

e diagnosticare le differenti modalità soggettive attraverso le quali i vari inestetismi si esprimono. La diagnosi ed il conseguente approccio terapeutico non può e non deve prescindere dalla visione “olistica” del paziente e questo perché il medico deve interessarsi non solo della *patologia* o dell'*inestetismo*, ma essenzialmente dell'*individuo*. A tal fine il proprio bagaglio culturale dovrebbe essere costituito, oltre che dalle opportune competenze in Dietologia, Flebologia e Dermatologia anche da una discreta conoscenza delle “**Medicine Complementari**” come la Bioelettronica di Risonanza, l'Omotossicologia, l'Omeopatia, la Biotipologia, l'Agopuntura e la Fitoterapia.

### La Panniculopatia

Gli aspetti etiologici, epidemiologici, classificativi sono ormai noti a tutti quindi ritengo sia utile offrire al lettore una visione del problema con nuove ottiche e prospettive diverse. L'**Omotossicologia** considera la P.E.F., nelle sue differenti tipologie (Panniculopatia edematosa, Fibrosclerotica e mista con i vari livelli di progressione), come un'espressione polimorfa delle differenti fasi Omotossiche. Proprio a causa della contemporanea presenza nello stesso tessuto delle varie fasi risulta alquanto difficile poter stabilire a quale delle differenti 6 fasi essa sia collocabile.

Premesso che nello stesso individuo i differenti gradi di progressione convivono tra loro, si può comunque tentare di collocare il I stadio secondo Curri nella Fase di Reazione (II fase omotossica), stadio questo, del tutto reversibile, al quale seguono II e III stadio sec. Curri, corrispondenti alla III Fase Omotossica (fase di Deposito).

Questo è lo stadio in cui la P.E.F. assume tutto il carattere dell'inestetismo vero e proprio ed è questa la fase che spesso spinge la paziente a consultare un medico il quale, adottando le idonee misure terapeutiche, potrebbe ancora intervenire con successo evitando la progressiva evoluzione della P.E.F. verso la fase più critica e quindi difficile da trattare.

Se quindi la Fase di Deposito non venisse efficacemente contrastata si assisterà inevitabilmente alla virata della Matrice verso il IV ed ultimo stadio di Curri corrispondente alla IV Fase (fase della Impregnazione) e successivamente, via via con il tempo, verso l'ultima fase ovvero la V Fase omotossica (fase della Degenerazione), caratterizzata da irreversibilità.

La III fase rappresenta la fase di reazione dell'organismo, che tenta di riparare il danno tissutale dovuto al deposito tossinico. In questa fase i meccanismi di drenaggio sono sopraffatti da quelli infiltrativi e la produzione delle scorie non è più compensata dalle fasi di eliminazione. Tutto ciò provoca uno scompensamento quantitativo e qualitativo della matrice così che la “bilancia ecologica” inizia a pendere verso una sempre più imponente acidosi tissutale e quindi verso l'Infiammazione. Secondo tale modello la cellulite rappresenterebbe un vero e proprio tentativo del tessuto all'autoriparazione, una reazione difensiva quindi che andrebbe modulata, indirizzata e supportata e non soppressa. Man mano che la Fase Infiammatoria di Deposito perdura nel tempo si assiste al parallelo deterioramento del microcircolo arterioso-venulare e linfatico

che, inadeguato dal punto di vista funzionale, finisce per costituire quel volano che autoalimenta il processo degenerativo fino alle sue fasi terminali. La Medicina Estetica accademica riconosce e differenzia due distinte tipologie di cellulite e cioè una di tipo Edematoso, dove la componente essudativa è spiccatamente prevalente, ed un'altra di tipo Fibrosclerotico, in cui invece prevalgono i processi degenerativi e produttivi (formazione di micro- e macronoduli, isolati da sepiamenti di tessuto connettivale).

Al di là di ogni classificazione nosologica, io ritengo invece che la cellulite debba essere considerata sempre come una *unica entità nosologica* e che le due forme sopra descritte altro non sono che la differente espressione dei diversi stadi evolutivi, dove l'aspetto edematoso è rappresentativo per il I e II stadio evolutivo mentre la componente fibrosclerotica compare e prevale nel III e IV stadio (sempre sec. la classificazione di Curri). Risulta utile considerare, nei differenti individui, la prevalenza di un aspetto piuttosto che dell'altro, la spiccata tendenza alla sintesi e proliferazione piuttosto che all'edema molle, come espressioni reattive, dipendenti non tanto dalle singole componenti etiologiche ma prevalentemente dal differente *Terreno Biologico* individuale, dalle differenti *Diatési soggettive* e quindi dalla differente *Costituzione*.

