –				
4	Q	8	F	ipertensione arteriosa –				
1	L	4	·	pregressa trombosi				
	Ш			venosa femorale(12/2004)	neg	neg	neg	HU
				Pregressa trombosi arteria				
				oftalmica sx ed ischemia				
				sottocorticale dx (1999)-				
1		6		tromboangioite di Burger -				
4 2	R C	6	F	simpatectomia lombare dx Il e Il ganglio- epatopatia				
-	`	ر		cronica B e C -				
				ipertensione arteriosa -				
				lieve IRc – sindrome				
				ansiosa depressiva	neg	neg	neg	HU
4	R	8	М	diabete mellito in tp	neg	neg	neg	HU
3	E	2		insulinica con retinopatia	1 - 9	3	9	
				secondaria sottoposta a				
				laser terapia - pregressi				
				ricoveri per scompenso				
				cardiaco - IRC lieve - esiti				
				di ictus cerebri - BPCO -				
				arteriopatia				
				polidistrettuale - pace				
				polidistrettuale - pace				

				maker bicamerale per				
				blocco bifascicolare				
				(12/11/07) -				
				cardiomiopatia dilatativa				
				post infratuale con				
				disfunzione sistolica				
				ventricolare sx di grado				
				moderato (FE 44%) -				
				pregressa PTCA su stent				
				(2003) - pregresso IMA				
				infero posteriore (1995) -				
				insufficienza mitralica di				
				grado moderato -				
				ipertensione arteriosa -				
				flutter con ripristino				
				spontaneo del ritmo				
				(2006)				
				pregressa ulcera peptica				
				(98) - IRC lieve in				
				miglioramento - dermatite				
4	R	6	М	del volto (rosacea) -				
4	G	4	11	pregressa ischemia		14 V dx		
				falange discale prime e		pieno Min		
				I	noa	Cuore	noa	HU
					neg	Cuore	neg	110
1	_	_		intolleranza ad				
4	R	6	М	oncocarbide per febbre -				
5	Е	7		gammopatia monoclonale				
				IgGLambda stabile	neg	neg	neg	
				Ectasia aorta ascendente -				
4	S	6		ipertensione arteriosa -				
6	D	3	М	pregresso TIA (2003) -				
"	٦			ipercolesrerolemia e				
				iperomocisteinemia	neg	neg	neg	
4	Т	6	F	ipertensione arteriosa in				
7	R	1	「	terapia	neg	neg	neg	HU
4	Т	5	N 4	Protusioni discali -		_		
8	P	9	М	iperomocisteinemia	neg	neg	neg	
				ipermocisteinemia				
4	V	4	F	pregressa trattata con vit				
9	G	9		B12 e folati	neg	neg	neg	HU
	\vdash	\vdash		diabete in terapia con	9	1109	1.109	
				antidiabetico orale -				
5	Z	8	_	ipertensione arteriosa in				
0	Α	5	F	terapia - diverticolosi del				
				colon - pregresso crollo				
				vertebrale osteoprototico -				[<u> </u>
<u> </u>	\vdash			vetigini soggettive di ndd	neg	neg	neg	HU
				pregressa splenomegalia				
5	Z	6		secondaria ed				
1	0		F	ipertensione portale -				
1	\	_		sindrome di Meniere -				
L	L	L		artrosi cervicale - k cute	neg	neg	neg	Purinetol
	L		S	Patologie associate	Huato	Shu	Ben Shen	note
	М		е	rilevanti				
	C		s					
						•	•	

_					1	ı	Γ	1
			S					
1	A G	7	M	Cardiopatia ischemica cronica con disfunzione Vsx in pz con Pm per BAV totale – ipertensione arteriosa – IRC – pregressa emicolectomia sx + Ct per k colon (1999)- pregressa strongiloidiasi – pregresso PIN 8trattamento alfa litico) – adenoma prostatico – ernia discale (1977)	neg	22 V + Huatuo 1L TR	neg	NIL - in sede di cicatrice di ernia pregressa NIL
2	A M G	5	F	tossicità epatica da NIL	neg	Neg	Neg	NIL Ago 2010
2	A M G	5 3	F	tossicità epatica da NIL	<u>-</u>			NIL Nov
	2				neg	14 dx MC	Neg	2010
3	B F	6 4	М	Von Willebrandt – emorroidectonia (2009) con anemia sideropenica pregressa - diabete in insulinoterapia - nefrectomia sx 1999 x ca - IRC lieve	neg	Neg	Neg	sospeso IFN nel 2003/bcr- abl negativo all'esordio IM
4	В	4 2	М	Fratture multiple da				
5	B S G	6	М	trauma Pregressi ascessi anali- pregressa ulcera gastrica – ernia jatale – iperuricemia – calcoli renali – artralgie di ndd	neg	Neg neg	Neg neg	NIL Altrosi Ago 2010
5	B S G	6	М	Pregressi ascessi anali- pregressa ulcera gastrica – ernia jatale – iperuricemia – calcoli renali – artralgie di ndd	neg	14 V Dx mag Sx MC/ 23 V dx mag sx R	43 V dx mag sx MC	NIL Altrosi Nov 2010
6	B S G 3	6	М	pregressi ascessi anali - pregressa ulcera gastrica - ernia iatale - iperuricemia - calcoli renali - artrosi	neg	23 V R	43 V >sx MC	NIL
7	B E	4	М	Nefrectomia dx per carcinoma renale papillare – rinite allergica – ? eczema disidrosico	neg	Neg	Neg	IM più vaccino
8	B T	6 9	М	Sindrome depressiva pregresso abuso alcolico	neg	Neg	Neg	IM
9	B D	4 8	М	ipotiroidismo post tiroiditico in terapia	15V dx pieno	neg	neg	

			_		T	I	ı	
				sostitutiva - recidiva virus				
				HPV (primo episodio 10				
				anni fa) trattato con				
				Interferonneg				
1	В	7		Crolli osteoporotici -				
0	R	8	F	sordità – emorroidi non				
١٠	11	١٥		sanguinanti – sideropenia	neg	Neg	Neg	HU
				Pregresso a della				
	_	١,		tiroide(2007 con				
1	В	4	М	-				
1	М	2		- trait talassemico - s.di				
				Gilbert	neg	Neg	Neg	IM
				pregressa TBC - sindrome	9		9	
				ansiosa - ipertrofia				
1	В	7		prostatica - HbcAb				
2	A	3	М	positività - iperuricemia e				
-	_			IRC lieve - anemia		23 V dx	42 V P/43 V	
					noa		-	IN/I
				macrocitica	neg	vuoto R	C/44 V MC	IM
1	C	5	_	Ipertensione arteriosa –				
3	M	8	F	intolleranza glucidica -			l	
Ĺ	Т			pregresso deficit B12	neg	Neg	Neg	IM
1	C	R		Osteoporosi - litiasi				
4	С	8 5	F	colecistica – colpo				
-				isterectomia(aprile 2010)				IM sett
	1				neg	neg	Neg	2010
	C			Osteoporosi - litiasi				
1	С	8	F					
4		5	「	colecistica – colpo				
	2			isterectomia(aprile 2010)	neg	15 V dx C	Neg	IM
1	D	_						
1		4	М	epatopatia steatosica -				IM Dic
5	S 1	3		nefrolitiasi dx	neg	Neg	Neg	2010
_	D	_						
1	S	4	М	epatopatia steatosica -			23 V dx	IM giu
5	2	3	'-'	nefrolitiasi dx	neg	Neg	pieno	2011
1	D	4			ricg	INCG	picho	2011
1 6	M	ı	М	Cefalea	nec	Neg	Neg	IM
	141	۳		Enatite cranica (UBca	neg	Neg	Neg	11*1
				Epatite cronica (HBsg -				
,	_	_		HCV) – mesenterite				
$\frac{1}{2}$	F	6	F	granulomatosa – mantoux				
7	G	0		positivo- eritwma nodoso –				
				herpes zoster gamba sx				
				attivo	neg	Neg	Neg	IM
				Gastrectomia totale per				
1	F	6	F	gastrite erosiva				
8	R	9		emorragica – deficit vit				
				B12 – sindrome depressiva	neg	Neg	Neg	IM
1	F	8	М	Ipertensione arteriosa -	neg	Neg	Neg	IM
9	С	4		. aortosclerosi				
				polistazionale cona				
				arteriopatia obliterante -				
				blocco bi fascicolare -				
				BPCO- disturbo bipolare-				
				colelitiasi- nefrolitiasi sx -				
	Ш			Colchidasi- Heli olidasi 3A -		L		