*Risulta evidente come solamente tale ottica sarebbe capace di mettere insieme, fondere ed integrare sia la componente genetica che l'aspetto morfologico, con i suoi livelli progressivi di evoluzione, che l'aspetto dinamico microcircolatorio e, non ultimo, quello metabolico ecologico tissutale.*

Ci soffermiamo su alcuni aspetti che mettono in relazione il danno con le caratteristiche costituzionali del paziente.

È noto come il soggetto “**Calcarea Carbonica**” sia caratterizzato da una corporatura imponente e brevilinea, con il tipico aspetto a “mela” o a “uovo”, determinato dalla uniforme distribuzione del tessuto adiposo, con spiccato andamento orizzontale in corrispondenza del baricentro. In questo caso morfologico la cellulite più frequente sarà di tipo misto, in cui alcune volte potranno prevalere gli aspetti edematosi (cellulite flaccida), altre volte invece potranno prevalere quelli produttivi (fibrosclerotica). I tessuti, pastosi e con evidenti disfunzioni a carico del sistema linfatico, nascondono la muscolatura e gravano sulle articolazioni, specialmente quelle del ginocchio.

Al contrario invece la morfologia “**Calcarea Fosforica**” è contraddistinta da una silhouette longilinea e leptosomica. La componente neurovegetativa è quasi sempre astenica. Le distrofie cutanee e degli annessi insieme alla scarsità delle masse muscolari potranno arricchire il quadro morfologico caratterizzato da una degenerazione fibrotica dello scarso tessuto adiposo, di tipo localizzato.

Una variante della Costituzione Calcarea Fosforica è data dalla costituzione “**Calcarea Fluorica**”, simile alla precedente, che si distingue per la pessima struttura ossea e posturale e con atteggiamento neurovegetativo disergico.

La morfologia “**Sulfurica**” può presentarsi con due varianti sostanzialmente distinte.





La variante **Calcarea (sulfurica)** si presenta con aspetto pleutorico, caratterizzato da una imponente componente ritentiva; la cute, umida e sudata, si distingue per la spiccata iperidrosi con una muscolatura ben rappresentata.

La panniculopatia si manifesta prevalentemente agli arti inferiori e spiccatamente nella zona trocanterica (coulotte de cheval).

La variante "**Natrum**" (**sulphuricum**) come la precedente si caratterizza per la spiccata ritenzione idrica, ma si distingue da essa per la localizzazione diffusa al basso addome ed agli arti inferiori, conferendo la caratteristica immagine a "pera". La parte superiore è marcatamente più piccola e magra rispetto a quella inferiore.

Molto simile alla costituzione Calcarea Carbonica è la donna "**Thuya**". In essa la distribuzione adipocitaria è sempre di tipo troncolare e addominale ma con caratteristiche androgenetiche più marcate e quindi con le frequenti alterazioni della sfera ormonale genitale annesse.

La panniculopatia è sempre "dura", tipica della vivace tendenza produttiva della componente collagenica e quindi con marcata tendenza alla fibrosclerosi.

La morfologia Thuya del resto si distingue per la sua caratteristica tendenza alla produttività (cisti, lipomi, fibromi cutanei). Esiste una ulteriore morfologia, non da tutti accettata, che corrisponde alla "**Muriatica**". In essa prevale la uniformità dello sviluppo dei foglietti embrionali e pertanto la sua struttura può essere considerata ben compensata.

<p><b>CALCAREA CARBONICA</b> Brevilinea Astenica. Alterato utilizzo del Carbonato di Calcio</p> <p><b>CALCAREA PHOSPHORICA</b> Longilinea astenica. Alterato utilizzo del Fosforo</p> <p><b>CALCAREA FLUORICA</b> Dismorfico Lisergica. Alterato utilizzo di Fluoruro di Calcio</p> <p><b>CALCAREA SULFURICA</b> Brevilinea stenica. Alterato utilizzo dello Zolfo</p> <p><b>NATRUM MURIATICUM</b> Longilinea Stenica. Alterato utilizzo del Cloro</p> <p><b>THUYA</b> Diatesi sicotica</p>
---

Se si volessero mettere in relazione le *costituzioni* con lo sviluppo dei *foglietti embrionali*, potremmo allora anche dire che:

LIMANCA

Nella COSTITUZIONE CARBONICA o ENDOBLASTICA, prevale una eccedente proliferazione del tessuto Endoblastico, una normalità o deficit del Mesoblasto ed un deficit dell'Ectoblasto; *VAGHINOLO*

Nella COSTITUZIONE SULFURICA o MESOBLASTICA, prevale una eccedenza del Mesoblasto, una normalità

o deficit dell' Endoblasto ed un deficit dell'Ectoblasto; Nella COSTITUZIONE FOSFORICA o ECTOBLASTICA, si nota una eccedenza dell'Ectoblasto; *STRATONIA VAGHINOLO*

Nella COSTITUZIONE FLUORICA o DISBLASTICA, si assiste ad un disequilibrio dei tre foglietti Embrionali con eccedenza di Endoblasto, deficit di Meso ed Ectoblasto oppure una eccedenza di Mesoblasto con deficit dell' Endo e Ectoblasto o infine ad una eccedenza dell'Ectoblasto con deficit del Meso ed Endoblasto;

BILUOSO

Nella COSTITUZIONE MURIATICA o CORDOBLASTICA, si assiste ad un compensato sviluppo dei tre foglietti.

Rapportando le Morfologie, derivate dal differente, normale o particolare sviluppo dei foglietti embrionali, con le diatesi diremo che:

- La costituzione Muriatica, la Sulfurica magra e la Fosforica possono rapportarsi alla Diatesi Tossinica Psorica e Sicotica, alla Diatesi Funzionale Allergica o Artritica e trovano nel Manganese il loro oligoelemento fondamentale.
  - La costituzione Fosforica potrebbe inoltre essere collocata in rapporto alla Diatesi Tossinica Tubercolinica ed alla Diatesi Funzionale Ipostenica.
- In questo caso sarebbero il Cobalto-Manganese gli oligoelementi chiave.
- Le Costituzioni Muriatica, Sulfurica Grassa e Calcarea Sulfurica corrisponderebbero alla Diatesi Tossinica Psoro-Sicotica, alla Diatesi Funzionale Distonica e troverebbero nel Manganese Cobalto il loro catalizzatore fondamentale.
  - La Costituzione Calcarea Carbonica potrebbe essere associata sempre alla Diatesi Tossinica Psoro-Sicotica, alla Diatesi Funzionale Energetica e con corrispondenza catalizzatrice con il Rame-Oro-Argento.
  - In ultimo, la Costituzione Fluorica, tipica morfologia distonica, potrebbe essere associata alla Sindrome da disadattamento come Diatesi Funzionale e Diatesi Luetica come Diatesi Tossinica. I catalizzatori sarebbero il Rame-Zinco e Zinco-Nichel-Cobalto.

Da quanto esposto appare evidente come il problema P.E.F. dovrebbe essere affrontato con una mentalità effettivamente "olistica", senza la quale difficilmente sarà possibile trattare tutti gli aspetti fisiopatologici e quindi raggiungere risultati effettivamente apprezzabili sia nell'immediato sia, soprattutto, nel tempo.

Oltre alla medicina "tradizionale" quindi anche l'**Omeopatia Costituzionale**, l'**Omeopatia Complessista**, l'**Omotossicologia** e l'**Oligoterapia Catalitica** dovrebbero far parte del bagaglio di conoscenze che ogni medico di medicina estetica deve possedere per potersi efficacemente "occupare" e "pre-occupare" non tanto della sola cellulite ma anche e soprattutto di chi la porta addosso.

Non solamente "curare" quindi ma soprattutto e prima di tutto "prenderci cura" dell'individuo nella sua interezza.



# Medicina funzionale, microcircolo e medicina estetica

**Dott. Carlo Lazzarini**

Esperto in medicina complementare e medicina estetica. Condirettore scientifico di Villa Paradiso - The Clinical Beauty. È un medico chirurgo che si occupa di medicina funzionale ed estetica integrando le conoscenze della medicina allopatrica a quelle peculiari della complementare. È presidente della SIMF (Società Italiana Medicina Funzionale)

**Abstract:** L'autore presenta un nuovo modo di considerare le *panniculopatie*. Egli fa riferimento intanto ad un problema di matrice interstiziale più che di solo danno del microcircolo; poi mette in evidenza l'importanza di un approccio olistico per curare non solo l'inetetismo, ma anche, e forse soprattutto, la persona.