_					ı	Г	Г	
				IRC – maculpatia retinica – ipertrofia prostatica benigna (TURP 1995) – ca basocellulare fronte				
2	F G	7 9	М	ipertensione arteriosa in terapia - diverticolosi	neg	Neg	Neg	IM sett 2010
2	F G 2	7 9	М	ipertensione aretriosa in terpia diverticolosi	neg	20V Dx MP- 25 V GI dx	43 V dx MC	IM Gen 2011
2	O O	6 7	F	ipertensione arteriosa -esofagite da reflusso - pregressa ernia da scivolamento - pace maker BAV	neg	Neg	Neg	IM
2 2	G P	5 9	F	ipertensione arteriosa	neg	neg	neg	IM
2	G L 1	3 7	F	Ipotiroidismo in terapia sostitutiva – dubbia s. tunnel carpale	neg	Neg	Neg	IM Lug 2010
2 3	G L 2	3 7	F	Ipotiroidismo in terapia sostitutiva – dubbia s. tunnel carpale	neg	24 V pieno	42 V P	IM Ott 2010
2	L W	4 2	М	Pregresso IMA – steatosi epatica – lieve IRC	neg	Neg	Neg	IM Lug 2010
2 5	M F 1	7	М	cardiopatia aritmica -FA cronica in portatore di PM per pregressi episodi di tachicardia da rientro e pregresso flutter atriale (tentativa di ablazione) - BBdx completo - cardiopatia dilatativa -pregressi episodi di scompenso cardiaco e versamento pericardico - ipertensione arteriosa - anemia sideropenica pregressa ed attuale sideropenia - epistassi recidivante - BPCO - esofagite - LAC positività - embolia polmonare sub segmentaria (segmento basale lobo inferiore destro) in TAO - cisti biliari e renali - ernia discale in attesa di intervento	neg	neg	neg	IM sett 2010
2	М		М	cardiopatia aritmica -FA	neg neg	14-15 V dx	43-44 V dx	Fatto
5	F 2	1		cronica in portatore di PM per pregressi episodi di tachicardia da rientro e pregresso flutter atriale		pieno MC/C	pieno MC/C	intervento ernia discale IM giu 2011

				(tentativa di ablazione) -				
				BBdx completo -				
				cardiopatia dilatativa				
				-pregressi episodi di				
				scompenso cardiaco e				
				versamento pericardico -				
				ipertensione arteriosa -				
				anemia sideropenica				
				pregressa ed attuale				
				sideropenia - epistassi				
				recidivante - BPCO -				
				esofagite - LAC positività -				
				embolia polmonare sub				
				segmentaria (segmento				
				basale lobo inferiore				
				destro) in TAO - cisti biliari				
				e renali - ernia discale in				
				attesa di intervento				
				gozzo normofunzionante -				
				nodulo polmonare stabile				
				nel tempo in follow-up -				
	М			BPCO - arteriopatia arti				
2	P	/	М	inferiori pregresso				
6		2	'''	intervento di TEA - (2009)				
	-			- poliposin colon				
				(asportazione giugno				
				2008) - diverticolosi dal				IM Ott
				colon ed emorroidi	neg	neg	neg	2010
				gozzo normofunzionante -				
				nodulo polmonare stabile				
				nel tempo in follow-up -				
_	М	7		BPCO - arteriopatia arti				
7	Р	7	М	inferiori pregresso				
′	2			intervento di TEA - (2009) - poliposin colon				
				(asportazione giugno				
				2008) - diverticolosi dal				IM Gen
				colon ed emorroidi	neg	neg	neg	2011
	H			ostruzione del canale	incy	i i c g	ITICG	2011
				lacrimale OD -				
				dacriorinostomia il				
				27/07/09 - asma cronica in				
				terapia - ripetuti episodi di				
	М	_		IVU - vaginite recidivante -				
2	G	4	F	pregressa trombosi arto				
8	_	3		superiore dx in corso di				
				terapia estroprogestinica -				
				tenosinovite peronea e				
				tibiale posteriore -				
				sinusopatia, intercorrente				
				sinusite purulenta	neg	16 V dx	neg	IM
2	M	6	_	Pregressa mastectomia				
9	M	6	F	per K (CT e RTT)		Nos	Nes	IM Ago
2	1 M		F	•	neg	Neg	Neg	2010 IM Nov
	I۷I	U	Г	Pregressa mastectomia	neg	Neg	Neg	אטאו וייוו

							1	
9	M 2	6		per K (CT e RTT)				2010
3 0	N D	4 9	F	ernia iatale - pregressa esofagite emorragica - gastrite HP dubbia allergia ad allopurinolo - malattia bipolare in terapia psichiatrica	7 D e 3 L	Neg	Neg	scoliosi IM Ago 2010
3	N N	7	F	ipotiroidismo in terapia sostitutiva	neg	neg	Neg	IM sett 2010
3	M N 2	7 9	F	ipotiroidismo in terapia sostitutiva	neg	neg	49 V dx MP	IM Dic 2010
3 2	P S 1	3 9	F	Varicella (2008) - lipasi grado 1	neg	Neg	Neg	NIL Ago 2010
3 2	P S 2	3 9	F	Varicella (2008) - lipasi grado 1	neg	25 V dx Gl	42 V P/ 44 V C/43 V MC dx pieno	NIL Nov 2010
3 3	P C	7 8	F	2 polineuropatia atassica prevalentemente sensitiva probabilmente iatrogena (pregressa terapia con Interferone - Imatinib attuale) - quadro di encefalopatia multinfartuale - frattura articolare calcagno sx - composta apice malleolo peroneale sx e superficie articolare cuboide e scafoide tarsale sx (4/2010)	neg	neg	Neg	IM Lug 2010
3 3	P C 2	7 8	F	2 polineuropatia atassica prevalentemente sensitiva probabilmente iatrogena (pregressa terapia con Interferone - Imatinib attuale) - quadro di encefalopatia multinfartuale - frattura articolare calcagno sx - composta apice malleolo peroneale sx e superficie articolare cuboide e scafoide tarsale sx (4/2010)	neg	neg	PC	IM Nov 2010
3 4	P O	7 6	F	ipertensione arteriosa in terapia - diabete mellito - cefalea cronica - sindrome	neg	neg	neg	IM

				depressiva				
3	Р	5	М	-10				
5	М	1	1''	progress ulcora	neg	Neg	Neg	IM
3 6	Q L	8	М	pregressa ulcera duodenale (giugno 2009) - enfisema di grado moderato-depressione del tono dell'umore-ipoacusia moderata-gonartrosi	neg	Neg	46 V dx pieno	
3 7	R F M		F	pregressa ulcera peptica - pregresso intervento per stenosi del canale veertebrale (2006) polimialgia reumatica in terapia steroidea	neg	Neg	neg	In VG14 gibbo steroideo / IM
8	S A	3 7	М	Psoriasi	neg	Neg	Neg	IM e vaccino
3 9	S M	6		Celiachia – pregresso k uterino nel 99 (CHT e RTT)- ernie discali con lombo sciatalgia -	neg	Neg	Neg	IM/ rimuggino Ago 2010
4 0	S A 1	6 9	F	lpertensione arteriosa – nefrolitiasi- artrosi	neg	Neg	Neg	IM Lug 2010
4 0	S A 2	6 9	F	lpertensione arteriosa – nefrolitiasi- artrosi	neg	14 V MC	43 V MC	IM Nov 2010
4	1 1	4 0	F	Pregresso deficit vit B12 – positività ENA (RO/SSA)- struma tiroideo	neg	Neg	Neg	IFN
4 2	T C	6 9	F	Anemia macrocitica	neg	Neg	Neg	IM
4 3	V G G	7 3	М	Ipertensione arteriosa – intervento per aneurisma arteria ipogastrica sx (2007)- agenesia renale – lieve IRC – (amiloidosi in valutazione)	neg	27 V IT	Neg	IM
4 3	V G G	7 3	М	ipertensione arteriosa in terapia - intervento per aneurisma arteria ipogastrica sn (11/07) - agenesia renale - lieveinsufficienza renale con proteinuria	neg	26 V sx	neg	IM / 2 visita differenza non ha amiloidosi - intervallo tra visite 3 mesi
4	Z L	6 5	F	Intervento protesi anca sx (2/2010) - artroprotesi anca dx (2007) - intolleranza glucidica - ernia discale L5-S1 -	neg	27 V IT / 28 V V	Neg	IM

	intolleranza a levoxacin -		
	Epatopatia steatosica –		
	gastrite cronica HP pso		
	eradicata-		

Ringraziamenti particolari

A tutti i miei Insegnanti che hanno tentato di trasmettere il sapere accumulato negli anni ha una "rapa" come me; ringrazio nuovamente il Dr Corradin, in particolare, per avermi spediata a Roma (confesso che non l'ho sempre pensata così in questi 3 anni) e per avermi dato questa tesi di cui ora – forse- capisco la ragione.

Grazie alle mie aiutanti "correttore": mia nipote Francesca e la mia "simpaticamente suonata" amica Rosalba

Alle mie dolci e pazienti esperte informatiche che hanno visto i sorci verdi: Francesca e Claudia

A Sandra che vuole una dedica tutta per sè e con tenacia mi ha spinta a proseguire su questa via...stando a casa mentre io vagavo per aerei...

Al mio adorabile nonché unico fratello che non ci credeva e non ci crede (sostiene che mai si farà mettere un ago da me...quando si dice "sangue del tuo sangue") e Paola che forse si farà bucare...

Ai miei Amici, quelli che non sono spariti nonostante le mie assenze: Maxi, Daniela, Lucia, Erica, Marina, Antonia, Luciano e Mariuccia, Nicoletta e Den, Roberto, Cecilia..e a tutti coloro che ora scordo e a cui chiedo scusa perché non citati ma esistenti nel mio cuore

Alle mie sorelle acquisite: Moira Elena e Silvia e la già citata Sandra

Ai miei figliocci vicini e lontani, in particolare a Marco perché capisca che i "Grandi non sempre parlano perché hanno la bocca" e che tutti gli Uomini hanno gli stessi diritti e doveri a qualunque razza appartengono, perché ... "se commettiamo atti ingiusti verso gli altri, e come se lo facessimo verso una parte di noi stessi".

E in ogni caso ...

GRAZIE A TUTTI