*The author presents a new way to treat panniculopatie. He refers to an interstitial problem rather than only a damage in the microcirculation; then the author highlights the importance of a holistic approach to treat not only the imperfections but also, and perhaps most importantly, the person.*

Parole chiave: Cellulite, costituzioni, matrice extracellulare

Key words: Cellulitis, constitutions, extracellular matrix

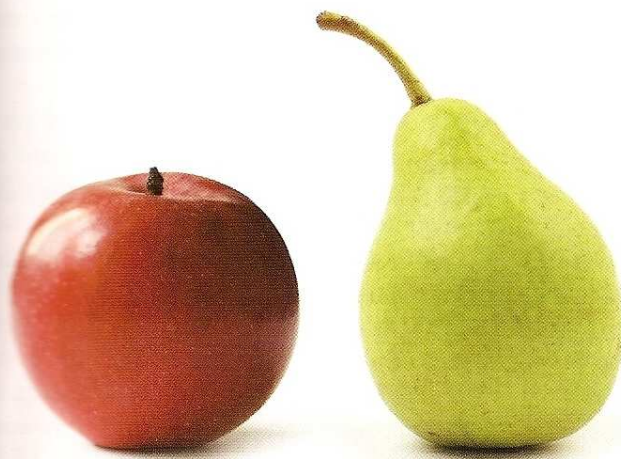
## Premesse

Chi si è sempre occupato di *Medicina Olistica, Ecologia Clinica e Medicina Funzionale* sa come gli inetetismi possano riconoscere, alla base della loro insorgenza, non sempre la **primaria alterazione del microcircolo artero-veno-linfatico**, ma spesso tutte quelle alterazioni dell' **equilibrio ecologico e metabolico** che avvengono a livello della **Matrice Intra ed Extra Cellulare (M.I.E.C.)**. Nella **Panniculopatia Edemato Fibrosa (P.E.F.)**, per esempio, spesso accade proprio il contrario e cioè sarebbero proprio le iniziali alterazioni metaboliche funzionali che successivamente potrebbero determinare il progressivo deterioramento microvascolare. Senza negare il ruolo fondamentale e rilevante che il **microcircolo** gioca nella determinazione degli inetetismi, la Medicina Funzionale orienta la propria attenzione nel comprendere tutti quei fenomeni che sconvolgono, sia qualitativamente che quantitativamente, quello che una volta veniva denominato Tessuto Connettivo o amorfo di sostegno e che invece oggi viene più propriamente definito **Matrice intra ed extra cellulare**, della quale il microcircolo è parte fondamentale. Dalla maggiore produzione di scorie metaboliche e dalla loro insufficiente rimozione si arriverebbe a tutte quelle alterazioni dei parametri biochimici, tra cui il pH è il più rilevante, e si innescherebbe quel circolo vizioso successivamente mantenuto ed aggravato dalle progressive alterazioni del microcircolo.

## La Matrice Extra Cellulare e la Medicina Funzionale

La matrice viene oggi intesa come un esteso tessuto biologicamente attivo, un vero e proprio apparato a localizzazione ubiquitaria, una sorta di *unità funzionale* anatomicamente ben determinata anche se dal punto di vista fisiologico le modalità con le quali essa opera non sono ancora ben definite e comprese.

Tale entità pluricomposta e polimorfa sta alla base di quello che *Pischinger* ha definito come il **Sistema di Regolazione**



**di Base**, ovvero quel triplice sistema di natura biochimica-biofisica-bioinformatica (biocibernetica) capace di mettere in comunicazione, facendoli interagire, diversi organi ed apparati lontani tra loro, coordinandone tutte le attività biologiche, sia attraverso l'impiego di mediatori a carattere biochimico-umorale (di tipo molecolare) che mediante l'utilizzo di mezzi biofisici (di tipo energetico). Lo studio della Matrice potrebbe offrire al ricercatore "illuminato" nuovi spunti per comprendere meglio la fisiologia dell'Agopuntura e come essa possa essere compatibile con le teorie della biorisonanza energetica e potrebbe inoltre offrire nuove riflessioni utili affinché la difficile convivenza tra l'Omeopatia e la Medicina Occidentale possa finalmente concretizzarsi.

In base a quanto detto risulta evidente come la P.E.F. debba essere necessariamente considerata come un qualche cosa di unico ed individuale, a tal punto da rifuggire ogni generalizzazione terapeutica e che invece meriterebbe una attenta analisi ed una specifica diagnosi. Appare chiaro come, ancor prima di stabilire quale possa essere la migliore strategia terapeutica, sia invece di fondamentale importanza saper distinguere